

MEDIKALISAATIOKRITIIKKI SOSIAALITYÖSSÄ

Katsaus teoriaan ja sosiaalityön tutkimukseen

Eino Tuohino

Pro gradu -tutkielma

Sosiaalityö

Jyväskylän yliopisto

Kokkolan yliopistokeskus Chydenius

Syksy 2017

KOKKOLAN YLIOPISTOKESKUS CHYDENIUS

Jyväskylän yliopiston sosiaalityön yksikkö

EINO TUOHINO: MEDIKALISAATIOKRITIIKKI SOSIAALITYÖSSÄ – Katsaus teoriaan ja sosiaalityön tutkimukseen

Pro gradu -tutkielma, 97s.

Sosiaalityö

Jyväskylän yliopisto/Kokkolan yliopistokeskus Chydenius

Ohjaaja: Kari Ilmonen

Syksy 2017

Suomalaisessa (terveys)sosiaalityön tutkimuksessa medikalisaatio eli yhteiskunnan lääketieteellistyminen ei ole ollut tyypillinen keskustelunaihe. Tutkimuksessani paikkaan puuttetta tarkastelemalla anglosaksisissa sosiaalityön aikakauslehdissä käytyä medikalisaatiokeskustelua.

Sovellan tulkitsevan käsitetutkimuksen tutkimustapaa ja systemaattisen kirjallisuuskatsauksen täsmällisempiä tutkimusmenetelmiä. Vastaan kysymyksiin, mihin yhteyksiin medikalisaation käsite sosiaalityön tutkimusartikkeleissa liitetään, ja mitä seurauksia medikalisaatiolla tutkimusartikkeleiden mukaan on. Analyysin tueksi erittelen klassikkoteosten avulla kahta sosiologisen medikalisaatiotutkimuksen tutkimusperinnettä, poikkeavuuden medikalisaatiota ja biomedikalisaatiota.

Tutkimustulosteni mukaan medikalisaation käsite liitetään sosiaalityön anglosaksisessa tutkimuksessa yleensä psykiatriaan ja mielenterveysongelmiin. Medikalisaation teoriaan suhteutettuna sosiaalityön tutkimus ammentaa siten enimmäkseen poikkeavuuden medikalisaation tutkimusperinteestä, jossa huomio on käyttäytymiseen liittyvien vanhojen sosiaalisten ongelmien muuntumisessa mielenterveysongelmiksi ja psykiatrisiksi diagnostiikaksi. Lisäksi käsitteellä kuvataan myös ongelmia ratkaisevien tahojen, esimerkiksi sosiaalityön, muuntuvia käytäntöjä ja otetaan kantaa siihen, missä määrin ihmisten ongelmia koskeva ymmärrys tai lehtien terveystietoisuus tukeutuu lääketieteelliseen tietoon.

Medikalisaatioon suhtaudutaan sosiaalityön tutkimuksessa yleensä kriittisesti. Tärkein huolenaihe on medikalisaation klassikkoteoksillekin keskeinen huomio sosiaalisen ongelman yksilöllistymisestä eli siitä, että terveysongelmien ratkaisu yksilötasolla vie huomiota ongelmiin vaikuttavista rakenteellisista ja kulttuurisista tekijöistä. Huolta herättävät myös pyrkimys hallita ihmisten erilaisuutta lääketieteellisen tiedon avulla, sairausdiagnoosien leimaavuus ja yksilön moraalisen vastuun hämärtyminen sairauden idean omaksumisen vuoksi. Ongelmia ratkaisevien tahojen medikalisoitumisessa huolenaiheena on hoitomuotojen supistuminen ja ammattilaisen ja asiakkaan välisen vuorovaikutuksen kapeutuminen.

Aineisto sisältää jonkin verran mikrotasolta noussutta laadullisen tutkimuksen tietoa medikalisaation seurauksista. Tämä tieto vahvistaa käsitystä, että ongelmia kohtaavien yksilöiden näkökulmasta medikalisaatio vaikuttaisi olevan ristiriitainen asia, josta koetaan olevan sekä hyötyä että haittaa.

Työni soveltavassa viimeisessä osiossa arvioin tutkimustuloksiani sosiaalityön etiikan ja suomalaisen sosiaalityön (tutkimuksen) näkökulmasta.

Avainsanat: medikalisaatio, mielenterveys, rakenteellinen sosiaalityö, sosiaalityö, terveys-sosiaalityö, terveystieteologia, yksilöllistyminen

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	1
2 MEDIKALISAATIOTA TUTKIMASSA.....	4
2.1 Tutkimustehtävät ja tutkimuksen rakenne	4
2.2 Tulkitseva käsitetutkimus viitekehyksenä	4
3 MEDIKALISAATION SOSIOLOGIAA	7
3.1 Kaksi klassikkoa	7
3.2 Poikkeavuuden medikalisaatio	8
3.3 Biomedikalisaatio	13
3.4 Klassikoiden vertailu	18
3.5 Medikalisaation viisi seurausta.....	20
3.6 Medikalisaatio suomalaisessa tieteessä	26
4 KIRJALLISUUSKATSAUS JA TYÖVAIHEET	30
4.1 Tutkimustehtävä ja rakenne	30
4.2 Menetelmän soveltaminen	31
4.3 Kohdeaineisto ja sen rajaaminen	33
4.3 Medikalisaatiokeskustelun paikantaminen kohdeaineistosta.....	35
4.4 Aineiston analyysi ja lähiluettavien artikkeleiden paikantaminen.....	36
5 TULOKSET: MEDIKALISAATION SISÄLTÖ.....	39
5.1 Tulosten yhteenveto	39
5.2 Medikalisaation käsitteelliset yhteydet.....	41
5.3 Poikkeavuuden medikalisaation soveltamista	43
5.4 Sairauden idea lasten ja nuorten kohtaamana	47
5.5 Huoli ymmärryksen kapeutumisesta.....	50
5.6 Äidin taakka terveystieteiden yhteiskunnassa	52
5.7 Sosiaalityöntekijän ammatti-identiteetti psykiatrian puristuksessa	54
5.8 Genetiikka ja terveystieteet	55
6 TULOKSET: MEDIKALISAATION SEURAUKSET	57
6.1 Tulosten yhteenveto	57
6.2 Seurausten kategoriat.....	59
6.3 Hoidon kapeutuminen.....	63
7 TULOSTEN ARVIOINTIA JA SOVELTAMISTA.....	66
7.1 Medikalisaation epävarmuus ja mikrotason tiedon anti	66

7.2 Medikalisaatio ja sosiaalityön etiikka.....	68
7.3 Suomalainen sosiaalityö ja tutkimus medikalisaation näkökulmasta	69
KIRJALLISUUS.....	75
LIITE 1 ”Katsauksen lehdet”.....	81
LIITE 2 ”Katsauksen artikkelit kategorisoituina”	82
LIITE 3 ”Medikalisaation käsitteelliset yhteydet – kategorioita ja alakategorioita numeroina”.....	95
LIITE 4 ”Medikalisaation seuraukset – kategorioita ja alakategorioita numeroina”	97

1 JOHDANTO

Sosiaalityö on käytännön toimintaa ja yhteiskuntatieteellinen tieteenala, jonka perustehtävä on auttaa haavoittuvissa asemissa ja ongelmissa olevia ihmisiä. Käytännön toimintana sosiaalityöllä on Suomessa pitkään ollut laeilla vahvistettu rooli osana julkisia palveluita, joiden puitteissa sosiaalityö pyrkii perustehtäväänsä toteuttamaan. Tieteenalana sosiaalityön sidos yhteiskuntatieteellisiin tutkimusperinteisiin on vahva, vaikka sosiaalityö voikin soveltaa myös esimerkiksi psykologisten tieteiden ja kasvatustieteen tuottamaa tietoa.

Sosiaalityöllä ei toisaalta – toimintana ja tieteenalana – ole yksinoikeutta auttamiseen, vaikka ajatus kurjimpien ja köyhimpien ansaitsemasta erityishuomiosta täsmentää sen toimintakenttää. Esimerkiksi lääketieteen ja julkisten terveydenhuollon organisaatioiden perustehtävä muistuttaa sosiaalityön perustehtävää. Julkisen palvelurakenteen näkökulmasta katsottuna tieteenalat ja organisaatiot toimivat sosiaalityön kanssa yhteistyössä. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että lastensuojelutyötä tekevät sosiaalityöntekijät soveltavat työssään, käytännössä, myös terveydenhuollon ammattilaisten tuottamaa tietoa asiakkaistaan.

Lääketieteen, terveystieteiden ja yhteiskuntatieteiden tuottama tieto ei välttämättä asetu saumattomasti yhteen. Erilaisten tulkintakehysten soveltaminen vaikuttaa siihen, minkälaisia ratkaisukeinoja ongelmiin tarjotaan – niin julkisten palveluiden ”makrotasolla” kuin yhtä ihmistä autettaessa.

Erityisesti ne ongelmat, jotka terveyden termein ilmaistuna tunnetaan ”mielenterveysongelmina”, ovat pulmallisia. Se, autetaanko ihmistä esimerkiksi biokemiallisesta aivosairaudesta kärsivänä masennuspotilaana vai kuormittavien olosuhteiden uhrina, vaikuttaa merkittävästi siihen, minkälaisia ratkaisukeinoja ongelmaan tarjotaan. Masennusta hoidetaan

lääkkein ja psykoterapialla. Kuormittavia olosuhteita voitaisiin kuitenkin pyrkiä muokkaamaan esimerkiksi tarjoamalla tukea arkeen. Kuormittavat olosuhteet voitaisiin myös tulkita rakenteellisiksi ongelmiksi, esimerkiksi sosioekonomisesta köyhyydestä tai sukupuolirooleista johtuviksi. Tällöin yhteiskunnallisia olosuhteita tulisi muuttaa ongelmista kärsivän yksilön omaa elinpiiriä laajemmalla tasolla.

Mielenterveysongelmien kohdalla erilaisten tulkintakehysten merkitys yleensä tunnustetaan. Tällöin ajatellaan, että sekä yksilön rakenteeseen liittyvillä tekijöillä, paikallisilla olosuhteilla ja yksilön elämänhistorialla että yhteiskuntatieteiden usein tulkitsemilla yksilöä laajemmilla yhteiskunnallisilla tekijöillä on merkitystä mielenterveysongelmien synnyssä ja ratkaisussa.

Osa yhteiskuntatieteilijöistä ja filosofiista on kuitenkin jo vuosikymmenten ajan ollut huolissaan lääketieteellisten selitysmallien ja ratkaisukeinojen merkityksen lisääntymisestä. Kriittisesti orientoituneet yhteiskuntatutkijat ovat keskustelleet aiheesta erityisesti kattokäsitteellä ”medikalisaatio”. Yhdysvaltalainen sosiologi Jesse Pitts (1921–2003) käytti ensimmäisenä käsitettä vuonna 1968 (ks. Busfield 2017, 759). Suurempaa huomiota medikalisaatio sai kuitenkin vuonna 1971, kun sosiologi Irving Zola (1935–1994) keskusteli aiheesta luennollaan.

Zola (1972, 487) viittaa medikalisaatiolla yhteiskunnalliseen virtaukseen, jossa ”lääketieteestä on tulossa sosiaalisen kontrollin instituutio” ja jossa ”aina vain suurempi osa ihmiselämästä on oleellista lääketieteelle ja terveen ja sairaan luokituksille”. (suomennus minun.) Medikalisaatio kuvaa siten yhteiskunnallista prosessia, jossa terveyttä ja sairautta koskevat määritelmät ulotetaan laajenevaan osaan ihmiselämää. Nykyiset määritelmät (ks. esim. Wikipedia 2017) eivät juuri poikkea tästä.

Tämä tutkimus tarkastelee systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla sitä, miten ja mitä medikalisaatiosta on keskusteltu anglosaksisissa sosiaalityön tieteellisissä artikkeleissa. Tutkimuksen taustoittavassa osiossa esitän yleisemmän kuvan yhteiskuntatieteellisestä medikalisaatiokeskustelusta ja sen historiasta.

Motivoin tutkimukseni sillä, että suomalaisessa sosiaalityön tutkimuksessa medikalisaatio ei nähdäkseni ole saanut muutamia opinnäytetöitä (mm. Ikäläinen 2016; Laitila-Ukkola 2015; Kylmäluoma 2014; Katilainen 2008) lukuun ottamatta juurikaan huomiota. Esimerkiksi Anna Metterin, Heli Valokiven ja Satu Ylisen (2014) toimittamassa artikkelikokoel-

massa ”Terveys ja sosiaalityö” medikalisaatiota ei nosteta ongelmaksi, vaikka terveydenhuollon ja sosiaalityön välisiä suhteita muutoin tarkastellaan sen sisältämissä artikkeleissa laajalti.

Oma motiivini tutkia medikalisaatiota liittyy opilliseen taustaan. Tutustuin medikalisaatio-teoretisointeihin ensimmäisen kerran 2010 tehdessäni väitöskirjaa rahapeliongelmiin historiasta Suomessa aate- ja oppihistorian oppiaineeseen. Kiinnostukseni medikalisaatioon säilyi, vaikka aloitin sosiaalityön opinnot ja jätin väitöskirjahaaveet sivummalle. Jo sosiaalityön opintojen alkuvaiheessa ajattelin, että medikalisaatiokeskusteluissa esitetyt väitteet ovat kiinnostavia sosiaalityön näkökulmasta. Opintojen aikana tämä käsitykseni vahvistui.

2 MEDIKALISAATIOTA TUTKIMASSA

2.1 Tutkimustehtävät ja tutkimuksen rakenne

Tutkimukseni koostuu kolmesta osiosta: taustoittavasta pääluvusta, systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta sosiaalityön anglosaksisiin artikkelijulkaisuihin ja tutkimuksen tuloksia soveltavasta pääluvusta.

Taustoittavassa pääluvussa tulkiten sosiologisia medikalisaatiokeskusteluita yleisesti. Taustoitus vastaa kysymyksiin ”Mitä medikalisaatio on?”, ”Mikä medikalisaatiokeskustelun historia on?” ja ”Mitä hyötyä ja haittaa medikalisaatiosta nähdään olevan?”. Tavoitteenä on luoda mielekäs yleiskuva medikalisaatiosta sosiologisena keskustelunaiheena. Lisäksi tavoitteenani on se, että voin tätä yleiskuvaa vasten myöhemmin arvioida ja analysoida sitä, miten medikalisaatio näyttäytyy sosiaalityön tutkimuksessa.

Kirjallisuuskatsaus käsittää pääluvut neljä, viisi ja kuusi. Tarkastelen sitä, miten medikalisaatiosta on keskusteltu sosiaalityön tieteellisessä tutkimuksessa. Vastaan kysymyksiin ”Mihin yhteyksiin medikalisaation käsite sosiaalityön tutkimuksessa liitetään?” ja ”Mitä seurauksia medikalisaatiolla nähdään olevan?”. Katsaukseni perustuu medikalisaation käsitteeseen kohdistetuille aineistohauille. Tulosten tulkinnan apuvälineenä käytän taustoittavassa pääluvussa hahmottelemani yleiskuvaa medikalisaatiosta.

Viimeisessä seitsemännessä pääluvussa pohdin medikalisaatioväitteiden uskottavuutta, vertaan kansainvälisiä tutkimuksia suomalaiseen tutkimukseen ja pohdin sosiaalityön eettisiä periaatteita medikalisaation näkökulmasta.

2.2 Tulkitseva käsitetutkimus viitekehystenä

Miellän tutkimukseni käsitetutkimukseksi. Käsitetutkimuksella viitataan siihen, että tutkimuskohteenani on tieteellinen termi yhteyksineen ja tutkimusaineistona olemassa olevat tekstiaineistot. Tekstiaineistoihin perustuen teen tulkintoja ja tiivistyksiä siitä, miten medikalisaatiosta on keskusteltu ja mitä merkityksiä sille on annettu. En siis tutki medikalisaatiota ilmiönä, vaan medikalisaatiota koskevaa keskustelua.

Medikalisaation kaltaisen ilmiön tutkiminen yleisellä tasolla ei ole nähdäkseni ole mahdollista, ellei tutkimus perustu esimerkiksi sairaustilastoihin. Tällöinkin kuva medikalisaatiosta jäisi nähdäkseni varsin epämääräiseksi. Sairauksien määrän kasvu lääketieteellisissä

sairausluokituksissa, diagnosoitujen tapausten määrän kasvu, terveystuotomenojen osuus kansantuotteesta ym. voidaan kyllä todeta kiistattomasti, mutta faktojen luetteleminen ei vielä kerro mitään siitä, onko jokin yhteiskunnallinen trendi hyvä vai huono asia.

Medikalisaatio ei myöskään ole yksi tarkkarajainen ilmiö. Tarkemmin tarkasteltuna huomattaisiin, että erilaisia terveysilmiöitä koskevien ymmärrysten ja ongelmanratkaisumuotojen historia vaihtelee. Siksi näiden ilmiöiden tutkiminen ei olisi mahdollista ilman ilmiökohtaista kontekstualisointia. Tässä tarkoitukseni on kuitenkin ryhmitellä ja vertailla yleistä medikalisaatiokeskustelua ja sosiaalityön medikalisaatiokeskustelua ”kokonaisuutena”, joten yksittäisten tutkimusten ja väitteiden tarkkojen kontekstien selvittäminen ei nähdäkseni ole niin olennaista.

Tuomo Takalan ja Anna-Maija Lämsän (2001) artikkeli tulkitsevasta käsitetutkimuksesta organisaatio- ja johtamistutkimuksessa sopii mielestäni tueksi avaamaan tutkimustapaani. Takala ja Lämsä mieltävät tulkitsevan käsitetutkimuksen tutkimustavaksi, jossa pyritään laajentamaan johonkin käsitteeseen liittyvää ymmärrystä ja etsitään käsitteisiin sisältyviä merkityksiä. Aineistona ovat ”mykät” tekstiaineistot, jotka on saatava ”puhumaan” tietyistä tutkijan valitsemista perspektiiveistä käsin. (mt., 375–378.)

Tässä aineistona ovat sekä teoreettiset tutkimukset että medikalisaatiota käsittelevä englanninkielinen sosiaalityön tutkimus tieteellisissä aikakausjulkaisuissa. Perspektiivejä ovat muun muassa medikalisaation klassikot, medikalisaation seuraukset sosiaalityön asiakkaille ja sosiaalityön eettiset periaatteet. Tutkimus perustuu medikalisaation käsitteen yhteyksien tarkasteluun. En pelkästään ole kiinnostunut käsitteelle suoraan annetuista määritelmistä, vaan etsin käsitteen merkityksiä tulkitsemalla ja kategorisoimalla yhteyksiä, joissa käsitettä käytetään. Vastaavalla tavalla etsin medikalisaation seurauksia aineistostani.

Takala ja Lämsä (2001) jakavat edelleen tulkitsevan käsitetutkimuksen neljään lajiin: heuristiseen tulkitsevaan käsitetutkimukseen, teoriaa seurailevaan tulkitsevaan käsitetutkimukseen, kuvailevaan tulkitsevaan käsitetutkimukseen ja kriittiseen tulkitsevaan käsitetutkimukseen. Kirjoittajien mukaan tutkimustapoja erottaa toisistaan teoreettisten näkökulmien painoarvo tulkintaa ohjaavina tekijöinä. Heuristisessa tulkitsevassa käsitetutkimuksessa teoreettinen näkökulma toimii tulkinnan suuntaajana, teoriaa seurailevassa tulkinta rajataan tiettyyn teoriaviitekehykseen, kuvailevassa etsitään kokonaisymmärrystä käsitteen merkityksenannoista ja kriittisessä pyritään etsimään käsitteestä ja sen merkityksistä esimerkiksi ideologisesti värittyneitä latauksia. (mt., 385–386.)

Takalan ja Lämsän jakoon suhteutettuna tutkimukseni on lähimpänä heuristista tulkitsevaa käsitetutkimusta, jossa siis teoria ja valittu näkökulma ohjaavat tulkintaa, mutta eivät sido sitä aukottomasti. Teoreettinen viitekehys syntyy siitä, että tulkitsen sosiaalityön medikalisaatiokeskustelua suhteessa yleisiin medikalisaatiokeskustelun klassikkoteoksiin. Erityisesti medikalisaation seurausten tulkinnassa hyödynnän medikalisaation klassikoista muodostamiani kategorioita. Toisaalta tutkimustani voi luonnehtia kuvailevaksi, sillä varsinkin kirjallisuuskatsauksen aineisto on laaja. Se ei pyri pääsemään yksittäisten tekstien taakse arvioimaan tutkimusta, vaan se nostaa sosiaalityön aikakausjulkaisuissa käydyin medikalisaatiokeskustelun olennaiset piirteet esiin.

Kriittisen tulkinnan osuus on pieni. Sitoudun lähtökohtaisesti siihen, että medikalisaatiota koskeva vertaisarvioitu tutkimus on järkevää ja varteenotettavaa. En pyri verifioimaan tai falsifioimaan yksittäisiä medikalisaatiota koskevia väitteitä empiiristä aineistoa hyödyntäen, vaan kokoan, analysoin ja ryhmittelen toisten tekemää tutkimusta. Pohdinnassa tuon kuitenkin jonkin verran esiin väitteisiin liittyviä kiistanalaisuuksia ja ristiriitaisuuksia sekä lisätutkimuksen paikkoja.

Systemaattista kirjallisuuskatsausta koskien esitän täsmällisempää ja rajatumpaa tutkimusmetodologiaa myöhemmin pääluvussa neljä.

3 MEDIKALISAATION SOSIOLOGIAA

3.1 Kaksi klassikkoa

Taustoittavassa pääluvussa tulkiten sosiologisten medikalisaatiokeskusteluiden historiaa ja medikalisaatiolle annettuja kriittisiä merkityksiä. Tulkintani perustuu kahteen medikalisaation teoreettiseen viitekehykseen, poikkeavuuden medikalisaatioon ja biomedikalisaatioon.

Poikkeavuuden medikalisaation juuret ovat niin kutsutun Chicagon koulukunnan interaktionistisessa sosiologiassa. Tulkintani pohjaa poikkeavuuden medikalisaation klassikkotekstiin, Peter Conradin (s.1945) ja Joseph Schneiderin teokseen *Medicalization of Deviance – From Badness to Sickness*, jonka ensimmäinen painos julkaistiin vuonna 1980. Tässä käytän vuonna 1992 julkaistua painosta. Biomedikalisaatio puolestaan tukeutuu huomioihin uusliberalismista, teknologisesta kehityksestä ja yhteiskunnallisen hallinnan sisäistymisestä. Sen klassikkoteksti on Adele E. Clarken, Janet K. Shimin, Laura Mamon, Jennifer Ruth Fosketin ja Jennifer R. Fishmanin vuonna 2003 julkaisema artikkeli *Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine*.

Poikkeavuuden medikalisaation ja biomedikalisaation klassikkotekstien nostaminen esiin ei ole sattumanvaraista, sillä molempien merkitys terveyttä koskevassa yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa on tunnustettu. Tästä kertoo muun muassa se, että molempiin teksteihin on viitattu tieteellisessä julkaisutoiminnassa yli 1000 kertaa (ks. Google Scholar 2017).

Muitakin tapoja lähestyä medikalisaatiota olisi ollut. Esimerkiksi Thomas Szaszin (1920–2012), Ivan Illichin (1926–2002), Ronald David Laingin (1927–1989) varsin paljon huomiota saaneet lääketieteen ja psykiatrian kritiikit ovat osa medikalisaatiokeskusteluiden historiaa. Tässä esityksessä jätän ne kuitenkin vaille erillistä huomiota, sillä näiden kritiikien ydinsisältö välittyy poikkeavuuden medikalisaation kautta.

Conrad ja Schneider (1992) viittaavat useissa kohdin erityisesti Szaszin ja Laingin teksteihin. He tulkitsevat Szaszin psykiatrian kritiikin pohjautuneen ajatukselle laajoista yksilön-oikeuksista ja -vapauksista. Sairaus oli myytti, jolla väärin käyttäytyvien hallintaa perusteltiin. Psykiatria ja psykiatriset pakkokäytännöt olivat ytimeltään välineitä, joilla väärin käyttäytyviltä ihmisiltä riistettiin oikeus autenttiseen ihmisyyteen ja puolueettomaan oikeudenkäyntiin. Mikäli rikosta ei ollut tapahtunut, valtiolla ei ollut oikeutta puuttua käyttäytymi-

seen. Laing heidän mukaansa tulkitsee mielisairauksien, esimerkiksi skitsofrenian, olevan pohjimmiltaan reaktio epäoikeudenmukaisiin yhteiskunnallisiin tekijöihin. (mt., 65–66.)

Szaszin ja Laingin näkemykset kiteytyvät osaksi poikkeavuuden medikalisaation kriittisiä elementtejä, joita erittelen tarkemmin tämän pääluvun viidennessä alaluvussa. Szaszin kritiikki liittyy ajatuksiin erilaisuuden hallinnasta, stigmasta ja moraalisen vastuun vähenemisestä, kun taas Laing liittyy enemmän sosiaalisen ongelman yksilöllistymiseen.

Pääluvun toisessa alaluvussa käsittelen poikkeavuuden medikalisaatiota ja kolmannessa biomedikalisaatiota. Neljännessä alaluvussa arvioin lähestymistapojen yhteisiä ja eroavia piirteitä ja ajankohtaisuutta. Viidennessä alaluvussa käsittelen medikalisaation seurauksia. Kuudennessa alaluvussa paikannan suomalaista medikalisaatiokeskustelua.

3.2 Poikkeavuuden medikalisaatio

Medicalization of Deviance – from Badness to Sickness liittää medikalisaation ilmiön erityisesti yhdysvaltalaisen psykiatrian kehitykseen. Huomio kiinnittyy siihen, että 1800-luvun lopulta alkaen psykiatria on määritellyt ja luokitellut useita uusia mielisairauksia, häiriöitä ja tiloja, joista suurin osa liittyy ihmisten poikkeavaksi¹ tulkittuun käyttäytymiseen. Erillisinä tapausesimerkkeinä tästä kirja käsittelee muun muassa alkoholismia, lasten yliaktiivisuutta (ADHD) ja opiaattiriippuvuutta. Toisaalta Conrad ja Schneider eivät tulkitse medikalisaatiota totaaliseksi prosessiksi. Medikalisoitunut ymmärrys jostakin ilmiöstä voidaan myös hylätä myöhemmin. Homoseksuaalisuus on tästä esimerkki, sillä sitä koskeva psykiatrinen ymmärrys on menettänyt merkitystään 1900-luvun loppupuolella. (Conrad & Schneider 1992, 172–213.)

Poikkeavuuden medikalisaation ymmärtämiseksi tarkastelen sitä osana interaktionismiksi kutsuttua sosiologista tutkimusperinnettä ja sen suhdetta leimaamisteoriaan ja sosiaalisiksi konstruktionismiksi kutsuttuun tutkimusteoreettiseen lähtöasetelmaan. Professori Elianne Riskan (2010) ajatuksia seuraillen tulkitson poikkeavuuden medikalisaation sosiologisen rakennefunkcionalismin interaktionistiseksi kritiikiksi, jonka juuret ovat Chicagon koulukunnassa.

¹ Englanninkielinen sana ”deviance” suomennetaan vakiintuneesti poikkeavuudeksi, joten teen niin tässäkin. Sosiologisessa termistössä ”deviance” viittaa sääntöjen rikkomiseen ja yhdistyy ei-toivottuun, paheelliseen, syntiseen ja väärään käytökseen. Sanalla on siten negatiivinen painolasti, joka ei ehkä täysin suomenuksesta välity.

Rakennefunktionalismissa yhteiskunta tulkitaan harmoniseksi tai harmoniaan pyrkiväksi kokonaisuudeksi, josta käsin sosiologi voi eritellä yhteiskunnan instituutioiden toimintaa. Rakennefunktionalismi yhdistetään tavanomaisesti erityisesti yhdysvaltalaisen Talcott Parsonsin (1902–1979) tutkimustöihin. Professori Tuula Vaskilammen (2010) mukaan lääkäriprofession näyttäytyi Parsonsille yhtenä tällaisena tasapainottavana yhteiskunnallisena instituutiona. Sairaus uhkasi tehokkuutta, uutteruutta ja tasavertaista kilpailua. Sairaana rooli vapautti sairaan tietyistä tehtävistä, velvoitteista sekä myös syytöksistä, jotka koskevat sairastumista ja voimavarojen heikentymistä. Samalla se kuitenkin velvoitti noudattamaan lääkäreiden ohjeita sopivasta hoidosta. (mt., 62–66.)

Chicagossa työnsä tehneeseen George Herbert Meadiin (1863–1931) usein henkilöity interaktionistinen sosiologia puolestaan painottaa kielen välityksellä tapahtuvan sosiaalisen vuorovaikutuksen yhteyttä minäkuvien, roolien ja yhteisöjen ja kulttuurien muotoutumiseen. Ihmiseen ja yhteisöihin liittyvien rakenteiden syntyä koskevien teoreettisten ajatusten lisäksi kyse oli myös tutkimusmenetelmistä. Chicagon koulukunnalle oli luonteenomaista käyttää etnografisia kenttätyömenetelmiä.

Meadin jälkeen Chicagossa vaikutti useita sosiologeja, jotka havainnoivat mikrotason neuvottelun ja vuorovaikutuksen merkitystä yhteiskunnan institutionaalisten rakenteiden synnylle ja koossa pysymiselle. Sirpa Wrede (2010, 46–49) pitää Everett Hughesia (1897–1983) ensimmäisenä, joka liitti interaktionistisen tutkimusotteen ammattien tutkimukseen. Profession roolit ja niiden väliset arvostussuhteet eivät perustuneet ennalta määriteltyyn harmoniaan, vaan ne olivat neuvottelun ja kamppailun tulos. Riskan (2010) mukaan Elliot Freidson (1923–2005) ulotti analyysiin lääkäriprofession. Lääketieteen valta lääketieteellisissä kysymyksissä oli ehdoton, mutta ei sisäsyntyinen tai harmoniaan perustuva. (mt., 206–207.)

Riska (2010) huomioi, että Peter Conradin varhaiset ylivilkkaushäiriötä (ADHD) käsitelleet julkaisut seurasivat muun muassa Freidsonin ja Hughesin tutkimusotetta. Conradin tarkoituksena oli tutkia nimenomaan sitä, miten lääkäriprofession valtuutettiin antamaan hoitoa ongelmaan. (mt., 208.)

Yhteiskuntakriittistä pohjavirettä poikkeavuuden medikalisaatio puolestaan sai leimaamisteorian soveltamisesta. Jo väitöskirjassaan Conrad määrittelee väitöskirjassaan tutkimuksensa kohdistuvan ”yliaktiivisten lasten leimaamiseen ja poikkeavan käyttäytymisen medikalisointiin” (Conrad 1976, 1, Riskan 2010, 208 mukaan).

Leimaamisteoria henkilöidään usein muun muassa häpeämerkin eli stigman käsitteen popularisoineeseen Erving Goffmaniin (1922–1982). Goffman (1963) määrittelee stigman yksilön piirteeksi tai ominaisuudeksi, joka altistaa väheksymiselle. Olennaista on, että stigma syntyy suhteessa ihmisiä ja rooleja koskeviin stereotypioihin. Tämän vuoksi ominaisuudet, piirteet, käyttäytymistavat eivät altista väheksymiselle, halveksunnalle ja häpeän kokemiselle suoraan, vaan taustalla on aina ihanteita koskien sitä, minkälaisen ihmisen tulisi olla. Lisäksi Goffman korostaa sitä, että stigma edellyttää sitä, että ihminen tiedostaa olevansa muiden silmissä puutteellinen. Tällä tavoin stigma liittyy myös ihmisen kokemusmaailmaan, koettuun häpeään. (mt., 12–13, 17.)

Leimaamisteorian keskeisenä kehittäjänä on pidetty myös Howard Beckeriä (s.1928), joka Riskan (2010, 207) mukaan oli erityisen keskeinen työtoveri Conradille ja muille lääkäri-professioita tutkineille sosiologeille. Becker (1973) analysoi tunnetussa teoksessaan *Outsiders* kannabiksenkäyttäjiä ja tanssimuusikoita tarkastellen vuorovaikutuksellista prosessia, jossa poikkeavuutta koskevat leimat syntyvät. Lähtökohtainen ajatus on se, että poikkeavuus ei ole moraalisesti pahan ihmisen ominaisuus, vaan lopputulos prosessista, jossa joku määrittelee toisen käyttäytymisen poikkeavaksi. Yhteisöt luovat sääntöjä, soveltavat näitä ihmisiin ja merkitsevät sääntöjen rikkojat yhteisön ulkopuolisiksi. Kannabiksenkäyttäjien ja muusikoiden leimaamisen vuoksi heitä rangaistaan myöhemmin samoista teoista ankarammin kuin muita. Lisäksi Becker liittyy leimaamisteoriaan ajatuksen eräänlaisesta itseään toteuttavasta ennusteesta. Hän tulkitsee, että yhteisöllinen tuomitseminen ei hillitse poikkeavaa käytöstä, vaan vaikeuttaa normien rikkojaksi leimatun ihmisen elämää niin paljon, että normien rikkominen on tulevaisuudessa todennäköisempää. (mt., 9–24.)

Leimaamisteorian näkökulmasta olennaista on se, että psykiatrisia tiloja koskeva ymmärrys pohjautuu yhteisöllisesti muotoutuneille kielteisille käsityksille. Sairauspuheen takana on moraalinen tuomio. Leimaamisteorian kriittinen ydin onkin siinä, että Parsonsien kuvaaman sairaan roolin olemassaolo hyväksytään, mutta sairaalle siitä koituvat hyödyt kiistetään.

Parsonsille sairaan rooli näyttytyi asiana, joka oli hyödyllinen sekä ongelmia kohtaavan ihmisen että protestanttisen yhteiskunnan näkökulmasta. Yhteiskunnan ei ollut järkevää edellyttää puurtamista ihmiseltä, joka ei siihen kyennyt. Sairas puolestaan vapautui työvelvoitteista, mutta sai kontolleen muita velvoitteita, joiden avulla kautta yhteiskunta saattoi odottaa sairasta mahdollisimman pian takaisin työn ääreen.

Leimaamisen näkökulmasta katsottuna tilanne on toinen. Psykkinen sairaus ei alun perin ole ihmisen ominaisuus, vaan toisten näkemys poikkeavuudesta. Sairauteen liittyvä stigma altistaa sairaan syrjinnälle ja hankaloittaa parantumisen todennäköisyyttä. Ja koska stigma liittyy minäkuviin, psykkineseen sairauteen liittyy myös koettua häpeää.

Poikkeavuuden medikalisaatio perustuu huomiolle leimaamisen historiallisista jatkumoista. Tässä kohdin sitä on mielekäästä tarkastella myös suhteessa sosiaalisena konstruktionismina tunnettuun tiedonsosiologiseen paradigmaan, joka yhdistetään yleensä Peter Bergerin (1929–2017) ja Thomas Luckmannin (1927–2016) vuonna 1966 julkaisemaan teokseen *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*.

Berger ja Luckmann kiinnittivät huomiota prosessiin, jossa arkitodellisuus ja arjen sosiaalinen vuorovaikutus (mm. tavat ja rutiinit) muokkautuvat koetuksi, jaetuksi ja instituutioiden avulla vahvistetuksi ”todellisuudeksi”. Nykyään sosiaalisen konstruktionismin (yleisesti ks. Hacking 2008) voi luonnehtia olevan yhteinen nimittäjä kirjavalle joukolle tutkimussuuntauksia, jotka korostavat tiedon, käsitteiden ja ymmärryksen sosiaalista ja kielellistä rakentumista. Taustalla on silti ajatus siitä, että itsestään selvänä pidetty arkitieto ja arkitodellisuus, ja jossakin määrin myös tieteellinen tieto, muokkautuisivat erilaiseksi, mikäli niiden sosiaalinen syntyprosessi olisi toinen.

Poikkeavuuden medikalisaatio selkeästi tukeutuu konstruktionistiseen lähtöajatuksen. Poikkeava käyttäytyminen ymmärretään usein luonteeltaan lääketieteelliseksi sairaan yksilön ongelmaksi. Tämä ymmärrys on kuitenkin useiden erilaisten ja eritasoisten historiallisten, kulttuuristen ja yhteiskunnallisten prosessien lopputulos. Kyse ei siis ole, positivistisesti ajatellen, vain lääketieteellisen tiedon kartumisesta ja tarkentumisesta.

Medikalisaatiokritiikin kannalta yllä kuvattu lähtöajatus on aivan keskeinen, mutta Conrad ja Schneider (1992) esittävät paljon täsmällisempiäkin väitteitä. Olennaista on, ettei lääketiede ole poikkeavuuden alkuperäinen määrittelijä, vaan suurin osa myöhemmin medikalisoituneista ongelmista oli määritelty ja sanktioitu uskonnollisten ja juridisten instituutioiden toimesta pahaksi, syntiseksi ja vääräksi ennen kuin lääketiede kiinnitti niihin huomiota. Esimerkkejä tällaisesta ovat alkoholin käyttö, miesten välinen seksuaalinen kanssakäyminen ja opiaattien käyttö. (mt., 266.)

Toisin sanoen Conrad ja Schneider esittävät, että lääketiede ei ole poikkeavuuden konstruoinnin agentti, vaan se ottaa haltuunsa ja muokkaa jo olemassa olevia sosiaalisia konstruk-

tioita. Siten se vahvistaa uskonnollisten ja juridisten auktoriteettien aiemmin piirtämiä rajoja hyvän, pahan, oikean ja väärän välille. Kuvaavasti Conrad ja Schneider (1992, 17) itse kutsuvatkin lähestymistapaansa ”historiallis-sosiaalisiksi konstruktionismiksi”.

Conrad ja Schneider (1992, 266–271) muotoilevat, että medikalisaation prosessin voi yleistää viiteen vaiheeseen:

1. Käyttäytyminen määritellään poikkeavaksi muualla kuin lääketieteessä.
2. Lääketieteen pioneerit noteeraavat ilmiön lääketieteellisessä julkaisussa tai konferenssissa.
3. Toimijaryhmät (esimerkiksi lääkärit, hoitotyön ammattilaiset, lääketeollisuus, viranomaiset ja potilasjärjestöt) vaativat ilmiölle lääketieteellistä huomiota.
4. Ilmiön lääketieteellinen selitysmalli tulee osaksi poliittisia ja oikeudellisia keskusteluja.
5. Ilmiö institutionalisoidaan ottamalla se osaksi lääketieteellisiä luokitteluita ja sosiaali- ja terveyspolitiikkaa.

Conradin ja Schneiderin (1992) mukaan medikalisaatiossa ei ensisijaisesti ole kyse lääkäriprofession yhtenäisestä pyrkimyksestä laajentaa pätevyysaluettaan ja lisätä arvovaltaansa. Keskustelun aloittavat pioneerit ovat kylläkin yleensä lääkäreitä, mutta yksittäisiä toimijoita. Medikalisaatio vahvistuu vasta, kun sairaus saa laajempaa tieteellisen lääketieteen rajat ylittävää julkisuutta. Tässä vaiheessa siihen osallistuu erilaisia lääkärikunnan ulkopuolisia tahoja, kuten esimerkiksi lääketeollisuuden edustajia, potilaita edustavia järjestöjä, julkisia organisaatioita ja vertaistukijärjestöjä. Näiden toimijoiden merkitys voi olla suurempi kuin lääkäreiden, joista suurin osa ei tässäkään vaiheessa tiedosta ilmiön olemassaoloa lainkaan. Olennaista on, että medikalisaatio koetaan myös hyödylliseksi asiaksi. Myös poikkeaviksi leimatuilla ihmisillä on intressejä suosia ongelman sairauskäsitystä. (mt., 267–269.)

Conrad ja Schneider (1992) korostavat myös sitä, että poikkeavuuden medikalisaatio edellyttää julkisen vallan hyväksyntää uusille poikkeavuuden ymmärtämisen tavoille. Lääketieteelliset määritelmät eivät ylitä suoraan julkista rankaisovaltaa, vaan tueksi tarvitaan esimerkiksi tuomioistuimen päätöksiä ja lainsäädäntöä, jossa poikkeavuuden yhteys sairautteen tavalla tai toisella tunnustetaan. Lääketieteellisillä sairausluokituksilla on roolinsa

medikalisaation vahvistajana, mutta yhtä tärkeitä ovat julkiset organisaatiot, jotka tunnustavat ilmiön sairausluonteen. (mt., 269–271.)

Tässä kohdin kyse on esimerkiksi oikeusjutuista, joissa sairautta käytetään argumenttina. Toinen merkittävä aihe on sosiaali- ja terveystieteelliset ohjelmat, joissa vaikuttamisen kohteeksi määritellään jokin terveysongelma. Suomalaisessa kontekstissa esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ongelmaa koskevat määrittelyt ovat keskeisiä arvioitaessa jonkin ilmiön medikalisoitumisen astetta.

Miksi poikkeavuus medikalisoituu? Conrad ja Schneider (1992) tulkitsevat medikalisaatiota 1800- ja 1900-luvun aatehistorian kautta. Psykiatriset mallit ovat osa laajempia tieteellisiä virtauksia, deterministisiä teorioita, jotka pyrkivät selittämään ihmisen käytöstä kausallisesti, sosiaalisesti tai biologisesti määräytyneenä. Kyse on utooppisesta uskosta siihen, että ongelmien alkuperä on määriteltävissä ja löydettävissä. (mt., 261–265.)

Myös suotuisat yhteiskunnalliset ja kulttuuriset olosuhteet vaikuttavat. Conradin ja Schneiderin (1992) mukaan medikalisaatiolle luo tilaa lääketieteen ja lääkärikunnan yleinen arvostuksen nousu, humanitaristinen auttamisen kulttuuri ja amerikkalaisen kulttuurin protestanttinen eetos, johon sopii hyvin idea kurjasta yksilöstä pahuuden ja ongelmien lähteenä. (mt., 262–265.)

3.3 Biomedikalisaatio

Myöhemmässä *The Medicalization of Society* -teoksessa Conrad (2007) toteaa medikalisaation prosessin joiltakin osin muuttaneen muotoaan. Kuluttajien, lääketeollisuuden, hoitoa tarjoavien organisaatioiden ja vakuutusyhtiöiden rooli medikalisaatiossa on kasvanut. Vakuutusyhtiöt enenevästi korvaavat lääkkeitä muiden hoitomuotojen sijaan. Lääkkeiden markkinoinnin rajoituksia on purettu, ja lääkkeitä voidaan määrätä vapaammin. Sosiaalisten tilanteiden pelko ja yleistynyt ahdistuneisuushäiriö ovat esimerkkejä uusista psykiatrisista tiloista, joiden synnyssä lääketeollisuuden lobbauksella on ollut merkittävä rooli. (mt., 6–8, 15–18.)

Uusien poikkeavuuden muotojen synty on osa Conradin 2000-luvun ajattelua, mutta vielä keskeisempi merkitys sillä on biomedikalisaatioteorialle, jonka Adele Clarke ym. (2003) esittävät artikkelissa *Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine*. Teorian mukaan 1980-luvulta alkaen Yhdysvalloissa huomio on siirtynyt sairauden hoidosta ja poikkeavuuden kontrollista terveyden edistämiseen ja

riskien hallintaan. Samalla medikalisaation luonne muuttuu siten, että se kohdistuu yhä selkeämmin koko väestöön poikkeaviksi leimattujen ihmisten ohessa.

Clarcken ym. (2003, 162) mukaan biomedikalisaatiossa on kyse prosessista, jossa keskeisessä osassa on uusi tiede ja teknologia: muun muassa molekyylibiologia, biotekniikka ja geenitekniikka. Nimi ”biomedikalisaatio” viitannee, teknologian lisäksi, myös Michel Foucault’n (1926–1984) ja muiden myöhempien sosiologien analyyseihin biovallasta ja hallinnan sisäistymisestä, joita voi pitää biomedikalisaation sosiologisena kasvualustana.

Clarcken ym. (2003, 161) katsannossa biomedikalisaatiota määrittää viisi limittäin tapahtuvaa yhteiskunnallista, teknologista ja tieteellistä kehityskulkua:

1. Terveydenhoidon kaupallistuminen ja markkinalogiikka
2. Terveyden edistäminen ja terveysriskien tarkkailu
3. Tieteellinen ja tietotekninen kehitys
4. Tiedon jakamiseen ja tuotantoon liittyvät muutokset
5. Ruumiin muokkaaminen ja teknistieteelliset identiteetit

Kyse on ensinnäkin siitä, että terveydestä on tullut kulutusta. Terveydenhoito ja lääketeollisuus ovat markkinalogiikan ohjaamaa ylikansallista yritystoimintaa. Tieteellisen tutkimuksen ja markkinaehdoilla toimivan teollisuuden väliset sidonnaisuudet ovat kasvaneet. Suuret monialaiset yritykset ovat sivuuttaneet lääkäreiden johtamat pienemmät yksiköt. (Clarke ym. 2003, 166–171.)

Kirjoittajat tarkastelevat kaupallistumisen seurauksia kriittisesti, sillä se on eri tavoin vahvistanut sosiaalista eriarvoisuutta. Joissakin osavaltioissa on esimerkiksi käynyt niin, että suuri toimija ei ole hyväksynyt osaa sairausvakuutuksista, jolloin osa ihmisistä on jäänyt vaille terveydenhoitoa. (Clarke ym. 2003, 166–171.)

Toinen biomedikalisaation keskeinen piirre on se, että sairauden hoitamisen sijaan huomio kiinnittyy siinä terveyteen ja terveysriskeihin. Clarke ym. (2003) argumentoivat, että terveyden tarkkailemisesta on tullut arkinen asia ja moraalinen velvollisuus. Yksilöltä odotetaan sitä, että hän huomioi elintavoissaan omat yksilölliset riskinsä. Jokainen on potentiaalisesti sairas eikä tämän toteamiseen ei enää tarvita sairauden oireita. Vastuu terveydenhoidosta siirtyy lääkäreiltä ja muilta terveydenhoidon ammattilaisilta ihmisille, jotka tekevät

markkinoilla valintoja asiakkaina, palvelunkäyttäjinä ja kuluttajina. Tutkijat toteavatkin, että terveyden biomedikalisoituessa perinteisten lääketieteen ammattilaisten merkitys näyttäisi paradoksaalisesti vähenevän. (mt., 171–173.)

Kolmas biomedikalisaatioon piirre ovat tietotekniikan, geenitekniikan, molekyylibiologian, biotekniikan ja lääketieteellisen teknologian uudet symbioosit. Biomedikalisaation tutkijat korostavat erityisesti tietotekniikkaa, joka mahdollistaa lääketieteellisen tutkimukseen liittyvien rekistereiden ja potilastietojärjestelmien standardisoinnin ja digitalisoinnin. Tämä mahdollistaa muun muassa tilastollisen vaikuttavuuden täsmällisemmän tarkkailemisen. (Clarke ym. 2003, 173–176.)

Vaikuttavuuden arvioinnin kehitys on arvokasta siksi, että kalliit ja suhteellisesti tehottomiksi tutkitut hoitomuodot rajataan pois. Toisaalta hoidon yksilöllisyys ja ainutkertaisuus vähenee. Standardisointi pelkistää potilaista ja asiakkaista kerättävää tietoa, sillä järjestelmään ei voi syöttää yksilöllistä informaatiota. Potilaan ja lääkärin kasvokkainen vuorovaikutus muuttuu harvinaisemmaksi. Toisaalta erityisesti genetiikan ja molekyylibiologian kehitys lisää joillekin mahdollisuuksia ruumiin räätälöityyn muokkaamiseen ja tarkkaan terveystieteiden välttelyyn. (Clarke ym. 2003, 173–176.)

Neljäs merkittävä tekijä on informaation ja tiedon jakamiseen ja tuotantoon liittyvät muutokset. Biomedikalisaatio toteutuu aikana, jolloin tieto ei enää muodostu julkisen vallan hallitsemisissa instituutioissa eikä siirry auktoriteettiasemassa olevilta ammattiprofessioilta maallikoille. Ihmiset, potilasryhmät, media sekä taloudellista etua hakevat tahot, esimerkiksi lääketeollisuus, ottavat osaa biomedikalisaation tiedontuotantoon. (Clarke ym. 2003, 177–180.)

Tutkijat toteavat, että yksittäisten ihmisten ja pienten ryhmien kohdalla kyse on siitä, että terveyttä koskeva tieto on 2000-luvulla avointa ja saatavilla. Maallikkotoimijat voivat ottaa osaa keskusteluihin, esimerkiksi rahoittaa tutkimusta ja muotoilla tutkimusintressejä. Tiedontuotantoon osallistuvien kaupalliset intressit voivat kuitenkin olla ongelma. Lääkeyrityksiltä vaaditaan näyttöä lääkkeiden turvallisuudesta ja tutkimustulosten asiallisuudesta, mutta vääristelyä on silti tapahtunut. Lääkäreiden roolia on vähentänyt myös se, että FDA (Yhdysvaltojen elintarvike- ja lääkevirasto) on vapauttanut suoraan asiakkaille tapahtuvaa lääkemerkintää. Seurauksena tästä on ollut muun muassa se, että vaihtoehtohoitojen markkinat ovat kasvaneet räjähdysmäisesti, ja myös perinteisemmät lääkkeitä kauppaavat tahot ovat ottaneet luontaistuotteita tuotevalikoimiinsa. (Clarke ym. 2003, 177–180.)

Viides biomedikalisaatiota määrittävä kehityskulku liittyy lääketieteen perustehtävän muutokseen. Tutkijoiden mukaan perinteinen medikalisaatio tulkitsee yhtä normalisoinnin prosessia, jossa ihmistä pyritään korjaamaan, hallitsemaan ja saattamaan haluttuun tilaan. Biomedikalisaatiossa sen sijaan ihmisruumiit eivät enää vaadi korjaamista, vaan niitä pyritään parantamaan ja muokkaamaan. Esimerkiksi potenssilääkkeet ovat täsmällistettyjä hoitoja, jotka eivät korjaa sairautta, vaan lupaavat mielekkäämpää elämää. Kyse on myös siitä, että käsitys yhdestä normaalista ikään kuin hajoaa osiin. Biomedikalisaatio synnyttää uusia – ei ainutlaatuisia, mutta kuitenkin monenkirjavia – riski-identiteettejä. Molekyylibiologia esimerkiksi voi tarjota täsmälääkkeitä geneettisen sairauden riskin kantajille, joista muotoutuu uusi riski-identiteetti. (Clarke ym. 2003, 180–183.)

Miten biomedikalisaatio tulisi hahmottaa sosiologisessa tutkimusperinteessä? Sosiologisesta lintuperspektiivistä katsoen lähestymistavan keskeiset ajatukset ovat jossakin määrin linjassa nk. refleksiivisen yksilöllistymisen kanssa. Refleksiivinen yksilöllistyminen voidaan liittää muun muassa sosiologian klassikoiden Zygmunt Baumanin (1925–2017), Anthony Giddensin (s.1938) ja Ulrich Beckin (1944–2015) tuottamiin ajankuviin, joiden mukaan myöhäismodernilta ihmiseltä edellytetään enemmän henkilökohtaisia valintoja ja sopeutumista kuin ennen (ks. esim. Saastamoinen 2011, 74–76).

Täsmällisemmin tarkasteltuna biomedikalisaation sosiologinen tausta on kuitenkin foucaultlaisessa biovallan käsitteessä ja erityisesti jälkifoucaultlaisessa hallinnan analytiikassa. Foucault'n ja biomedikalisaation yhteyksien selvittelyssä hyödynnän yhteiskuntatutkija Mikko Jauhon tulkintaa biovallasta.

Jauhon mukaan biovalta kohdistuu eläviin ihmisiin, Foucault'n terminologiassa subjekteihin. Biovallan pyrkimyksenä on subjektien normalisointi eli ihmisten ruumiiden, kykyjen ja mahdollisuuksien saattaminen kohti normaalia. Tässä kohdin väestöllisiä prosesseja (esim. syntyvyys, kuolleisuus, sairastavuus) ja niihin vaikuttavia tekijöitä (esim. ympäristö, elintavat ja -olot) koskeva tieto on tärkeää. Väestön terveys on keskeinen normalisoivan biovallan kohde. Esimerkiksi rokotukset edellyttävät sekä kustannuslaskelmia, riskiryhmien eriyttämistä ja eri osaryhmien tunnusarvojen tuntemista. (Jauho 2010, 160, 163, 169.)

Olennaista on myös subjektin termin kaksoismerkitys. Subjektit ovat yhtä aikaa toimijoita ja hallinnan kohteita. Tieteellinen tieto tuottaa käsityksiä siitä, mitä ihmiset ovat ja mitkä tekijät heidän terveyteensä ja hyvinvointiinsa vaikuttavat. Toisaalta ihmiset ovat itsenäisiä

toimijoita, joiden toiminnan kautta biovallan tavoitteet toteutuvat – tai jäävät toteutumatta, mikäli ihmiset asettuvat tavoitteiden kanssa vastarintaan. (Jauho 2010, 160, 163.)

Biomedikalisaation näkökulmasta katsoen uudet tiedon muodot ja tietotekninen kehitys tuottavat uudenlaisia terveystyökaluja ja riski-identiteettejä. Subjektien luomisen taustavoimina on muun muassa kaupallinen tarve kohdistaa markkinointia, palveluita ja tuotteita täsmällisemmin. Terveystyön edistämistä koskevat ihanteet ja sairauksia ja riskejä koskeva tieto ohjaavat ihmisten käyttäytymistä. Toisaalta ihmiset myös osallistuvat tiedon tuotantoon, nostavat uusia kiinnostuksenkohteita esiin, välittävät ja tulkitsevat tietoa.

Foucault'n näkökulma yhteiskuntaan oli historiallinen. Hän ei tunnustanut yleisten lainalaisuuksien olemassaoloa, vaan etsi historiallisesti rakentuneita muodostelmia. Jauhon (2010, 164–165) mukaan Foucault tulkitsee yksilönvapauksia korostavan liberalistisen hallinnan ohjaavan länsimaista yhteiskunnallista kehitystä.

Hallinnan analytiikaksi kutsuttu jälkifoucaultlainen tutkimustapa on jatkanut hallinnan muotojen analyysia. Peter Miller ja Nikolas Rose erottelevat kolme modernin hallinnan mentaliteettia. Klassisessa liberalismissa maksimaalisen hyvinvoinnin ja vaurauden ajatellaan syntyvän valtion vetäytymisen kautta. Sosiaalisen hallinnassa valtio takaa yksilön hyvinvointia luomalla esimerkiksi sosiaalivakuutusjärjestelmiä, mutta myös sosiaalisia patologioita ja ratkaisukeinoja näihin. Sosiaalisen hallinta kulminoituu 1900-luvun hyvinvointiliberalismiin ja hyvinvointivaltioon. Uusliberalismissa sosiaalinen hallinta näyttää liian raskaana ja tukahduttavana. (Miller & Rose 2010)

Jauhon mukaan biovallan tavoite on autonomisen itseään hallitsevan subjektin luominen. Foucault tulkitsee, että moderni ihanne ihmisestä on olento, joka tiedostaa ja hallitsee sisäiset (mm. seksuaaliset) impulssinsa. (Jauho 2010, 161, 165.) Uusliberalismissa vaatimukset vapaasta asiakkaasta, kuluttajasta ja toimijasta kasvavat. Siten voidaan väittää, että uusliberalismin ajalla itsehallinta on entistä tärkeämpää – ja jossakin määrin hankalampaa.

Ajatus siitä, että uusliberalismi lisää ihmisen itsehallintaan kohdistuvia vaatimuksia, on mielestäni erittäin keskeinen biomedikalisaation teorialle. Clarke ym. (2003) korostavat, että biomedikalisaation ilmenemismuoto on terveyttä koskevan itsehallinnan ja itsetarkkailun vaatimusten kasvaminen. Biomedikalisaation yksi mahdollistaja on se, että esimerkiksi markkinoinnin rajoituksia on purettu, jolloin asiakas, kuluttaja ja palveluiden tarjoajat ja tuottajat ovat suuremmissa suhteissa toisiinsa. (mt., 165.)

Sosiologi Gerda Reithin esittämät tulkinnat riippuvuuden sairauskäsityksestä ovat mielestäni oivallinen esimerkki siitä, miten biomedikalisaation, itsehallinnan kasvun ja uusliberalismin yhteyksiä voidaan tarkastella konkreettisesti.

Reithin mukaan kaikkien riippuvuussairauksien (esim. alkoholi-, opiaatti- ja peliriippuvuus) diagnostiikassa keskeisimpänä yhdistävänä kriteerinä on itsehallinnan menettäminen. Riippuvuuden toteamisessa lääkäri siis arvioi sitä, miten ihminen hallitsee käyttäytymistään esimerkiksi suhteessa johonkin nautintoaineeseen. Koska riippuvuuden diagnosoiminen perustuu ihmisen kertomaan ja kokemaan, kyse on myös ihmisen tulkinnoista, itsearvioista. Itsehallinnan menettämisen tulkitseminen sairauden oireeksi kertoo siitä, kuinka tärkeä tämä ihanne länsimaisessa kulttuurissa on. (Reith 2004, 2007.)

Reithin näkökulmille olennaista on se, että riippuvuus on hallinnan ”väline” ihmisen käyttäytymisen muokkaamisessa. Riippuvuus on ensinnäkin häpeällistä, joten ihmiset yleensä haluavat huolehtia siitä, etteivät tule, määriyty tai ole riskissä päätyä riippuvaisiksi. Vaihtoehtoisesti he voivat joutua omaksumaan riippuvaisen identiteetin, jolloin vertaistuki, lääketiede ja terapiamuodot tarjoavat apua identiteetin muokkaamiseksi. (Reith 2004, 2007.)

Yhteiskuntakritiikin siemen piilee siinä, että hallinnan sisäistymisen lisääntyminen johtuu ainakin osittain uusliberalistisista poliittisista pyrkimyksistä vähentää paheiden tuotannon ulkoista kontrollia. Reithin mukaan esimerkiksi nautintoaineiden ja rahapelien tuotantoon, kulutukseen ja markkinointiin liittyviä ulkoisia rajoitteita on Yhdysvalloissa ja Isossa-Britanniassa vähennetty. Itsehallinta vaatimuksena korostuu, koska kulutusyhteiskunnassa itsehallinnan menettämiseksi on enemmän tilaisuuksia. (Reith 2004, 294–296.)

3.4 Klassikoiden vertailu

Sekä poikkeavuuden medikalisaatio että biomedikalisaatio tulkitsevat medikalisaation olevan ajallisesti sidottu prosessi, joka liittyy modernin ja jälki- tai myöhäismodernin ajan erityispiirteisiin. Poikkeavuuden medikalisaation aikajänne ulottuu 1800-luvulle, kun taas Clarke ym. (2003, 161–162) ajoittavat biomedikalisaatiolle ominaisten muutosten alkaneen noin vuonna 1985. Myös Conrad (2007) on todennut medikalisaation prosessin muuttuneen lääketeollisuuden ja kuluttajan suoran vuorovaikutuksen kasvaessa siten, että uusien sairauksien syntyminen on lisääntynyt. Menettikö poikkeavuuden medikalisaatio siis merkityksensä 2000-lukua lähestyttäessä?

Itse vastaisin ei. Poikkeavuuden medikalisaation näkemyksen mukaan psykiatrinen poikkeavuutta koskeva tieto perustuu olemassa olevalle ymmärrykselle sosiaalisista ongelmista. Vuoden 1980 jälkeen sairausluokituksiin lisätty peliriippuvuus on suhteellisen viimeaikainen esimerkki ilmiöstä, johon väitteen voisi ajatella sopivan. Bo Bernhard (2007) on aineistoja vertailemalla osoittanut, että 1800-luvun pohjoisamerikkalainen uhkapelaamisen kataluutta kammoksuva uskonnollinen kirjoittelu sisälsi kaikki myöhempään riippuvuuden sairausluokitukseen kuuluneet kriteerit.

Näkemykseni onkin, että vaikka poikkeavuuden medikalisaatio ja biomedikalisaatio pohjaavat huomioille historiallisista kehityskuluista, niitä ei ole syytä tarkastella peräkkäisinä historiallisina ilmiöinä, joiden välillä on selkeä katkos. Paremminkin kyse on kahdesta näkökulmasta, joiden fokus kohdistuu hivenen eri tavoin. Biomedikalisaation teoreetikot tunnustavat esimerkiksi leimaamisteorian hyödyllisyyden. Clarke ym. (2003, 183) korostavat, että uusien teknistieteellisten identiteettien synty ei tarkoita sitä, että nämä identiteetit olisivat sosiaalisesti toivottuja tai hyväksytyjä. Interaktionistisen leimaamisteorian näkökulma – kuka leimaa kenet, ja millä seurauksilla – on aiheellinen myös biomedikalisaatiota koskien. Alla olevassa TAULUKOSSA 1 kuvaan poikkeavuuden medikalisaation ja biomedikalisaation näkökulmien keskeisiä piirteitä avainkysymysten avulla.

TAULUKKO 1 ”Poikkeavuuden medikalisaatio ja biomedikalisaatio tiivistettynä”

MEDIKALISAATIO	POIKKEAVUUDEN MEDIKALISAATIO	BIOMEDIKALISAATIO
Mitä se merkitsee?	Vanhoja käyttäytymiseen liittyviä ongelmia mielletään terveysongelmiksi.	Uusia terveysongelmia ja terveyssubjekteja syntyy.
Kuka on tai ketkä ovat sen kohteena?	Poikkeava ja marginaalissa elävä ihminen.	Kaikki ihmiset.
Milloin se tapahtuu?	1800-luvun lopulta alkaen.	1980-luvulta alkaen.
Mitkä tieteenalat sen tuottavat tiedon?	Psykiatria, kliininen lääketiede, jossakin määrin biolääketieteet, genetiikka ja aivotutkimus.	Eryteisesti biolääketieteet, genetiikka ja tietotekniikka.
Ketkä tai mitkä sitä edistävät?	Pioneerilääkärit, lääketieteellisyys, valtiolliset instituutiot, ongelmakeskeiset järjestöt.	Lääketieteellisyys, monialaiset terveydenhoitoyritykset, ihmiset itse.
Mitä merkitystä ”pienen ihmisen” toimijuudella siinä on?	Asiakkaat ja potilaat neuvotteluissa yksi toimijaryhmä, jolla intressejä sekä hylkiä että suosia medikalisaatiota.	Asiakkaiden ja potilaiden rooli kuluttajina keskeinen: he tuottavat ja välittävät tietoa, omaksuvat terveysihanteita ja käyttävät palveluita.

Taulukosta voi nostaa esiin yhdistävänä tekijänä toimijuuden merkityksen. Sekä poikkeavuuden medikalisaatio että biomedikalisaatio korostavat sitä, että asiakkailla, kuluttajilla ja potilailla on mahdollisuuksia vaikuttaa medikalisaatioon.

Professori Joan Busfieldin ajattelua seuraten tämä on tekijä, joka lisää poikkeavuuden medikalisaation ja biomedikalisaation sosiologista uskottavuutta. Busfieldin (2017) mukaan medikalisaation käsitettä on kritisoitu siitä, että se tuottaa kuvaa lääkäreille alisteisista passiivisista ihmisistä. Busfield jatkaa, että kritiikki osuu jokseenkin hyvin joihinkin medikalisaatiotulkintoihin, esimerkiksi Illichin ajatteluun. Sen sijaan sekä foucaultlaiselle lähestymistavalle että Peter Conradille olennaista on se, että medikalisaatio on monimutkainen prosessi, jossa myös medikalisaation kohteet osallistuvat neuvotteluihin. (mt., 766–767.)

3.5 Medikalisaation viisi seurausta

Taustoittavan pääluvun aiemmissa alaluvuissa olen pyrkinyt luomaan yleiskuvan medikalisaatiosta sosiologisenä ilmiönä. Tässä alaluvussa erittelen sitä, mitä seurauksia medikalisaatiolla klassikkojeni mukaan on.

Medikalisaation käsitteen varaus on historiallisesti negatiivinen. Erityisesti aiemmin mainitsemani Szaszin ja Laichin esittämä psykiatrian kritiikki on ollut luonteeltaan jyrkkää. Negatiiviset seuraukset korostuvat myös Conradin ja Schneiderin tulkinnassa. He kuitenkin muistuttavat, että medikalisaation ”synkistä” seurauksista löytyy näkökulmaa vaihtamalla yleensä ”valoisa” puoli (Conrad & Schneider 1992, 246).

Medikalisaation seurauksia voi tulkita yhteiskunnan ja kulttuurin lintuperspektiivistä. Conradin ja Schneiderin (1992) mukaan sairausajattelun leviäminen vaikeuttaa esimerkiksi pahuuden käsitteellistämistä. Mikäli Hitler mielletään mieleltään sairaaksi, natsien hirmuteot näyttävät anomaliana, aivosairauden sattumanvaraisena sivutuotteena. Tämä sivuuttaa sekä inhimillisen moraalin että pahuuden yhteiskuntahistorialliset syytekijät. (mt., 251.)

Omassa tulkinnassani pyrin korostamaan sammakkoperspektiiviä eli sellaisia seurauksia, joilla on merkitystä sosiaalisten ongelmien ratkaisun ja yksittäisen sosiaalityön asiakkaan kannalta. Tulkintani mukaan medikalisaatioon on liitetty neljä tällaista negatiivista seurausta: sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen, erilaisuuden hallinta, yksilön vastuun ja autonomian väheneminen ja turha hoito. Viidentenä seurauksena käsittelen medikalisaation

”valoisaa puolta”, josta katsottuna medikalisaatio näyttää hyödylliseltä yhteiskunnalliselta trendiltä.

Conradin ja Schneiderin (1992) mukaan medikalisaatio on osa erityisesti yhdysvaltalaisista yhteiskunnallisista tendenssiä, sosiaalisten ongelmien yksilöllistymistä, jossa ihmisten ongelmat kohdataan yksilön ongelmina ja irrotetaan yhteiskunnallisista ja muista konteksteista. He havainnollistavat yksilöllistymistä käyttämällä esimerkkinä lasta, jonka käytös koetaan häiritseväksi koulussa tai kotona. Ongelmien kärjistyessä lapselle suositellaan lääketieteellisiä tutkimuksia, joiden päätteeksi hänelle annetaan tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriön diagnoosi ja lääkitys. Lääkitys tuntuukin rauhoittavan lasta. Ongelmanratkaisun hinta on kuitenkin se, että jätämme huomioimatta näkökulmat, jonka mukaan lapsen sairaaksi tulkittu käytös on ytimeltään jonkinlainen viesti ongelmista koulussa, perheen sisäisessä vuorovaikutuksessa tai laajemmista yhteiskunnallisista olosuhteista. (mt., 250, 263.)

Rakenteellisten tekijöiden sivuuttamista voi helposti tulkita myös yleisen yksilöllistymiskehityksen kautta, joka on yksi biomedikalisaation teorian tukipisteistä. Tämän näkemyksen mukaan ihmisten vastuu elämänvalinnoistaan, riskien hallinnasta, kuluttamisesta ja sopeutumisesta on myöhäismodernina aikana kasvanut. Yleisesti sosiaalisen ongelman yksilöllistymistä kuvastaa esimerkiksi tilanne, jossa globaalitalouden murrokset vaikuttavat teollisuuden työpaikkoihin Suomessa, mutta jossa työttömyys linjataan yksilöiden keltotomuudeksi esimerkiksi aktivoivan työllisyyspolitiikkaan liittyvien kategorioiden kautta.

Biomedikalisaatio ei yleensä kiinnitä paljon huomiota ”vanhoihin” sosiaalisiin ongelmiin ja niiden ratkaisuun. Biomedikalisaatioon liittyvä terveyden kaupallistuminen voidaan kuitenkin nähdä rakenteellisen tason ongelmaksiksi, sillä markkinoille osallistuminen vaatii resursseja. Clarke ym. (2003, 181) tulkitsevat medikalisaation vahvistavan stratifikaatiota eli yhteiskunnan kerrostuneisuutta. Tässä kohdissa on aiheellista kysyä, tunnistetaanko sosioekonominen ja muu rakenteellinen eriarvoisuus tekijöinä, jotka vaikuttavat muun muassa siihen, millaisia edellytyksiä ihmisillä on huolehtia terveydestään.

Sosiaalisten ongelmien yksilöllistyminen sisältää ajatuksen siitä, että yksilöiden haasteet ja ongelmat ovat todellisia. Kritiikin mukaan lääketieteellisen ymmärryksen hallitsevuus vääristää ja tyypistää mahdolliset ongelmien ratkaisutavat yksilöön. Sen sijaan erilaisuuden hallinnan kritiikissä kyse on näkemyksestä, että ongelmiksi koetut ongelmat eivät ole oikeasti ongelmia. Ne ratkeaisivat laventamalla normaalia koskevia arvostelmia, ymmärtämällä

ja hyväksymällä enemmän erilaisuutta. Erilaisuuden hallinta liittyy erityisesti poikkeavuuden medikalisaatioon. Conradin ja Schneiderin (1992) mukaan poikkeavuudella on aina yhteys yhteiskunnassa vallitseviin arvoihin. Kun muutoin paheksuttu ja sanktioitu poikkeavuus tai poikkeava käytös muuttuu sairaudeksi, sairaus ideana välittää tietoa siitä, mikä on yhteiskunnassa normaalia, sallittua, toivottua ja hyväksyttävää. (mt., 248, 250–251.)

Homoseksuaalisuuden ja poliittisen toisinajattelun linjaaminen psykkiseksi oireiluksi ovat kenties räikeimpiä historiallisia esimerkkejä erilaisuuden hallinnasta sairautta koskevien käsitysten välityksellä. Koska kumpakaan ei länsimaisen tieteen valtavirrassa tällä hetkellä mielletä sairaudeksi tai sairauden oireeksi, esimerkit ovat helppo ymmärtää. Kuitenkin suurta osaa psykiatrisesta diagnostiikasta voisi käsitellä kriittisesti erilaisuuden hallintana. Psykiatriset diagnoosit eivät aina ole suosittuja diagnosoitujen keskuudessa. Esimerkiksi autismin kirjon tulkitaan sisältävän useita neurobiologisia tiloja, vaikka suurin osa diagnoosin saaneista määritteli erilaisuutensa mieluummin muulla tavoin kuin lääketieteen kautta.

Biomedikalisaation näkökulmasta ajatus yhdestä normaalista menettää jonkin verran merkitystään. Clarken ym. (2003) mukaan ruumiillinen erilaisuus on biomedikalisaation lähtökohta, jota vasten hoitopalvelut, teknologia ja lääkkeet kustomoidaan. Toisaalta biomedikalisaation tutkijat kuitenkin toteavat, että tiettyjen vanhempaa perua olevien kulttuuristen kuvien ja ihanteiden voima ei tuntuisi vähentyneen. Seksuaalisuuteen, ikään, ihonväriin ja vanhemmuuteen liittyvät käsitykset tavoiteltavasta normaalista jatkavat elämäänsä esimerkiksi netin keskustelupalstoilla ja mainonnassa. (mt., 171, 181–182.)

Erityisesti psykiatrian kohdalla yksi keskeinen medikalisaation seurauksia koskevien keskusteluiden kehikko on huomio, että potilaan roolin omaksumista tai siihen pääytymistä tuntuisi seuraavan moraalisen vastuun, autonomian ja oikeuksien väheneminen. Conrad ja Schneider (1992) analysoivat tätä asiaa tukeutumalla Talcott Parsonsin tunnettuun käsitykseen sairaan erityisestä roolista yhteisössä. Sairaana rooliin päätyminen voi vapauttaa työvelvoitteista ja moraalista ja joissakin rajoissa myös juridisesta vastuusta koskien sairaana tehtyjä tekoja. Toisaalta sairaana rooliin päätyminen kuitenkin vähentää sairaana statusta ja poliittisia vaikutusmahdollisuuksia. Sairaana ovat vaarassa muuntua toisen luokan kansalaisiksi, jotka eivät ole yhtä arvokkaita kuin täysiarvoiset kansalaiset. (mt., 246–250.) Autonomian menettäminen on siis todellinen asia, mutta kyseessä on kaksiteräinen miekka – potilaan roolista on sekä hyötyä että haittaa.

Medikalisaatiokeskusteluissa korostetaan toisinaan sairaan roolin positiivisia seurauksia. Esimerkiksi Sheila Blumen (1987, 243–244) mukaan ongelmallisen rahapelaamisen medikalisoitua tulisi suosia siksi, että se tarjoaa mahdollisuuden ongelmien ratkaisemiseen lääketieteellisten keinojen avulla, mutta myös siksi, että medikalisointi vähentää ongelmia kokevan ihmisen syyllisyyden kokemuksia.

Toisaalta medikalisaatiota myös vastustetaan voimakkaasti juuri sillä perusteella, että sen nähdään aiheuttavan yksilön moraalisen autonomian vähenemistä. Busfieldin (2017, 767) mukaan huoli ihmisen autonomian ja selviytymiskyvyn vähenemisestä liittyy keskeisesti esimerkiksi Ivan Illichin jyrkkään lääketieteen kritiikkiin. Conradin ja Schneiderin (1992, 65) mukaan Thomas Szasz puolestaan ajatteli, että psykoterapia oli oikeutettua vain, mikäli ihminen itse siihen hakeutui ja mikäli häntä kohdeltiin autonomisena moraalisen olentona, ei sairauden kantajana.

Poikkeavuuden medikalisaation näkökulmasta moraalisen vastuun väheneminen on tulkittu myös näennäiseksi asiaksi, eräänlaiseksi silmänlumeeksi. Conrad ja Schneider (1992) huomauttavat, että sairaan rooli ei useinkaan tunnu estävän leimatuksi tuleamista. Vaikka sairas ei olisi moraalisesti vastuussa, häntä voidaan paheksua samalla tavalla kuin pahantekijää. (mt., 248–249.)

Yhdysvaltojen presidentti Donald Trump ikään kuin tiivistää tämän asian twiitissään², jossa hän syyttää edeltäjänsä salakuuntelun järjestämisestä. Trumpin mukaan Obaman käytöstä selittää pahuus tai sairaus. Huomio kiinnittyy siihen, että pahuus ja sairaus ovat selityksinä erillisiä ja poissulkevia, mutta häpeällisen käytöksen lähteenä kuitenkin rinnakkaisia. (Trump 2017.)

Ajatus potilaan roolin liittyvästä – näkökulmasta riippuen hyödyllisestä tai tuhoisasta – moraalisen vastuun ja autonomian vähenemisestä on liittynyt erityisesti poikkeavuuden medikalisaatioon kuvaamiin käyttäytymisongelmiin. Biomedikalisaatio puolestaan tulkitsee medikalisaation voimistuvan aikana, jolloin hallinta sisäistyy. Siten ihmisen vastuut eivät myöskään vähene, vaan pikemminkin lisääntyvät. Biomedikalisaation konteksti toisaalta on myös psykiatria ja käyttäytymisongelmia laajempi.

² "How low has President Obama gone to tapp my phones during the very sacred election process. This is Nixon/Watergate. Bad (or sick) guy!"

Moraalista vastuuta koskevat keskustelut voidaan kyllä liittää somaattisiin sairauksiin ja esimerkiksi genetiikan kehitykseen. Riskien hallinnan kontekstissa onkin syntynyt keskustelua niin kutsutuista elämäntapasairauksista ja niihin liittyvästä moraalista vastuusta (esim. Valkendorf 2014). Vastavuoroisesti alttius esimerkiksi sydän- ja verisuonitaudeille tai liikalihavuudelle voi olla osittain perittyä, minkä voisi tulkita vähentävän moraalista vastuuta sairauksissa.

Medikalisaation väitetään tuottavan myös turhaa hoitoa. Väitteeseen liittyy ajatus, että ongelmat eivät aidosti ole hoidettavia ongelmia, vaan niitä markkinoidaan ongelmina taloudellisen voitontavoittelun vuoksi. Kyseenalaisten, vähämerkityksisten tai jopa haitallisten hoitojen kritiikki on ollut keskeinen osa esimerkiksi Itä-Suomen yliopiston terveystieteiden medikalisaatiokritiikkiä.

Koska medikalisaatio on sosiologiselta perimältään kriittinen käsite, keskusteluissa jää usein piiloon se, että suuri osa ihmisistä pitää kehitystä hyvänä ja toivottavana asiana. Useat medikalisaation seuraukset ovat näkökulmasta ja kokijasta riippuen myös toivottuja. Lääketieteelliset hoidot voivat tuoda apua ongelmiin, joita on aiemmin käsitelty normaaleina elämän asioina, moraalisisina ongelmina tai ei ole huomattu lainkaan.

Tässä tarkasteluun valitut klassikkotekstit mahdollistavat myös positiivisen suhtautumisen medikalisaatioon. Poikkeavuuden medikalisaation näkökulmassa lääketiede yleensä toteuttaa hallinnan ja leimaamisen historiallista jatkumoa. Siinä tiedostetaan, että vaikka erilaisuuden diagnosointi ja sosiaalisten ongelmien lääkitseminen ovat monin tavoin pulmallisia ratkaisuja, historiallinen vaihtoehto on ollut vielä huonompi.

Conrad ja Schneider (1992) katsovat muun muassa, että lääketiede saattaa mahdollistaa inhimillisemmän, toimivamman, tehokkaamman, yksilöllisemmän ja halvemmän tavan hallita poikkeavuutta kuin esimerkiksi oikeudellinen käsittely. Lääketieteelliset hoidot voivat onnistua ja parantaa ihmisen elämänlaatua. Sairasta ei tarvitse mieltää ilkeäksi tai rikolliseksi, vaan hänet voi nähdä olevan hoidon tarpeessa. Ongelmanratkaisu voi olla tehokasta, koska sairaan rooliin on helpompi asettua kuin rikollisen rooliin. Lääketiede voi mahdollistaa joustavamman ja yksilöllisemmin räätälöidyn ongelmanratkaisun kuin rikollisen tuomitseminen. Lisäksi erityisesti lääkkeellinen hoito voi olla halvempaa kuin poikkeavan sulkeminen vankilaan tai psykiatriseen sairaalaan. (mt., 246–248.)

Myös biomedikalisaation voi tulkita positiiviseksi asiaksi. Kritiikin mukaan biomedikalisaatiossa lääketiede erkaantuu hoivaamisesta ja sairauksien hoitamisesta terveyden edistämiseen, mittaamiseen, ruumiin parantamiseen ja kustomoituun terveydenhoitoon. Se ei enää ratkaise ongelmia, vaan edistää terveyttä ja muokkaa ihmisruumiita. Vaikka tähän voi liittyä yhteiskunnallista eriarvoistumista, ei suunta silti vaikuta pelkästään huonolta.

Alla olevassa TAULUKOSSA 2 erittelen medikalisaation seurauksia tiivistetysti poikkeavuuden medikalisaation ja biomedikalisaation näkökulmista käsin.

TAULUKKO 2 ”Medikalisaation seuraukset tiivistettynä”

MEDIKALISAATION SEURAUUS	POIKKEAVUUDEN MEDIKALISAATIO	BIOMEDIKALISAATIO
Sosiaalisen ongelman yksilöllistymisen kriittikki	Rakenteellisten ja paikallisempien olosuhdetekijöiden sivuuttaminen vanhojen sosiaalisten ongelmien ratkaisussa.	Terveyden edistämisen taakse piiloutuu sosiaalista eriarvoisuutta ja kerrostuneisuutta, itsehallinta ja kuluttaminen edellyttävät resursseja.
Erilaisuuden hallinta	Leimaamisteorian mukaisesti poikkeavuus ei ominaisuus, vaan muiden tulkinta käytöksestä. Siten poikkeavuuden hallinta myös emansipatorinen ihmisoikeus- ja ihmisarvokysymys.	Koska biomedikalisaatio kohdistuu kaikkiin, hallinta ei niin keskeinen. Luo kuitenkin uusia käsityksiä normaalista ja säilyttää myös vanhempia kulttuurisia ihanteita.
Ihmisen vastuu, syyllisyys ja häpeä	Sairausajattelu vähentää poikkeavan moraalista vastuuta ja autonomiaa, mutta stigman myötä poikkeavuuden häpeällisyys ei välttämättä katoa.	Ihmisten vastuuta ja autonomiaa koskevat vaatimukset yleisesti kasvavat.
Turha hoito	Ei oleellinen.	Kulutussyhteiskunnassa nähdään syntyvän turhia terveystarpeita.
Medikalisaation hyödyt	Poikkeavuuden ongelmat myös aitoja ongelmia – lääketiede voi tarjota humaania ymmärrystä ja tieteellisiä ja toimivia ongelmien ratkaisumuotoja.	Ruumiin muokkaaminen, riskien hallinta, terveyden edistäminen voidaan tulkita hyviksi ja tavoiteltaviksi asioiksi.

3.6 Medikalisaatio suomalaisessa tieteessä

Suomalaisessa tieteellisessä keskustelussa – esimerkiksi historian tutkimuksessa, sosiologiassa, filosofiassa ja terveystieteissä – medikalisaatio on käsitteenä ollut läsnä 1990-luvulta alkaen. Nostan esiin joitakin mielestäni keskeisiä tutkijoita, tutkimuksia ja tutkimusperinteitä, joiden avulla keskustelun kirjavuus ja käsitteen alan laajuus käyvät ilmi. Painotan kriittisiä keskusteluita ja jätän historialliset keskustelut vähemmälle huomiolle.

Eniten suuren yleisön huomiota medikalisaatio lienee Suomessa saanut Itä-Suomen yliopiston terveystieteiden välityksellä. Mainitsen nimeltä professori Markku Myllykangas, jonka esittämän medikalisaatiokritiikin kohteena ollut muun muassa lisääntynyt mieliala-, verenpaine- ja kolesterolilääkintä. Lääkintä on suurelle osalle väestöstä tarpeetonta tai haitallista, ja sen suosion takaa on löydettävissä tutkimusten vääristelyä ja väärintulkintaa ja lääketeollisuuden lobbausta. (ks. esim. Myllykangas & Tuomainen 2010.) Vaikka Myllykangas kritisoi medikalisaation monia ilmenemismuotoja, yleensä huomio kohdistuu poikkeavien ja marginaalien sijaan enemmänkin keskiluokkaan ja julkiseen terveydenhuoltoon, joiden nähdään lankeavan lääketeollisuuden sumutukseen. Tekemäni jaottelun mukaan kyse on siten biomedikalisaation teemojen mukaisesta kritiikistä.

Myös filosofian professori Lauri Rauhala (1914–2016) esitti vuosikymmenten ajan jyrkkää medikalisaatiokritiikkiä. Sisällöltään Rauhalan kritiikki muistuttaa Szaszin ja Illichin lääketieteen ja psykiatrian kritiikkiä. Rauhalalle olennaista on tieteenfilosofinen lähtöasetelma, joka puolustaa ihmisen jakamatonta ja vastuullista persoonaa ja hylkii reduktionistisiksi tulkittuja selityksiä.

Rauhalan (2009) mukaan tajunta kokemuksellisena asiana ei noudata fysikaalisiin ilmiöihin liittyvää kausaalista logiikkaa. Siksi sitä ei voi edes pitkälle viedyn tutkimuksen avulla palauttaa materiaalisiin ilmiöihin. Tajunnassa on kyse merkityksistä, jotka ovat situationaalisia eli suhteellisia ja sidoksissa ainutkertaiseen elämään. Rauhalan mukaan sairausajattelu tulisikin hylätä mentaalisten haasteiden yhteydestä, sillä niiden ”perusluonne on merkitsevyyttä” ja ”ilmiasu näyttäytyy ensisijaisesti subjektiivisen maailmankuvan epäsuotuisuutena”. (mt., 25–27.)

Toisaalta Rauhala epäilee myös, että psykiatrian lähtökohtainen mielettömyys tuottaa sivuvaikutuksena huonoa tyypistävää ongelmanratkaisua. Rauhala (2009, 30) toteaa, että mentaalaisia ongelmia ei ole mielekästä kierrättää psykiatrisen tautiluokituksen kautta eikä hoi-

taa yhtenäistävällä lääkehoidolla, sillä ”jokainen on vaikea omalla tavallaan ja omissa konteksteissaan”. Edellisessä aluvuossa jäsentämäni medikalisaation seurausten kehikossa Rauhalan voi tulkita kritisoivan erityisesti moraalisen vastuun ja autonomian vähenemistä ja vieraannuttavaa hoitoa, jossa ihmisen kokonaisuus sivuutetaan.

Jyrkän medikalisaatiokritiikin aiheellisuus on myös kyseenalaistettu. Ilpo Helén (2002) on huomauttanut, että medikalisaation on varsin laajalti kansainvälisessä keskustelussa tulkittu tuottavan liian stereotyyppisen, totaalisen ja alistavan kuvan lääketieteestä. Helén linjauksien mukaan medikalisaation lääketieteen sivuvaikutusten kritiikiksi, joka ei tavoita sitä, että lääketiede pyrkii tarjoamaan keinoja pidemmän, täydemmän, nautinnollisemman ja kauniimman elämän tavoittelemiseksi. Samalla hän tulee määritelleeksi biomedikalisaatiolle keskeisiä lähtökohtia, joissa teknistyvän lääketieteen nähdään mahdollistavan yksilöllisen elämän ja ruumiin muokkaamisen. (mt., 105.)

Suomessa on keskusteltu kriittisesti myös sosiaalipoliittikan, sosiaalipalveluiden ja sosiaalisen avun medikalisaatiosta. Tällöin kritiikin kohteena on vieraannuttavan lääkehoidon kasvun lisäksi näkemys siitä, että korjaava terveydenhoito olisi sivuuttanut arkeen annettavaa perustason sosiaalista apua. Sosiaalipoliittikan tutkijoiden Elina Palolan ja Antti Parpon (2011) mukaan medikalisaatio ilmenee muun muassa siten, että sosiaalipalveluiden saanti edellyttää yhä useammin lääketieteellistä diagnostisointia. Erityisesti vanhustenhuolto on terveydellistynyt sosiaalisen avun kustannuksella. Arjen tukeminen on vähentynyt ja kalliiden lääketieteellisten erikoispalveluiden painoarvo kasvanut. Lisäksi erilaiset terapia- ja muuhoito-tyyppiset palvelut ovat vallanneet alaa palvelujärjestelmässä ja mielialalääkkeiden syönti yleisesti lisääntynyt 2000-luvun Suomessa valtavasti. (mt., 69–70.)

Palolan ja Parpon näkemykset liittyvät sosiaali- ja terveystieteelliseen keskusteluun, jossa asiakkuutta korostavan eetoksen ja korjaavien lääketieteellisten ratkaisujen on nähty korostuneen edellisinä vuosikymmeninä Suomessa. Historiallinen yleiskuva Suomen terveystieteestä on, että yhteiskuntapoliittiset ratkaisut nousivat 1960–1970-luvuilla erittäin keskeiseen asemaan terveyden edistämiseksi (ks. Harjula 2007). Tämän jälkeen yksilökeskeiset lääketieteelliset ratkaisut ovat korostuneet rakenteellisten näkökulmien ja ennaltaehkäisyyn kustannuksella (ks. Sihto 2011). Tämä pätee esimerkiksi mielenterveystyöhön (ks. Helén toim. 2011). Terveystieteellisten tutkimusten suhteellisen tuoreita artikkelikokoelmia ”Terveys ja sosiaalityö” (Metteri, Valokivi & Ylinen toim. 2014) voi mielestäni tarkastella eräänlaisena vastauksena sosiaali- ja terveystieteellisessä keskustelussa esitettyyn

tarpeeseen paljastaa ”uudestaan” rakenteellisten ja sosiaalisten tekijöiden merkitys terveydessä.

Medikalisaatio on liitetty kapeutuviin ja pelkistyviin hoidon käytäntöihin. Lääketieteellisten (lääke)hoitojen on pelätty sivuuttavan muut avun muodot. Jani Selin (2011) on arvioinut tätä väitettä suomalaisen päihdehoidon historiallisen kehityksen kontekstissa. Selinin mukaan suppea lääketieteellinen käsittely ei ole, peloista huolimatta, sivuuttanut psykososiaalista kokonaisvaltaista asiakkaan tilanteen käsittelyä. Pikemminkin kyse on siitä, että ratkaisukeskeisyys on sivuuttanut ongelmien syiden penkomisen sekä psykososiaalisissa että lääkkeellisissä hoidoissa. Lisäksi asiakkaan osallisuutta on ryhdytty korostamaan. (mt., 118, 129.)

Medikalisaation huonoksi seuraukseksi nähdyin ihmisen toimijuuden ja itsemääräämisoikeuden rajautumisen on Suomessa tulkittu joissakin tapauksissa olevan potilaan edun mukaista. Maritta Välimäen mukaan potilaiden itsemääräämisoikeuden, asiakkuuden ja aktiivisuuden korostaminen voi joissakin tapauksissa aiheuttaa turhaa kärsimystä, mikäli potilaalla ei ole riittävästi osaamista, halua tai kykyä osallistua. Välimäki muistuttaa, että asiakkuuden korostaminen ylipäänsä liittyy kulutusyhteiskuntaan ja terveyden markkinointiin eikä ole pyyteettömästi pienen ihmisen asialla. (Välimäki 2001.)

Medikalisaation teemat ovat viime vuosina olleet läsnä myös mikrotason laadullisessa yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa. Juho Honkasilta on tutkinut väitöskirjassaan ADHD:n sairausnarratiivin merkityksiä lasten ja äitien haastatteluiden avulla. Honkasillan tutkimustulosten mukaan äidit kokevat sairausnarratiivin hyödylliseksi, koska sen avulla heidän lastensa vaikeudet saivat selitystä ja tunnustusta. Diagnosoidut lapset puolestaan kokevat narratiivin lähtökohtaisesti leimaavaksi ja joutuivat tulkitsemaan sitä identiteettityössään. (Honkasilta 2016.) Marjo Romakkaniemi on tutkinut väitöskirjassaan masennusta kokemuksellisenä ilmiönä. Romakkaniemen tutkimuksen mukaan masentuneet eivät Suomessa tyypillisesti miellä ongelmiaan ensisijaisesti aivosairaudeksi. Diagnoosi itsessään koetaan usein sekä helpottavaksi että häpeälliseksi. (Romakkaniemi 2011.)

Kahdessa yllämainitussa tutkimuksessa medikalisaation käsite on sivuosassa, mutta saa enemmän huomiota Sanna Rikalan (2013) väitöskirjassa, jossa tämä analysoi työuupumusta naisten käsityksistä ja kokemuksista käsin. Rikalalle medikalisaation sosiaalisia ongelmia individualisoiva seuraus on kriittisen analyysin lähtökohta – työuupumuksen ja masennuksen lääketieteellisen ymmärryksen nähdään piilottavan niiden taustalla olevia raken-

teellisiä tekijöitä. Kyse on erityisesti ongelmien rakenteellisesta sukupuolittuneisuudesta. Individualisoivan sairausajattelun taakse piiloutuu esimerkiksi se, että työn kuormittavuus ja stressaavuus on kasautunut naisemmistöille aloille ja se, että kiltin ja tunnollisen tytön normi luo rajoja käyttäytymiselle. (mt., 156, 160.)

Rikala huomioi myös sen, että mielenterveystyö ja lääketieteelliset keskustelut ovat jo vuosikymmeniä sitten levinneet sairaaloiden ulkopuolelle ja myös ihmisten arkeen. Medikalisaatiossa ei enää ole kyse professionaalista dominanssista, jossa ymmärrys valuu ”ylhäältä alas”, vaan ihmisistä, jotka tekevät tulkintoja tilanteestaan. Tutkija jakaakin sairauspuheen, medikalisaatiokriittisen olosuhteita ja rakenteita korostavan puheen ja masennuksen laiskuudeksi ja heikkoudeksi linjaavan puheen eräänlaisiksi kehyksiksi, joissa naiset tulkitsevat, selittävät ja välittävät omaa tilannettaan niin muille kuin itsellensä. (mt., 43–45, 137, 153, 160, 162.)

Tulkintakehyksien ristiriitaisuudesta Rikala löytää myös osasyyn pahoinvoinnin kärjistykselle. Kiireen ja työpaineiden lisäksi tutkittavia kuormitti sisäinen kamppailu siitä, mistä ongelmat oikeastaan johtuvat. Oliko kyse omasta heikkoudesta, sairaudesta vai työn kuormittavista olosuhteista? Samalla Rikala esittää, että juuri työn (pitkälti sukupuolittuneesti) kuormittavat olosuhteet ovat tällä hetkellä se rajapinta, jonka kanssa masennuksesta ”neuvotellaan” eli arvioidaan sitä, ovatko tuntemukset normaaleja vai patologisia. Tässä mielessä uupuneet naiset osallistuvat toimijoina masennuksen määrittelyyn. Esimerkiksi suuri osa heistä todennäköisesti täyttäisi masennuksen kliiniset kriteerit, mutta vain osa päätyy hakemaan lääketieteellistä apua. (mt., 162–165.)

4 KIRJALLISUUSKATSAUS JA TYÖVAIHEET

4.1 Tutkimustehtävä ja rakenne

Taustoittavassa pääluvussa erittelin medikalisaation sisältöä ja seurauksia sosiologisen klassikkokirjallisuuden avulla. Tieteellisiin artikkelijulkaisuihin tekemäni systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla tarkastelen medikalisaatiokeskustelua sosiaalityön tutkimuksessa. Katsausta ohjaa kolme tutkimuskysymystä:

- 1) Mihin yhteyksiin medikalisaation käsite artikkeleissa liitetään?
- 2) Mitä medikalisaation seurauksia artikkelit painottavat?
- 3) Miten sosiaalityön tieteellisten artikkeleiden kuva medikalisaatiosta suhteutuu tulointaani medikalisaation klassikoista?

Tutkimuskysymysteni kautta painotan sitä, että katsaukseni aineistohaut ovat sidoksissa medikalisaation käsitteeseen. En kuitenkaan ole kiinnostunut käsitteen eksplikoiduista määritelmistä, vaan yhteyksistä, joissa käsitettä käytetään sekä ilmiön seurauksia koskevista väitteistä. Näin voin uskoakseni tehdä päätelmiä muun muassa siitä, liitetäänkö medikalisaatio sosiaalityön tutkimuksessa (poikkeavuuden medikalisaation tavoin) käyttäytymisongelmien muuntumiseen mielenterveyshäiriöiksi, (biomedikalisaation tavoin) terveyden kaupallistumiseen ja yksilöllisten riskien hallintaan vai kenties johonkin muuhun?

Tässä neljännessä pääluvussa erittelen kirjallisuuskatsaukseni menetelmää, välineitä, rajouksia ja työvaiheita. Viidennessä ja kuudennessa pääluvussa esitän kirjallisuuskatsaukseni tulokset.

Neljännän pääluvun toisessa alaluvussa erittelen systemaattista kirjallisuuskatsausta menetelmänä ja menetelmän soveltamista tässä tutkimuksessa. Kolmannessa alaluvussa rajaan kirjallisuuskatsaukseni kohteen täsmällisemmin ja perustelen rajauksiani. Neljännessä alaluvussa erittelen sitä, miten paikannan kohteesta relevantin aineiston. Erittelen keskeisiä elementtejä ja työvaiheita: testihakua, aineistohaun hakusanaa ja artikkeleiden sisäänotto- ja poissulkukriteereitä. Viidennessä alaluvussa käsittelen aineiston luokittelua ja lähilukemieni artikkeleiden valikoitumista.

Viides pääluku vastaa medikalisaation käsitteen yhteyksiä koskevaan tutkimuskysymykseen eli selventää sitä, missä yhteyksissä medikalisaation käsitettä katsaukseni aineistossa

käytetään. Ensimmäinen alaluku on tiivistävä yhteenveto tutkimustuloksista. Toisessa alaluvuissa erittelen täsmällisemmin löytämiäni medikalisaation käsitteen yhteyksiä. Muissa alaluvuissa ryhmittelen ja erittelen lähilukuun valikoituneiden artikkeleiden medikalisaatiota koskevaa keskustelua.

Kuudes pääluku vastaa medikalisaation seurauksia koskevaan tutkimuskysymykseen eli selventää sitä, mitä merkitystä medikalisaatiolla on tulkittu olevan sosiaalityön kannalta. Ensimmäisessä alaluvussa tarkastelen aineistoani suhteessa aiemmin klassikkotekstien pohjilta erottelemiini medikalisaation seurauksiin. Toisessa alaluvussa käsittelen aineistosta esiin nousutta seurausta, jota nimitän ”hoidon kapeutumiseksi”.

4.2 Menetelmän soveltaminen

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tutkimustapa, jossa vastauksia tutkimuskysymyksiin etsitään tarkastelemalla ja tulkitsemalla olemassa olevaa tutkimustietoa järjestelmällisesti. Sitä käytetään yleisesti tutkimusmenetelmänä esimerkiksi lääketieteessä (ks. Mäkelä, Varonen ja Teperi 1996). Katsauksen ja siihen liittyvän meta-analyysin avulla pyritään esimerkiksi arvioimaan jonkin hoitomenetelmän vaikuttavuutta.

Systemaattisia kirjallisuuskatsauksia tehdään jonkin verran myös yhteiskuntatieteissä, jolloin tulkintojen tekeminen perustuu laadullisiin analyysimenetelmiin. Esimerkkinä mainitsen Emilia Leinosen palkitun yhteiskuntapolitiikan pro gradu -tutkimuksen, joka käsittelee henkilökohtaista budjettia sosiaalipoliittisena välineenä. Leinonen analysoi tutkimuksessaan englanninkielistä tutkimusta henkilökohtaisen budjetin merkityksistä ja menetelmän hyödyllisyydestä. Siten Leinonen ottaa kantaa ajankohtaiseen keskusteluun menetelmän soveltamisesta Suomessa. (Leinonen 2014.)

Kirjallisuuskatsauksen tekemiseen on erilaisia menetelmäoppaita, joista sovelsin Helen Aveyardin kirjoittamaa opasta *Doing a Literary Review in Health and Social Care: a Practical Guide*. Aveyardin (2010) mukaan systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tutkija pyrkii ennalta määritellyin työvaiheihin jäljittämään, kriittisesti arvioimaan ja syntetisöimään kaiken saatavilla olevan tutkimustiedon kohteena olevasta aiheesta. Hän määrittelee tutkimuskysymyksen, tekee aineistohaut, eksplikoi sisäänotto- ja poissulkukriteerit ja hyväksyy lopulta osan tutkimuksista kriittiseen tarkasteluun. Lopuksi hän luo synteesin aineistosta käyttäen tilastollisia ja/tai laadullisia tulkintamenetelmiä. (mt., 14–15.)

Hyödynsin systemaattista kirjallisuuskatsauksen menetelmää soveltaen, sillä en arvioinut yksittäisten tutkimusten laatua. Aveyard (2010) kiinnittää menetelmäoppaassaan paljon huomiota tutkimusten laadun arviointiin, jonka avulla kirjallisuuskatsauksen tekijä paikantaa aineistosta luotettavimman ja laadukkaimman tiedon. Ratkaisuni taustalla on kysymyksenasetteluni epätyypillisuus. Systemaattisissa kirjallisuuskatsauksissa pyritään yleensä ottamaan kantaa jonkin ilmiön luonteeseen tai jonkin menetelmän hyödyllisyyteen, mutta tässä selvitän tieteellisen käsitteen yhteyksiä ja merkityksiä. Pidän medikalisaatiota koskevia väitteitä yleisesti merkityksellisinä, mutta tutkimusasettelmani ei mahdollista yksittäisten väitteiden kriittistä arviointia. Tällaista tavoitetta varten kysymyksenasettelua olisi tullut rajata siten, että medikalisaatiota ja sen merkityksiä olisi tarkasteltu ajallisesti ja paikallisesti rajattuna jonkin tietyn sairauden tai ongelman kontekstissa.

Myös tapani tulkita aineiston sisältöä poikkesi tyypillisestä. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa aineiston analyysi on tyypillisesti aineistolähtöinen. Kysymyksenasettelu, hakumenettely ja tutkijan asettamat kriteerit rajaavat aineiston kokoa, mutta tämän jälkeen teoreettiset ennakkokäsitykset ohjaavat mahdollisimman vähän sisältöä koskevien tulkintojen tekemistä. Katsauksessani pyrin paikantamaan ja asettamaan medikalisaatiokeskustelua aiemmin erittelemäni yleisen medikalisaatiokeskustelun kontekstiin. Poikkeavuuden medikalisaatio ja biomedikalisaatio toimivat aineiston sisällön tyypittelyn, luokittelun ja tulkinnan tukena. Analyysini on siten osittain teorialähtöinen.

Tavoitteenani oli myös aineiston ja yleistä medikalisaatiokeskustelua koskevan tulkintani vuoropuhelu. Mikäli aineiston löydökset voi asettaa poikkeavuuden medikalisaation ja biomedikalisaation viitekehyksiin, teoreettisen viitekehyksen voi tulkita olevan vahva. Aineistosta nousi kuitenkin jonkin verran sellaisia löydöksiä, joiden havainnollistaminen ja tulkitseminen ei ollut mahdollista viitekehysiäni avulla.

Kirjallisuuskatsauksessani aineiston rajaamiseen ja hakumenettelyyn liittyvät ratkaisuni noudattivat systemaattisuuden periaatetta. Rajauksista huolimatta väitän aineistoni edustavan hyvin sosiaalityön tutkimusta. Olen valinnut tarkastelun kohteeksi päätyvät tutkimukset noudattamalla muotoilemiani sisäänotto- ja poissulkukriteereitä. Siten vaikka systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kohde on katsauksessani epätyypillinen, menetelmän soveltaminen varmistaa mielestäni, että medikalisaatiosta sosiaalityön tieteellisessä tutkimuksessa antamani kuva on uskottava.

4.3 Kohdeaineisto ja sen rajaaminen

Aveyardin (2010, 14) mukaan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aineistona on kaikki valitun tutkimuskysymyksen kannalta relevantti tutkimus. Tutkimukseni tavoitteena on tarkastella sitä, millä tavoin medikalisaatio ilmenee sosiaalityön kansainvälisessä tieteellisessä tutkimuksessa. Aveyardin ohjetta kirjaimellisesti noudattamalla tutkimukseni aineistohaun kohteeksi muotoutuisikin kaikki tieteellinen tutkimus, mitä sosiaalityön tieteenalalla on tehty.

Sosiaalityö ei ole erityisen suuri tieteenala, mutta silti kaiken tieteellisen tutkimuksen läpikäyminen olisi ollut mahdoton tehtävä. Sosiaalityön tieteenalan ja tutkimuksen tieteellisyyden määrittelemisen ei myöskään olisi ollut pulmatonta. Ratkaisuni oli ottaa kohdeaineistoksi englanninkieliset sosiaalityön tieteelliset artikkelijulkaisut.

Perustelen ratkaisua neljällä syyllä. Ensinnäkin englanti on länsimaisen tieteen julkaisu-toiminnan tärkein kieli, ja tieteelliset artikkelit merkittävin tieteellisen yhteisön keskusteluväline. Toiseksi julkaistut tutkimusartikkelit ovat pääsääntöisesti vertaisarvioituja eli tieteenalan asiantuntijoiden kommentoimia ja tarkastamia. Julkaistu tutkimus todennäköisesti täyttää tieteenalan tutkimuskriteerit. Kolmanneksi tieteellisiä artikkeleita julkaistaan tieteellisissä aikakauslehdissä, jotka ovat elektronisina julkaisuina yleensä saatavilla yliopisto-opiskelijoille. Lehtien julkaisijoiden omien hakukoneiden ja yleisempien tietokantojen avulla elektronisiin julkaisuihin on helppo kohdistaa systemaattisia hakuja. Neljänneksi tieteelliset aikakauslehdet ratkaisevat tieteenalan määrittelyn ongelmat. Aikakauslehdet ovat usein tieteenalan sijaan temaattisesti keskittyneitä. Ne julkaisevat tutkimusta jostakin aihepiiristä. Samalla ne kuitenkin määrittelevät itse ne tieteenalat, joiden tuottamaa tietoa julkaisevat.

Ratkaisuni sivuutti monografiat, oppikirjat ja suuremmalle yleisölle suunnatut julkaisut ja teokset. Myös näillä on tieteellistä painoarvoa, mutta niiden systemaattinen käsittely olisi ollut huomattavasti vaikeampaa.

Aineistoni ei sisällä kaikkia sosiaalityön tieteellisiä aikakauslehtiä, mutta kuitenkin merkittävän osan niistä. Väitän katsaukseni perustuvan erityisen laadukkaaseen tutkimukseen. Hyödynsin *Social Science Citation Index* -viitetietokantaa, johon kuuluu satoja sosiaalityöllisiä aikakauslehtiä tieteenaloittain jaoteltuna. Viitetietokanta mahdollistaa erilaisia laatumittauksia, joista tunnetuin on lehden vaikuttavuuskerroin. Vuosittainen vaikutta-

vuuskerroin on lehden kahden edellisvuoden julkaisuihin tehtyjen tieteellisten lähdeviittausten keskiarvo.

Käytin vuoden 2015 vaikuttavuuskerrointa, joka mittaa vuosien 2013 ja 2014 julkaisuihin (artikkeleihin, kirja-arvosteluihin, pääkirjoituksiin jne.) vuonna 2015 tehtyjen lähdeviittausten keskiarvon. Vuonna 2015 sosiaalityön tieteenalan kategoriakseen ilmoittavia aikakauslehtiä oli neljäkymmentäyksi. Valitsin niistä kohdeaineistoksi kaksikymmentä vaikuttavuuskertoimen mukaisessa järjestyksessä.

Listauksesta huomioin muutamia asioita. Kaikkien lehtien julkaisijan kotipaikka oli joko Isossa-Britanniassa tai Yhdysvalloissa. Kolme vaikuttavuuskertoimeltaan merkittäväntä aikakauslehteä keskittyi temaattisesti lapsiin kohdistuvan väkivallan tutkimiseen. Muistakin lehdistä merkittävä osa liittyi lasten, nuorten ja perheiden kanssa tehtävään sosiaalityöhön.

Lehdet sijoittuivat usein yhtäaikaisesti useampiin tieteenalakatgorioihin: sosiaalityön lisäksi muun muassa psykologiaan ja perhetutkimukseen. Vaikuttavuuskerroin saattaa antaa jossakin määrin vääristyneen kuvan lehden merkittävydestä sosiaalityölle. Esimerkiksi *Trauma, Abuse, Violence* -lehden saamista viittauksista merkittävä osa on psykologian ja kriminologian aloilta.

Koska näin merkittävä osa lehdistä käsittelee lapsiin, nuoriin ja perheisiin liittyviä asioita, valitsin tarkasteluun listan ulkopuolelta muutaman lehden, joiden teemoja ovat terveydenhuolto ja sosiaali- ja terveystalvet. Hypoteesini oli, että medikalisaatiosta todennäköisimmin keskusteltaisiin juuri näissä lehdissä.

Kohdeaineiston sisäänottokriteerit:

- Lehti listattu *Social Science Citation Index* -tietokannassa sosiaalityön tieteenalaan
- Lehti kahdenkymmenen joukossa vuoden 2015 vaikuttavuuskertoimen perusteella
- Lehti yli kahdeskymmenes vaikuttavuuskertoimen perusteella, mutta sisältö liittyy lehden nimen perusteella terveystalvettyöhön

Kohdeaineiston poissulkukriteerit:

- Lehti ei saatavilla Jyväskylän yliopiston kirjaston sähköisistä aineistoista

Katsauksen kohdeaineistoon valikoituneet lehdet on listattu liitteessä ”Katsauksen lehdet” (LIITE 1).

4.3 Medikalisaatiokeskustelun paikantaminen kohdeaineistosta

Tieteellisten aikakauslehtien sisältöihin on kustantajien verkkopalveluiden kautta mahdollista tehdä kattavia aineistohakuja. Tämän katsauksen kaikki aineistohaut tein keväällä 2016. Tarkistushakuja tein vuotta myöhemmin keväällä 2017, jolloin muutamasta kohteena olleesta aikakauslehdessä löytyi lisää osumia. Tämä voi johtua käsitykseni mukaan kahdesta syystä. Joko haun mekaniikka on muuttunut tai sitten, mikä lienee todennäköisempää, verkkojulkaisuihin on tullut lisää aineistoa. En kuitenkaan ottanut uusia artikkeleita enää mukaan katsaukseeni.

Lehtien kustantajat vaihtelivat, mutta olivat yleensä suuria kustantajia, kuten esimerkiksi Sage tai Wiley. Hakukoneiden ulkoasu poikkeaa toisistaan jonkin verran, mutta käsitykseni mukaan niiden toimintaperiaatteet ovat yhteneviä. En tosin käyttänyt informaation apua hakuja tehdessäni, mikä näin jälkikäteen ajateltuna olisi saattanut tuoda lisää luotettavuutta hakuihini.

Katsaukseni aineisto perustuu aineistohakuun ”medicalization” hakusanalla kunkin lehden julkaisujen koko sisältöön. Tämä tarkoittaa sitä, että hakuni tavoitti ”medikalisaatio” -termin artikkelin tekstisisällöstä ja lähdeluettelosta artikkelin nimen ja tiivistelmän lisäksi. Tarkistin myös, että ”medicalization” ja ”medicalisation” antoivat samat hakutulokset, sillä käsitteen englantilaisessa kirjoitustavassa kirjaimen z korvaa toisinaan s.

Tein koehakuja esimerkiksi hakusanoilla ”biomedicalization”, “medical hegemony”, “biomedical hegemony”, “medical model”, “biomedical”, “disease model”. Lopulta päädyin kysymyksenasetteluni täsmentyessä, pelkistettyyn hakusanaan.

Katkaisuhaku ”medicaliz*” antoi koehauissa jonkin verran lisää osumia, mutta lisäosumat olivat heikkoja. Medikalisaatiota käytettiin julkaisussa suppeassa kuvaavassa merkityksessä ”medicalizing” (= medikalisoiva) tai ”medicalized” (= medikalisoituva, medikalisoitunut).

”Biomedicalization” -hakusana ei sosiaalityön aikakauslehdistä saanut osumia, yleisemmissä tarkistushauissa tuloksia tuli jonkin verran. Biomedikalisaatio ei siten käsitteenä ole sosiaalityön tutkimuksessa ole lainkaan tunnistettu.

Hakuosumien silmäilyn jälkeen tein muutamia lisärajoituksia, jotta aineistosta tulisi yhtenäinen ja laajuudeltaan mielekäs. Osa haun osumista osui julkaisujen lähdeluetteloihin. Rajasin pelkät lähdeluetteloviittaukset pois aineistosta.

Lisäksi päätin keskittyä niihin julkaisuihin, joita nimitän tässä tutkimustyöksi. Tieteellisten aikakauslehtien julkaisut voidaan erotella kategorioihin, kuten pääkirjoituksiin, kirja-arvosteluihin, tutkimusartikkeleihin, katsauksiin ja puheenvuoroihin. Rajaukseni mukaan pääkirjoitukset ja kirja-arvostelut eivät ole tutkimustyötä samassa merkityksessä kuin viimeksi mainitut, joten rajasin ne pois tarkastelusta. Valtaosa aineistosta on vertaisarvioituja tutkimusartikkeleita. Mukana on kuitenkin jonkin verran sellaista tutkimusta, jotka kategorisoitiin lehdissä muulla tavoin.

Sisäänottokriteerit aikakauslehtien julkaisuille:

- Julkaisu sisältää vähintään yhden kerran sanan ”medicalization”

Poissulkukriteerit aikakauslehtien julkaisuille:

- Sana ”medicalization” pelkästään julkaisun lähdeluettelossa
- Julkaisun tyyppi on pääkirjoitus tai kirja-arvostelu

Katsaukseen kriteerien soveltamisen perusteella valikoituneen 126 artikkelin julkaisutiedot ovat liitteessä ”Katsauksen artikkelit kategorisoituina” (LIITE 2).

4.4 Aineiston analyysi ja lähiluettavien artikkeleiden paikantaminen

Medikalisaatiokeskustelun paikantamisen jälkeen rakensin kategorioita siitä, mihin ilmiöön tai ilmiöihin medikalisaatio aineistossa sanatasolla yhdistettiin. Loin vastaavia kategorioita myös medikalisaation seurauksista. Kategorisointi perustui käytännössä artikkeleiden sisäiselle sanahaulle ja tulkinnalle medikalisaation käsitteen yhteyksistä. En kontekstualisoinut artikkeleita, vaan tarkastelin medikalisaatiota koskevaa keskustelua laajemmasta asiayhteydestä irrallaan.

Muotoilin neljä medikalisaation yhteyksien yläkategoriaa: ”Ilmiöt”, ”Hoito ja apu”, ”Käsitykset ja kokemukset” ja ”Muut”. Yläkategoriat eivät olleet poissulkevia, vaan yksi artikkeli saattoi joissakin tapauksissa liittyä useampaan yläkategoriaan. Lisäksi rakensin useita alakategorioita, jotka seurasivat yläkategorioita polkuina. Alakategorioiden tarkoituksena oli täsmentää yläkategoriaa, joten täsmensin yhtä yläkategorian osumaa vain yhdellä polul-

la. Esimerkiksi: Ilmiöt → Mielenterveys → Suru. Vastaavalla tavalla muotoilin useita medikalisaation seurauksien yläkategorioita.

Käsitteen yhteyksien selvittämisen kohdalla analyysin menetelmäni voi luonnehtia aineistolähtöiseksi, sillä rakensin neljä yläkategoriaa vasta aineiston läpikäymisen aikana. Medikalisaation seurausten kohdalla analyysi oli osin teoriaohjautunut, sillä käytin medikalisaation klassikoista erittelemiäni seurauksia kategorioiden luomisen kehikkona. Vertailin ja arvioin sitä, vastaavatko aineistossa medikalisaatiolle annetut seuraukset niitä seurauksia, joista klassikkoni keskustelivat.

Kategorisointien tarkoituksena on tulkita medikalisaation käsitteen yhteyksiä artikkelissa, ei artikkelin sisältöä tai aihepiiriä. Tarkoitin tällä sitä, että rakentamani kategoriat eivät ota kantaa siihen, mikä artikkelin kokonaisviesti on, vaan sitä, missä yhteyksissä medikalisaation käsitettä käytetään. Esimerkiksi Ninomiyan (2015) artikkelin aihepiirinä on FAS-oireyhtymän diagnoosi ja hoito. Sijoitin artikkelin kuitenkin kategoriaan: Ilmiöt → Yleinen. Tein näin siksi, että vaikka artikkeli käsittelee kriittisesti tiettyä lääketieteellistä ilmiötä, siinä viitattiin medikalisaatioon vain yleisellä tasolla.

Kategorioiden rakentamisen aikana paikansin aineistossa yhdeksäntoista sellaista artikkelia, joissa medikalisaatiolla oli erityisen suuri merkitys. Luin nämä artikkelit tarkasti läpi ja erittelen niiden sisältöä tulokappaleissa tarkemmin. Sisäänottokriteerit lähilukua varten muotoutuivat silmäilyn aikana. Tärkein lähiluvun välttämätön kriteeri oli se, että medikalisaation käsite ilmeni leipätekstissä vähintään viisi kertaa. Tämän lisäksi arvioin artikkeleiden teoreettista suhdetta medikalisaatioon. Tulkitsin, että kaikissa lähilukuun päätyneissä artikkeleissa medikalisaatiolla oli erityisen keskeinen teoreettinen merkitys. Kyse ei ollut pelkästään ilmiötä koskevasta taustoittamisesta, vaan medikalisaatio oli näiden artikkeleiden tutkimuskohde tai keskeinen osa tutkimusteoriaa.

Sisäänottokriteerit lähiluvulle:

- Sana ”medicalization” ilmenee tekstissä vähintään viisi kertaa

JA

- Medikalisaatio tutkimuskohteena tai keskeisenä osana tutkimusteoriaa

Liitteessä ”Katsauksen artikkelit kategorisoituina” esitän kaikki katsauksen 126 artikkelia jaoteltuna yhteyksiä ja seurauksia kuvaaviin kategorioihin (LIITE 2). Lähiluetut artikkelit

on lihavoitu. Liitteissä ”Medikalisaation käsitteelliset yhteydet – kategorioita ja alakategorioita numeroina” (LIITE 3) ja ”Medikalisaation seuraukset – kategorioita ja alakategorioita numeroina” (LIITE 4) erittelen kategorioita numeraalisesti.

5 TULOKSET: MEDIKALISAATION SISÄLTÖ

5.1 Tulosten yhteenveto

Kirjallisuuskatsaukseni hakujen perusteella medikalisaatio on jossakin määrin vakiintunut käsite myös sosiaalityön kansainvälisessä tieteellisessä tutkimuksessa. Sisäänotto- ja pois-sulkukriteereiden soveltamisen jälkeen aineistokseni muotoutui 126 tieteellistä julkaisua. Hakujen kohteena olleet kaksikymmentäkaksi tieteellistä aikakauslehteä sisälsivät yhteensä tuhansittain tutkimusartikkeleita. Erityisen tyypillisenä käsitteenä medikalisaatiota ei voi kohdeaineistossa pitää.

Onko medikalisaatiokeskustelu ajankohtaista sosiaalityön kannalta? Hakutulokseni antavat jonkin verran viitteitä siitä, että medikalisaation käsitteen suosio olisi lisääntynyt viime vuosikymmeninä. Ajallisesti varhaisin hakuosuma ajoittuu 1970-luvun lopulle, mutta suurin osa osumista 1990-luvun jälkeiselle ajalle. 2010-luvulle ajoittuu kymmenittäin hakuosumia. Vahvoja päätelmiä tosin ei voi tehdä. Tämä johtuu siitä, että hakujen kohteena olleiden aineistojen määrä ylipäänsä kasvaa merkittävästi lähestyttäessä nykyhetkeä. Tarkkaa tilastollista analyysia en tästä kuitenkaan tehnyt.

Rakensin aineistoa läpikäydessäni kategorioita, joiden tarkoitus oli auttaa hahmottamaan medikalisaatioon käsitteen käyttötapoja ja yhteyksiä laajassa aineistossa. Lopulta päädyin erottelemaan käsitteen yhteyksille neljä yläkategoriaa: ”Ilmiöt”, ”Hoito ja apu”, ”Käsitykset ja kokemukset” ja ”Muut”.

Ensimmäisessä ja tyypillisimmässä kategoriassa medikalisaation käsite viitataan jonkin sosiaalisen ongelman tai ongelmaryhmän medikalisaatioon. Nimitän tätä kategoriaa ”Ilmiöiden” medikalisaatioksi. ”Ilmiöiden” kohdalla yleiskuvaksi muotoutuu se, että yhteys mielenterveysongelmiin on vahva. Tätä puolestaan voi jäsentää poikkeavuuden medikalisaation avulla, sillä aineistoni medikalisoituvat ilmiöt ovat yleensä ihmisen käyttäytymiseen liittyviä ongelmia, joiden nähdään muuntuvan psykiatrisiksi ongelmiksi. Sosiaalityön tutkimukselle tyypillistä on lisäksi se, että medikalisaatio liitetään erityisesti lasten, nuorten, naisten tai vähemmistöjen, kuten alkuperäiskansojen, jäsenten ongelmien psykiatrisoitumiseen.

Vaikka ”Ilmiöt” ovat merkittävin medikalisaation käsitteen konteksti aineistossa, tuloksia voisi pitää myös yllätyksenä. Eikö medikalisaatio ensisijaisesti aina kosketa sitä, miten

jokin ilmiö tai asia ymmärretään? Mihin muuhun kuin johonkin ilmiöön medikalisaatiolla voidaan viitata?

Medikalisaation käsitteellä keskustellaan aineistossani myös muusta kuin poikkeavasta käyttäytymisen psykiatrisoitumisesta. Varsin usein käsitteellä viitataan siihen, että terveysongelmien ratkaisu ja niitä ratkaisevat tahot medikalisoituvat. Tässä kohdin medikalisaation käsitteen sisältöä ei voi hahmottaa esimerkiksi poikkeavuuden medikalisaation avulla. Tulkinnassani kutsun tätä toista yläkategoriaa ”Hoidon ja avun” medikalisaatioksi.

Kolmas käsitteen yhteyksien yläkategoria on ”Käsitykset ja kokemukset”. Tässä kategoriassa tulkitseen medikalisaation käsitteen viittaavan sairautta koskeviin käsityksiin ja näiden merkitykseen haasteita kohtaaville ihmisille ja heidän omaisilleen. Kyse on siis siitä, miten ihmiset tulkitsevat ja välittävät sairauksia ja ongelmia koskevia käsityksiä. Ovatko käsitykset ”medikalisoituneita” vai eivät?

Lisäksi sijoitin kategoriaan artikkeleita, jossa medikalisaation käsitteellä viitattiin terveyskäsitysten medikalisaation yleisemmin ja sanomalehdistä tuottamaan kuvaan siitä, ovatko ongelmat lääketieteellisiä vai eivät. Yläkategoria on jonkin verran heterogeenisempi kuin muut yläkategoriat, mutta kategorian tutkimuksia yhdisti usein laadullinen tutkimusote ja se, että medikalisaation rooli artikkeleissa oli varsin keskeinen. Käsityksiä ja kokemuksia tulkitseva ”mikrotutkimus” onkin tietyllä tapaa aineistoni mielenkiintoisinta tutkimusta, sillä monet kriittisissä medikalisaatiokeskusteluissa esitetyt väitteet edellyttävät empiiristä vahvistamista.

Medikalisaation klassikot näyttäytyvät artikkeleissa vaihtelevasti. Poikkeavuuden medikalisaation viitataan aineistossa tyypillisesti. Medikalisaatiosta keskustellaan ensisijaisesti psykiatriaan ja mielenterveysongelmiin liittyvänä asiana. Myös esimerkiksi Szasz, Illich ja Laing saavat osakseen merkittävästi viitteitä. Biomedikalisaatio on vähemmän tunnettu, sillä se ei käsitteenä näyttäydy aineistossa lainkaan. Biomedikalisaatioon liittyviä teemoja toisaalta kuitenkin käsitellään joissakin artikkeleissa.

Neljäs yläkategoria ”muut” on kategoria medikalisaation yhteyksille, joille ei yhteistä nimitystä löytynyt.

Seuraavassa alaluvussa erittelen kategorioitani tarkemmin ja annan esimerkkejä aineistosta. Tämän jälkeen tarkastelen lähilukemiani artikkeleita, joita olen ryhmitellyt temaattisesti seitsemään alalukuun.

5.2 Medikalisaation käsitteelliset yhteydet

Tutkimuksen taustoittavassa luvussa tarkastelemani sosiologinen medikalisaatiokeskustelu koskettaa ennen muuta medikalisoituvia ilmiöitä. Medikalisaatiossa on ensisijaisesti kyse uusien ilmiöiden muotoutumisesta terveydellisten määritelmien, ajattelun ja ymmärryksen kohteeksi. Poikkeavuuden medikalisaatiossa käyttäytymisen ongelmia koskeva ymmärrys lääketieteellistyy ja psykiatrisoituu. Biomedikalisaation aikana puolestaan syntyy uusia terveysongelmia, -riskejä, -vaatimuksia ja -ihanteita.

Aineistossani ”Ilmiöiden” medikalisaatio on tyypillisin konteksti, jossa medikalisaation termiä käytetään. Tulkintani mukaan medikalisaatiolla viitataan jonkin ilmiön medikalisoitumiseen hieman yli puolessa (72/126) aineiston artikkeleita. Aineistossa ilmiöiden medikalisaatiolla on selkeä yhteys mielenterveysongelmiin ja psykiatriaan, ja siten myös poikkeavuuden medikalisaatioon. Puolessa (36/72) kategorian osumista kyse on käyttäytymisongelmien medikalisoitumisesta mielenterveysongelmiksi. Tällöin medikalisaatio viittaa joko mielenterveysongelmiin yleisesti tai täsmällisemmin johonkin tiettyyn mielenterveysongelmaan. (LIITE 3.)

Tulkintani erittelee ”Ikääntymiseen” ja ”Naisiin ja naiseuteen” liittyvän medikalisaation erilleen mielenterveysongelmista (LIITE 3). Useissa artikkeleissa (esim. Becker 2000, 423, 430; Peled & Sacks 2008, 392) viitataan feministisen tutkimuksen tulkintaan, että erityisesti naisiin ja naiseuteen liittyvät asiat ovat medikalisoituneet. Vastaavasti saatetaan ilmaista (esim. Ray, Milne, Beech, Phillips, Richards, Sullivan, Tanner & Lloyd 2015, 1302), että ikääntyminen on medikalisoitunut. Käytännössä myös näissä on kyse mielenterveyteen liittyvistä ongelmista, mutta tulkitsin, että näissä artikkeleissa medikalisaatio yhdistettiin käsitteellisesti ensisijaisesti ikääntymiseen ja naisten ongelmiin kokonaisuutena. Yhteys mielenterveysongelmiin olisi näyttäytynyt kategorisoinnissani tilastollisesti vielä selkeämpänä, jos olisin rakentanut yläkategoriat eri tavoin tai sallinut yhden artikkelin sijoittamisen useampaan alakategoriaan.

”Naisiin ja naiseuteen” liittyvien ongelmien medikalisaatio liittyi toisinaan, mielenterveysongelmien lisäksi, myös omaksi alaluokaksi erottamaani ”Raskauteen, adoptioon ja hedelmöityshoitoihin” (ks. esim. Silvestre & Fresco 1980; Logan 1996).

Käyttäytymisongelmien medikalisoitumista psyykkisiksi sairauksiksi on sosiologiassa tarkasteltu kattavin historiallisin analyysein, mutta aineistossani ilmiöiden medikalisaatiota

koskevat maininnat ovat yleensä suppeita. Suuressa osassa tämän kategorian artikkeleita jonkin ilmiön medikalisaatio mainitaan yhden kerran ilman, että asiaa avattaisiin tarkemmin (esim. McPhail 2016, 315; Wong 2014, 136; Finn & Checkoway 1998, 336).

Eräänlainen anomalia ”Ilmiöissä” on lapsiin kohdistuvan väkivallan medikalisaatio, jonka erottelin omaksi alakategoriaksi. Se mainitaan useammassa artikkelissa. Tässä kohdin kyse ei ole ensisijaisesti väkivaltaisen ihmisen käyttäytymisen medikalisaatiosta, vaan laajemmin väkivallan tunnistamisen prosesseista, joissa lääketieteen ja terveydenhuollon rooli kasvoi Yhdysvalloissa 1970-luvulta alkaen (esim. Gurevich 2010; Thyen, Thiessen & Heinsohn-Krug 1995).

Sijoitin noin kuudesosan (21/126) artikkeleista yläkategoriaan ”Käsitykset ja kokemukset” (LIITE 3). Kategoriasta muotoutui lopulta ehkä perusteettomankin heterogeeninen. Lintu-perspektiivistä katsoen kategorian kontekstit liittyvät ilmiöiden medikalisaatioon. Ratkaisuni pyrkii kuitenkin havainnollistamaan sitä, että tämän kategorian kohdalla ei suoraan keskustella sairaudesta tai ongelmasta, vaan ongelmaa tai sairautta koskevien käsitysten, määritelmien ja tulkintojen medikalisaatiosta.

Sijoitin kategoriaan ensinnäkin artikkeleita, joissa medikalisaatiolla viitataan ihmisten käsityksiin: asiakkaiden, potilaiden ja heidän läheistensä suhtautumiseen sairauteen ja sairausdiagnoosiin. Tutkimukset ovat joko laadullisia haastattelututkimuksia (esim. Gault 2009; MacKay & Rutherford 2013) tai olemassa olevien tekstien analyysia (esim. Clarke & Lang 2012; Clarke & van Amerom 2008b).

Lisäksi sijoitin kategoriaan artikkeleita, joissa medikalisaation käsitteellä viitataan ilmiön tai ilmiöjoukon sijaan suuremmin sitä koskeviin määritelmiin, tulkintoihin tai esimerkiksi lehtidiskursseihin. Aineistossa keskustellaan medikalisaation käsitteen avulla WHO:n terveysmääritelmien liiallisuudesta ja jäykkyydestä (ks. Ashcroft & van Katwyk 2016). Useissa Juanne Clarkin artikkeleissa käsitellään medikalisaatiota media-aineistojen tutkimuksen pohjalta. Yhdessä mielenkiintoisessa artikkelissa (Clarke 2010) tutkitaan kanadalaisen aikakauslehtien terveysvalistusta lasten äideille, toisessa (Clarke & van Amerom 2008a) sydän- ja syöpätautien uutisointia mediassa.

Kategoriaan ”Hoito ja apu” sijoitin artikkeleita, joissa medikalisaation käsitteellä viitataan vanhustyön, mielenterveystyön tai sosiaalityön medikalisaatioon. Tällainen konteksti löytyy noin joka neljännestä (33/126) artikkelista (LIITE 3). Alaluokissa mielenterveyspalve-

lut (8) ja sosiaalityö (15) korostuvat (LIITE 3). Huoli sosiaalityön medikalisoitumisesta on keskeinen esimerkiksi Eileen Gambrillille (2001, 168; 2003, 316).

Tässä kategoriassa medikalisaation käsite ei siis tulkintani mukaan viittaa sairausymmärrykseen suoraan, vaan ongelmaa ratkaisevien tahojen medikalisoitumiseen. ”Hoidon ja avun” medikalisaation kategorisointi erilleen ilmiöiden medikalisaatiosta saattaa tietysti tuntua kummalliselta. Eikö ongelman ymmärtämistä sairautena seuraa väistämättä se, että sitä ryhdytään hoitamaan sairautena?

Mielestäni tekemäni erottelu tavoittaa jotakin olennaista medikalisaation käsitteellisestä sisällöstä. Kun aineistossani puhutaan sosiaalityön tai mielenterveyspalveluiden medikalisaatiosta, kriittinen huomio on usein väärissä ongelmanratkaisun menetelmissä tai väärässä tavassa lähestyä asiakasta. Kysymys siitä, ovatko esimerkiksi lasten käytösongelmat hoidettavia ongelmia, ei ole olennainen. Olennaisempaa on se, minkälaisella työotteella ja minkälaisin avun menetelmin näitä haasteita ratkaistaan yksilö- ja perhetasolla. Tällä on merkitystä siihen, miten medikalisaatiokritiikki asemoituu ”hoidon kapeutumiseksi”. Perustelen tulkintaani esimerkein medikalisaation seurauksia koskevassa tulosluvussa.

Kategoriaan ”Muut” sijoitin 14 artikkelia 126:sta, joissa medikalisaation käsite mainitaan korkeintaan muutaman kerran harvinaisessa tai epäselvässä yhteydessä (LIITE 3). Mary Baginsky (2000, 79) esimerkiksi viittaa käsitteellä väkivaltaa kohdanneiden lasten oirehtimiseen jokseenkin epämääräisesti. Robbie Duschinskyn (2012, 724–725) artikkelissa puolestaan medikalisaatio viittaa yhteiskunnan seksualisoitumista koskeviin käsityksiin ja huoliin. Muutamissa tapauksissa olisin voinut kategorisoida toisinkin. Esimerkiksi Martin Leichtman (2006, 290) kirjoittaa psykiatrien koulutuksen medikalisaatiosta, minkä voi yhdistää ”Hoidon ja avun” medikalisaatioon.

5.3 Poikkeavuuden medikalisaation soveltamista

”Ilmiöiden” kohdalla aineistoni tuottama kuva medikalisaatiosta vastaa varsin hyvin sitä kuvaa, jonka Conradin ja Schneiderin *Medicalization of Deviance* antaa poikkeavuuden medikalisaatiosta. Medikalisaatio liittyy ensisijaisesti mielenterveysongelmiin ja medikalisaatiossa on kyse prosessista, jossa käyttäytymiseen liittyvät ongelmat muotoutuvat hoidettaviksi sairauksiksi. Joissakin artikkeleissa poikkeavuuden medikalisaation viitekehystä sovellettiin varsin suoraan. Lähiluvun kriteerit näistä täyttivät neljä artikkelia.

David Wellmanin artikkelissa *From Evil to Illness: Medicalizing Racism* kritiikin kohteena on rasismien medikalisaatio. Wellmanin artikkeli ottaa negatiivisen kannan pyrkimykseen muokata rasistista aatemaailmaa psykoterapian keinoin. Artikkelin perusviesti on, ettei rasismi läpeensä kulttuurisidonnaisena ja sosiaalisena ilmiönä täytä minkäänlaisen sairauden tai häiriön kriteereitä.

Wellmanin (2000) mukaan rasismien sairausmalli pohjautuu neljään rasismia koskevaan oletukseen: se ei ole normaalia, liittyy orjuuden idean sairaalloiseen omaksumiseen, on riippuvuutta aiheuttavaa ja psyykkisesti kuormittavaa. Nämä oletukset ovat kuitenkin helposti osoitettavissa tutkimustiedon vastaisiksi. Minkäänlaisia viitteitä ei ole siitä, että rasismi olisi tilastollisesti harvinaista, aiheuttaisi sinänsä tunnontuskia tai täyttäisi addiktion diagnostisia tuntomerkkejä. (mt., 29–30.)

Wellmanin ennakoiva kritiikki ilmentää hyvin sitä, kuinka medikalisaatioteesejä voidaan herkästikin soveltaa tarkkailun välineeksi tilanteessa, jossa lääketieteen rajojen nähdään olevan vaarassa liukua. Rasismia ei liene ole koskaan harkittu otettavan osaksi sairausluokituksia missään päin maailmaa. Aineistossani James Dobbins ja Judith Skillings (2000) vastaavat Wellmanin kritiikkiin todeten, että psykoterapiassa voidaan huoletta käsitellä myös rasististen ajatusten alkuperää hyväksymättä varsinaisesti sairauskäsitystä.

Terapeutin ja kriittisen sosiaalitieteilijän näkökulmat ovat ymmärrettävän eritasoisia. Dobbins ja Skillings tarkastelevat asiaa hoidettavan potilaan näkökulmista käsin, Wellman pohtii yhteiskunnan ja kulttuurin tasolla rasismien medikalisaation seurauksia. Wellmaniin kritiikin mukaan rasismien ”hoitaminen” terveysongelmana saattaisi viedä huomion pois siitä, että suuri osa ihmisistä on tavalla tai toisella rasisteja.

Rasismien medikalisaation kritiikki on nähdäkseni helppo ymmärtää siksi, että ilmiö on helppo ymmärtää luonteeltaan kulttuuriseksi ja yhteiskunnalliseksi. Moni sosiaalityöntekijä saattaisi kuitenkin hämmästellä toista artikkelia, jossa poikkeavuuden medikalisaatiota sovelletaan hyvin erilaisessa kontekstissa.

Eli Newberger ja Richard Bourne tarkastelevat artikkelissa *The Medicalization and Legalization of Child Abuse* kriittisesti lapsiin kohdistuvan väkivallan medikalisoitua. Kirjoittajat kritisoivat medikalisaatioteorioihin tukeutuen sitä, että lääkäreitä on veloitettu kiinnittämään huomiota lapsiin kohdistuvaan väkivaltaan ja raportoimaan havainnoistaan ja sitä, että vanhempien, erityisesti äitien, lapsiinsa kohdistama väkivalta linjataan psykiatrisiksi

oireiluksi. Artikkelit on julkaistu jo 1978, siis ennen *Medicalization of Deviancea*, ja siinä viitataan muun muassa Beckeriin ja Conradin väitöskirjaan.

Newberger ja Bourne (1978) tuovat esille sen, että tosiasiallisena ilmiönä ”lapsiin kohdistuva julmuus on ainakin yhtä vanhaa kuin kirjoitettu historia”, mutta se on saanut enenevästi huomiota yhteiskunnallisena ongelmana tiettyjen pioneerilääkäreiden määrittelyä 1960-luvulla ”pahoinpidellyn lapsen syndrooman”. Sen jälkeen ongelma on institutionalisoitu muun muassa lisäämällä lääkäriä koskeva ilmoitusvelvollisuus lakiin. Tämä on lisännyt lääkäreiden merkitystä pahoinpitelyn tunnistajina ja arvioijina. (mt., 596–597.) Lapsiin kohdistuvan väkivallan medikalisointi näyttäisi tällä tavoin sopivan poikkeavuuden medikalisaation prosessin kehikkoon, vaikkakin yhteiskunnallisesti sanktioituna ongelmana kyseessä vaikuttaisi olleen aikanaan uusi ilmiö.

Kirjoittajat näkevät tapahtuneessa medikalisaatiossa paljon ongelmia. Newberger ja Bourne huomauttavat, että ongelmien tunnistamisen taustalla on sosiaalista eriarvoisuutta. Köyhien ja kurjien kohdalla lasten ongelmat tunnistetaan helpommin väkivallasta johtuviksi. Toisaalta tutkijat muun muassa toteavat, että lapsiin kohdistuvan väkivallan tunnistamisen tarkoitus on hyvä. Auttavat palvelut ovat kuitenkin niin huonotasoisia ja epäsoveliaita, että lapsille ja perheille koituu interventioista enemmän haittaa kuin hyötyä. (Newberger & Bourne 1978, 593, 596–597.)

Lukijalle syntyy käsitys, että medikalisaatio itsessään ei ole suurin ongelma, vaan ongelma on se, että medikalisaation myötä syntynyt palvelujärjestelmä toimii huonosti. Tämän opinnäytteen piirissä ei ole mahdollisuutta tarkastella amerikkalaisen lastensuojelun käytäntöjä 1970-luvulla. Tarkka konteksti ei tosin liene tarpeellinenkaan. Sosiaalityön haastava kaksoisrooli yhtäältä kontrolloivana ja toisaalta auttavana professiona kulminoituneen nykyäänkin lastensuojelussa.

Poikkeavuuden medikalisaatio on läsnä myös Clive Baldwinin ja Ross Ellerhornin artikkeleissa. Baldwin tutkii artikkelissaan *Munchausen by Proxy* välillistä Münchhausenin oireyhtymää, jossa kyse on tyypillisesti siitä, että vanhempi teeskentelee lapsellaan olevan sairauksia. Ellerhornin artikkelissa *Parasuicidality and Patient Careerism: Treatment Recidivism and the Dialectics of Failure* kohteena on epävakaa persoonallisuushäiriö ja siihen liitetty parasuisidaalisuus eli toistuva itsetuhoinen käytös ja sillä uhkailu. Molemmissa artikkeleissa huomioidaan se, että nämäkin käyttäytymistavat muokataan osaksi lääketie-

teellistä hallintaa sosiaalisissa prosesseissa. Baldwin (1996) varsinkin viittaa Conradiin useasti tekstissään.

Baldwin (1996) tarkastelee välillistä Münchhausenin oireyhtymää ilmiönä, joka ei täytä oikean häiriön diagnostisia kriteereitä. Hän huomauttaa, että likimain kaikki sairaudesta kärsivät ovat äitejä. Siten ongelman medikalisaatio jatkaa naisten sosiaalisen leimaamisen perinnettä. Hän kiinnittää huomion diagnoosin käytänteisiin ja siihen, että todistetusti joissakin diagnostisoiduissa tapauksissa on paljastunut jälkikäteen, että äidin tulkinta lapsen sairauksista on ollut oikea ja lääkärin tulkinta virheellinen. (mt., 161–163.) Vastaavasti Ellerhorn (2005, 288–289) erittelee medikalisaatioprosessia, jossa epävakaa persoonallisuus ymmärretään enenevästi biologiseksi häiriöksi stressinsäätelyn mekanismeissa ja parasuisidaalisuus tämän häiriön oireeksi.

Baldwinin (1996) mukaan sairaus, jonka oireena nähdään olevan sairauksien liioittelu, on paradoksi ja tietynlainen kulttuurin irvikuva. Mikäli sairaus on todellinen, se kertoo yksilön poikkeavuuden sijaan siitä, kuinka voimakkaita symbolisia merkityksiä sairaudella kulttuurissamme on. Baldwin toivookin tutkimusta käyttäytymisen mahdollistavista sosiaalisista tekijöistä. (mt., 161–163.)

Terapeutina toimiva Ellerhorn esittää puolestaan yksilökohtaisempia väitteitä. Ellerhorn (2005, 291) kysyy artikkelissaan persoonallisuushäiriön diagnoosin saaneilta asiakkailtaan sitä, mitkä tekijät nämä kokevat muutosta ehkäiseviksi tekijöiksi elämässään.

Osa tekijöistä liittyy Ellerhornin (2005) tulkinnassa sairauden kulttuurisiin merkityksiin. Tiivistetysti ilmaisten kyse on siitä, että asiakkaat kokevat epäonnistuneensa ihmisinä ja tarrautuvat kiinni passiiviseen potilaan rooliin. Potilas on epäonnistunut, vastuuton ja passiivinen, mutta samalla potilaana on turvallisempaa olla kuin aktiivisena toimijana. Aktiiviselta ja toimivalta ihmiseltä odotetaan enemmän kuin mitä heillä oman itsetuntemuksensa mukaan on tarjota. Pienetkin onnistumisen kokemukset lisäävät muun muassa heidän omia ja muiden odotuksia heistä. Siten asiakkaat kokevat onnistumisten asettavan heidät haavoittuvaiseen tilaan. (mt., 291–292.)

Muutosvistarinnan lisäksi muutosta ehkäisevät Ellerhornin (2005) mukaan terveydenhoidon käytänteisiin liittyvät tekijät. Hoitosuhde tarjoaa asiakkaille turvallisen sosiaalisen verkoston. Se merkitsee heille sitä, että joku huomioi heidät. Lisäksi heidän menneisyydessään tapahtuneet vahingot tunnustetaan ja muistetaan. Viime kädessä nämä suhteet ilmene-

vät parasuisidaalisuutena silloin, kun asiakkaat kokevat, ettei heitä huomioida tarpeeksi eikä heidän hätäänsä oteta vakavasti. (mt., 291–292.)

Toisaalta Ellerhornin (2005) tulkitsee, etteivät parasuisidaaliset kuitenkaan halua, että heidät nähtäisiin autenttisesti ja rehellisesti, vaan ikään kuin turvallisen etäisyyden päästä. He etsivät keinoja tulla huomatuksi ilman, että menettäisivät potilaan roolin ja olisivat persoonina aktiivisia ja vastuunalaisia. (mt., 294.)

Pohdiskelin kumpaakin artikkelia varsin pitkään. Mieleeni tuli, että molemmissa tietyllä tapaa ylitetään sosiaalisen konstruktionismin lähtökohta. Konstruktionistisesti suuntautunut tutkimus tutkii ilmiöiden käsitteellistämistä ja ymmärtämistä, ei ota kantaa ilmiöiden ontologiaan sinänsä. Esimerkiksi poikkeavuuden medikalisaatio ei ota kantaa poikkeavan käyttäytymisen syntyyn itsessään. Leimaamisteoria tosin sisältää väitteen siitä, että yhteisön tuomio ja väheksyntä ikään kuin altistavat esimerkiksi rikolliselle käyttäytymiselle, mutta poikkeavuuden medikalisaatiossa tämä väite ei nähdäkseni ole läsnä.

Baldwinin ja Ellerhornin artikkeleiden keskeinen väite on, että sairaudeksi leimattua ongelmallista käyttäytyä ei olisi olemassa ilman terveydenhoitoa ja ”kapean hoidon” medikalisoitunutta kulttuuria. Poikkeava käyttäytyminen on yritys hyödyntää sairaan roolin tarjoamia mahdollisuuksia terveydenhoidon käytänteissä.

5.4 Sairauden idea lasten ja nuorten kohtaamana

Kahdessa lähilukuun valikoituneessa artikkelissa medikalisaatiota pyrittiin tarkastelemaan lasten ja nuorten kohtaamana monitahoisena ilmiönä. Artikkelit ovat laadullista mikrotutkimusta ja liittyvät medikalisaation yhteyksien kategorioissa ensisijaisesti ”Käsityksiin ja kokemuksiin”.

Elisabeth H. Bringewatt tutkii 18–22-vuotiaiden nuorten haastatteluihin ja muistoihin perustuvassa artikkelissaan *Negotiating Narratives Surrounding Children's Mental Health Diagnoses: Children and their Contribution to the Discourse* sitä, miten lapset kokevat mielenterveysongelmien diagnoosit. Bringewatt (2013) lähtee liikkeelle siitä, että lasten käyttäytymisongelmien, kuten ylivilkkaushäiriön, diagnosointi on yleisesti kiistanalainen asia. Diagnoosien symbolinen merkitys voi aiheuttaa haitallisia psykososiaalisia vaikutuksia lapsille, mutta toisaalta ne mahdollistavat lääketieteellisen käsittelyn eli ongelmien järjestelmällisen tutkimisen, monialaisen yhteistyön, hoidon yhteisten peruseriaatteiden luomisen ja palveluiden räätälöinnin. Lisäksi ne voivat tarjota selityksen, ja olla helpotus

ongelmista kärsivien lasten vanhemmille. (mt., 1220.) Tätä taustaa vasten nuorten omat käsitykset aiheesta todellakin ovat mielenkiintoisia ja tärkeitä.

Bringewatt (2013) päätyy tuloksissaan siihen, että kaikki haastatellut nuoret hakivat, omaksuivat ja tulkitsivat aktiivisesti tietoa ongelmistaan. Suhtautuminen diagnoosiin ja ongelmien mieltämiseen sairautena vaihteli kuitenkin suuresti. Osa tutkimukseen osallistuneista nuorista koki diagnoosin selittävän heidän tilannettaan ja oikeuttavan heidän kokemuksiaan. Isompi osa vastusti aluksi diagnoosia, mutta sisäisti sairautensa myöhemmin tiedon hakemisen jälkeen. Jotkut puolestaan vastustivat edelleen sekä diagnoosia että lääkkeellistä hoitoa ja kokivat ongelmiansa olevan elämän tavallisia ongelmia. (mt., 1221–1223.)

Bringewatt (2013) kysyi nuorilta myös, tulisiko diagnooseista kertoa lapsille. Tässäkin näkemykset vaihtelivat. Toiset kokivat, että diagnooseista vaikeneminen sai heidät kokemaan, että jokin oli heissä itsessään pielessä. Toiset taas linjasivat, että leimatuksi joutumisen välttämiseksi diagnooseista puhumista pitäisi välttää ainakin pienten lasten kohdalla. (mt., 1223–1225.)

Artikkelista voi vetää loppupäätelmän, että lasten, nuorten ja perheiden käsitykset ongelmien luonteesta vaihtelevat. Keskeisempi tutkimustulos voi olla kuitenkin se, perheillä on mahdollisuus vaikuttaa siihen, miten sairautta koskeviin ideoihin sisältyvät merkitykset realisoituvat. Bringewattin (2013) mukaan haastatteluista oli selkeästi tulkittavissa vanhempien valtava merkitys ongelmien luonteenlaadun välittäjänä. Vanhempien avoin, asiallinen ja tunnetasolla neutraali suhtautuminen ongelmiin helpotti lasta ongelman käsittelyssä. Vastaavasti puhumattomuus ongelmasta, diagnoosin piilottelu ja välttely tai vaihtoehtoisesti ongelman liioittelu ja diagnoosin kauhistelu aiheuttivat ahdistusta ja häpeää. (mt., 1223, 1225.)

Emily Adlin Bosk tutkii artikkelissaan *Between Badness and Sickness: Reconsidering Medicalization for High Risk Children and Youth* kahden tapausesimerkin avulla, miten sairauden ja moraalisen ilkeyden ideat risteävät pyrkimyksissä ymmärtää nuorten käytösongelmia. Bosk (2013) kertoo työskennelleensä terapeutina monialaisessa interventio-ohjelmassa, jonka tavoitteena oli ehkäistä huostaanottoja. Interventio pyrki huomioimaan lasten piirteiden ja ominaisuuksien lisäksi ympäristöön ja arjen vuorovaikutukseen liittyviä tekijöitä. (mt., 1212.)

Bosk (2013) esittää, että suuri osa sosiologisesta kirjallisuudesta koskien lasten ja nuorten käyttäytymisongelmia tukeutuu ajatukseen toteutuneesta medikalisaatiosta, jossa ongelmia hoidetaan ensisijaisesti terveysongelmina. Boskin mukaan ongelmallisesti käyttäytyvät lapset ja nuoret kohtaavat todellisuudessa ”osittaisen medikalisaation”, jossa idea sairaasta apua tarvitsevasta potilaasta ja oikeustoimia ja kuria tarvitsevasta ilkimyksestä ilmenevät rinnakkain, limittäin ja peräkkäin. (mt., 1212–1213, 1217.)

Boskin keskeinen lähtöajatus on se, että sairausymmärrys ja moraalisesti vastuunalainen ilkeys ovat ideoina ristiriitaisia. Tämä ristiriitaisuus ilmenee sekä arjen mikrotasolla että institutionaalisilla hoidon järjestämisen tasoilla.

Bosk (2013) kuvaa ensimmäisessä esimerkkitapauksessaan sitä, kuinka ristiriitaisia viestejä saava nuori joutuu luovimaan ”sairauden” ja ”pahuuden” välimaastossa. Nuoren vanhemmat käsittivät tyypillisesti nuoren alakuloisuuden ja ahdistuksen sairauden oireeksi ja toivoivat hänelle psykiatrista hoitoa. Kun nuori sitä vastoin oireili käyttäytymällä aggressiivisesti, he reagoivat itse voimakkaasti vaatimalla ryhdistäytymistä ja parempaa käytöstä. Tällöin nuori puolustautui vetoamalla sairauksiinsa. Käytösongelmien jatkuessa vanhemmat päätyivät siihen, että he hoitivat lasta vuorotellen, jotta hankala tilanne olisi helpommin kestettävissä. (mt., 1215–1216.)

Vuorottelun lopputulos oli kuitenkin sairauden ja moraalisen vastuullisuuden ideoiden törmäys. Boskin (2013) mukaan tapauksessa kävi lopulta niin, että nuori lähti jatkuvien konfliktien jälkeen toisen vanhempansa luota ”ilkeänä” ja saapui toisen luokse ”sairaana” lohdutettavaksi. Bosk toteaa, että jossakin vaiheessa hän huomasi itse yrittävänsä keskusteluissa medikalisoida nuoren käytöstä, jotta tätä ei syytettäisi ja painostettaisi. Lopulta terapia lopetettiin, kun riittäviä tuloksia ei nähty syntyvän, vaikka nuori itse suhtautui siihen positiivisesti. Nuoren vanhemmat kokivat väsyneinä, että nuori tarvitsee voimakkaampaa kuria ja ulkoista kontrollia. (mt., 1216.)

Myös Boskin (2013) toinen esimerkki kuvaa terapian keskeytymistä, mutta painopiste on ylätasen tekijöissä: siinä miten hoitojärjestelmä ja terveydenhuoltoon koskevat linjaukset siirtävät ”sairauden” ja ”ilkeyden” välistä rajaa. Tapauksen lasta, jolla oli todella vaikea traumatausta, hoidettiin terapiassa ja erityistuella tavallisessa koulussa. Boskin näkemyksen mukaan terapia selkeästi auttoi, mutta koulun näkemyksen mukaan edistys ei ollut riittävää. Koulun näkemys sai tukea siitä, että ylätasen linjauksissa terapiat oli linjattu kestoltaan lyhyiksi, jotta ne olisivat kustannustehokkaita. Lopputulos oli se, että terapia lopetettiin.

tiin ja lapsi siirrettiin erityiskouluun, jonka kasvatustimet korostivat kuuliaisuuden ja kurin merkitystä. Boskin mukaan lapsi käytännössä leimattiin ”toivottomaksi tapaukseksi”, johon kohdistetaan tulevaisuudessa enenevästi kuritoimia, vaikka kyse yhtäältä oli siitä, että niukkuuden ja tehokkuuden periaattein toimiva järjestelmä ei mahdollistanut hoidon jatkamista. (mt., 1216–1217.)

Boskin (2013) kiteyttävä huomio onkin se, että lasten pulmallisen käytöksen kohdalla ha lukkuus tukeutua ongelman lääketieteelliseen selitykseen tuntuisi vähenevän ajan kuluessa mikäli ongelmat eivät korjaannu. Mikäli terapian ja muiden pehmeiden interventtioiden ei koeta ratkaisevan ongelmaa, seuraava askel on usein omaksua näkemys, joka korostaa lapsen vastuullisuutta ja ilkeyttä. Bosk katsoo, että ”ilkeyden” ja ”sairauden” välinen ristiriita olisi kyettävä ylittämään, jotta ongelmia ratkaistaisiin pitkäjänteisesti. (mt., 1217.)

5.5 Huoli ymmärryksen kapeutumisesta

Aineistoni sisälsi useita artikkeleita Eileen Gambrillilta, joista kolme täytti lähiluvun kriteerit. Yksi näistä (Gambrill 2014) käsittelee Amerikan Psykiatriyhdistyksen vuodesta 1952 julkaisemaa DSM-sairausluokitusta. DSM on tyypillinen kohde poikkeavuuden medikalisaation ja psykiatrian kritiikeissä (ks. esim. Conrad & Schneider 1992, 281; Conrad 2006, 48) muun muassa siksi, että luokituksen saaneiden tilojen määrä on kasvanut uusien painosten myötä merkittävästi. Toinen (Gambrill 2011) käsittelee tieteellistä vaikuttavuustutkimusta ja kolmas (Gambrill 2015a) poliittisen päätöksenteon apuna käytettäviä Campbell- ja Cochrane-katsauksia, jotka tiivistävät tutkimustietoa erilaisista sosiaali- ja terveydenhoitoon liittyvistä aiheista.

Muissa artikkeleissa, jotka eivät lähiluvun kriteereitä täyttäneet, Gambrill käsittelee mm. tieteellistä sosiaalityötä (Gambrill, 2012), sosiaalityön tutkimuskäytäntöjä (Gambrill 2015b) ja sosiaalityötä valtaa käyttävänä ammattialana (Gambrill 2001). Mainitsen nämä tässä siksi, että niissä toistuvat tietyt Gambrillille tyypilliset medikalisaatiota koskevat teemat: sosiaalityön ja mielenterveyden ammattilaisten medikalisaation vastustaminen ja kriittisen ajattelun puolustaminen tutkimuskäytäntöjen medikalisoitunutta ongelmanmäärittelyä vastaan.

Gambrill esittää artikkeleissaan voimakasta ”Hoidon ja avun” medikalisoitumisen kritiikkiä. Kohteena on ensisijaisesti yhdysvaltalainen sosiaalityö, jonka Gambrill (2014, 13;

2003, 311, 316; 2001, 168) näkee kritiikittömästi omaksuneen medikalisoituneita lähtökoh-
tia.

Gambrillin medikalisaatiokritiikin sävy on usein jyrkkää. Gambrill (2014) toteaa psykiatri-
an rinnastuvan maagiseen ajatteluun, jossa tarkoitus on saada hallintaan vaikeasti hallitta-
via ilmiöitä. Hän jatkaa, että mielenterveyden parissa työskentelevien sosiaalityön ammat-
tilaisten on helpompi sietää avuttomuuttaan haastavien ongelmien parissa, kun he voivat
sijoittaa ongelman sairaan yksilön aivoihin. (mt., 18–19.)

Gambrillin mukaan psykiatriseen tautiluokitukseen nojaaminen on perusteetonta. Gambrill
(2014) esittää, että psykologian ja psykiatrian tutkimuskohde on ihmisen käyttäytyminen ja
ihmisen psyykinen tila, joita kumpaakaan ei voi palauttaa kritiikin kestäväällä tavalla aivo-
biologiaan. Aivokemiallisia tiloja voidaan kyllä tutkia, mutta on mahdotonta sanoa, onko
jokin käytös seuraus aivokemiallisesta muutoksesta vai tapahtuuko vain samaan aikaan.
Lisäksi historiallinen tarkastelu osoittaa selvästi sen, että psykiatriset käsitykset ovat vaih-
delleet ja ovat luonteeltaan aikasidonnaisia. Tieteellisten läpimurtojen sijaan medikalisaat-
iota selittääkin vallitseva kulttuuri, jossa ihmisten sietokyky on vähentynyt, psykiatrian
valta ei-toivotun käyttäytymisen hallitsijana kasvaa, ja jossa lääkkeellinen hoito on sopeut-
tamisen välineistä tärkein. (mt., 14–21.)

Tässä kohdin Gambrill selvästi tukeutuu tieteenfilosofiaan sosiologian sijasta. Suomalai-
seen medikalisaatiokeskusteluun peilattuna Gambrillin ajatukset muistuttavatkin Lauri
Rauhalan esittämää medikalisaatiokritiikkiä.

Gambrillin mukaan erityisen huolestuttavaa on se, että medikalisaatio ilmenee myös tie-
teellisen tutkimuksen lähtöasetelmissä. Tämä koskettaa välillisesti myös sosiaalityötä.
Gambrill (2011) korostaa, että ongelman muotoilu – se, nähdäänkö ongelmien olevan luon-
teeltaan psykologisia, biologisia, moraalisia vai sosiaalisia – vaikuttaa ratkaisevasti siihen,
minkälaisia vastauksia vaikuttavuustutkimus tuottaa. Biologisen ymmärryksen painottumi-
nen rajaa tiettyjä tutkimustuloksia ja tieteenaloja ulos vaikuttavuusarvioinnin piiristä. (mt.,
657–658.) Gambrillin (2015a, 150) mukaan esimerkiksi sosiaalityössäkin käytettävät vai-
kuttavuuskatsaukset ovat usein ongelmallisen medikalisoituneita lähtökohdiltaan.

Gambrill (2015a) antaa kaksi esimerkkiä valuviallisista katsauksista. Seksuaalisen väkival-
lan uhrien auttamista koskevaan meta-analyysiin hyväksyttiin vain sellainen tutkimus, jos-
sa väkivallan tulkittiin aiheuttavan hoidettavia traumoja. Katsauksesta sivuutettiin sellainen

tutkimus, jossa kohdattua väkivaltaa lähestyttiin elämäkokemuksina, joiden käsittely auttoi uhreja myös voimaantumaa ja vahvistumistaan. Siten meta-analyysin tulosten mukaan vain trauman lääketieteellinen hoito on vaikuttavaa apua. Sen sijaan, että traaginen elämäkokemus olisi otettu asiaksi, jonka kanssa ihminen kykeni työskentelyn myötä elämään, oppimaan ja vahvistumaan, se linjattiin ”sairaudeksi”, joka täytyi hoitaa pois. (mt., 151–152.)

ADHD:tä käsittelevässä katsauksessa puolestaan ongelma Gambrillin (2015a) mukaan määriteltiin sairaudeksi ja tuloksista keskusteltiin lääketieteellisin termein, vaikka tutkittavat menetelmät pohjautuivat lääketieteen sijaan käyttäytymistieteisiin ja sosiaalisen oppimisen teoriaan. Yksilölliset kontekstit ja ympäristö- ja sosiaalisten tekijöiden merkitys sivuutettiin ongelman taustaa käsiteltäessä ja kysymyksiä muotoiltaessa. Tästä syystä katsaus ei tuottanut minkäänlaisia tuloksia, joilla olisi informaatioarvoa. (mt., 151–152.)

5.6 Äidin taakka terveystieteiden yhteiskunnassa

Juanne Clarke on ensimmäinen tekijä peräti seitsemässä lähiluvun kriteerit täyttäneessä artikkelissa, joiden aineistoina ovat sanomalehdet, blogit ja haastattelut. Medikalisaation käsitteen yläkategoriaa ajatellen kyse on ”Käsityksistä ja kokemuksista”. Artikkelit käsittelevät syöpä- ja sydänsairauksien diskursseja mediassa (Clarke & van Amerom 2008a), avun hakemista mielenterveysongelmista kärsiville lapsille (Clarke 2013), lasten mielen-terveydestä ja kehityshäiriöitä koskevia diskursseja naistenlehdissä (Clarke, Mosleh & Janketic 2014), lasten äideille annettua neuvontaa kanadalaisessa naistenlehdessä (Clarke 2010; Clarke 2015), ylivilkkaus- ja keskittymishäiriödiagnoosin saaneiden lasten äitien käsityksiä blogeissa (Clarke & Lang 2012) ja Aspergerin oireyhtymää (Clarke & van Amerom 2008b).

Vaikka Juanne Clarke ei mitään ilmeisimmin ole sukua *Biomedicalization* -artikkelin ensimmäiselle tekijälle Adele Clarkelle, hänen artikkelinsa linkittyvät aineistossani selkeimmin biovallan sisäistyneen hallinnan teemaan. Useimmissa artikkeleissa fokus on äitiydessä ja äitiydestä annetuissa kuvissa. Lähtöhypoteesi on se, että hyvän äitiyden ihanteet esitetään nykypäivänä erityisen haastaviksi. Tässä yhteydessä Clarke käyttää käsitettä ”intensive mothering” (esim. Clarke 2010, 171; Clarke 2013; 217), jonka suomennan ”huolehtivan äidin” -ihanteeksi.

Medikalisaatio on yksi syy äitien taakkaan, sillä luodessaan uusia sairauksia se kaventaa lapsen normaalin käyttäytymisen rajoja. Tämä pätee erityisesti lasten käyttäytymishaasteisiin, jotka mielletään lehdissä lääketieteellisiksi ja biologisiksi mielenterveysongelmiksi. (Clarke, Mosleh & Janketic 2014, 392, 394–397)

Haastatteluiden ja blogien tutkimisen avulla Clarke työryhmineen tulevat siihen tulokseen, että useiden käyttäytymisongelmien medikalisointi on lyönyt läpi vanhempien keskuudessa. Tämä siitä huolimatta, että ongelmista kärsivät eivät itse aina haluaisi patologisoida ongelmiaan. (Clarke & van Amerom 2008b, 92–98; Clarke & Lang 2012, 407–408; Clarke, Mosleh & Janketic 2014, 398.)

Äidin roolin vaikeutta lisää medikalisaation ilmeneminen kulutusyhteiskunnassa, jossa erilaisia hoitoja on tarjolla valtavan paljon (ks. Clarke & van Amerom 2008a, 101). Aikakauslehtien ihanneäitien tehtävä on tarkkailla lapsiaan alituisesti ja puuttua ajoissa sekä ongelmiin että riskitekijöihin. Lasten terveys ymmärretään lehdissä asiaksi, johon äidit voivat vaikuttaa henkilökohtaisilla valinnoillaan. Lisäksi lehtiaineistoissa sisäänkirjoitettuna on oletus, että terveydenhuolto on aina saatavilla kaikille. (Clarke & van Ameron 2008a, 98–99; Clarke, Mosleh & Janketic 2014, 392.) Hoitoja ja asiantuntemusta markkinoidaan, mutta hoidot ovat usein epävarmoja ja lääkäreidenkin näkemykset vaihtelevia. Aiemmin mainituissa ADHD-lasten äitien blogeissa äidit omaksuivat medikalisoituneen käsityksen ongelmien luonteesta ja suosivat lääkehoitoa – samalla he kuitenkin pitivät ikään kuin langat käsissään ja kiistelivät oikeista lääkkeistä ja lääkäreistä (ks. Clarke & Lang 2012, 408–412). Clarke on usein huolissaan siitä, että äidille asetetut vaatimukset yhdistettynä hoidon toimimisen ja avun saamisen tosiasialliseen epävarmuuteen tuottavat sivutuotoksena perheille ”lisäkäsimmästä” (= surplus suffering) (Clarke 2013, 222; Clarke, Mosleh & Janketic 2014, 398).

Hypoteesi ”huolehtivan äidin” -ihanteen voimistumisesta saa tutkimuksissa myös problematisoivaa näyttöä. Clarken (2015) historiallinen vertaileva tutkimus lasten käyttäytymishäiriöistä annetusta kuvasta osoittaa, että 1900-luvun puolivälissä korostettiin syväpsykologiaa ja tiedostamatonta käyttäytymishäiriöiden ”paikkana” ja lasten haavoittuvuutta äidin ongelmille ja heikkouksille. 2000-luvulla korostuu ”normaalien” käyttäytymisongelmien medikalisaatio aivotason ongelmiksi, mutta medikalisaatio tarjoaa äidille myös tiettyä ymmärrystä. Tässä kohdin Clarke tulkitseekin aiheellisesti, että vanhemmassa aineistossa äitien vastuuta korostettiin jopa enemmän kuin nykypäivän aineistossa. (mt., 313–318.)

Clarcken johtamat tutkimukset ovat tuottaneet havaintoja, jotka tukevat ajatusta sosiaalisten tekijöiden katoamisesta ongelmien sairauskäsitysten taakse. Clarke, Donya Mosleh ja Natasa Janketic (2014) havaitsivat, että 2000-luvun aikakauslehdissä lapsen hyvän mielenterveyden nähtiin ilmenevän tyypillisesti sosiaalisten kategorioiden, kuten suosittuna olemissa ja menestymisen kautta. Mielenterveysongelmat kuitenkin pelkistettiin, esimerkiksi syrjäytymisen tai kiusatuksi tulemisen sijaan, ongelmaiseen yksilöön liittyviksi lääketieteellisiksi ja biologisiksi asioiksi. (mt., 393, 395.)

Yleisesti tämä lasten ongelmien medikalisaatio näyttäytyy vahvasti vain mielenterveysongelmien kontekstissa. Clarke (2010) havaitsi, että äideille annettava yleinen, somaattisia ongelmia ja oireita koskettava, terveysvalistus ei ole kovin medikalisoitunutta. Siinä äideiltä edellytetään maalaisjärkeä ja tarvittaessa lääkärin kyseenalaistamista. (mt., 173–177.)

5.7 Sosiaalityöntekijän ammatti-identiteetti psykiatrian puristuksessa

Kam-shin Yip (2004) rakentaa artikkelissaan *Medicalization of Social Workers in Mental Health Services in Hong Kong* mallin mielenterveystyötä tekevien sosiaalityöntekijöiden medikalisoitumisesta. Artikkelin lähtökohta on varsin pragmaattisesti ajatus, että psykiatrien dominanssi on merkittävä ongelma mielenterveystyötä tekevien sosiaalityöntekijöiden ammatti-identiteetin kannalta. Yipin mukaan taustatilanne Hong Kongissa on se, että psykiatrit johtavat muodollisesti ja käytännössä mielenterveyspalveluita sekä klinikoilla, avopalveluissa että kuntouttavissa palveluissa. Sosiaalityölle ja lääketieteelle ominaisten järjkeilyjen ja tiedon muotojen välillä on niin merkittäviä eroja, etteivät sosiaalityöntekijät tyypillisesti kykene pitämään kiinni omasta ammatti-identiteetistään, vaan omaksuvat hiltalleen lääketieteellisen järjkeilyn. (mt., 415–416.)

Artikkeli pohjautuu sosiaalityöntekijöiden syvähaastatteluihin. Yipin (2004) haastattelusta sosiaalityöntekijöistä suurin osa koki kohdanneensa dominoivia ja väheksyviä psykiatreja. Tämä ilmeni käytännössä muun muassa siten, että psykiatrit eivät kokeneet tarpeelliseksi kuulla sosiaalityöntekijän näkemystä potilaan sosiaalisesta tilanteesta, kun hoitoa ja hoidon jatkoa suunniteltiin. Sosiaalityöntekijät kokivat, että osa psykiatreista mielsi heidät irrallisiksi toimijoiksi, joiden tehtävä oli esimerkiksi hakea potilaille sosiaalityöntekijä ja valmistella potilas sairaalasta uloskirjoittamista varten. (mt., 419–420.)

Yipin (2004) mukaan sosiaalityöntekijät eivät yleensä kokeneet, että psykiatrit olisivat perustelleet näkemyksiään muodollisella asemalla tai että dominanssi olisi perustunut hen-

kilökemioihin, vaan kyse on tiedon eri lajien arvostuksesta. Ristiriitatilanteissa psykiatrit tukeutuivat lääketieteelliseen tietopohjaan, johon sosiaalityöntekijöillä ei ollut pääsyä. Sosiaalityön tuottama arkinen, arvoihin pohjautuva ja maallikon ymmärtämä tieto jää lähtökohtaisesti psykiatrian oirekeskittyneen, teknisen ja muodollisen tiedon jalkoihin. (mt., 420–422.)

Yip (2004, 423–427) hahmottelee haastatteluiden pohjalta viisiportaista sosiaalityöntekijöiden medikalisoitumisen mallia: ensimmäisessä (1) vaiheessa nuoret sosiaalityöntekijät saapuvat töihin vailla ymmärrystä lääketieteen ohjaaman toimintaympäristöstä, toisessa (2) he kohtaavat konflikteja työpaikallaan ja ryhtyvät puolustamaan sosiaalityölle ominaista lähestymistapaa väheksyviä käytäntöjä ja viestejä vastaan, kolmannessa (3) he alkavat huomata, ettei heidän tietoaan ja näkemyksiään oteta konfliktitilanteissa vakavasti, neljännessä (4) he alkavat itse kyseenalaistaa sosiaalityön orientaatiota ja tietopohjaa ja viidennessä (5) he ovat sisäistäneet lääketieteellisen järkeilyn eivätkä välttämättä edes identifioi itseään enää sosiaalityöntekijöiksi, vaan kokevat edustavansa lääketieteen ammattikuntaa.

Tutkija toisaalta huomauttaa, että osa haastatelluista oli onnistunut vastustamaan medikalisaatiota. Aineistonsa perusteella hän erottelee tekijöitä, jotka vaikuttavat vahvistavan sosiaalityön identiteettiä. Näitä tekijöitä ovat sosiaalityöntekijän miessukupuoli (tämä tulkitaan johtuvaksi siitä, että psykiatrit ovat Hong Kongissa yleisesti miehiä), jatkokoulutus, pitkä työkokemus, työyhteisön monialaisuus, sosiaalityötä ymmärtävä esimies, kollegiaalinen tuki ja sosiaalityöntekijöiden verkostoituminen. (Yip 2004, 429–430.)

5.8 Genetiikka ja terveystieteet

Ashley Lebnerin artikkeli *Genetic "Mysteries" and International Adoption: The Cultural Impact of Biomedical Technologies on the Adoptive Family Experience* liittyy biomedikalisaation tematiikkaan. Lebnerin (2000) hypoteesi on, että genetiikan kehitys voi lisätä ymmärrystä yhteisestä perimästä sukulaisuuden perusteena. Tämä puolestaan voi leimata adoptioiperheitä. (mt., 373.)

Lebnerin (2000) haastatteluaineisto osoittaa, että adoptiolasten vanhemmat miettivät lastensa biologisia vanhempia ja kokevat jonkinasteista huolta siitä, etteivät tiedä lastensa geneettistä perimää. Lebrer myös tulkitsee, että he jollakin tavalla he myös mieltävät itse sukulaisuutensa lapsiinsa toissijaiseksi suhteessa perheisiin, joissa geneettinen side on olemassa. Mutta vaikka yksi informantti kertookin kokemuksesta, jossa vanhempien tietä-

mättömyys geeniperimästä koettiin oudoksi sairaalassa, leimautumisen kokemukset eivät erityisesti nouse esiin. Adoptiovanhempia tuntuvat eniten mietityttävän käytännölliset asiat: mahdolliset geneettiset sairaudet ja se, että milloin heidän lapsensa alkavat tiedustella biologisista vanhemmistaan. (mt., 374–376.)

Rachelle Ashcroft ja Trish Van Katwyk tutkivat artikkelissa *Joining the Global Conversation: Social Workers Define Health Using a Participatory Action Research Approach* sosiaalityöntekijöiden käsityksiä terveydestä. Biomedikaalinen ymmärrys terveydestä nähdään siinä laajemman sosiaalisen ymmärryksen antiteesinä. Lähtökohta artikkelille on se, että subjektiivisesti koettu terveys ja objektiivisesti mitattava terveys poikkeavat toisistaan. Medikalisaation edetessä objektiivisen terveyden saavuttaminen on entistä hankalampaa.

Ashcroft ja Van Katwyk (2016) kritisoivat WHO:n vuodesta 1948 muuttumattomana säilynyttä terveystermiä, jonka mukaan ”terveys on täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila eikä pelkästään sairauden tai heikkouden poissaoloa”. Määritelmän pulma on siinä, että tavoitteeksi aseteltuna terveydestä tulee utopia, jota kenenkään on mahdotonta täysin saavuttaa. Tutkijat huomioivat myös sen, että määritelmänsä mukaisesti terveys asettuu staattiseksi tilaksi. Siten ihmisen toiminta- ja sopeutumiskyvyn merkitys terveydessä ei tule huomatuksi. (mt., 2, 4–5.)

Ytimeltään artikkeli on pyrkimys rohkaista sosiaalityöntekijöitä ottamaan osaa terveyden määrittelyyn. Artikkelin aineisto synnyttiin keräämällä vapaamuotoisia terveystermiä tyhjään tauluun erääseen sosiaalityön konferenssin osallistuneilta ammattilaisilta, opiskelijoilta ja tutkijoilta. Tämän jälkeen tuloksia ryhmiteltiin ja tulkittiin. Tutkijoiden tulkinnan mukaan aineiston tuottaneet sosiaalityöntekijät korostavat terveyttä ilmentävinä asioina toimintakykyä, osallisuutta omaa terveyttä koskevaan päätöksentekoon, väkivallattomia ihmissuhteita ja välittämistä sekä yleisesti terveyden yksilöllisyyttä ja subjektiivisuutta. asioina holistisuutta, toimintakykyä, huumoria. Heille on siis tärkeää, että terveys on muutakin kuin fyysinen ruumis. (Ashcroft & van Katwyk 2016, 7, 9–12.)

6 TULOKSET: MEDIKALISAATION SEURAUKSET

6.1 Tulosten yhteenveto

Aineiston analyysin aikana tekemäni kategorisoinnin mukaan noin kolmessa neljästä (94/130) artikkelista medikalisaatiolle annettiin negatiivisia tai positiivisia seurauksia (LIITE 4). Pääosin seuraukset olivat negatiivisia. Tämä ei ole tietysti yllätys, sillä medikalisaatio on sosiologisilta juuriltaan yhteiskuntakriittinen käsite.

Aiemmin erottelin poikkeavuuden medikalisaation ja biomedikalisaation klassikkotekstien pohjilta viisi medikalisaation seurausta: sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen, erilaisuuden hallinta, yksilön vastuun ja autonomian väheneminen, turha hoito ja medikalisaation hyödyt. Tulkintani mukaan sosiaalityön artikkelijulkaisuissa medikalisaatioon yhdistettyjä seurauksia voi varsin hyvin jäsentää tämän kehikon pohjalta.

Yleisin medikalisaatioon aineistossa yhdistettävä seuraus on sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen. Useiden kymmenien artikkeleiden mukaan ongelmailmiöitä tulisi tarkastella yksilön sairauden sijaan erityisesti yhteiskunnallisiin rakenteisiin ja kulttuurisiin tekijöihin liittyvinä asioina. Toisin sanoen tutkimukset painottavat rakenteellisen sosiaalityön ja eriarvoisuutta vähentävien sosiaalipoliittisten ratkaisujen merkitystä terveysongelmien ratkaisussa. Tämä vastaa erityisesti poikkeavuuden medikalisaation klassikkojen tulkintaa yksilöllistymisestä.

Erilaisuuden hallinta medikalisaation seurauksena näyttäytyy aineistoissani kahtalaisesti. Yhtäältä kyse on diagnosoitujen tuottamasta viestistä, että heidän ”sairautensa” on ongelma vain muiden silmissä. Toisaalta erilaisuuden hallinnan tematiikka liittyy myös huomioon rakenteellisesta ikä- tai sukupuolikysymyksestä. Tämän huomion mukaan jonkin käyttäytymistavan tulkinta ongelmaksi ja sairaudeksi on liitoksissa esimerkiksi naisen roolia koskeviin odotuksiin.

Aineistossa ollaan myös huolissaan medikalisaation tuottamasta yksilön vastuun ja moraalisen autonomian vähenemisestä. Yksilön vastuun väheneminen nähdään esimerkiksi tekijäksi, joka estää yksilöitä voimaantumasta ja ratkaisemasta ongelmiaan itse. Toisaalta sairauksikäsitteet mielletään myös leimaaviksi. Kategorioita luodessani erottelinkin ”Vastuun ja autonomian vähenemisen” ja ”Stigman” erillisiksi seurauskategorioiksi.

Biomedikalisaatiolle tyypillisiä kriittisiä seurauksia, kuten turhan hoidon lisääntymistä, yksilön vastuun ja itsehallinnan vaatimusten kasvamista ja terveysongelmien hoitoon liittyvää eriarvoisuutta (eli stratifikaatiota) käsitellään joissakin aineiston artikkeleissa, mutta nämä ovat vähemmistössä. Medikalisaation hyötyjä kuvaava kategoria ”Avun mahdollistuminen” näyttäytyi seurauksena muutamissa artikkeleissa.

Osassa artikkeleita medikalisaation käsitteellä viitataan ”Hoidon ja avun” medikalisaatioon. Tällöin kyse on huomiosta, että ongelmia ratkaiseva tahot, esimerkiksi sosiaalityö tai mielenterveyspalvelut, muuttavat muotoaan. Varsin tyypillisesti tähän ”Hoidon ja avun” medikalisaatioon liitetään kriittisiä huomioita, joita käsittelem aineistolähtöisen seurauskategorian ”Hoidon kapeutuminen” alla.

”Hoidon kapeutumisessa” on kyse ensinnäkin siitä, että ongelmanratkaisu keskittyy tarkkoihin diagnooseihin, tulee etäämmäksi ihmisestä, tieteellisemmäksi ja täsmällisemmäksi. Tässä mielessä kyse on biomedikalisaation klassikkotekstin kuvaamasta tietoteknisestä ja teknologisesta kehityksestä, jonka seuraus on hoidon pelkistyminen.

Konkreettisemmalla tasolla kyse on siitä, että tietyt ongelmanratkaisumuodot lisäävät suosiotaan ja toiset sivuutetaan. Aineistossani ”kapeaa” hoitoa on hoidon lääkepainotteisuus, jonka nähdään aineistossa sivuuttavan esimerkiksi syväpsykologisia, oppimista ja sosiaalista vuorovaikutusta korostavia terapiamuotoja. Huolta herättävät myös terveydenhuollon käytännöt, joiden nähdään irrottavan ihmiset sosiaalisesta tilanteestaan, vähentävät ammatillaisen ja autettavan kohtaamista, pelkistävät hoitoa ja lisäävän hoitoon liittyvää byrokrati-aa.

Osa artikkelijulkaisuista tarkastelee medikalisaatiota sen kohteiden näkökulmasta, diagnosoitujen ihmisten käsityksistä ja kokemuksista käsin. Tällainen mikrotason tutkimus vahvistaa käsitystä siitä, että pienelle ihmiselle ongelmien medikalisaatio on ristiriitainen asia. Mikrotasolta tarkasteltuna medikalisaatiolla näyttäisi olevan hyödyllisiä ja haitallisia seurauksia. Osa kokijoista pitää mielenterveysongelmien sairausdiagnooseja hyödyllisinä. Ne mahdollistavat toimivan hoidon ja selittävät jotakin olennaista heidän haasteistaan. Toiset puolestaan kokevat diagnoosit häpeällisiksi ja aiheettomiksi. Vaikka aineistostani ei voi vetää vahvoja johtopäätöksiä, potilaiden omaiset vaikuttavat suosivan käyttäytymisongelmien sairauskäsityksiä ja lääkehoitoa potilaita enemmän.

6.2 Seurausten kategoriat

Aineiston analyysin aikana tekemäni kategorisoinnin mukaan noin kolmessa neljästä (89/126) artikkelista medikalisaatiolle annettiin negatiivisia tai positiivisia seurauksia. Niissä artikkeleissa, joissa seurausta ei löytynyt, medikalisaation käsitettä käytettiin yleensä lyhyesti kuvaavassa merkityksessä. Vastavuoroisesti monet artikkelit yhdistyivät useampaan seurauskategoriaan. Kaikkiaan kategorisoimiani seurauksia löytyi 140. Pääosin seuraukset olivat negatiivisia, vaikka avun mahdollistuminen ilmaistiin joissakin artikkeleissa medikalisaation positiiviseksi seuraukseksi. (LIITE 4.)

Tulkintani mukaan yli puolessa (54/89) niistä artikkeleista, joissa seurauksia annettiin, yksi ilmaistu seuraus oli sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen. Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen näyttäytyy sosiaalityön kannalta erityisen keskeisenä huolenaiheena. Medikalisaation nähdään haastavan yhteiskuntatieteelle ja sosiaalityölle keskeinen ymmärrys, että ihmisen käyttäytymiseen, valintoihin ja mahdollisuuksiin vaikuttavat yhteiskunnalliset ja paikallisemmat sosiaaliset tekijät. (LIITE 4.)

Huoli koskettaa niin käyttäytymisongelmien ymmärtämistä sairauksina, hoidon ja avun järjestelmien medikalisaatiota kuin myös mikrotason tutkimukseen perustuvia analyysejä, joiden kohdalla se toimii eräänlaisena makrotason taustana. Tarkastelen seuraavassa ongelmien yksilöllistymiseen liittyvää problematiikkaa Eileen Gambrillin esittämän erottelun avulla. Gambrillin (2013, 123) mukaan yhteiskunnallisia ongelmia korjaava huomio voi kohdentua: 1) yksilöön, 2) perheeseen, 3) sosiaalisiin ryhmiin ja yhteisöihin, 4) palvelujärjestelmään, 5) kulttuurisiin, poliittisiin, taloudellisiin ja yhteiskunnallisiin tekijöihin ja niihin sidoksissa oleviin käytäntöihin ja lainsäädäntöön.

Useimmiten huoli ongelmien yksilöllistymisestä liittyy aineistossani siihen, että medikalisaation katsotaan sivuuttavan makrotason rakenteellisten tekijöiden merkityksen (terveys)ongelmien synnyssä ja ratkaisussa. Erityisesti huomiota aineistossani saavat sukupuoleen ja alkuperäiskulttuuriin liittyvät rakenteelliset tekijät.

Annan muutamia esimerkkejä lukuisasta relevantista aineistosta. Jenna MacKayn ja Alexandra Rutherfordin (2012, 187) haastattelututkimuksen tulosten mukaan suuri osa naisista tulkitsi masennuksensa merkittäväksi syyksi sukupuolten eriarvoisuuden. Lisa Wexlerin (2011, 160) ja William Hartmanin ja Joseph Gonen (2014, 276) artikkeleissa huomioidaan

se, että länsimainen medikalisaatio on vaarassa kadottaa ymmärryksen alkuperäiskansojen jäsenten ongelmien liittymisestä kulttuuriseen sortoon.

Myös ymmärrys rakenteellisen köyhyyden merkityksestä terveyteen voi kadota ongelmien yksilöllistymisessä. Aineistossa huomioidaan se, että (biomedikalisaatiossa voimistuva) vaade aktiivisesta oma-aloitteisesta terveydenhoidosta saattaa voimistaa rakenteellista eriarvoisuutta. Esimerkiksi Norma Daykinin ja Jennie Naidoon (1997, 313, 316) ja Clarken ja Gudrun van Ameromin (2008a, 101) artikkeleissa huomioidaan terveysvalistuksen piilottavan taakseen ymmärryksen, että ihmisten sosioekonomiset resurssit eivät ole yhtäläisiä. Gambrill (2015b, 512) huomioi, että medikalisaatio piilottaa taakseen myös ympäristön saastumisen merkityksen terveysongelmien synnyssä. Ja koska saasteille altistuvat erityisesti köyhät, medikalisaatio tässäkin välillisesti vahvistaa eriarvoisuutta.

Palvelujärjestelmään liittyen ongelmien yksilöllistyminen tarkoittaa väitettä, että yksilön ongelmat juontavat juurensa palvelujärjestelmän epäkohdista. Medikalisaatiota laajemmalla tasolla esimerkkinä voisi toimia sosiaalityössä tuttu tilanne, jossa moniongelmaiselle asiakkaalle ei löydy sopivaa apua tai jossa ihminen ei saa haettua sosiaalietuutta. Onko vika yksilöissä vai siinä, ettei moniongelmainen ole toivottu asiakas palvelujärjestelmässä tai että etuuden hakeminen on haastavaa? Tällaisesta en löytänyt varsinaisesti esimerkkejä aineistosta.

Yhdessä artikkelissa kritisoidaan sitä, että yksilökeskeinen hoito sivuuttaa yhteisöt ja perheen ongelmien ratkaisussa. Neil Boothby ym. (2012, 714) huomioivat, että medikalisoitunut hoitojärjestelmä pyrkii auttamaan sodassa traumatisoituneita lapsia ottamatta perhettä ja yhteisöä mukaan prosessiin. Tässä kohdin kategorioiden rakentamista koskevat valintani saattoivat sivuuttaa joitakin artikkeleita. Palvelujärjestelmän epäkohtien ja yhteisöihin ja perheisiin liittyvän vuorovaikutuksen sivuuttaminen on lähellä ”Hoidon kapeutumisen” kritiikin kategoriaa, jota erittelen myöhemmin.

Erilaisuuden hallinnan kategoriaan sijoitin kahdeksantoista artikkelia (LIITE 4). Erilaisuuden hallinnan kritiikin taustalla on ajatus siitä, että medikalisaatiossa on ytimeltään kyse normaalia koskevien yhteiskunnallisten ja kulttuuristen arvostelmien välittämisestä. Aineistoni antaa viitteitä siitä, että psyykkisen sairauden diagnoosin saaneista ihmisistä monet mieluummin linjaisivat haasteensa ja erilaisuutensa joko tavallisiksi elämän asioiksi, ihmisen ominaisuuksiksi tai identiteettikysymyksiksi. Bringewattin (2013, 1221–1223) tutkimuksessa osa nuorista mielsi käyttäytymisongelmansa normaaleiksi asioiksi ja koki

sairauspuheen hämmentävänä. Clarken ja van Ameromin (2008b, 92–98) artikkelissa Aspergerin oireyhtymän diagnoosin saaneet nuoret puolestaan pitivät erilaisuuttaan ominaisuutena ja identiteettikysymyksenä.

Varsin tyypillisesti erilaisuuden hallinnan tematiikka on läsnä aineistossa sukupuoli- ja ikäkysymyksenä. Dana Becker (2000) esimerkiksi huomioi, että traumanjälkeinen stressihäiriö (PTSD) ja epävakaa persoonallisuus ovat korostuneesti naisille annettavia diagnooseja. Siten ne ovat käytännössä epäonnistuneita yrityksiä ratkaista ”ilkeän naisen” ongelma. (mt., 430.) Katherine Bradway ja Renée Beard (2015) puolestaan huomioivat, että medikalisoitunut käsitys ihmisruumiin vanhenemisesta vaikuttaa tuottavan ajatusta, että ikääntyvät ihmiset ovat aseksuaaleja. Tämä tekee ikääntyvien ihmisten seksuaalisuudesta poikkeavaa, epänormaalia ja mahdollisen ongelman. (mt., 504–506, 515–516.)

Kahdeksassa artikkelissa medikalisaation tulkitaan vähentävän yksilön moraalista vastuuta ja autonomiaa (LIITE 4). Useimmiten tämä nähdään ongelmaksiksi. Sharon Lamb (1991, 256) esimerkiksi on huolissaan siitä, että neutraali ja medikalisoitunut perheväkivallasta voi hämärtää väkivaltaisten miesten moraalista vastuuta. Osa aineistosta lisäksi tulkitsee moraalisen vastuun ja autonomian vähenemisen ongelmanratkaisun esteeksi. Kirjallisuuskatsauksessani aineistossa lähilukemani Ellerhorn (2005, 294) esimerkiksi tulkitsee parasuisidaalisen käyttäytymisen mahdollistuvan, mikäli hoidettavaa ihmistä ei kohdata autonomisena ja moraalisesti vastuullisena yksilönä.

Joissakin tutkimuksissa sairaan rooliin liittyvä vastuun väheneminen tulkitaan hyödylliseksi. Lähilukemani Bosk (2013, 1215–1216) kuvaa artikkelissaan uskottavasti sitä, kuinka nuori puolustautuu sairaudella syyllistämistä vastaan. Tally Moses (2010, 103) puolestaan viittaa tutkimuksiin, joiden mukaan osa mielenterveysongelmista kärsivien lasten vanhemmista kokee saavansa medikalisaatiossa synninpäästön.

Aineisto kuitenkin antaa viitteitä siitä, että vaikka sairausajattelun omaksuminen voi olla moraalista ilkeyttä houkuttelevampi tapa tulkita ongelma, diagnoosit eivät ole yleensä keveitä ja helposti lähestyttäviä asioita. Sairausdiagnoosiin liittyvät stigmat ovat huolenaiheena seitsemässä artikkelissa (LIITE 4). Vaikka esimerkiksi Bringewattin (2013, 1221–1223) haastattelemista nuorista osa koki sairausajattelun omaksumisen vähentäneen ongelmaan liittyvää syyllisyyttä ja häpeää, heistäkin suurin osa suhtautui diagnooseihin aluksi torjuvasti.

Biomedikalisaatioon liittyvän keskeisen väitteen mukaan 2000-luvun länsimaisissa yhteiskunnissa ihminen kohtaa aiempaa enemmän houkutus- ja ihanteita, ristiriitaisia ohjeita ja mittareita, joiden mukaan joutuu käyttäytymistään säätelämään. Siten voidaan väittää, että yksilön vastuu itsensä ja elämään liittyvien ongelmien hallinnasta olisi kasvanut.

Lähilukemastani aineistosta Juanne Clarken useat, muun muassa terveysvalistusta käsittelevät, artikkelit nivoutuvat tähän perinteeseen. Tutkimusten tyypillinen hypoteesi on se, että medikalisaatio on yksi keskeinen tekijä prosessissa, jossa äidit kuormittuvat erilaisten uusien vaatimusten ja vastuiden edessä. Tulokset vahvistavat hypoteeseja osittain. Medikalisoituneet diskurssit ja terveysvalistus sisältävät viestin, että äitien tulee tarkkailla lapsiaan alituisesti erilaisten riskien varalta ja osata tehdä oikeita ratkaisuja. Ohjeiden ristiriitaisuus yhdistettynä palvelujärjestelmän sekavuuteen on vaarassa aiheuttaa perheille kärsimystä. Toisaalta Clarken historiallinen vertaileva tutkimus kuitenkin osoittaa, että medikalisoitunut aika ei liity äitien moraaliseen syyllistämiseen, vaan ennen medikalisaatiota lasten ongelmat linjattiin vielä voimakkaammin huonosta kasvatuksesta johtuvaksi. (Clarke, Mosleh & Janketic 2014, 392, 394–397; Clarke 2015, 313–318.)

Medikalisaation myötä yleistyvän turhan hoidon kritiikki on ainakin Suomessa liittynyt käsittäkseni ennakoivaan somaattisten sairauksien riskien hoitoon ja luontaistuotteisiin. Aineistossani tarpeettoman hoidon konteksti on psykiatria. Yhtenä toistuvana huolenaiheena on surun, ahdistuksen ja stressin medikalisointi (ks. Silverman 2013; Thompson 1998; Gambrill 2014), jossa elämälle tyypillisiä vastoinkäymisiä ja kriisejä nähdään hoidettavan ja lääkittävän mielialaongelmina. Kirjoittajien mukaan elämän haasteita ja vastoinkäymisiä pitäisi uskaltaa kohdata enemmän itse. Gambrill (2014, 15) esittääkin, että medikalisaation vaikutuksen myötä 2000-luvun ihminen sietää vähemmän vastoinkäymisiä kuin ennen.

Kirjallisuuskatsauksen sisältämissä mikrotason laadullisissa tutkimuksissa tuodaan esiin se, että osa ongelmista kärsivistä ja heidän läheisistään suhtautuu ongelman medikalisaatioon myönteisesti. Medikalisaatio selittää ongelmia ja mahdollistaa toimivan (lääke)hoidon. Sellaisia artikkeleita aineistosta ei löydy, joissa medikalisaatio yhdistettäisiin muihin positiivisiin seurauksiin. Lähimmäksi pääsevät Ana Brown, Gioia Gonzalez, Rebecca Wiester, Maureen Kelley ja Kenneth Feldman (2014), jotka pohtivat sitä, tulisiko terveydenhoidon ammattilaisia opettaa tunnistamaan lasten ongelmia liioittelevat viestit sosiaalisessa mediassa. Sairaalloisen liioittelun ”medikalisaatio” saattaisi olla hyvä asia, sillä sairaan käytöksen tunnistaminen jälkeen sairaiden kärsiviä lapsia voitaisiin mahdollisesti auttaa. (mt.,

494.) Äidin tai isän poikkeavan käyttäytymisen medikalisaatio siis olisi mahdollisesti tarpeellista ja hyödyllistä, jotta yhteiskunta voisi kiinnittää huomiota viattomille koituviin seurauksiin.

6.3 Hoidon kapeutuminen

Klassikkojen avulla muotoilemani seurauskategoriat eivät kaikilta osin riittäneet aineiston analysoimisen kehikoksi. Erityisesti ne eivät tavoittaneet useita ”Hoidon ja avun” medikalisoitumisen negatiivisiksi miellettyjä seurauksia, joita yhdistelin aineistolähtöisen seurauskategorian ”Hoidon kapeutuminen” alle.

Sosiaalisen ongelman yksilöllistymisen kritiikki aineistossani kohdistuu yleensä erilaisiin huomioihin rakenteellisen tai kulttuurisen tason sivuuttamisesta ongelmiin vaikuttavina tekijöinä. Erilaisuuden hallinnassa kyse puolestaan on siitä, että ongelmat itsessään ovat näkökulmasidonnaisia. Ongelmista päästäisiin, hivenen kärjistäen, laventamalla normaalia koskevia käsityksiä. Sen sijaan tulkintani mukaan silloin, kun aineistossa keskustellaan sosiaalityön, vanhustyön, mielenterveyshoidon ja perusterveydenhoidon medikalisaatiosta, kritiikin kohteena ei useinkaan ole yksilöllistyminen tai normalisaatio. Tämän sijaan kohteena on se, että medikalisaation tulkitaan kaventavan hoidon muotoja tai auttajan ja autettavan välistä vuorovaikutusta.

Kapealla hoidolla on ensinnäkin yhteys lääkkeisiin, sillä lääkehoidon merkitys psyykkisten ongelmien ratkaisussa on suuri. Useassa aineiston artikkelissa (esim. Prior, McGilloway, Herron & Donnelly 1998; Leichtman 2006; Campbell, Brophy, Healy, & O'Brien 2006) medikalisaatio käsitteenä viittaa suoraan hoidon lääkkeellistymiseen. Medikalisaation käsitteellinen rajautuminen hoidon lääkkeellistymiseen ei sinänsä ollut minulle yllätys. Olen työskennellyt aiemmin suomalaisessa päihdeavohoidon yksikössä, jossa kollegani ymmärsivät medikalisaation tarkoittavan juuri lääkehoidon lisääntymistä.

Lääkehoitoa korostavan medikalisaation vastavoimia ovat, hivenen lakonisesti ilmaisten, sellaiset tavat hoitaa, joissa lääkkeellisen hoidon merkitys ei ole niin suuri. Annan aineistosta muutamia esimerkkejä. Damon Krohn (2013, 198) esimerkiksi tulkitsee medikalisaation vähentäneen psykoanalyttisen sosiaalityön suosiota. Aineistoon kuuluneessa ainoassa suomalaisartikkelissa Päivi Topo (2011, 888) esittää tutkimukseen nojaten, että suomalainen sosiaalityö on medikalisoitunut, ja että tämä on vienyt tilaa psykososiaaliselta avulta.

Toiseksi ”Hoidon kapeutuminen” liittyy moraalisen vastuun ja autonomian vähenemisen kritiikkiin. Tässä kohdin kyse on ajatuksesta, että toimivan terapeutin suhteen luominen edellyttää sitä, että asiakasta pidetään moraalisesti vastuunalaisena ja autonomisena toimijana.

Lähilukemissani Gambrillin artikkeleissa tausta-ajatuksena tulkintani mukaan oli tyypillisesti se, että lääketieteellinen ongelmanratkaisu sivuuttaa ajatuksen moraalisesti autonomisesta ja oppimiseen kykenevästä ihmisestä. Psykkiseen sairauteen keskittyminen väheksyy ihmisen kykyä muutokseen ja tekee ihmisestä passiivisen. Gambrill (2014, 22–26) toivoisi käyttäytymistieteiden ja erityisesti sosiaalipsykologian tutkimuksen tunnustamista ja hyödyntämistä käyttäytymisongelmien hoidossa lääkitsemisen sijaan. Gambrillin lähtöajatuksena tuntuisi olevan se, että hankalat käyttäytymismallit ovat opittuja, jolloin niistä myös voi oppia pois.

Hoidon kapeutumiseen liittyy myös Gambrillin artikkeleissa toistuva viesti siitä, että tieteellisen tutkimuksen lähtökohdat ovat medikalisoituneita. Mikäli tutkimus hyväksyy lähtökohtaisesti vain yksilön biologiaan vaikuttavan avun, se tuottaa sellaisia tuloksia, joiden mukaan vain lääketieteellinen apu on vaikuttavaa.

Ellerhorn (2005, 294) puolestaan ajattelee, että epävakaa persoonallisuushäiriön oireiksi tulkitut käyttäytymismallit vahvistuvat hoitoympäristöissä, jotka mahdollistavat potilaan roolilla ”pelaamisen”. Kyse ei ole siitä, ettei apua tulisi antaa, mutta asiakasta tulisi kohdella kunnioittavasti moraalisesti autonomisena yksilönä sen sijaan, että vahvistettaisiin käsitystä poikkeavasta yksilöstä, jonka haastava käytös liittyy sairauden oirekuvaan.

Kolmanneksi ”Hoidon kapeutuminen” liittyy diagnoosikeskeisyyteen, jonka nähdään rajoittavan kohtaamista ja byrokratisoivan hoitoa. Sosiaalityön näkökulmasta huoli tässä on siinä, että asiakkaan elämäntilanteen ainutkertaisuus unohtuu. Oivallisen havainnollistava ja käsitteellisestikin hedelmällinen pohdinta on eräässä aineistooni kuuluvassa artikkelissa.

Brian Williams ja Gordon Grant (1998) kysyvät, lisääntykö medikalisaatio, mikäli asiakaille annetaan mahdollisuus tuoda huoliaan vapaammin esiin lääkärintapaamisilla? Tutkijat vastaavat, että tietystä näkökulmasta katsottuna medikalisaatio lisääntyisi, sillä yhä useammasta luonteeltaan ei-lääketieteellisestä ongelmasta keskusteltaisiin nimenomaan lääkärin kanssa. Toisesta näkökulmasta katsottuna medikalisaatio kuitenkin vähenisi. Painopiste

ei olisi taudissa (disease), vaan laajemmin yksilön pahoinvoinnissa (illness). (mt., 91–92.) Hoito toisin sanoen olisi vähemmän tautikeskittynyttä.

Kriittisiä huomioita kohdistetaan myös hoitojärjestelmän byrokratiaan, jonka keskeisiä palasia diagnoosien nähdään olevan. Kate Davies ja Mel Gray (2015) puolestaan kiinnittävät vastaavalla tavalla huomion siihen, että sairauteen ja paranemiseen liittyvien kriteerien hyödyntäminen sosiaalityössä luo perusteettomia rajoja sille, kuka on oikeutettu apuun ja kuka ei. Heidän mukaansa sosiaalityön tulisi tunnustaa se, että paraneminen on hyvin subjektiivinen ja ulkopuolisia määrittelyitä hylkivä prosessi. (mt., 47.) Marcia Egan ja Goldie Kadushm (1999, 51) taasen ovat huolissaan siitä, että kotihoidon medikalisaatio tuottaa käytäntöä, jossa yhä useampien palveluiden saamiseksi tarvittaisiin lähete erikoissairaanhoidosta.

Aineistosta voi tulkita niin, että sosiaalityön nähdään vastustavan hoitoa kapeuttavaa medikalisaatiota silloin, kun se korostaa ihmisen sosiaalisen kokonaistilanteen merkitystä ongelmien ratkaisussa, auttajan ja autettavan autenttista kohtaamista ja ongelmissa olevan ihmisen autonomiaa ja oppimiskykyä. Lisäksi sosiaalityön tulisi vastustaa hoidon liiallista lääkepainottuneisuutta, johon ei liity muuta apua ja tukea.

7 TULOSTEN ARVIOINTIA JA SOVELTAMISTA

7.1 Medikalisaation epävarmuus ja mikrotason tiedon anti

Medikalisaatiokeskustelu on luonteeltaan kriittistä yhteiskuntatieteellistä ja humanistista keskustelua, jonka uskottavuuden arvioiminen ei ole helppoa. Näkemykseni mukaan tällainen arviointi olisi yleisellä tasolla täysin mahdoton tehtävä, sillä ilmiöiden medikalisaation historia vaihtelee ilmiöstä riippuen. Myös ne makrotason yhteiskunnalliset trendit, joita medikalisaation on nähty heijastelevan, vaihtelevat paikallisesti. Tämä tarkoittaa muun muassa sitä, ettei anglosaksista medikalisaatiokeskustelua voi tarkemmin perustelematta soveltaa Suomeen.

Oma käsitykseni on se, että monet medikalisaatiokeskusteluiden taustalla olevat yhteiskunnallisiin trendeihin liittyvät väitteet ovat hankalia, kun niitä tarkastellaan täsmällisemmin jossakin paikallisemmassa kontekstissa. Biomedikalisaatioon liittyvä ajatus hallinnan sisäistymisestä on mielestäni yksi tällainen. Väitteen taustalla on ajatus siitä, että uusliberalistinen politiikka vähentäisi kulutushyödykkeiden tarjonnan julkista sääntelyä.

Suomen kontekstissa on helppo huomata, ettei kulutushyödykkeiden tarjonnan säätely ole hävinnyt. Huumeiksi luokiteltujen päihteiden valmistaminen, myyminen, hallussapito ja käyttö ovat kriminalisoituja. Alkoholin myymisen ja markkinoinnin rajoitteista väitellään voimakkaasti tällä hetkellä. Tupakan tarjontaa ja houkuttelevuutta esimerkiksi pyritty vähentämään voimakkaalla veropolitiikalla. Tietyllä tapaa näissäkin, ehkä huumeita lukuun ottamatta, tietysti on kyse vapaasta valinnasta, mutta toisaalta esimerkiksi pyrkimykset kieltää parveketupakointi ja tupakan hinnankorotukset tuntuvat varsin ulkoisilta ja rajoittavilta toimenpiteiltä. Tupakointi on sallittua, mutta hankalaa ja kallista. Toisaalta itsehallinnan apuvälineet ovat nykyään näkyvissä täälläkin. Alkossa jaetaan infoa riskikäytön rajoista ja Veikkauksen peliautomaattien ohessa mainostetaan vastuullista pelaamista.

Medikalisaation seurauksia koskevien väitteiden arviointi puolestaan on vaikeaa siksi, että kyse on usein näkökulmasidonnaisista asioista. Sama seuraus voidaan, näkökulmasta riippuen, tulkita positiiviseksi tai negatiiviseksi asioksi. Sairausriskin ennakoiva hoito voi olla toisten mielestä turhaa, toisten mielestä paikallaan. Potilaan rooliin liittyvä vastuun väheneminen voidaan tulkita hyväksi asiaksi, joka auttaa tarpeettoman häpeän sivuuttamisessa. Se voidaan tulkita huonoksi asiaksi, joka vie ihmiseltä aiheellisetkin syyllisyyden kokemukset ja moraalisen autonomian. Standardisoiva ja tautikeskeinen lääketiede on toisesta

näkökulmasta juuri sitä objektiiviseen tutkimukseen perustuvaa lääketiedettä, jolle annetaan yhteiskunnassamme suuri arvo. Erilaisuuden hallinta voidaan tulkita negatiiviseksi asiaksi, lääketieteeksi naamioiduksi syrjinnäksi. Toisaalta normaalin rajojen veto lääketieteellisten kategorioiden avulla voidaan tulkita hyväksi asiaksi erityisesti silloin, kun vaihtoehdoksi nähdään moraalisen ilkeyden kategoriat. Lähilukemani Boskin artikkeli on tästä hyvä esimerkki.

Nähdäkseni seurauksia koskevien väitteiden mielekkyyden arviointi paikallisella tasolla on kuitenkin tärkeää medikalisaatioteorioiden mielekkyyden kannalta. Medikalisaation seuraustenhan väitetään ulottuvan myös ihmisten arkeen. Sosiaalityön kannalta erityisen olennaista on asiakkaiden, potilaiden ja omaisten kokemuksista ja käsityksistä nouseva mikrotason tieto.

Tämän tutkimukseni kirjallisuuskatsauksen artikkeleiden tuottama mikrotasolta noussut tieto tuntuisi vahvistavan käsitystä siitä, että medikalisaation suhde leimautumiseen, syyllisyyteen ja häpeään on kompleksinen. Pienen ihmisen näkökulmasta katsottuna medikalisaatio tuottaa ristiriitaisia seurauksia. Osa asiakkaista, potilaista, ihmisistä ja omaisista arvioi sairausajattelun lisääntymisen ja lääkehoidon hyväksi asiaksi, osa puolestaan vastustaa diagnoosia leimautumisen pelon vuoksi. Joissakin tilanteissa sairaan roolin koetaan myös vähentävän moraalista vastuuta ongelmista.

Mikäli ongelma voidaan tulkita normaaliin elämään liittyväksi asiaksi tai yksinkertaisesti ihmisen ominaisuudeksi, useat ihmiset tarttuvat tähän. Clarcken ja van Ameromin (2008b, 92–98) tulkitsemat Aspergerin oireyhtymän diagnoosin saaneet ihmiset vastustivat diagnoosia ryhmäytymällä medikalisaatiota vastaan. Bringewattin haastattelemista psykiatrisen diagnoosin saaneista nuorista osa suosi hoitoa, mutta suurin osa vastusti sitä ainakin hoidon alkuvaiheessa. Clarcken ja Laura Langin (2012, 407–408) tutkimuksen mukaan suurin osa ADHD-diagnoosin saaneiden lasten vanhemmista suhtautui myönteisesti sekä yleisesti ongelman ymmärtämiseen sairautena että siihen liittyvään lääkehoitoon. Yleisesti useat aineiston tutkimustulokset viittaavat siihen, että juuri nuorten ja lasten vanhemmat olivat vastaanottavaisempia ongelmien medikalisaatiolle kuin lapset ja nuoret itse, jotka halusivat linjata haasteensa pikemminkin tavallisiksi elämänongelmiksi.

7.2 Medikalisaatio ja sosiaalityön etiikka

Mikäli medikalisaation seurauksia koskevia väitteitä pidetään uskottavina, sosiaalityön tulisi olla jossakin määrin huolissaan medikalisaatiosta. Tätä voi perustella muun muassa sosiaalityön etiikalla. Sosiaalityössä on useita laajalti hyväksytyjä eettisten periaatteiden kokoelmia. Tässä tukeudun IFSW:n (International Federation of Social Workers) ja IASSW:n (International Association of Schools of Social Work) yhteiseen julkilausumaan, johon esimerkiksi suomalainen sosiaalialan ammattijärjestö Talentia ilmoittaa eettisten ohjeidensa perustuvan (Talentia 2017).

IFSW:n ja IASSW:n muotoilemat sosiaalityön eettiset periaatteet saavat perustansa kahdesta eri suunnasta. Ihmisoikeussopimusten ja yhtäläisen ihmisarvon idean vuoksi sosiaalityön tulee puolustaa ihmisten fyysistä, psyykkistä, emotionaalista ja hengellistä hyvinvointia ja integriteettiä. Toiseksi sosiaalityö tukeutuu yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden edistämiseen. Tämä tarkoittaa sitä, että sosiaalityön tulee muun muassa vastustaa negatiivista syrjintää, tunnustaa ja kunnioittaa etnistä ja kulttuurista monimuotoisuutta. Osana näitä vaatimuksia sosiaalityöllä on velvollisuus haastaa ne yhteiskunnalliset olosuhteet, jotka tuottavat syrjäytymistä, leimautumista ja alistamista. (IFSW & IASSW 2002.)

Ihmisoikeussopimukseen perustuvat eettiset periaatteet korostavat fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin vaalimista, joten sosiaalityö ei suoraan asemoi itseään terveydenhoidolle ja lääketieteelle vastakkaiseksi professioksi. Määritelmä ei sinänsä merkittävästi poikkea aiemmin mainitsemastani WHO:n terveystermistä, jossa terveys nähdään täydelliseksi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi. Toisaalta sosiaalityön määritelmä korostaa ihmisen integriteetin puolustamista yhtenä eettisenä perustehtävänä, ja sitä aineistostani nouseva huoli hoidon kapeutumisesta voi mielestäni uhata. (IFSW & IASSW 2002.)

Integriteetin käsite on hivenen hankala. Sen voisi yleistä juistaa kokonaisuudeksi tai eheydeksi. IFSW ja IASSW (2002) antamien esimerkkien mukaan integriteetin puolustaminen tapahtuu käytännössä siten, että sosiaalityö kunnioittaa ihmisten itsemääräämisoikeutta, edistää osallisuutta ja keskittyy vahvuuksiin. Kuten esimerkiksi Välimäki (2001) on esittänyt, itsemääräämisoikeuden ja osallisuuden korostamisesta saattaa käytännössä aiheutua myös huonoja seurauksia sosiaalityön asiakkaille. Sosiaalityö vaikuttaisi kuitenkin tukeutuvan ajatukseen, että itsemääräämisoikeuden ja osallisuuden edistäminen ovat keskeisiä kategorisia tavoitteita, jolloin asiakkaiden holhoaminen ja passiivinen ”hoitaminen” ovat

ongelmia. Asiakkaan osallisuuden, asiakkaan ja ammattilaisen kohtaamisen vähyyks ja vahvuuksiin keskittyvän työtteen sivuuttaminen nähdään aineistossani yhdeksi hoidon kapeutumisen ongelmaksiksi.

Yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden toteutumisen näkökulmasta sosiaalityön eettinen perustehtävä on syrjinnän vastustaminen. IFSW:n ja IASSW:n eettiset periaatteet eivät suoraan ota voimakkaasti kantaa medikalisaatioon. Kyvykkyys, ikä, kulttuuri, sukupuoli, siviilisääty, sosioekonomisen status, poliittiset mielipiteet, ihonväri, etniset tai muut fyysiset piirteet, seksuaalinen suuntautuneisuus ja hengelliset uskomukset nimetään tekijöiksi, joihin negatiivinen syrjintä esimerkiksi voi kohdistua. (IFSW & IASSW 2002.) Huomio kiinnittyy siihen, että (psykkinen) sairaus tai sairauden diagnoosi syrjinnän perusteena ei saa erityistä mainintaa.

Medikalisaation ja syrjinnän yhteydet ovat olennainen osa medikalisaatiokritiikkiä. Erilaisuuden hallinta lääketieteellisten kategorioiden välityksellä voidaan tulkita syrjinnäksi. Psykiatrisen luokituksen mukaisen diagnoosin saaneet ihmiset, esimerkiksi autismin kirjon kohdalla, varsin usein kokevat diagnoosin syrjiväksi. Sosiaalisen ongelman yksilöllistymisen puolestaan kiinnittää huomion siihen, että yksilön keskittyminen vie huomion pois syrjivistä rakenteista, jotka vaikuttavat ongelmien olemassaoloon. Siten esimerkiksi IFSW:n ja IASSW:n (2002) mainitsema sosioekonominen, kulttuurinen ja sukupuoleen liittyvä syrjintä voi olla sisäänrakennettu osa medikalisaatiota.

7.3 Suomalainen sosiaalityö ja tutkimus medikalisaation näkökulmasta

Suomalaisessa sosiaalityön tutkimuksessa medikalisaatio ja medikalisaation sosiologiset teoriat eivät ole olleet läsnä. Silti myös kotimaisessa keskustelussa esiintyy aihepiirejä, huomioita ja väitteitä, joita kansainvälisessä keskustelussa on tarkasteltu osana medikalisaatiota. Useita kotimaisen sosiaalityön keskusteluita ja ajankohtaisia ilmiöitä voi mallintaa medikalisaation teoreettisten näkökulmien avulla.

Jyrkän medikalisaatiokritiikin mukaan sosiaalisten käyttäytymisongelmien psykiatrisointi on tieteellisesti ja inhimillisesti perusteetonta. Suomalaisessa sosiaalityössä ja sosiaalityön tutkimuksessa tällainen medikalisaatiokritiikki ei käsittääkseni ole saanut kannatusta. ”Terveys ja sosiaalityö” -artikkelikokoelman teksteissä sosiaalisen ja lääketieteellisen lähestymistavan erot tiedostetaan, mutta tyypillinen viesti tuntuu kuitenkin olevan se, että sosiaalityön tulisi välttää jumiutumista vastakkainasetteluihin. Tiina Lappalainen (2014)

esimerkiksi toteaa vammaisten kuntoutusta käsittelevässä artikkelissaan, että vammaisuuden lääketieteellisten ja sosiaalisten mallien vastakkainasettelu on hyödytöntä, kun vammaisten elämänhallintaa ja osallistumisen edellytyksiä pyritään parantamaan. Objektiivisesti ja lääketieteellisesti mitattava toimintakyky, ympäristö- ja rakennetekijät ja yksilölliset subjektiivisesti koetut tekijät ovat merkittäviä kohteita auttamisen prosessissa. (mt., 84–87.)

Tutkimukseni mukaan medikalisaatio yhdistetään anglosaksisessa sosiaalityön tutkimuksessa sosiaalisten ongelmien yksilöllistymiseen erityisesti siten, että lääketieteellisen korjaavan ongelmanratkaisun ensisijaisuuden tulkitaan sivuuttavan rakenteellisia selityksiä ja rakenteellista ongelmanratkaisua. Näitä huomioita voisi tarkastella suomalaisessakin kontekstissa. Suomalaisissa sosiologisissa ja sosiaalipoliittisissa terveyttä koskevista keskusteluissa on esitetty, että rakenteellinen ja ehkäisevä perspektiivi on viimeisinä kuluneina vuosikymmeninä kadonnut Suomesta (ks. Palola & Parpo 2011; Sihto 2011).

Pitäisikö suomalaisen sosiaalityön siis huolestua medikalisaation ongelmia yksilöllistävää vaikutuksesta? Mahdollisesti, mutta samalla sosiaalityöllä lienee työsarkaa rakenteellisen ulottuvuuden vahvistamisessa omissa käytännöissään. Suomalainen sosiaalityö on yleensä yksilöihin ja perheisiin kohdistuvaa työtä kunnallisessa vammaistyössä, aikuissosiaalityössä, lastensuojelussa, kouluissa, terveydenhuollon organisaatioissa, yksityisellä ja kolmannella sektorilla erilaisissa projekteissa tai sosiaalialan palveluita tarjoavissa yrityksissä. Rakenteellisen ulottuvuuden vajavaisuus ja liiallinen yksilökeskeisyys on nähty pitkään kotimaisen sosiaalityön ongelmaksi (esim. Pohjola 2014, 18). Laki velvoittaa rakenteelliseen sosiaalityöhön, mutta toisinaan tämä velvoite ymmärretään kapeasti vaatimukseksi raportoida yleisellä tasolla alueen ihmisten sosiaalisesta tilanteesta ja palvelujärjestelmiin liittyvistä epäkohdista. Tässäkin on useiden viestien mukaan parantamista. Sosiaalityön vaikenemisen kulttuuri on viimeksi ollut esillä useissa lehtijutuissa keväällä 2017 (esim. Akimo 2017).

Suomessa terveysosiaalityö tiedostaa rakenteellisen eriarvoisuuden merkityksen terveysongelmien synnystä, mutta ainakin ”Terveys ja sosiaalityö” -artikkelikokoelmassa huomiota kiinnitetään enemmän terveysongelmien heikkoon hoitoon ja hoitoon liittyvään eriarvoisuuteen. Mirva Gullman (2014) esimerkiksi kantaa huolta rikostaustaisten ihmisten oppimisvaikeuksien heikosta tunnistamisesta. Gullmanille medikalisaatio näyttäytyy hyödyllisenä prosessina. Oppimisvaikeuksien lääketieteellisen kartoittamisen myötä vaikeista on-

gelmistä kärsivä ihminen lopulta saa selityksen haasteilleen. Kyse ei ole pelkästään moraalista huonoudesta. (mt., 54–58.)

Hoitoon liittyvä eriarvoisuus ei ole medikalisaatiokriittinen huomio, vaan enemmänkin päinvastoin. Sitä voisi kuitenkin jossakin määrin selittää stigman käsitteen kautta. Stigman vuoksi mielenterveysongelmaiset mielletään toisarvoisiksi kansalaisiksi ja jäävät helpommin vaille hoitoa.

Anna Metterin (2012) väitöskirjan erittelemät sosiaaliturvan kohtuuttomat tilanteet yhdistyvät usein eriarvoisuuteen ja ongelmien tunnistamattomuuteen medikalisoituneen järjestelmän sisällä. Metteri huomioi, että Suomessa lähes kaikki sosiaalivakuutukseen liittyvät etuudet myönnetään lääkärintodistusten perusteella. Muun muassa vakuutuslääkärijärjestelmä tuottaa kuitenkin tilanteita, joissa tietyt terveysongelmat eivät tule tunnistetuksi asiaan kuuluvalla tavalla etuuskien perusteeksi. Metterin mukaan juuri mielenterveysongelmaiset kärsivät eniten. Heille tyypillisiä toimintarajoitteita ei riittävän hyvin todenneta sairaus- ja vammaisuuksien perusteeksi. He eivät myöskään saa riittävästi tukea etuusverkostossa toimimiseen. (mt., 106, 109–120, 159–162, 220.)

Aineistossani medikalisaatio liitettiin käsitteellisesti myös (terveys)ongelmien hoidon kapeutumiseen. Kapeata hoitoa kuvastaa esimerkiksi se, että monenlaisista sosiaalisista ja terveydellisistä haasteista kärsivä asiakas pelkistetään lyhyen lääkärintapaamisen myötä johonkin ennalta määritelyyn kategoriaan. Hänet tulkitaan esimerkiksi masentuneeksi, minkä jälkeen masennusdiagnoosi määrittelee asiakasta ja linjaa ongelmanratkaisun lääkeshoidoksi.

Yksilötyössä sosiaalityöntekijän tehtävä on kohdata asiakas ainutlaatuisena olentona, jolla on oma ainutkertainen tilanteensa. Tässä mielessä sosiaalityön tulee mielestäni huomioida se, että terveydellinen ajattelu voi sulkea tilanteiden tulkintaa. Psykiatrinen diagnoosi erityisesti saattaa määritellä asiakkaan turhan tyhjentävästi. Sosiaalityön ammattilaisten parissa olen tavannut neuvottomuutta, joka kumpuaa siitä, ettei muutosta asiakkaiden tilanteeseen synny. Toisinaan tämä purkautuu käsitykseen asiakkaiden sairaalloisuudesta. Sairaudelle sosiaalityöntekijä ei voi oikein tehdä mitään, jolloin asiakkaiden auttaminen on vaikeaa. Gambrillin (2014, 18–19) hivenen ilkeän muotoilun mukaan medikalisaatio toimii tällöin ammattilaisten turvaverkkona, joka selittää heidän neuvottomuuttaan ja epäonnistumistaan.

Suomea koskeva tutkimus antaa toisaalta viitteitä siitä, että sosiaalityöntekijät eivät täällä välttämättä suosi medikalisaatiota sellaisten käyttäytymiseen liittyvien ongelmien kohdalla, jotka voidaan mieltää luonteeltaan yksilön moraaliseksi ongelmiksi. Michael Egererin (2014) haastatteluihin ja kansainväliseen vertailuaineistoon perustuvan tutkimuksen mukaan Suomessa päihdesektorilla työskentelevät sosiaalityöntekijät korostavat verrattain voimakkaasti moraalista vastuuta päihteiden käytöstä sen sijaan, että mieltäisivät päihdeongelmat hoidettaviksi sairauksiksi. Moraalisten selitysmallien vahvuudesta täällä on joitakin muitakin viitteitä. Esimerkiksi Helena Blombergin, Johanna Kallion ja Christian Krollin (2010) tutkimuksessa suomalaiset sosiaalityöntekijät mielsivät yhteiskunnalliset ja rakenteelliset tekijät jossakin määrin vähäisemmiksi köyhyyden syiksi kuin muut pohjoismaalaiset sosiaalityöntekijät.

Asiakkaan sosiaalisen tilanteen tarkastelun näkökulmasta moraalinen käsitys voi olla yhtä sulkeva kuin psykiatrinen diagnoosikin. Teoreettisesti tämä ajatus on keskeinen poikkeavuuden medikalisaatiossa, jonka mukaan käsitys moraalisesta ilkeydestä ja psykiatrisesti diagnosoitu käyttäytymisongelma ovat saman yhteisöllisen tuomion kaksi eri ilmenemismuotoa. Tässä mielessä ongelmien medikalisaatio saattaisi jossakin määrin olla lohdullinenkin vaihtoehto, mikäli sen vaihtoehtona on jyrkkä moralisointi.

Medikalisoituneeseen kapeaan hoitoa kuvastaa aineistossani myös hoidon rajautuminen ja pelkistyminen lääkehoidoksi. Tällöin ongelma voi olla se, että sosiaalisten tekijöiden merkitys ja psykososiaalisen avun tärkeys kyllä tiedostetaan, mutta tällaista apua ei ole riittävästi hyvin saatavilla.

Selinin (2011, 129) suomalaista päihdehoitoa koskevan tutkimuksen mukaan asiakkaan tilanteen sosiaalisten ulottuvuuksien huomioiminen päihdehoidon osana ei ole vähentynyt siksikään, että sosiaaliseen kiinnitettävä huomio on historiallisestikin sisäänrakennettu osa psykiatria. Oma kokemukseni työskentelystä psykiatrisessa sairaalassa vahvistaa tätä käsitystä. Sosiaalityöntekijän erityisrooli pelkistyi helposti vanhakantaisesti sosiaalihoitajaksi, jonka tehtävä oli koordinoita potilaalle asumiseen ja muihin palveluihin liittyvää apua ja avustaa tukien ja etuuksien hakemisessa. Tätä ei kuitenkaan pidä tulkita niin, ettei potilaan sosiaaliseen tilanteeseen kiinnitettäisi syvemmin huomiota. Enemmänkin kyse on mielestäni siitä, ettei sosiaalityöntekijällä ei ole erityistä näkökulmaa, vaan psykiatrinen asiakkaan tilanteen tulkinta on psykososiaalisen kokonaiskuvan luomista. Potilaan, lääkäreiden

ja hoitajien keskusteluissa keskustellaan oireiden lisäksi potilaan sosiaalisesta tilanteesta ja tätä kuvataan myös lääkäreiden ja hoitajien tuottamissa dokumenteissa.

Lääkäreiden ja hoitajien kiinnostus sosiaalista kohtaan toki vaihtelee, mutta keskimäärin sosiaalisen tilanteen keskeisyys ongelmien ratkaisemisessa tiedostetaan varsin hyvin. Sosiaalityöntekijän näkökulmasta haaste on kuitenkin siinä, että toimivia sosiaalisen avun muotoja on vaikea löytää.

Aineistossani Yip (2004, 419–420) tulkitsi sosiaalityön irrallisen ja hierarkkisesti alemman aseman merkittäväksi taustatekijäksi hongkongilaisten mielenterveystyötä tekevien sosiaalityöntekijöiden medikalisoitumisessa. Suomessakaan psykiatrisissa sairaaloissa ei käsitykseni mukaan usein ole omaa sosiaalityön organisaatiota, vaan mielenterveystyötä tekevät sosiaalityöntekijät ovat osa terveyden ammattilaisten johtamaa yksikköä. Sosiaalityön järjestyneisyyden lisääminen saattaisi vahvistaa sosiaalityön näkökulman huomioimista. Toisaalta se ei välttämättä vähentäisi työn byrokraattisuutta ja suoriteperusteisuutta, jotka nekin on tulkittu kapean hoidon ongelmaksi.

Byrokraattisen työotteen kapeus ongelmana ei kosketa pelkästään terveydenhoitoa, vaan myös suomalaisia sosiaalityön käytäntöjä. Useat Metterin (2012) väitöskirjassaan erittelemistä sosiaaliturvan ”kohtuuttomista tilanteista” syntyivät ammattilaisten kapeasta byrokraattis-teknisestä työotteesta. Kohtuuttomia tilanteita syntyi silloin, kun lääkärit eivät ymmärtäneet sosiaaliturvan vaatimuksia ja kirjoittaneet riittävän kattavaan kokonaisnäemykseen perustuvia lausuntoja, mutta myös silloin, kun sosiaalityöntekijät keskittyivät ulkokohtaisesti avun tai etuuden myöntämisen kriteerien tarkasteluun. (mt., 138–141, 152–158.) Kapeassa työotteessa asiakkaan ongelma pelkistetään esimerkiksi toimeentulotuen kysymykseksi, vaikka tarkemmalla vuorovaikutteisella keskustelulla huomattaisiin asiakkaan ja hänen lähipiirinsä tarvitsevan muuta apua ja olevan siihen oikeutettu.

Aineistoni sisältämä mikrotason tutkimus tulkitsi medikalisaation seuraukset asiakkaiden, omaisten ja potilaiden näkökulmasta ristiriitaisiksi. Lukemani suomalainen tutkimus vaikuttaisi olevan jokseenkin linjassa tämän kanssa.

Honkasillan (2016) väitöskirjan mukaan ADHD -nuorten omaiset kokevat sairausnarratiivin helpotukseksi. Nuoret itse sen sijaan joutuvat ”neuvottelemaan” identiteettityössä häpeälliseksi koetun diagnoosin kanssa ja suhtautuvat siksi diagnoosiin varauksella. Aineistoni viesti on jokseenkin sama.

Rikala (2013) puolestaan kiinnittää huomion siihen, että työuupuneet naiset kuormittuvat haasteellisissa ja osin sukupuolittuneissa töissä. Kuormittumista lisää kuitenkin se, että naiset joutuvat tulkitsemaan tilannettaan suhteessa ristiriitaisiin selitysmalleihin. Lääketieteellinen masennusdiskurssi viestii, että heissä itsessään on jotakin vialla, mutta samalla he kokevat myös työolonsa haasteellisiksi ja elämänsä muutoinkin ”taakkaiseksi”. (mt., 162–165.)

Tämä ajatus siitä, että ongelmia koskevien selitysmallien ristiriitaisuudesta ja poissulkevuudesta aiheutuu helposti kuormittumista ja käytännön ongelmia, on mielestäni tärkeä sosiaalityön näkökulmasta. Aineistossani Bosk kuvasikin oivallisesti tilannetta, jossa sairautta ja moraalista heikkoutta tai pahuutta koskevien selitysmallien poissulkevuus vaikeutti keskustelua ongelmista ja tuotti myös organisatorisella tasolla pulmatilanteita hoidon ja avun järjestämisessä.

Käytännön sosiaalityölle sellainen lähtökohta, jossa sosiaalisen ja lääketieteellisen tiedon nähdään tukevan toisiaan, voi olla järkevä. Sosiaalityöntekijöiden olisi kuitenkin hyödyllistä tiedostaa se, että ongelmia koskevat sosiaaliset ja lääketieteelliset selitysmallit ovat usein ristiriidassa keskenään, ja että tämä ristiriita voi itsessään olla kuormittava asia. Ammattilainen voi asiakastyössä tarjota tukea ristiriidan käsittelyyn tai vähintäänkin huolehtia siitä, ettei itse lukkiudu yhteen selitysmalliin ja siksi lietso ristiriitoja.

KIRJALLISUUS

Akimo, Minna (2017): Lastensuojelun päiväkirja paljastaa: vain akuutit tapaukset ehditään hoitaa, vaikka hätä on suuri. Kaleva 28.5.2017.

APA (2017): DSM History. American Psychiatric Association, verkkosivusto. Saatavilla: <<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm>>, luettu 17.8.2017.

Aukee, Ranja (2013): Vanhasta uuteen sosiaalilääketieteeseen. Suomalaisen sosiaalilääketieteen muotoutuminen 1800-luvun lopulta vuosituhannen vaihteeseen. Tampere: Tampereen yliopistopaino.

Aveyard, Helen (2010): Doing a literary review in health and social care: a practical guide (2nd edition). Open University Press, Berkshire.

Becker, Howard (1973): Outsiders: studies in the sociology of deviance. New York: Free Press.

Bernhard, Bo J. (2007): The voices of vices. Sociological perspectives on the pathological gambling entry in the diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Behavioral Scientist 51:1, 8–32

Berger, Peter & Thomas Luckmann (1966): The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge. Garden City, New York: Anchor Books.

Blomberg, Helena & Johanna Kallio & Christian Kroll (2010): Sosiaalityöntekijöiden mielipiteet köyhyyden syistä Pohjoismaissa. Yhteiskuntapolitiikka 75:6, 589–601.

Blume, Sheila M. (1987): Compulsive gambling and the medical model. Journal of Gambling Behavior 3:4, 237–247.

Busfield, Joan (2017): The concept of medicalization reassessed. Sociology of Health & Illness 39:5, 759–774.

Castellani, Brian (2000): Pathological gambling – the making of a medical problem. Albany: State University of New York Press.

Clarke, Adele E. & Jennifer R. Fishman & Laura Mamo & Janet K. Shim & Jennifer Ruth Fosket (2003): Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review* 68:2, 161–194.

Conrad, Peter & Joseph W. Schneider (1992): *Deviance and medicalization – From badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press. Conrad, Peter (2007): *The medicalization of society*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Egerer, Michael (2014): *Institutional footprints in the addiction image: A focus-group study with the Finnish and French general practitioners and social workers*. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja. Helsinki: Helsinki University Press.

Eskola, Jari & Juha Suoranta (2008): *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino, Tampere.

Gambrill, Eileen (2013): *Social Work Practice - a Critical Thinker's Guide*. New York: Oxford University Press.

Goffman, Erving (1963): *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. London: Penguin.

Gullman, Mirva (2014): Rikostaustaisten oppimisvaikeudet – kuka välittää? Teoksessa Metteri, Anna & Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.): *Terveys ja Sosiaalityö*. PS-kustannus, Jyväskylä 2014, 51–63.

Haavisto, Maija (2015): Kirja-arvostelu: Tautitehdas: Miten ylidiagnostiikka tekee meistä sairaita? Blogimerkintä. ”Hankala potilas vai hankala sairaus” -sivusto. Saatavilla: <<http://www.hankalapotilas.net/2015/03/kirja-arvostelu-tautitehdas-miten-ylidiagnostiikka-tekee-meista-sairaita/>>, luettu 2.5.2016.

Hacking, Ian (2008): *Mitä sosiaalinen konstruktionismi on?* Tampere: Vastapaino.

Harjula, Minna (2007): *Terveiden jäljillä. Suomalainen terveystaloustiede 1900-luvulla*. Tampere: Tampereen University Press.

Helén, Ilpo (2002): Lääketieteen lupaus ja elämänpolitiikka. *Sosiologia* 39:2, 104–115.

Helén, Ilpo (2004): Hyvinvointi, vapaus ja elämänpolitiikka: Foucault'lainen hallinnan analytiikka. Teoksessa Rahkonen, Keijo (toim.): Sosiologisia nykykeskusteluja. Gaudeamus 2004, 206–236.

Honkasilta, Juho (2016): Voices behind and beyond the label. The master narrative of ADHD (de)constructed by diagnosed children and their parents. Kasvatustieteiden väitöskirja. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 553. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

IFSW & IASSW (2002): Statement of ethical principles. International Federation of Social Workers & International Association of Schools of Social Work. Saatavilla: <<http://ifsw.org/policies/statement-of-ethical-principles/>>, luettu 8.8.2017.

Ikäläinen, Laura (2016): Masennusta sairastavien nuorten aikuisten näkemyksiä masennuslääkkeistä – näkökulmana medikalisaatio. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Julkaisematon pro gradu- tutkielma.

Jauho Mikko (2010): Michel Foucault ja terveyden tutkimus. Teoksessa Ashorn, Ulla, Lea Henriksson, Juhani Lehto ja Paula Nieminen (toim.): Yhteiskunta ja Terveys. Gaudeamus Helsinki University Press, Tallinna 2010, 157–174.

Katilainen, Petra (2008): ”Avoin yhteiskunta haavoittui jälleen”. Väkivallan ja mielenterveysongelmien suhde kahden sanomalehden konstruoimana ilmiönä. Tampere: Tampereen yliopisto. Julkaisematon sosiaalityön pro gradu -tutkielma.

Kylmäluoma, Hanna (2014): Sosiaalityön paikka psykiatrian toimintaympäristössä – ajallinen katsaus vuodesta 1945 nykypäivään. Tampere: Tampereen yliopisto. Julkaisematon pro gradu- tutkielma.

Laitila-Ukkola, Merja (2005): Päihdehuollon näköinen sosiaalityö. Rovaniemi: Lapin yliopisto. Julkaisematon sosiaalityön lisensiaatin tutkielma.

Lappalainen, Tiina (2014): Asiakkaiden osallistumisen edellytykset – yhteistä ymmärrystä etsimässä. Teoksessa Metteri, Anna & Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.): Terveys ja Sosiaalityö. PS-kustannus, Jyväskylä 2014, 83–94.

Leinonen, Emilia (2014): Henkilökohtainen budjetti. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus kansainvälisestä tutkimuksesta. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Julkaisematon sosiaalityön pro gradu- tutkielma.

Metteri, Anna (2012): Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö. Sosiaalityön väitöskirja. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1252. Tampere: Tampereen yliopisto. Saatavilla: <<http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/66973/978-951-44-8956-3.pdf?sequence=1>>, luettu 8.8.2017.

Metteri, Anna (2014): Terveys- ja sosiaalityö, eriarvoistava sosiaalipolitiikka ja asiakkaiden kohtuuttomat tilanteet. Teoksessa Metteri, Anna, Heli Valokivi ja Satu Ylinen (toim.): Terveys ja Sosiaalityö. PS-kustannus, Jyväskylä 2014, 296–328.

Miller, Peter & Nikolas Rose (2010): Miten meitä hallitaan? Tampere: Vastapaino.

Myllykangas, Markku & Tomi-Pekka Tuomainen (2010): Pharmageddon. Vaajakoski: Bookwell Oy.

Mäkelä, Marjukka & Helena Varonen & Juha Teperi (1996): Systemoitu kirjallisuuskatsaus tiedon tiivistäjänä. Duodecim 112:21.

OECD (2017): Health expenditure and financing. OECD.Stat. Saatavilla: <<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>>, luettu 17.8.2017.

Palola, Elina & Antti Parpo (2011): Kunnallista sopeutumisen sosiaalipolitiikkaa. Teoksessa Palola, Elina & Vappu Karjalainen (toim.): Sosiaalipolitiikka – hukassa vai uuden jäljillä?. THL, Helsinki, 47–78.

Puhakainen, Jyri (1998): Persoonan kieltäjät: ihmisen vapaus ja vastuu aivotutkimuksen ja lääketieteen puristuksessa. Helsinki: Like.

Pohjola, Anneli (2014): Rakenteellisen sosiaalityön paikannuksia. Teoksessa Pohjola, Anneli & Merja Laitinen & Marjaana Seppänen (toim.): Rakenteellinen sosiaalityö. Unipress, Helsinki 2014, 16–37.

Sihto, Marita (2011): Sosiaalinen vai terveydellinen – yhteistä näkökulmaa etsimässä. Teoksessa Palola, Elina & Vappu Karjalainen (toim.): Sosiaalipolitiikka – hukassa vai uuden jäljillä?. THL, Helsinki 2011, 261–282.

- Rauhala, Lauri (2009): Kokemuksen häiriöt ja sairauden käsite. *Tieteessä tapahtuu* 27:6, 24–30.
- Reith, Gerda (2004): Consumption and its discontents: addiction, identity and the problems of freedom. *The British Journal of Sociology* 55:2, 283–300.
- Reith, Gerda (2007): Gambling and the contradictions of consumption. A genealogy of the ”pathological” subject. *American Behavioral Scientist* 51:1, 33–55.
- Rikala, Sanna (2013): Työssä uupuvat naiset ja masennus. Sukupuolentutkimuksen väitöskirja. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 1334. Tampere: Tampereen yliopisto. Saatavilla: <<https://tampub.uta.fi/handle/10024/94442>>, luettu 9.8.2017.
- Rintala, Taina (1995): Medikalisaatio ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakentuminen 1946–1991. Saarijärvi: Gummerus. Tutkimuksia 54, Stakes.
- Riska, Elianne (2010): Peter Conrad: medikalisaatio. Teoksessa Teoksessa Ashorn, Ulla & Lea Henriksson & Juhani Lehto & Paula Nieminen (toim.): *Yhteiskunta ja Terveys*. Gaudeamus Helsinki University Press, Tallinna 2010, 204–214.
- Romakkaniemi, Marjo (2011): Masennus. Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta. Sosiaalityön väitöskirja. *Acta Electronica Universitatis Lapponiensis* 78. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
Saatavissa: <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/72094/Romakkaniemi_Marjo_DORIA.pdf>, luettu 8.8.2017.
- Romakkaniemi, Marjo (2014): Masennuksen sosiaaliset ulottuvuudet ja sosiaalityön asiantuntijuus masennuksen hoidossa ja kuntoutuksessa. Teoksessa Metteri, Anna & Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.): *Terveys ja Sosiaalityö*. PS-kustannus, Jyväskylä 2014, 142–173.
- Saastamoinen, Mikko (2011): Intensiivistyvä yksilöllistyminen ja sosiaalisuuden muuttuvat muodot. Teoksessa Kangaspunta, Seppo (toim.): *Yksilöllinen yhteisöllisyys: avaimia yhteisöllisyyden muutoksen ymmärtämiseen*. Tampere University Press, Tampere, 61–91.
- Selin, Jani (2011): Huumeriippuvuuden haaste ja lääketieteen haaste: terapeutin järkeily ja hallinta psykososiaalisissa huumehoidoissa 1965–2005. *Sosiologia* 48:2, 117–133.

Takala, Tuomo & Anna-Maija Lämsä (2001): Tulkitseva käsitetutkimus organisaatio- ja johtamistutkimuksen tutkimusmetodologisena vaihtoehtona. Liiketaloudellinen aikakauskirja 2001:3, 371–390.

Talentia (2017): Arki, arvot ja etiikka. Sosiaalialan ammattihenkilöstön eettiset ohjeet. Helsinki: Talentia. Saatavilla: <<http://talentia.e-julkaisu.com/2017/eettiset-ohjeet/>>, luettu 8.8.2017.

Trump, Donald (2017): “How low has President Obama gone to tapp my phones during the very sacred election process. This is Nixon/Watergate. Bad (or sick) guy!” (Twiitti, 4. Maaliskuuta) <https://twitter.com/realdonaldtrump/status/837996746236182529>, luettu 8.8.2017.

Vaskilampi, Tuula (2010): Talcott Parsons ja sairaan rooli. Teoksessa Teoksessa Ashorn, Ulla & Lea Henriksson & Juhani Lehto & Paula Nieminen (toim.): Yhteiskunta ja Terveys. Gaudeamus Helsinki University Press, Tallinna 2010, 61–76.

Valkendorf, Tiina (2014): Lihavuus ”itse aiheutettuna ongelmana”. Argumentteja internetin keskustelupalstalta. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 51:1, 4–17.

Välimäki, Maritta (2001): Yksilön itsemäärääminen ja medikalisaatio. Tiedepolitiikka 26:4, 19–24.

Wikipedia: “Medicalization”. <https://en.wikipedia.org/wiki/Medicalization>, luettu 9.8.2017.

Wrede, Sirpa (2010): Everett C. Hughesin ammattiensosiologia ja professiotutkimuksen perinne. Teoksessa Teoksessa Ashorn, Ulla & Lea Henriksson & Juhani Lehto & Paula Nieminen (toim.): Yhteiskunta ja Terveys. Gaudeamus Helsinki University Press, Tallinna 2010, 45–60.

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

LIITE 1 ”Katsauksen lehdet”

LEHDEN NIMI	AINEISTOHAUN ALKAMISVUOSI, HAKU TEHTY SAATAVUUDEN MUKAAN)	KRITEERIT TÄYTTÄNEIDEN ARIKKELEIDEN MÄÄRÄ, SULKEISSA KAIKKIEN OSUMIEN MÄÄRÄ
Trauma, Violence, Abuse	2000	2 (4)
Child Abuse & Neglect	1977	5 (14)
Child Maltreatment	1996	0 (0)
American Journal of Community Psychology	1994	4 (4)
Health & Social Care in Community	1997	9 (17)
Health & Social Work	1990	4 (10)
American Journal of Orthopsychiatry	1930	10 (12)
Research on Social Work Practice	1999	12 (21)
Journal of Social Policy	2001	2 (9)
Social Work	1985	3 (9)
Social Policy & Administration	1997	6 (11)
Child & Family Social Work	1997	6 (9)
British Journal of Social Work	1996	24 (42)
Children and Youth Services Review	1994	7 (11)
Journal of Social Work Practice	1998	4 (6)
Child Abuse Review	1992	1 (2)
Family Relations	1992	5 (7)
Social Work Research	1997	0 (0)
Affilia	1986	4 (12)
Social Work in Health Care	1997	11 (14)
Social Work in Public Health	2007	3 (3)
Clinical Social Work Journal	1996	8 (10)

LIITE 2 ”Katsauksen artikkelit kategorisoituina”

Artikkelin tekijä(t), nimi ja julkaisutiedot	Medikalisaation yhteydet	Medikalisaation seuraukset
Gurevich, L. (2010): Parental Child Murder and Child Abuse in Anglo-American Legal System. <i>Trauma, Violence, Abuse</i> 11: 1, 18–26.	Ilmiöt → Lapsiin kohdistuva väkivalta	–
McPhail, B.A. (2016): Feminist Framework Plus: Knitting Feminist Theories of Rape Etiology Into a Comprehensive Model. <i>Trauma, Violence, Abuse</i> 17: 3, 314–329.	Ilmiöt → Mielenterveys → Väkivaltainen käytös	–
Brown, A.N., Gonzalez, G.R., Wiester, R.T., Kelley, M.C., Feldman, K.W. (2014): Care taker blogs in caregiver fabricated illness in a child: A window on the caretaker's thinking? <i>Child Abuse & Neglect</i> 38: 3, 488–497.	Muut → Vanhempien sairaalloisuuden tunnistaminen Internet -käyttäytymisestä	Avun mahdollistuminen
Boothby, N., Wessells, M., Williamson, J., Huebner, G., Canter, K., Garcia Rolland, E., Kutlesic, V., Bader, F., Diaw, L., Levine, M., Malley, A., Michels, K., Patel, S., Rasa, T., Ssewamala, F., Walker, V. (2012): What are the most effective early response strategies and interventions to assess and address the immediate needs of children outside of family care? <i>Child Abuse & Neglect</i> 36: 10, 711–721.	Ilmiöt → Mielenterveys → Trauma	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen → Perhe ja lähiyhteisö sivuutetaan
Webster, S.W., O'Toole, R., O'Toole, A.W., Lucal, B. (2005): Overreporting and underreporting of child abuse: Teachers' use of professional discretion. <i>Child Abuse & Neglect</i> 21: 11, 1281–1296.	Ilmiöt → Lapsiin kohdistuva väkivalta	–
Thyen, U., Thiessen, R., Heinsohn-Krug, M. (1995): Secondary prevention—Serving families at risk. <i>Child Abuse & Neglect</i> 19: 11, 1337–1347.	Ilmiöt → Lapsiin kohdistuva väkivalta	–
Scott, D., (1992): Early identification of maternal depression as a strategy in the prevention of child abuse. <i>Child Abuse & Neglect</i> 16: 3, 345–358.	Ilmiöt → Mielenterveys → Masennus	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen → Rakenteet sivuutetaan
Liegghio, M., Nelson, G., Evans, S. D. (2010): Partnering with Children Diagnosed with Mental Health Issues: Contributions of a Sociology of Childhood Perspective to Participatory Action Research. <i>American Journal of Community Psychology</i> 46: 1–2, 84–99.	Ilmiöt → Mielenterveys	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen Vastuun ja autonomian väheneminen
Hartmann, W.E., Gone, J.P. (2014): American Indian Historical Trauma: Community Perspectives from Two Great Plains Medicine Men. <i>American Journal of Community Psychology</i> 54: 3–4, 274–288.	Ilmiöt → Mielenterveys → Trauma	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen → Kulttuuri sivuutetaan

Prilleltensky, I. (2012) Wellness as Fairness. <i>American Journal of Community Psychology</i> 49: 1–2, 1–21.	Käsitykset ja kokemukset → Terveysmääritelmät	Typistää käsitystä terveydestä
Wexler, L. (2011): Behavioral Health Services "Don't Work for Us": Cultural Incongruities in Human Service Systems for Alaska Native Communities. <i>American Journal of Community Psychology</i> 47: 1–2, 157–169.	Muut → Medikalisaation yhteys länsimaisiin arvoihin ja kulttuuriin	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen → Kulttuuri sivuutetaan
Gault, I. (2009): Service-user and carer perspectives on compliance and compulsory treatment in community mental health services. <i>Health & Social Care in the Community</i> 17: 5, 504–513.	Käsitykset ja kokemukset → Kokijoiden ja läheisten käsitykset ja kokemukset	Vastuun ja autonomian väheneminen
Baldwin, C. (1996): Munchausen Syndrome by Proxy: problems of definition, diagnosis and treatment. <i>Health & Social Care in the Community</i> 4: 3, 159–165.	Ilmiöt → Mielenterveys → Munchausen by proxy	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen Medikalisaatio aiheuttaa ongelmallisen käytöksen
Williams, B., Grant, G. (1998): Defining 'people-centredness': making the implicit explicit. <i>Health & Social Care in the Community</i> 6: 2, 84–94.	Hoito ja apu → Yleislääkärin palvelut	–
Scullion, L., Somerville, P., Brown, P., Morris, G. (2015): Changing homelessness services: revanchism, 'professionalisation' and resistance. <i>Health & Social Care in the Community</i> 23: 4, 419–427.	Hoito ja apu → Asunottomien palvelut	Stigman säilyminen
Pratt, R., Halliday, E., Maxwell, M. (2009): Professional and service-user perceptions of self-help in primary care mental health services. <i>Health & Social Care in the Community</i> 17: 2, 209–215.	Käsitykset ja kokemukset → Työntekijöiden käsitykset ja kokemukset	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen
Clarke, J., Van Amerom, G. (2008a): Mass print media depictions of cancer and heart disease: community versus individualistic perspectives? <i>Health & Social Care in the Community</i> 16: 1, 96–103.	Käsitykset ja kokemukset → Sairauskäsitykset lehdissä	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen Vastuun kasvaminen (lehdet tuottavat käsitystä, että ihminen vastuussa sairaudestaan)
Rhodes, P., Shaw, S. (1999): Informal care and terminal illness. <i>Health & Social Care in the Community</i> 7: 1, 39–50.	Muut → Kodin "medikalisaatio" eli lääketieteen teknologian tulo kotiin	–
Prior, P.M., McGiloway, S., Herron, S., Donnelly, M. (1998): <i>Health & Social Care in the Community</i> 6: 2, 71–77.	Hoito ja apu → Mielenterveyspalvelut	Hoidon kapeutuminen → Lääkehoito (huom. medikalisaatio liittyy käsitteellisesti lääkehoidon lisääntymiseen, ei varsinaisesti kritisoida lääkehoitoa)
Daykin, N., Naidoo, J. (1997): Poverty and health promotion in primary health care: professionals' perspectives. <i>Health & Social Care in the Community</i> 5: 5, 309–317.	Käsitykset ja kokemukset → Terveysmääritelmät	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen → Rakenteet sivuutetaan
Yager, C., Brennan, D., Steele, L., Epstein, R., Ross, L.E. (2010): <i>Challenges and Mental Health</i>	Ilmiöt → Raskaus, adoptio ja hedelmöityshoidot	–

Experiences of Lesbian and Bisexual Women Who Are Trying to Conceive. <i>Health & Social Work</i> 35: 3, 191–200.		
Egan, M., Kadushin, G. (1999): The Social Worker in the Emerging Field of Home Care: Professional Activities and Ethical Concerns. <i>Health & Social Work</i> 24: 1, 43–55.	Hoito ja apu → Kotipalvelut	Hoidon kapeutuminen → Byrokratian lisääntyminen, diagnosikeskeisyys ja työn paloittelu suoritteiksi (Huoli siitä, että apua varten tarvitaan yhä useammin lähete erikoissairaanhoidosta)
Azzarto, J. (1993): The Socioemotional Needs of Elderly Family Practice Patients: Can Social Workers Help? <i>Health & Social Work</i> 18: 1, 40–48.	Ilmiöt → Ikääntyminen Hoito ja apu → Sosiaalityö	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen Hoidon kapeutuminen → Sosiaalityön roolia puolustettava
Siefert, K., Jayaratne, S., Martin, L.D. (1992): Implementing the Public Health Social Work Forward Plan: A Research-Based Prevention Curriculum for Schools of Social Work. <i>Health & Social Work</i> 17: 1, 17–27.	Hoito ja apu → Sosiaalityö (esittää, että huoli sosiaalityön "medikalisoitumisesta" aiheeton kansanterveystyön kontekstissa)	–
Newberger, E.H., Bourne, R. (1978): The medicalization and legalization of child abuse. <i>American Journal of Orthopsychiatry</i> 48: 4, 593–607.	Ilmiöt → Lapsiin kohdistuva väkivalta	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen → Rakenteet sivuutetaan Palvelut toimivat heikosti, haitan aiheuttaminen auttamisen nimissä
Wellman, D. (2000): From evil to illness: Medicalizing racism. <i>American Journal of Orthopsychiatry</i> 70: 1, 28–32.	Ilmiöt → Mielenterveys → Rasismi	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen → Rakenteet sivuutetaan Vastuun ja autonomian vähentyminen
Becker, D. (2000): When she was bad: Borderline personality disorder in a posttraumatic age. <i>American Journal of Orthopsychiatry</i> 70: 4, 422–432.	Ilmiöt → Naiset ja naiseus	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen → Rakenteet sivuutetaan Eriarvoisuuden hallinta
Murray, K.E., Davidson, G.R., Schweitzer, R.D. (2010): Review of refugee mental health interventions following resettlement: Best practices and recommendations. <i>American Journal of Orthopsychiatry</i> 80: 4, 576–585.	Ilmiöt → Mielenterveys → Trauma	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen → Kulttuuri sivuutetaan
Leichtman, M. (2006): Residential treatment of children and adolescents: Past, present, and future. <i>American Journal of Orthopsychiatry</i> 76: 3, 285–294.	Hoito ja apu → Psykiatrien koulutus	Hoidon kapeutuminen → Lääkehoito (huom. medikalisaatio liittyy käsitteellisesti lääkehoidon lisääntymiseen, ei varsinaisesti kritisoida lääkehoitoa)
Magura, S., Vogel, H.S., Knight, E.L. (2004): Perceived Reasons for Substance Misuse Among Persons With a Psychiatric Disorder. <i>American Journal of Orthopsychiatry</i> 74: 3, 365–375.	Hoito ja apu → Mielenterveyspalvelut	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen

Dobbins J., Skillings, J. (2000): Racism as a clinical syndrome. <i>American Journal of Orthopsychiatry</i> 70: 1, 14–27.	Ilmiöt → Mielenterveys → Rasismi	Avun mahdollistuminen
Lamb, S. (1991): Acts without agents: An analysis of linguistic avoidance in journal articles on men who batter women. <i>American Journal of Orthopsychiatry</i> 61: 2, 250–257.	Ilmiöt → Mielenterveys → Väkivaltainen käytös	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen Vastuun ja autonomian väheneminen
Ellerhorn, R. (2005): Parasuicidality and Patient Careerism: Treatment Recidivism and the Dialectics of Failure. <i>American Journal of Orthopsychiatry</i> 75: 2, 288–303.	Ilmiöt → Mielenterveys → Persoonallisuushäiriöt	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen Medikalisaatio aiheuttaa ongelmallisen käytöksen Vastuun ja autonomian väheneminen
Silvestre, D., Fresco, N. (1980): Reactions to prenatal diagnosis: An analysis of 87 interviews. <i>American Journal of Orthopsychiatry</i> 50: 4, 610–617.	Ilmiöt → Raskaus, adoptio ja hedelmöityshoidot	–
Gambrill, E. (2014): The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders as a Major Form of Dehumanization in the Modern World. <i>Research on Social Work Practice</i> 24: 1, 13–36.	Ilmiöt → Mielenterveys	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen → Rakenteet sivuutetaan Kulttuuri sivuutetaan Erilaisuuden hallinta Vastuun ja autonomian väheneminen Turha hoito
Gambrill, E. (2011): Ethical Aspects of Outcome Studies in Social, Behavioral, and Educational Interventions. <i>Research on Social Work Practice</i> 21: 6, 654–663.	Muut → Tieteellisen tutkimuksen medikalisaatio	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen → Rakenteet sivuutetaan Erilaisuuden hallinta Hoidon kapeutuminen → Tutkimus vääristää käsitystä toimivasta avusta
Gambrill, E. (2015a): Avoidable Ignorance and the Role of Cochrane and Campbell Reviews. <i>Research on Social Work Practice</i> 25: 1, 147–163.	Muut → Tieteellisen tutkimuksen medikalisaatio	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen → Rakenteet sivuutetaan Hoidon kapeutuminen → Tutkimus vääristää käsitystä toimivasta avusta
Gambrill, E. (2012): Response: Uses of History in Creating New Futures: A Science-Informed Social Work Eileen Gambrill. <i>Research on Social Work Practice</i> 22: 5, 481–491.	Muut → Tieteellisen tutkimuksen medikalisaatio	Hoidon kapeutuminen → Tutkimus vääristää käsitystä toimivasta avusta
Gambrill, E. (2015b): Integrating Research and Practice: Distractions, Controversies, and Options for Moving Forward. <i>Research on Social Work Practice</i> 25: 4, 510–522.	Muut → Tieteellisen tutkimuksen medikalisaatio	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen → Rakenteet sivuutetaan Hoidon kapeutuminen → Tutkimus vääristää käsitystä toimivasta avusta

Gambrill, E. (2010): Evidence-Informed Practice: Antidote to Propaganda in the Helping Professions? Research on Social Work Practice 20: 3, 302–320.	Ilmiöt → Naiset ja naiseus Muut → Tieteellisen tutkimuksen medikalisaatio	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen → Rakenteet sivuutetaan Hoidon kapeutuminen → Tutkimus vääristää käsitystä toimivasta avusta
Frances, A., Jones, K. D. (2014): Should Social Workers Use Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5? Research on Social Work Practice 24: 1, 11–12.	Ilmiöt → Mielenterveys	Erilaisuuden hallinta Hoidon kapeutuminen → Lääkehoito
Wong, S.E. (2014): A Critique of the Diagnostic Construct Schizophrenia. Research on Social Work Practice 24: 1, 132–141.	Ilmiöt → Mielenterveys → Skitsofrenia	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen → Rakenteet sivuutetaan
Garland, E.L., Howard, M.O. (2014): A Transdiagnostic Perspective on Cognitive, Affective, and Neurobiological Processes Underlying Human Suffering. Research on Social Work Practice 24: 1, 142–151.	Ilmiöt → Mielenterveys	Erilaisuuden hallinta
Gambrill, E. (2003): A Client-Focused Definition of Social Work Practice Eileen Gambrill. Research on Social Work Practice 13: 3, 310–323.	Hoito ja apu → Mielenterveyspalvelut	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen Hoidon kapeutuminen → Lääkehoito
Gambrill, E. (2001): Social Work: An Authority-Based Profession. Research on Social Work Practice 11: 2, 166–175.	Hoito ja apu → Sosiaalityö	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen Hoidon kapeutuminen → Lääkehoito
Howard, M.O., Jenson, J.M. (1999): Clinical Practice Guidelines: Should Social Work Develop Them? Research on Social Work Practice 9: 3, 283–301.	Hoito ja apu → Sosiaalityö	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen → Rakenteet sivuutetaan Hoidon kapeutuminen → Byrokratian lisääntyminen, diagnosikeskeisyys ja työn paloittelu suoritteiksi
Duschinsky, R. (2012): The 2010 UK Home Office 'Sexualisation of Young People' Review: A Discursive Policy Analysis. Journal of Social Policy 41: 4, 715–731.	Muut → Seksuaalisille kuville altistumisen medikalisaatio	–
Costa-Font, J., Salvador-Carulla, L., Cabases, J.M., Alonso, J., McDaid, D. (2011): Tackling Neglect and Mental Health Reform in a Devolved System of Welfare Governance. Journal of Social Policy 40, 295–312.	Ilmiöt → Mielenterveys	–
Resnick, C., Tighe, E.G. (1997): The Role of Multidisciplinary Community Clinics in Managed Care Systems. Social Work 42: 1, 91–98.	Muut → Potilaat somatisoivat (“medikalisoivat”) ongelmiaan	Somatisointi kuluttaa terveydenhoidon resursseja (Huom. medikalisaation käsite poikkeava)
Finn, J.L., Checkoway, B. (1998): Young People as Competent Community Builders: A Challenge to Social Work. Social Work 43: 4, 335–345.	Ilmiöt → Mielenterveys → Nuorten ongelmat	–

Yan, M.C. (2008): Exploring Cultural Tensions in Cross-Cultural Social Work Practice. <i>Social Work</i> 53: 4, 317–328.	Hoito ja apu → Sosiaalityö (huoli sosiaalityön medikalisoitumisesta aiheeton? Artikkelin esittää esimerkin, jossa sosiaalityön on onnistunut vähentämään medikalisaatiota)	–
Ikegami, N., Campbell, J.C. (2002): Choices, Policy Logics and Problems in the Design of Long-term Care Systems. <i>Social Policy & Administration</i> 36: 7, 719–734.	Hoito ja apu → Pitkäaikainen sairaalahoito	Mahdollistaa avun Hoidon kapeutuminen → Lääkehoito (Artikkelin mukaan sekä ylitettyä alilääkintä ongelma)
Holler, R. (2015): Disabling Ideas – Disabling Policies: The Case of Disability Employment Policy in the Newly Established Israeli State. <i>Social Policy & Administration</i> (Online-versio ennen julkaisua lehdessä, julkaistu 5.11.2015.)	Ilmiöt → Vammaisuus	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen → Rakenteet sivuutetaan Erilaisuuden hallinta
Dingwall, R. (1999): “Risk Society”: The Cult of Theory and the Millennium? <i>Social Policy & Administration</i> 33: 4, 474–491.	Muut → Medikalisaation suhde Ulrich Beckin teoriaan, lyhyt maininta.	–
Knepper, P. (2012): An International Crime Decline: Lessons for Social Welfare Crime Policy? <i>Social Policy & Administration</i> 46: 4, 359–376.	Hoito ja apu → Päihdepalvelut	–
Mackenzie, M., Conway, E., Hastings, A., Munro, M., O’Donnell, C. (2013): Is ‘Candidacy’ a Useful Concept for Understanding Journeys through Public Services? A Critical Interpretive Literature Synthesis. <i>Social Policy & Administration</i> 47: 7, 806–825.	Ilmiöt → Mielenterveys → Väkivaltainen käytös	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen → Rakenteet sivuutetaan
Kwon, S. (2007): The Fiscal Crisis of National Health Insurance in the Republic of Korea: In Search of a New Paradigm. <i>Social Policy & Administration</i> 41: 2, 162–178.	Ilmiöt → Yleinen	–
Clarke, J.N. (2013) Surplus suffering: the search for help when a child has mental-health issues. <i>Child & Family Social Work</i> 18: 2, 217–225.	Hoito ja apu → Mielenterveyspalvelut Käsitykset ja kokemukset → Kokijoiden ja läheisten käsitykset ja kokemukset	Vastuun kasvaminen (vanhemmilla velvollisuus huolenpidosta ja avun hankinnasta, vaikka avun saatavuus voi olla heikkoa)
Clarke, J.N., Mosleh, D., Janketic, N. (2014): Discourses about children’s mental health and developmental disorders in North American women’s magazines 1990–2012. <i>Child & Family Social Work.</i> (Online-versio ennen julkaisua lehdessä, julkaistu 9.6.2014.)	Käsitykset ja kokemukset → Sairauskäsitykset lehdissä	Vastuun kasvaminen Erilaisuuden hallinta Tasa-arvon ongelmat hoitopäässä Stigma
Clarke, J.N. (2015): Advice to mothers about managing children’s behaviours in Canada’s premier woman’s magazine: a comparison of 1945–1956 with 1990–2010. <i>Child & Family</i>	Käsitykset ja kokemukset → Sairauskäsitykset lehdissä	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen Vastuun kasvamisen problematisointi

Social Work 20: 3, 310–321.		(vuosina 1945–1956 äitejä vastuutettiin moraalisesti enemmän lapsen ongelmista kuin medikalisaation aikana 2000-luvulla)
Clarke, J.N. (2011): Childhood depression and mass print magazines in the USA and Canada: 1983–2008. Child & Family Social Work 16: 1, 52–60.	Käsitykset ja kokemukset → Sairauskäsitykset lehdissä	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen Vastuun kasvaminen
Spratt, H. (1999): Developing critical social work in theory and in practice: child protection and communicative reason. Child & Family Social Work 4: 4, 315–324.	Ilmiöt → Lapsiin kohdistuva väkivalta	–
Logan, J. (2013): Contemporary adoptive kinship: a contribution to new kinship studies. Child & Family Social Work 18: 1, 35–45.	Ilmiöt → Raskaus, adoptio ja hedelmöityshoidot	–
Yip, K. (2004) Medicalization of Social Workers in Mental Health Services in Hong Kong. British Journal of Social Work 34, 413–435.	Hoito ja apu → Sosiaalityö Käsitykset ja kokemukset → Työntekijöiden käsitykset ja kokemukset	Hoidon kapeutuminen → Sosiaalityöntekijöiden ammatillisten ja eettisten lähtökohtien häviäminen (huom. artikkeli tutkii medikalisoitumisen prosessia, ei ota voimakkaasti kantaa medikalisaation merkityksiin, mutta implisiittisesti taustalla ajatus medikalisaation pulmallisuudesta)
Logan, J. (1996): Birth Mothers and their Mental Health: Uncharted Territory. British Journal of Social Work 26, 609–625.	Ilmiöt → Raskaus, adoptio ja hedelmöityshoidot	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen Erilaisuuden hallinta
Ashcroft, R., Van Katwyk, T. (2016) Joining the Global Conversation: Social Workers Define Health Using a Participatory Action Research Approach. British Journal of Social Work 0, 1–18. (Online-versio ennen julkaisua lehdessä, julkaistu 22.3.2016.)	Hoito ja apu → Sosiaalityö Käsitykset ja kokemukset → Terveysmääritelmät Muut → Tieteellisen tutkimuksen medikalisaatio	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen → Rakenteet sivuutetaan Hoidon kapeutuminen → Medikalisoitunut käsitys terveydestä passiivinen, kykyä aktiivisuuteen, muutokseen ja sopeutumiseen osana terveyttä
Morley, C., Macfarlane, S. (2012): The Nexus between Feminism and Postmodernism: Still a Central Concern for Critical Social Work. British Journal of Social Work 42: 4, 687–705.	Ilmiöt → Naiset ja naisuus	Erilaisuuden hallinta
Mack, H., Paylor, I. (2016): Hepatitis C and Social Work. British Journal of Social Work 46, 1115–1130.	Ilmiöt → C-hepatiitti	–
Buckland, R. (2016): The Decision by Approved Mental Health Professionals to Use Compulsory Powers under the	Hoito ja apu → Sosiaalityö	–

Mental Health Act 1983: A Foucauldian Discourse Analysis. <i>British Journal of Social Work</i> 46, 46–62.		
Davies, K., Gray, M. (2015): Mental Health Service Users' Aspirations for Recovery: Examining the Gaps between what Policy Promises and Practice Delivers. <i>British Journal of Social Work</i> 45, Supplement 1, i45–i61.	Hoidon ja apu → Mielenterveyspalvelut Käsitykset ja kokemukset → Terveysmääritelmät	Hoidon kapeutuminen → Byrokratian lisääntyminen, diagnosikeskeisyys ja työn paloittelu suoritteiksi
Nordberg, A. (2015): Liminality and Mental Health Court Diversion: An Interpretative Phenomenological Analysis of Offender Experiences. <i>British Journal of Social Work</i> 45, 2441–2457.	Ilmiöt → Mielenterveys	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen Erilaisuuden hallinta
McCusker, P., Jackson, J. (2015): Social Work and Mental Distress: Articulating the Connection. <i>British Journal of Social Work</i> . Verkkojulkaisu 5.10.2015.	Ilmiöt → Mielenterveys	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen
Rivest, M-P., Moreau, N. (2015): Between Emancipatory Practice and Disciplinary Interventions: Empowerment and Contemporary Social Normativity <i>British Journal of Social Work</i> 45, 1855–1870.	Ilmiöt → Mielenterveys	–
Souleymanov, R., Allman, D. (2015): Articulating Connections between the Harm-Reduction Paradigm and the Marginalisation of People Who Use Illicit Drugs. <i>British Journal of Social Work</i> . Verkkojulkaisu 25.8.2015.	Ilmiöt → Mielenterveys → Päihderiippuvuus	–
Healy, K. (2015): After the Biomedical Technology Revolution: Where to Now for a BioPsycho-Social Approach to Social Work? <i>British Journal of Social Work</i> . Verkkojulkaisu 8.6.2015.	Hoidon ja apu → Sosiaalityö	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen → Rakenteet sivuutetaan Stigma (huom. esitetään huoli leimautuminen biologisten ominaisuuksien perusteella, biomedikalisaation konteksti)
Ray, M., Milne, A., Beech, C., Phillips, J.E., Richards, S., Sullivan, M.P., Tanner, D., Lloyd, L. (2015): Gerontological Social Work: Reflections on its Role, Purpose and Value. <i>British Journal of Social Work</i> 45, 1296–1312.	Ilmiöt → Ikääntyminen	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen Hoidon kapeutuminen → Tutkimus vääristää käsitystä toimivasta avusta
Brown, L., Walter, T. (2014): Towards a Social Model of End-of-Life Care <i>British Journal of Social Work</i> 44, 2375–2390.	Ilmiöt → Saattohoito	–
Silverman, P.R. (2013): Lessons I Have Learned. <i>British Journal of Social Work</i> 43, 216–232.	Ilmiöt → Mielenterveys → Suru	Turha hoito
Stubbs, P., Maglajlic, R.A. (2012): Negotiating the Transnational Politics of Social Work in Post-Conflict and Transition Contexts: Reflections from South-East Europe. <i>British Journal of Social Work</i> 42, 1174–1191.	Ilmiöt → Mielenterveys → Trauma	–

Bailey, D., Liyanage, L. (2012): The Role of the Mental Health Social Worker: Political Pawns in the Reconfiguration of Adult Health and Social Care. <i>British Journal of Social Work</i> 42, 1113–1131.	Hoito ja apu → Mielenterveyspalvelut	–
Topo, P. (2011): Social Protection of Older People in Finland from the Eighteenth to the Twenty-First Centuries: Messages for Current Policy and Practice from an Historical Analysis. <i>British Journal of Social Work</i> 41, 876–893.	Hoito ja apu → Sosiaalityö	Hoidon kapeutuminen → Medikalisaatio vie tilaa psykososiaaliselta avulta
Westoby, P., Ingamells, A. (2010): A Critically Informed Perspective of Working with Resettling Refugee Groups in Australia. <i>British Journal of Social Work</i> 40, 1759–1776.	Ilmiöt → Mielenterveys → Trauma	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen → Kulttuuri sivuutetaan
Anitha, S. (2010): No Recourse, No Support: State Policy and Practice towards South Asian Women Facing Domestic Violence in the UK. <i>British Journal of Social Work</i> 40, 462–479.	Ilmiöt → Naiset ja naiseus	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen → Rakenteet sivuutetaan
Wong, Y-L.R., Vinsky, J. (2009): Speaking from the Margins: A Critical Reflection on the ‘Spiritual-but-not-Religious’ Discourse in Social Work. <i>British Journal of Social Work</i> 39, 1343–1359.	Hoito ja apu → Sosiaalityö	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen → Kulttuuri sivuutetaan
Campbell, J., Brophy, L., Healy, B., O’Brien, A.M. (2006): International Perspectives on the Use of Community Treatment Orders: Implications for Mental Health Social Workers. <i>British Journal of Social Work</i> 36, 1101–1118.	Hoito ja apu → Mielenterveyspalvelut Käsitykset ja kokemukset → Kokijoiden ja läheisten käsitykset ja kokemukset	Hoidon kapeutuminen → Lääkehoito
Thompson, N. (1998): The Ontology of Ageing. <i>British Journal of Social Work</i> 28, 695–707.	Ilmiöt → Mielenterveys → Suru	Turha hoito
Hutchison, E.D., Dattalo, P., Rodwell, M.K. (1994): Reorganizing child protective services: Protecting children and providing family support. <i>Children and Youth Services Review</i> 16: 5–6, 319–338.	Ilmiöt → Lapsiin kohdistuva väkivalta	–
Lemay, R.A. (2011): Our perverse reliance on prescribed standardized processes as proxies for quality in Ontario Children's Aid Societies: Towards the establishment of direct service and outcomes standards. <i>Children and Youth Services Review</i> 33: 5, 605–611.	Ilmiöt → Yleinen	–
Feng, J-Y., Chen, S-J, Wilk, N.N., Yang, W-P., Fetzer, S. (2008): Kindergarten teachers' experience of reporting child abuse in Taiwan: Dancing on the edge. <i>Children and Youth Services Review</i> 31: 3, 405–409.	Ilmiöt → Lapsiin kohdistuva väkivalta	–

Morton Ninomiya, M.E. (2015): Revealing disjunctures: Making tensions between fetal alcohol spectrum disorder diagnoses and institutional supports visible. <i>Children and Youth Services Review</i> 59, 38–46.	Ilmiöt → Yleinen	–
Bringewatt, E.H. (2013): Negotiating narratives surrounding children's mental health diagnoses: Children and their contribution to the discourse. <i>Children and Youth Services Review</i> 35: 8, 1219–1226.	Käsitykset ja kokemukset → Kokijoiden ja läheisten käsitykset ja kokemukset	Avun mahdollistuminen → Antaa selityksen ongelmille Vastuun ja autonomian väheneminen Erilaisuuden hallinta Stigma
Finn, J.L., Nybell, L.M., Shook, J.J. (2010): The meaning and making of childhood in the era of globalization: Challenges for social work. <i>Children and Youth Services Review</i> 32: 2, 246–254.	Hoito ja apu → Sosiaalityö	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen
Bosk, E.A. (2013): Between badness and sickness: Reconsidering medicalization for high risk children and youth. <i>Children and Youth Services Review</i> 35: 8, 1212–1218.	Ilmiöt → Mielenterveys → Nuorten ongelmat Käsitykset ja kokemukset → Kokijoiden ja läheisten käsitykset ja kokemukset	Avun mahdollistuminen Vastuun ja autonomian väheneminen Hoidon kapeutumisen → Sairaalan ja pahantekijän ”diskurssien” ristiriitaisuus vaikeuttaa pitkäjänteistä avun antamista
Lushin, V (2011): Harm Reduction in Substance Abuse Treatment: Pragmatism as an Epistemology for Social Work Practice. <i>Journal of Social Work Practice</i> 11: 1, 96–100.	Ilmiöt → Mielenterveys → Päihderiippuvuus	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen
Sullivan, P.W., McCabe, H.A. (2015): Reprise: Case Management in Substance Use Services in the Age of the Affordable Care Act. <i>Journal of Social Work Practice</i> 15: 2, 185–199.	Hoito ja apu → Päihdepalvelut	–
Machin, L. (1998): Making sense of experience: Death and old age. <i>Journal of Social Work Practice</i> 12: 2, 217–226.	Ilmiöt → Ikääntyminen	Sosiaalisen ”kuoleman” vaara medikalisaation myös, kun ruumis elää pitempään Medikalisaatioon liittyvä eriarvoisuus
Miller, T. (1998): Understanding loss: The origins and value of current theories of loss. <i>Journal of Social Work Practice</i> 12: 2, 227–238.	Ilmiöt → Mielenterveys → Suru	–
Baginsky, M. (2000): Training teachers in child protection. <i>Child Abuse Review</i> 9: 1, 74–81.	Muut → Käsitettä käytetään ilmeisesti epähuomiossa virheellisessä yhteydessä	–
Knudson-Martin, C., Laughlin, M.J. (2005): Gender and Sexual Orientation in Family Therapy: Toward a Postgender Approach. <i>Family Relations</i> 54: 1, 101–115.	Ilmiöt → Homoseksuaalisuus	–
Peled, E., Sacks, I. (2008): The Self-Perception of Women Who Live With an	Ilmiöt → Naiset ja naisuus	–

Alcoholic Partner: Dialoging With Deviance, Strength, and Self-Fulfillment. <i>Family Relations</i> 57: 3, 390–403.		
Moses, T (2010): Exploring Parents' Self-Blame in Relation to Adolescents' Mental Disorders. <i>Family Relations</i> 59: 2, 103–120.	Ilmiöt → Mielenterveysongelmat → Nuorten ongelmat Käsitykset ja kokemukset → Kokijoiden ja omaisten käsitykset ja kokemukset	Vähentää vanhempien syyllisyyttä Vanhemmat voivat kokea syyllisyyttä huonojen geenien siirrosta (biomedikalisaation konteksti)
Clarke, J.N. (2010): The Domestication of Health Care: Health Advice to Canadian Mothers 1993 - 2008 in Today's Parent. <i>Family Relations</i> 59: 2, 170–179.	Käsitykset ja kokemukset: Sairauskuva lehdissä (huom. äideille suunnattu terveysvalistus ei kovin medikalisoitunutta tämän mukaan, neuvot yleensä arkisia)	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen
Lebner, A. (2000): Genetic "mysteries" and international adoption: The cultural impact of biomedical technologies on the adoptive family experience. <i>Family Relations</i> 49: 4, 371–377.	Ilmiöt → Raskaus, adoptio ja hedelmöityshoidot Käsitykset ja kokemukset → Kokijoiden ja läheisten käsitykset ja kokemukset	Stigma (Tutkijan huolenaiheena, että geneettinen sukulaisuus voidaan nähdä ensisijaiseksi ja että tässä leimaantumisen vaara. Tutkimustulosten mukaan adoptiolapsen vanhemmat kokivat sukulaisuutensa lapseensa erilaiseksi, mutta eivät yleensä kokeneet kohdanneensa leimaamista)
MacKay, J.M., Rutherford, A. (2012): Feminist Women's Accounts of Depression. <i>Affilia</i> 27: 2, 180–189.	Käsitykset ja kokemukset → Kokijoiden ja läheisten käsitykset ja kokemukset	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen → Rakenteet sivuutetaan
Tseris, E.J. (2013): Trauma Theory Without Feminism? Evaluating Contemporary Understandings of Traumatized Women. <i>Affilia</i> 28: 2, 153–164.	Ilmiöt → Mielenterveys → Trauma	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen → Rakenteet sivuutetaan
Bradway, K.E., Beard, R.L. (2015): "Don't Be Trying to Box Folks In": Older Women's Sexuality. <i>Affilia</i> 30: 4, 504–518.	Ilmiöt → Ikääntyminen Käsitykset ja kokemukset → Kokijoiden ja läheisten käsitykset ja kokemukset	Erilaisuuden hallinta → Ikääntymiseen liittyvät stereotypiat
Leedy, G. (2009): "I Can't Cry and Run at the Same Time": Women's Use of Distance Running. <i>Affilia</i> 24: 1, 80–93.	Ilmiöt → Naiset ja naisuus	Erilaisuuden hallinta → Sukupuolinäkökulma
Clarke, J.N., Lang, L. (2012): Mothers Whose Children Have ADD/ADHD Discuss Their Children's Medication Use: An Investigation of Blogs. <i>Social Work in Health Care</i> 51: 5, 402–416.	Ilmiöt → Mielenterveys → ADHD Käsitykset ja kokemukset → Kokijoiden ja läheisten käsitykset ja kokemukset	Avun mahdollistuminen → Lääkehoito hyväksi Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen Vastuun kasvaminen
Clarke, J.N., Van Amerom, G. (2008b): Asperger's Syndrome. <i>Social Work in Health Care</i> 46: 3, 85–106.	Ilmiöt → Mielenterveys → Autismin kirjo Käsitykset ja kokemukset → Kokijoiden ja läheisten	Erilaisuuden hallinta Stigma

	käsitykset ja kokemukse	
Avgar, A. (1997): Women's Health in Israel. <i>Social Work in Health Care</i> 25: 1–2, 45–62.	Ilmiöt → Naiset ja naisuus	Erilaisuuden hallinta → Sukupuolinäkökulma
Shera, W., Aviram, U., Healy, B., Ramon, S. (2002): Mental Health System Reform. <i>Social Work in Health Care</i> 35: 1–2, 547–575.	Hoito ja apu → Mielenterveyspalvelut	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen Hoidon kapeutuminen → Lääkehoito
Wincott, E., Crawshaw, M. (2006): From a Social Issue to Policy. <i>Social Work in Health Care</i> 43: 2–3, 53–73.	Ilmiöt → Raskaus, adoptio ja hedelmöityshoidot	Biomedikalisaatioon liittyvä eriarvoisuus → köyhät aliedustettuina hedelmöityshoidoissa
Jones, J.B. (1999): Hormone Replacement Theory. <i>Social Work in Health Care</i> 28: 3, 95–111.	Ilmiöt → Naiset ja naisuus	Erilaisuuden hallinta → Sukupuolinäkökulma
Rosenberg, G., Holden, G. (1997): The Role of Social Work in Improving Quality of Life in the Community. <i>Social Work in Health Care</i> 25: 1–2, 9–22.	Hoito ja apu → Sosiaalityö	Hoidon kapeutuminen → Hoitavalla lääketieteellä pieni rooli terveyden edistämässä
Munch, S. (2002): Women's Experiences with a Pregnancy Complication. <i>Social Work in Health Care</i> 36: 1, 59–75.	Ilmiöt → Raskaus, adoptio ja hedelmöityshoidot	–
Melamed, S., Shalit-Kenig, D., Gelkopf, M., Lerner, A., Kodesh, A. (2005): Mental Homelessness: Locked Within, Locked Without. <i>Social Work in Health Care</i> 39: 1–2, 209–223.	Ilmiöt → Mielenterveys	–
Aviram, U. (2002): The Changing Role of the Social Worker in the Mental Health System. <i>Social Work in Health Care</i> 35: 1–2, 617–634.	Hoito ja apu → Sosiaalityö	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen Hoidon kapeutuminen → Sosiaalityön roolin heikkous, sosiaalisten tekijöiden huomioon ottamisen väheneminen
Bergart, A.M. (2000): The Experience of Women in Unsuccessful Infertility Treatment. <i>Social Work in Health Care</i> 30: 4, 45–69.	Ilmiöt → Raskaus, adoptio ja hedelmöityshoidot	Raskauden yrittämisen ”teknistyminen” voi artikkelin mukaan aiheuttaa kuormitusta naisille
Ashcroft, R., Van Katwyk, T. (2016): An Examination of the Biomedical Paradigm: A View of Social Work. <i>Social Work in Public Health</i> 31: 3, 140–152.	Hoito ja apu → Sosiaalityö	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen
Grigorovich, A. (2013): Long-Term Care for Older Lesbian and Bisexual Women: An Analysis of Current Research and Policy. <i>Social Work in Public Health</i> 28: 6, 596–606.	Ilmiöt → Ikääntyminen	Ikääntymisen medikalisaatioon liittyvä eriarvoisuus → Ikääntymistä pidetään sairautena itsessään, jolloin terveysongelmia ei hoideta asiallisesti Hoidon kapeutuminen → Byrokratian lisääntyminen, diagnoosikeskeisyys ja työn paloittelu suoritteiksi
Weerasinghe, S., Maddalena, V. (2016): Negotiation, Mediation and Communication between Cultures: End-	Muut → Medikalisaatio osana länsimaista kulttuuria	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen → Kulttuuri sivuutetaan

of-Life Care for South Asian Immigrants in Canada from the Perspective of Family Caregivers. <i>Social Work in Public Health</i> . Verkkojulkaisu 30.6.2016.		
McLaughlin, A.M. (2002): Social work's legacy: Irreconcilable differences? <i>Clinical Social Work Journal</i> 30: 2, 187–198.	Hoito ja apu → Sosiaalityö	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen Hoidon kapeutuminen → Sosiaalityön roolin heikkous, sosiaalisten tekijöiden huomioon ottamisen väheneminen
Krohn, D. (2013): The Three Fallacies: Evaluating Three Problematic Trends in Clinical Practice. <i>Clinical Social Work Journal</i> 41: 2, 192–204.	Hoito ja apu → Sosiaalityö	Hoidon kapeutuminen → Sosiaalityön psykoterapeuttisen lähestymistavan katoaminen
Sanville, J.B. (2000): Intracultural and intercultural dialogue in psychoanalytic psychotherapy and psychoanalysis. <i>Clinical Social Work Journal</i> 28: 4, 417–429.	Hoito ja apu → Psykoanalyttisen koulutuksen medikalisaatio (historiallinen huomio)	–
Lanier, P., Bollinger, S., Krueger, R.F. (2013): Advances in the Conceptualization of Personality Disorders: Issues Affecting Social Work Practice and Research. <i>Clinical Social Work Journal</i> 41: 2, 155–162.	Ilmiöt → Mielenterveys → Persoonallisuushäiriöt	Sosiaalisen ongelman yksilöllistyminen Hoidon kapeutuminen → Byrokratian lisääntyminen, diagnoosikeskeisyys ja työn paloittelu suoritteiksi
Wakefield, J.C. (2012): The DSM-5's Proposed New Categories of Sexual Disorder: The Problem of False Positives in Sexual Diagnosis. <i>Clinical Social Work Journal</i> 40: 2, 213–223.	Ilmiöt → Mielenterveys → Seksuaaliset häiriöt	Erilaisuuden hallinta → Artikkelit pohtii, että seksuaalihäiriödiagnooseilla ja terveydenhuollon edustajien näkemyksillä voisi olla merkitystä rikosoikeudessa, väärin diagnoosien ongelma
Lev, A.I. (2013): Gender Dysphoria: Two Steps Forward, One Step Back. <i>Clinical Social Work Journal</i> 41: 3, 288–296.	Ilmiöt → Transseksuaalisuus	Erilaisuuden hallinta Stigma (huom. artikkeli esimerkki medikalisaatiokritiikin ongelmista, sillä lääketieteellinen kehitys toisaalta mahdollistaa sukupuolen korjaamisen)
Fulton, P.R. (2014): Contributions and Challenges to Clinical Practice from Buddhist Psychology. <i>Clinical Social Work Journal</i> 42: 3, 208–217.	Ilmiöt → Mielenterveys → Suru	Avun mahdollistuminen Vastuun ja autonomian väheneminen Turha hoito
Phillips, D.G. (2013): Clinical Social Workers as Diagnosticians: Legal and Ethical Issues. <i>Clinical Social Work Journal</i> 41: 2, 205–211.	Hoito ja apu → Sosiaalityö	–

LIITE 3 ”Medikalisaation käsitteelliset yhteydet – kategorioita ja alakategorioita numeroina”

YHTEYDET (139 yhteyttä/126 artikkelissa):

ILMIÖT	HOITO JA APU	KÄSITYKSET JA KOKEMUKSET	MUUT
72	33	21	14

ILMIÖT (72):

MIELENTERVEYS	36
RASKAUS, ADOPTIO JA HEDELMÖITYSHOIDOT	8
NAISET JA NAISEUS	8
LAPSIIN KOHDISTUVA VÄKIVALTA	7
IKÄÄNTYMINEN	5
TRANSSEKSUAALISUUS	1
HOMOSEKSUAALISUUS	1
SAATTOHOITO	1
VAMMAISUUS	1
C-HEPATIITTI	1
MEDIKALISAATION ILMIÖ YLEISESTI	3

HOITO JA APU (33):

SOSIAALITYÖ	17
MIELENTERVEYSPALVELUT	8
PÄIHDEPALVELUT	2
ASUNNOTTOMIEN PALVELUT	1
KOTIPALVELUT	1
PITKÄAIKAINEN SAIRAALAHOITO	1
PSYKIATRIEN KOULUTUS	1
PSYKOANALYYTTINEN KOULUTUS	1
YLEISLÄÄKÄRIN PALVELUT	1

ILMIÖT: MIELENTERVEYS (36):

TRAUMA	6
NUORTEN ONGELMAT	3
SURU	3
PERSOONALLISUUSHÄIRIÖT	2
PÄIHDERIIPPUVUUS	2
RASISMI	2
VÄKIVALTAINEN KÄYTÖS	2
ADHD	1
AUTISMIN KIRJO	1
MASENNUS	1
MUNCHAUSEN BY PROXY	1
SEKSUAALISET HÄIRIÖT	1
SKITSOFRENIA	1
MIELENTERVEYSONGELMAT YLEISESTI	10

KÄSITYKSET JA KOKEMUKSET (21):

KOKIJOIDEN JA LÄHEISTEN KÄSITYKSET JA KOKEMUKSET	11
SAIRAUSKÄSITYKSET LEHDISSÄ	4
TERVEYSMÄÄRITELMÄT	4
TYÖNTEKIJÖIDEN KÄSITYKSET JA KOKEMUKSET	2

MUUT (14):

TIETEELLISEN TUTKIMUKSEN MEDIKALISAATIO	6
MEDIKALISAATIO JA LÄNSIMAINEN KULTTUURI	2
KODIN TEKNOLOGISOITUMINEN	1
POTILAIEN TEKEMÄ SOMATISOINTI	1
SEKSUAALISILLE KUVILLE ALTISTUMINEN	1
ULRICH BECKIN SOSIOLOGIA	1
VANHEMPIEN KÄYTÖS SOSIAALISESSA MEDIASSA	1
VIRHEELLINEN KÄSITE	1

LIITE 4 ”Medikalisaation seuraukset – kategorioita ja alakategorioita numeroina”

Seurauksia 89 artikkelissa. 37 artikkelissa ei seurausta, vaan medikalisaatio kuvaavassa neutraalissa merkityksessä jossakin yhteydessä.

SEURAUKSET (140 seurausta/89 artikkelissa):

SOSIAALISEN ONGELMAN YKSILÖLLISTYMINEN	54
HOIDON KAPEUTUMINEN	27
ERILAISUUDEN HALLINTA	18
VASTUUN JA AUTONOMIAN VÄHENEMINEN	8
STIGMA	7
AVUN MAHDOLLISTUMINEN	5
HOIDOLLINEN ERIARVOISUUS	4
TURHA HOITO	4
VASTUUN KASVAMINEN (BIOMEDIKALISAATIO)	4
MEDIKALISAATIO AIHEUTTAA ONGELMALLISEN KÄYTÖKSEN	2
VASTUUN KASVAMINEN PROBLEMATISOINTI (BIOMEDIKALISAATIO)	1
MUUT	8

SOSIAALISEN ONGELMAN YKSILÖLLISTYMINEN (54):

RAKENTEIDEN SIVUUTTAMINEN	19
KULTTUURITEKIJÖIDEN SIVUUTTAMINEN	7
PERHEEN JA LÄHIYHTEISÖN SIVUUTTAMINEN	1
TARKEMMIN MÄÄRITTELEMÄTTÄ	27

HOIDON KAPEUTUMINEN (27):

LÄÄKEHOITOKESKEISYYS	8
MEDIKALISOITUNUT TUTKIMUS TUOTTAA VÄÄRIÄ KÄSITYKSIÄ TOIMIVASTA AVUSTA	6
BYROKRATIAN LISÄÄNTYMINEN, DIAGNOOSIKESKEISYYS JA TYÖN PALOITTELU	5
MUUT	8