

Logoterapia ja medikalisaatio

Anne Niiles-Mäki

Medikalisaatiolla tarkoitetaan ”lääketiedeinsti-
tuutioiden kasvua sekä
elämäntapahtumien ja
poikkeavuuden lääketie-
teellistämistä. Medikalisaatioprosessissa lää-
ketieteen valta laajenee alueille, joita ei ole
aikaisemmin pidetty lääketieteellisinä.” (Tuom-
mainen ym. 1999, s.15.) Vaikka logoterapeu-
tista tutkimusta medikalisaation ulot-
tumisesta tajunnan henkisen ulottuvuuden
häiriöiden hoitoon ei juurikaan ole olemas-
sa, oli Viktor Frankl jo aikanaan sitä mieltä,
että psyykenlääkkeiden ja psykiatristen me-
todien määrääminen potilaalle tuntematta ja
kuuntelematta potilasta jarrutti psyykkisesti
sairaiden potilaiden paranemista, kun taas
potilaiden kuunteleminen ja heidän kanssaan
keskusteleminen edisti sitä. Frankl’n mukaan
henkilön sairaus ei tee hänen mielipiteistään
sen väärempiä kuin muidenkaan (terveiden)
mielipiteistä, ja tämän vuoksi sairastavaa
henkilöä olisi kuunneltava, sillä juuri hän –
eivätkä lääkärit – on oman tilanteensa asian-
tuntija ja pystyy ottamaan kantaa tilantee-
seensa. Kuten Frankl asian ilmaisee, ”*kaksi
plus kaksi on yhteensä neljä, vaikka asian-
toeasi paranoidi potilas*” (Frankl 2000, s.75).¹

Frankl’n ajoista maailma on muuttunut
vielä medikalisoivampaan suuntaan. Nyky-
yhteiskunnassa erityisesti psyykenlääkkeiden
määräminen ja käyttäminen on lisääntynyt
todella huolestuttavasti. Tämän ovat onnek-
si huomanneet Suomessakin muutamat har-
vat psykiatrit ja psykoterapeutit, etunenässä
psykiatri Ben Furman, joka kirjoitti psyyken-
lääkkeiden liiallisen määräämisen ja käytön
haitallisuudesta Helsingin Sanomien pääkir-
joituksessa 19.3.2017, kts. [http://www.hs.fi/
paakirjoitukset/art-2000005132976.html](http://www.hs.fi/paakirjoitukset/art-2000005132976.html)

Vaikka Furman puhuu kirjoituksessaan
psykiatristista potilaista ja psyykkisistä häi-



Anne Niiles Mäki

riöistä, on selvää, että osa
näistä psykiatrisiksi poti-
laiksi ja psyykkisistä häi-
riöistä kärsiviksi luokitel-
luista ihmisistä kärsii itse
asiassa tajunnan henki-
sen ulottuvuuden häiriös-
tä, joita ovat tarkoituksen
kokemiseen liittyvät vää-
ristymät. Tärkeää onkin
ymmärtää se, että psyykenlääkkeiden mää-
räämisen ja käytön ongelmat koskevat yhtä
lailla niitä ihmisiä, jotka kärsivät tajunnan
henkisen ulottuvuuden häiriöstä, mutta joi-
ta ei ole asianmukaisesti diagnosoitu. Näil-
lekin ihmisille määrätään psyykenlääkkeitä;
heidän kohdallaan ongelma lääkkeen käy-
töstä on vain huomattavasti pahempi kuin
tajunnan psyykkisen alueen häiriöistä kärsi-
vien ihmisten kohdalla. Psyykenlääkkeillä
ei ole mitään vaikutusta tajunnan henkiseen
ulottuvuuteen. Mutta jos häiriö on henki-
sessä ulottuvuudessa ja psyykinen ulot-
tuvuus on terve, psyykenlääkkeen käyttö
voi vaikuttaa todella haitallisesti tajunnan
psyykkiseen ulottuvuuteen, saaden aikaan
jopa käänteisvaikutuksen. Esimerkiksi tar-
koituksen menettämisestä kärsivä ihminen
(jolla ongelma löytyy itsen transsendenssin
psykiatrin vastaantotolla keskivaikeaa ma-
sennusta sairastavaksi henkilöksi. Hänelle
määrätään masennuslääkkeitä eli psykos-
timulantteja, joiden tarkoituksena on estää
aivojen välittäjäaineista serotoniinin (ns. SS-
RI-lääkkeet) tai serotoniinin ja noradrenaliin-
in (ns. SNRI-lääkkeet) takaisinotto.² Hen-
kilö, jonka häiriö ei ole psyykkisperustainen
(häiriö ei löydy tajunnan psyykkisestä ulot-
tuvuudesta) käyttää siis psykostimulantteja
tilanteessa, jossa välittäjäaineet ovat toimi-
neet normaalisti, mutta lääkkeiden käytön
vaikutuksesta toimivat nyt epänormaalisti,

vaikuttaen henkilön aivotoiminnan kaut-
ta psyykkisiin tuntemuksiin saaden aikaan
esim. masennuksen tunteen. Näin lääkkeet
ovat saaneet psyykkisesti terveellä ihmisellä
aikaan tilan, jossa alkuperäisen tarkoituk-
sen kokemiseen liittyvän vääristymän lisäk-
si henkilön psyykkisessä ulottuvuudessa on
syntynyt uusi häiriön tuntemus, masennus.

Henkilö kärsii siis masennuksesta ja tar-
koituksen menettämisestä, joista kumpaa-
kaan ei ole hoidettu, vaan nimenomaan ta-
hattomasti ylläpidetty lääkityksen avulla
(Götzsche 2016, s.119-120). Jos tähän vielä
lisätään mahdolliset lääkkeen käytön sivuva-
ikutukset³, voi tilanne johtaa noidankehään,
vaikka ko. tilannetta yritettäisiin (psyykkisen
ulottuvuuden kohdalla) saada haltuun psyko-
terapian avulla. Vaikka henkilöllä tajunnan
henkisen ulottuvuuden häiriö ilmenisi ma-
sentuneisuutena, ei ole olemassa mitään tut-
kimusaineistoa tai todistetta siitä, että tämä
ilmeneminen aiheuttaisi välittäjäaineiden epä-
normaalia välittymistä hermosolusta toiseen.
Ei myöskään ole mitään tutkimusaineistoa tai
todistetta siitä, että välittäjäaine-epätasapaino
aiheuttaisi psyykkisen sairauden.⁴

Monet psykiatrit, psykologit ja tutkijat
ovat sitä mieltä, että vanhasta välittäjäaine-
epätasapainon teoriasta olisi jo aika pääs-
tää eroon, sillä teoria ei pysty selittämään
mielenterveyshäiriöiden etiologiaa (Davies
2015, s.145-147). Koska teoria ei selitä
mielenterveyshäiriöiden etiologiaa, on vaa-
rallista olettaa, että teorian pohjalta kehite-
tyt psykostimulantit ja neuroleptit voisivat
vaikuttaa auttavasti mielenterveyshäiriöis-
sä. Itse asiassa, monilla psyykenlääkkeillä
on todettu olevan yhteyttä itsemurhiin tai
itsemurhayrityksiin niiden käytön aikana tai
heti käytön lopettamisen jälkeen.⁵ Medika-
lisaation näkökulmasta tämä tarkoittaa sitä,
että teoria, johon lääkeinstituutioiden aukto-
riteetti mielenterveyshäiriöiden hoitamisessa

on perustunut, on tutkitusti hataralla poh-
jalla. Geenitutkimuksen kohdalla on edetty
viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana
suurin harppauksin. Vuonna 2013 tehdyssä
tutkimuksessa⁶ kartoitettiin 33 000 potilaan
ja 28 000 verrokin geeniperimää ja löydet-
tiin yhtäläisyyksiä sellaisten ihmisten geen-
muotojen taustalta, joilla oli todettu skitso-
frenia, autismin kirjon sisällä oleva häiriö,
kaksisuuntainen mielialahäiriö, vakava ma-
sennus tai ADHD. Tutkimus on merkittävä
laajuudeltaan ja tuloksiltaan, mutta se ei ker-
ro mitään tietyn mielenterveyshäiriön synty-
mekanismista vaan vain siitä, että löydetyn
geenimuodon omaavalla ihmisellä voi olla
suurempi riski sairastua ko. häiriöihin kuin
jonkin muun geenimuodon omaavalla ihmi-
sellä. Pikemminkin geenitutkimuksessa piilee
erityisesti mielenterveyshäiriöiden alkuperän
tutkimisen suhteen vaara: geenitutkijat voi-
vat olettaa, että mielenterveyshäiriöitä (joiksi
monet tajunnan henkisen ulottuvuuden häi-
riötkin on luokiteltu) voidaan ennustaa gee-
nikartoituksella tai niitä voidaan tulevaisuu-
udessa ehkäistä geenimutaatioilla. Tämä on
äärimmäistä reduktionismia, jossa oletetaan
tajunnan toimintaperiaatteiden olevan onto-
logisesti samaa kuin ihmisen biologia. Ta-
junnan sekä psyykkisen että henkisen ulot-
tuvuuden toimintaperiaatteet ovat kuitenkin
laadullisesti ja etiologisesti jotakin aivan
muuta kuin aivot tai geenit, eikä niitä voida
palauttaa biologiaan tai materiaan.

Luonnontieteissä käytettävän kausaliite-
tin mallin ulottuminen ihmistutkimukseen
– kuten välittäjäaine-epätasapainon teori-
an soveltaminen mielenterveyshäiriöiden
hoitoon ja geenitutkimuksen tulosten so-
veltaminen mielenterveyshäiriöiden enna-
koimisessa ja ehkäisemisessä – saa aikaan
ihmisen redusoinnisen materiaaliseksi olen-
noksi, jonka materiaa manipuloimalla pyri-
tään poistamaan tai ehkäisemään jo etukä-

teen epäterveeksi luokiteltua käyttäytymistä ja toimintaa. Medikalisaation näkökulmasta geenitutkimus tarkoittaa uusia tapoja puuttua ihmisen käyttäytymiseen ja toimintaan jo elämänkaaren alusta (tulevaa ennustavasti) tai uutta elämää vasta suunniteltaessa (ongelmien ”ehkäiseminen” geenimanipulaatiolla). Tämä siis tarkoittaa sitä, että se käyttäytyminen ja toiminta, joka on diagnosoitu joko DSM 5:n⁷ tai ICD 10:n⁸ tautiluokituksen perusteella (epänormaaliksi), pyrittäisiin tulevaisuudessa kokonaan poistamaan. Sekä DSM 5 että ICD 10 ovat medikalisaation tähän asti kauneimpia kukkia (ennen seuraavia versioitaan): molemmissa tautiluokitus on paisunut niin laajaksi, että pätevänkin psykiatrin on vaikea hallita häiriöiden kirjon tuntemusta. Molemmissa tautiluokituksissa häiriöiden kuvaukset ovat myös niin kaikenkattavia, että kuka tahansa kuvauksia lukiessaan voisi asettaa itsensä monenkin häiriön malliesimerkiksi (Götzsche 2016, s. 329.). Maailmassa ei liene ihmistä, joka ei sopisi ainakin yhteen DSM 5:n ja ICD 10:n tautiluokituksen kategorioista. Mitä tämä sitten kertoo nykymaailmastamme? Elämme aikaa, jossa medikalisaatiosta on tullut uusi uskonto: ihmisen elämään kuuluvat tapahtumat ja poikkeamat on lääketieteellistetty redusoidulla ne abnormaaleiksi fysikaalisiksi ilmiöiksi, joita on (tietysti) hoidettava lääketieteen keinoin, ellei niitä pystytä jo etukäteen ehkäisemään lääketieteen keinoin. Medikalisoituneesta maailmasta on 2000-luvulla tullut se dystopia, jota 1980- ja 1990-luvuilla Suomessakin ennustettiin.⁹

Tie ulos medikalisaatiosta on olemassa, ja se löytyy logoteoreettisen ajattelun avulla. Havainnollistaakseni väitettäni kertaan lyhyesti ja yksinkertaisesti tärkeimmät luovassa esitetyt huomiot kuvaillakseni esimerkiksi omaisesti sitä harhaanjohtavaa tietä, jota pitkin nyky-yhteiskunnassa kuljetaan. Medikalisoitunut yhteiskunta niputtaa tajunnan psyykkisen ja henkisen ulottuvuuden häiriöt yhteiseksi ’mielenterveyshäiriöt’-ni-

mikkeeksi; edelleen mielenterveyshäiriöiden syntyä pidetään kiinnitetynä ihmisen biologiaan (nykykäsityksen mukaan aivojen välittäjäaineisiin tai geeneihin). Tajunnan psyykkisen ulottuvuuden ominaislaadut jätetään häiriöitä diagnosoitaessa vain alaviitteiksi epikriisiin, tajunnan henkisen ulottuvuuden ominaislaatuja ei edes tunnusteta tai tunnusteta. Psykiatrin on saatava tunnustettua potilaansa häiriö niin, että häiriölle sopiva hoito voidaan aloittaa. Tunnistus tapahtuu auktorisoitujen tautiluokitusjärjestelmien (ICD 10 ja DSM 5) avulla. Tunnistuksen ja hoitotavan perusteella valittu lääkitys vaikuttaa somaattisten vaikutusten lisäksi jollakin tavalla käyttäytymiseen, mielialaan ja toimintaan.

Sen, ovatko vaikutukset suotuisia vai epäsuotuisia, päättää hoitava lääkäri. Jos vaikutukset ovat hoitavan lääkärin mielestä suotuisia, hoitoa jatketaan samalla lääkkeellä. Jos vaikutukset ovat hoitavan lääkärin mielestä epäsuotuisia, lääke vaihdetaan toiseen. Mitkä tahansa muutokset potilaan käyttäytymisessä tästä eteenpäin diagnosoidaan lääkityksestä johtuviksi tavalla tai toisella. Muutosten tarkkailua varten potilaalle on määrätty terapiaa, jossa terapeutti keskustelun tai toiminnan avulla koettaa saada selville, tapahtuuko muutoksia, ja miten nämä muutokset korreloivat määrätyn lääkityksen kanssa.

Tuntuiko tutulta? Edellä mainitulla tavalla hoidetaan – ja tuleekin hoitaa – monia somaattisia tai psykosomaattisia sairauksia¹⁰, joiden synty todellakin kiinnittyy ihmisen biologiaan. Ensimmäinen harha-askel edellä kuvatussa havainnollistuksessa otettiin tajunnan psyykkisen ja henkisen ulottuvuuden häiriöiden niputtamisessa yhteen. Kummallakin ulottuvuudella on omat toimintaperiaatteensa ja ominaisuutensa, näistä johtuen myös erilaiset häiriönsä. Toinen harha-askel oli oletus, että nämä häiriöt olisivat syntyperustaltaan kiinnittyneet biologiaan. Tajunnan psyykkinen ja henkinen ulottuvuus ovat toki aina kiinni biologiassa, siis kehossa, mutta häiriöiden redusointi aivojen välittäjäaine-

epätasapaino-lähteiseksi tai geenimuoto-lähteiseksi on ontologinen virheoletus. Kolmas – ja ehkä jopa vakavin – harha-askel otettiin häiriön tunnistamisessa. Koska psykiatrin on saatava tehtyä diagnoosi potilaastaan hoitoa (joka nykyisin merkitsee valitettavan usein psyykenlääkitystä) varten, hän käyttää tautiluokitusjärjestelmiä, joista yleensä löytyy jokaiselle jotakin. Joskus käy myös niin, ettei täysin sopivaa diagnoosia heti löydy. Tällaisessa tapauksessa psykiatrin on oman ammattikunniansa vuoksi löydettävä jostakin potilaan häiriöön sopiva diagnoosi, joka ilmestyykin yleensä aika pian ongelman tullessa julkisesti ammattikunnassa esiin. Mutta koska on selvää, että monet häiriöistä ovat intersubjektiviisilähtöisiä (psyykkinen ulottuvuus) tai situaatiolähtöisiä (henkinen ulottuvuus), ei näitä häiriöitä pidäkään löytyä tautiluokitusjärjestelmästä, joka keskittyy intrasubjektiviisiin (psyykkisen ulottuvuuden sisäisiin) häiriöihin.

Esimerkkinä tällaisesta itseriittoisesta diagnosoinnista, joka kieltää muut mahdollisuudet kuin intrasubjektiviiset häiriöt, on seuraava kaavio diagnosointiprosessista (teoksessa: Pathology and the Postmodern 2000, s. 91). Prosessissa tietty kliininen alku-peräisluokitus (josta kuvaus tautiluokituksessa) potilaan häiriölle ei pädekään, sillä psykiatri havaitsee potilaalla lisäksi tautiluokitukseen kuulumatonta poikkeamaa, josta ei löydy kuvausta. Uuden häiriötyypin diagnoosi tautiluokitukseen tuleekin pian ko. psykiatrin kuvattua julkisesti – esim. alan aikakauslehdessä - potilaansa häiriötä. Tautiluokituksessa olevan kuvauksen ulkopuolisia selittäviä tekijöitä ei huomioida.

Neljäs harha-askel – diagnoosin teon jälkeen – on hoitoon sopivan lääkityksen määrääminen. Tämä harha-askel liittyy läheisesti diagnosointiin: jos diagnoosi onkin väärä, lääkitys ei paitsi tehoa, vaan myös saattaa aiheuttaa aivan uusia häiriöitä. Jos diagnoosi on oikea, lääkityksellä on vaikutuksia, mutta vaikutukset voivat olla myös tuhoisia poti-

laalle. ” - *Lääkkeiden sivuvaikutukset tulkitaan usein virheellisesti uusiksi sairauksiksi. Yhden lääkkeen määrääminen saattaa siis johtaa toisenlaisen lääkkeen määräämiseen ja niin edelleen. Jos psykoosilääke esimerkiksi tekee potilaasta saamattoman ja masentuneen, hänelle määrätään masennuslääkettä; masennuslääkityksen aikana hänelle saattaa kehittyä maanisia oireita, mikä johtaa psykoosilääkkeen määräämiseen.*” (Götzsche 2016, s.38.) Tämän vuoksi potilaalle pitäisi määrätä (mahdollisen lääkityksen lisäksi) aina myös terapiaa. Viides harha-askel löytyi siitä, kuka arvioi lääkityksen vaikutuksen suotuisuutta tai epäsuotuisuutta. Potilas on aina oman olotilansa paras tuntija, tämän vuoksi hänen tulisi itsearvioida omaa olotilaansa ja sen muutoksia ja kertoa arvioistaan ja tuntemuksistaan lääkärille, jonka tulisi ottaa nämä tuntemukset tosissaan. Lääkäri ei voi arvioida potilasta pelkän kliinisen tutkimuksen ja käyttäytymisen perusteella; jos näin tehdään, jää varmasti suuri osa potilaan oireista ymmärtämättä, kuten edellä esitetty kaavio diagnosointiprosessista osoittaa. Tämä myös tarkoittaa sitä, että väärä diagnooseja tehdään jatkuvasti, koska potilaan kertomaa ei ole kuunneltu tai otettu vakavasti.

Kuudes harha-askel oli se, että kaikki muutokset potilaan käyttäytymisessä lääkityksen aloittamisen jälkeen arvioitiin lääkityksen aiheuttamiksi. Tosiasiassa ei ole tarkkaa tietoa siitä, miten psyykenlääkkeet vaikuttavat ihmisiin, muutoin kuin somaattisesti. Tämä somaattinen vaikutus näkyy ihmisen käyttäytymisessä (uneliaisuutena, aggressiivisuutena, ylivilkkautena, toivottuna ”normaalina käyttäytymisenä” tai niin edelleen), mutta ei välttämättä tajunnan psyykkisessä ulottuvuudessa eikä ainakaan tajunnan henkisessä ulottuvuudessa. Tästä päästään esimerkiksi kuvailun viimeiseen, seitsemänteen harha-askeleeseen: terapiaa käytetään lääkityksen aloittamisen jälkeen tukitoimenpiteenä potilaan käyttäytymisen muu-

tosten havaitsemiseen. Tämä olisi terapian suoranaista aliarviointia. Asiansa osaava terapeutti – psykoterapeutti, psykoanalyttikko, filosofinen terapeutti tai logoterapeutti – osaa kohdata asiakkaansa arvostavassa ilmapiirissä, jossa asiakas uskaltaa kertoa tilanteestaan ja tuntemuksistaan pelkäämättä tai häpeämättä. Terapeutti on se, jonka pitäisi ymmärtää, että asiakkaassa ulkoisesti tapahtuvat muutokset (käyttäytymisessä, ilmeissä, puheessa) eivät vielä kerro hänen voinnistaan koko totuutta. Koko totuuden tietää vain asiakas, joka ei osaa tai pysty auttamaan itseään. Terapeutin tehtävänä on ottaa jokainen asiakas ainutlaatuisena ihmisenä, joka kärsii, ja pyrkiä ymmärtämään ja auttamaan häntä. Terapian tulisi olla huomattavasti lääkitystä suuremmissa roolissa tajunnan häiriöiden hoidossa, sillä vasta sitä kautta ihmistä autetaan kokonaisvaltaisesti, huomioiden ihmisen kaikki olemuspuolet: kehollisuuden, situationaalisuuden ja psyykkis-henkisen tajunnallisuuden. Mahdollisen lääkityksen tulisi olla vain tukitoimi, jotta terapia onnistuisi. Lääketieteellisessä lähestymistavassa huomioidaan valitettavasti vain kehollinen olemuspuoli, jossa häiriö ilmenee somaattisina oireina ja vaikuttaa ulkoisina muutoksina ihmisen käyttäytymisessä, ilmeissä, eleissä ja puheessa. Pelkkä kehollinen lähestymistapa ei kuitenkaan auta ihmistä, joka kärsii tajunnan psyykkisen ulottuvuuden tai henkisen ulottuvuuden häiriöstä. Sanonta ”terve sielu terveessä ruumiissa” tulisikin kääntää toisin päin, ”terve ruumis terveessä sielussa”, sillä tajunnan henkinen ulottuvuus toimii kaikilla ihmisillä samojen toimintaperiaatteiden mukaisesti, eivätkä nämä toimintaperiaatteet voi sairastua. Vasta ristiriita jomman kumman toimintaperiaatteen ja tilanteen välillä saa aikaan tarkoituksen kokemiseen liittyvän vääristymän, joka ilmenee käyttäytymisessä erilaisin tavoin. Ilman tarkoituksen vääristymää elävä ihminen toteuttaa tarkoituksiaan, ja kokee tarkoituksellisuuden kautta myös elämänha-

lua, josta seuraa koko oman olemassaolon kokeminen tyydyttäväksi. Vaikka henkilöllä olisi hyvinkin vakava fyysinen vamma tai somaattinen tila/sairaus, voi oman olemassaolon kokeminen tuntua tyydyttävältä ja näkyä hänen elämänhalunaan.¹¹

Logoteoreettinen tie ulos medikalisaatiosta tapahtuu oivaltamalla henkisen ulottuvuuden olemassaolo ja käyttämällä sitä. Olisi utopistista olettaa, että yhteiskunnassa tapahtuisi kovinkaan nopeasti muutosta siihen, että ihminen nähtäisiin muiden kuin medikalisoivien silmälasien läpi. Muutosta kuitenkin koko ajan tapahtuu, kiitos valistuneiden filosofien, tutkijoiden, psykiatrien ja terapeuttien ympäri maailmaa. Esimerkiksi Suomessa jo vuonna 1967 psykiatri Yrjö Alanen kehittämällään ryhmäperheterapiamallilla ja 1990-luvulta lähtien psykoterapian professori Jaakko Seikkula Avoimen dialogin menetelmällään ovat saaneet aikaan hyviä hoitotuloksia skitsofreniapotilailla lähes ilman psykotrooppisia lääkkeitä (Göttsche 2016, s.202-203 ja Seikkula & Alakare 2004, s.289-296.)

Muutoksen avaimena ovat yksilöt, jotka oivaltavat olevansa terveitä, vaikka olisivat fyysisesti sairaita, psyykkisestä häiriöstä kärsiviä tai tarkoituksen kokemiseen liittyvästä vääristymästä kärsiviä. Se terve ydin, mikä jokaisella ihmisellä on, on tajunnan henkisen ulottuvuus. Henkisestä ulottuvuudesta käsin jokainen voi päättää, miten suhtautua omaan tilanteeseensa, ja löytää niitä tarkoituksia, joita toteuttaessaan palvelee myös muiden hyvinvointia. Elämänhalu, oman olemassaolon tyydyttäväksi kokeminen ja onnellisuus ovat tarkoitusten toteuttamisessa saatavia bonuksia. Tällaista näkökantaa puolustaa myös Hanlie van Wykin tutkimus, jossa testattiin mm. tarkoituksellisuuden kokemisen ja vitaaalisuuden (elämänhalun) yhteyttä (van Wyk 2011, s. 92-93, 113-114 ja 116-118). Van Wykin tutkimuksessa ilmeni tarkoituksellisuuden kokemisen ja vitaaalisuuden vahvan korrelaation lisäksi, että tarkoituksellisuuden kokemukset tuottavat

vitaalisuutta, mutta vitaaalisuus ei välttämättä tuota tarkoituksellisuuden kokemusta. Vitaaalisuus ilman tarkoituksellisuuden kokemusta tarkoittaa van Wykin mukaan maanista energiaa, ”draivia”, joka liittyy enemminkin ihmisen ulkopuolella olevaan tilanteeseen tai tapahtumiseen kuin hänen sisäisiin kokemuksiinsa, ja se pitää sisällään myös muita (ihmisen ulkopuolelta tulevia) vaikuttavia tekijöitä. Tarkoituksellisuuden tuottama vitaaalisuus on van Wykin mukaan ihmisen sisäisten tekijöiden aikaansaamia pyrkimyksiä, jotka synnyttävät elämänhalua. (van Wyk 2011, s.116.)

Ihmisen elämäntapaan kuuluvia tapahtumia ei tulisi lääketieteellistä yli lääketieteen alueen rajojen, eikä uskotella, että jokainen (terve) reaktio vaikeissa tapahtumissa ja tilanteissa olisi poistettava, ehkäistävä tai vaimennettava lääkityksellä. Tärkeämpää olisikin oivaltaa, että jokainen ihminen kokee oman maailmassa-olemisen-paikkansa ja muiden-kanssa-olemisen-paikkansa eri tavoin erilaisissa elämäntapahtumissa, ja tämän kokemisen tavan ymmärtäminen – ei poistaminen, ehkäiseminen tai vaimentaminen – toisilla ja hyväksyminen itsellä on lähtökohtana elämän eteenpäin kuljettamiselle toivottuun suuntaan (Walton 2001, s.287). ■

Viitteet

1. Esim. Frankl 2000, s.75 ja Frankl 1978 s.93-95 & 119-120.
2. Kts. esim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00039
3. joita voivat olla muun samanaikaisesti käytettävän lääkkeen pitoisuuden suurentuminen elimistössä, pahoinvointi, ripuli, vatsavaivat, motorinen levottomuus, ahdistuneisuus, kiihtyneisyys, unettomuus, väsymys, itsemurha-ajatusten lisääntyminen, seksuaalisen halun, kiihottumisen tai erektion heikentyminen, verenvuotoalttius, vapina tai voimakas hikoileminen. (lähde: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00039)
4. Davies 2015, s. 136-147.
5. Esim. Healy 2004, s. 239 ja 240 FDA:n (US Food and Drug Administration) taulukko sekä s. 243 DSRU:n (Drug Safety Research Unit UK) taulukko tiettyjen psykeeniäkkeiden ja itsemurhien/itsemurhayritysten korrelaatiosta.
6. Kts. Serretti & Fabbri 2013: Shared genetics among major psychiatric disorders, *The Lancet* ja uutinen tutkimuksesta osoitteessa <http://www.tohtori.fi/?page=7236802&id=3654506>
7. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, uusien versio vuodelta 2013. Amerikkalainen mielen-terveyshäiriöiden diagnosointi-

ja luokittelujärjestelmä. Kts. tarkemmin <http://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

8. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, uusien versio vuodelta 1994 (uudempi versio ICD 11 otetaan käyttöön 2018). Euroopassa käytettävä, WHO:n kehittämä mielen-terveyshäiriöiden diagnosointi- ja luokittelujärjestelmä. Kts. tarkemmin <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf?ua=1>
9. Esim. kirjassa ”Medikalisaatio – aikamme sairaus” 1999 (Tuomainen, Myllykangas, Elo, Rynnänen).
10. Tietysti sillä erotuksella, että psykiatriin tilalla on useimmiten yleislääkäri tai keuhon liittyvien sairauksien erikoislääkäri, terapia voi olla kuntoutusta tai fysioterapiaa ja diagnosoinnin apuna käytetään esim. ICPC-2 perusterveydenhuollon luokitusjärjestelmää; kts. esim. <https://www.thl.fi/documents/10531/123923/AvoHILMO-koulutus%20ICPC-luokitus%202010.pdf>
11. Hyvänä esimerkkinä tästä toimii Viktor Frankl itse ja lukuisat muut keskitysleirin kauhujäsenet. Lue Frankl 1978: Ihmisyden rajalla.

Lähteet

- Carlat, Daniel 2010: *Unhinged: The Trouble with Psychiatry – a doctor’s revelations about a profession in crisis*, Free Press, London
- Davies, James 2015: *Hajalla – Onneton totuus psykiatrian nykytilasta*, Basam Books Oy, Helsinki
- Frankl, Viktor 1978: *Ihmisyden rajalla*, Otava Keuruu
- Frankl, Viktor 2000: *Recollections – An Autobiography*, Basic Books, USA
- Göttsche, Peter C. 2016: *Tappava psykiatria ja lääkinnän harha*, Sitruuna Kustannus Oy
- Healy, David 2004: *Let them eat Prozac – The Unhealthy Relationship between the Pharmaceutical Industry and Depression*, New York University Press, USA
- <http://www.hs.fi/paakirjoitukset/art-2000005132976.html>
- <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80324/15c30d65-2b96-41d7-ac8-1a05a8a0a19.pdf?sequence=1>
- <http://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00039
- <http://www.tohtori.fi/?page=7236802&id=3654506>
- <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf?ua=1>
- <https://www.thl.fi/documents/10531/123923/AvoHILMO-koulutus%20ICPC-luokitus%202010.pdf>
- Pathology and the Postmodern – Mental Illness as discourse and experience (edited by Dwight Fee) 2000, SAGE Publications, Atheneum Press, UK
- Seikkula, Jaakko & Alakare, Birgitta 2004: *Avoim dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitajärjestelmässä*, Duodecim (<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo94071.pdf>)
- Serretti, Alessandro & Fabbri, Chiara 2013: *Shared genetics among major psychiatric disorders*, *The Lancet* Vol. 381, No 9875, s.1339-1341
- Tuomainen Raimo, Myllykangas Markku, Elo Jyrki ja Rynnänen Olli-Pekka 1999: *Medikalisaatio – aikamme sairaus*, Vastapaino, Tammer-Paino Oy Tampere
- van Wyk, Hanlie 2011: *In Search of A Revised Model of Health: Exploring the Relationship Between Meaning And Health*, A Dissertation in Psychology, University of South Africa
- Walton, Jo Ann 2001: *The Lived experience of mentall illness*, teoksessa: *Handbook of Phenomenology and Medicine*, Kluwer Academic Publishers, Netherlands