

LÄÄKETIETEELLISEN PSYKIATRIAN JA PSYKOANALYYSIN PSYKOOSIKÄSITYS

Ilari Nevala
Syventävien opintojen kirjallinen työ
Tampereen yliopisto
Lääketieteen yksikkö
Maaliskuu 2015

Tampereen yliopisto
Lääketieteen yksikkö

NEVALA ILARI: LÄÄKETIETEELLISEN PSYKIATRIAN JA PSYKOANALYYSIN
PSYKOOSIKÄSITYS

Kirjallinen työ, 35 s.
Ohjaaja: LL Pertti Hämäläinen

Maaliskuu 2015

Avainsanat: Lacan, paradigma, tieteenteoria

Psykoosi on psykiatrinen käsite, joka määritellään toisistaan hyvinkin poikkeavilla tavoilla eri yhteyksissä. Tieteenteoreettisen tarkastelun avulla voidaan hahmottaa tieteen viitekehyksiä, joiden perusteella käsitteen merkitys muodostuu. Lääketieteellisessä psykiatriassa psykoosi määritellään potilaan ilmentämien oireiden yhdistelmänä. Keskeisiä oireita ovat aistiharhat ja harhaluulot, jotka johtavat todellisuuden tajun häiriintymiseen.

Biologisesti painottuneessa psykiatriassa psykoosia aiheuttavien sairauksien syntymekanismeja selitetään aivojen hermoyhteyksien ja välittäjäainejärjestelmien poikkeavuuksilla, joiden syntymiseen vaikuttavat perimä ja ympäristötekijät. Monitekijäisten ja erilaisilla oirekuvilla ilmenevien psykoosisairauksien yhtenäistä biologista selitysmallia ei kuitenkaan ole keksitty.

Lacanalaisessa psykoanalyttisessä teoriassa kokemuksellinen todellisuus määritellään yhteisen kielen välityksellä rakentuneeksi mielikuvaksi. Ihminen kehittyy kielellä ajattelevaksi ja tietoiseksi subjektiksi vuorovaikutuksessa toisiin ihmisiin. Yhteisen kielen omaksuminen on edellytys jaetun todellisuuden kuvan muodostamiselle, ja psykoottisella subjektilla se ei ole toteutunut. Psykoosin toteamisessa olennaista on havainnoida potilaan tapaa käyttää kieltä.

Sekä lääketieteellinen psykiatria että psykoanalyysi tarjoavat hyödyllisen näkökannan psykoosiin. Biologisten selitysmallien keskeinen merkitys on lääkehoitojen kehittäminen. Lacanalainen psykoanalyysi avaa kielen ja vuorovaikutuksen merkitystä psykoosissa ja mahdollistaa puheen välityksellä tapahtuvan hoidon. Näkökantojen yhdistäminen antaa parhaan tiedollisen pohjan niin teoreettiselle ymmärrykselle kuin käytännön hoidon toteutukselle.

Sisältö

Johdanto	1
1 Tieteenteoria, psykiatria ja psykoosi	3
1.1 Heijastusteoria vastaan konstituutioteoria	3
1.2 Kuhnin paradigman käsite ja yhteismitattomuus	6
1.3 Psykoosikäsitykset ja paradigmat psykiatriassa	8
2 Psykoosi lääketieteellisessä psykiatriassa	11
2.1 Kuvaileva diagnostiikka	12
2.2 Psykoosin diagnoosit	13
2.3 Skitsofrenian etiologian teoriat	14
2.4 Psykoosi biologian ja psykologian rajamailla	17
3 Lacanilainen psykoanalyysi ja psykoosi	18
3.1 Lacanilaiset peruskäsitteet	19
3.2 Identiteetin kehitys ja subjektin rakenne	21
3.3 Vieraantuminen ja separaatio	22
3.4 Psykoottinen subjektin rakenne ja kieli	25
4 Pohdinta	29
Käsitteiden selitykset	32
Lähteet	33

Johdanto

Länsimaisen lääketieteen menestys perustuu sairauksien biologiseen selitysmalliin ja vertailevien tutkimusten tuottamaan tietoon tehokkaista hoitomenetelmistä. Psykiatriassa syitä mielen sairauksille on biologian lisäksi etsitty mielen rakenteista, perheen sisäisestä vuorovaikutuksesta ja yhteiskunnasta. Viime vuosikymmenien aikana myös psykiatriassa keskeiseen asemaan on noussut biologiaa painottava lähestymistapa, jota nimitän tutkimuksessani *lääketieteelliseksi psykiatriaksi*. Kyseessä on reduktionistinen näkemys, jossa yhteiskunnalliset, kulttuuriset ja sosiaaliset tekijät pyritään redusoimaan neurobiologisiin ja geneettisiin muutoksiin. Keskittyminen yksinomaan biologisten syiden tutkimukseen tekee lääkeellisten hoitomuotojen tehokkaan kehittämisen mahdolliseksi, mutta johtaa kapeaan näkökulmaan monitekijäisten sairauksien ymmärryksessä. Voisiko avoimempi teoreettinen viitekehys auttaa psyykkisten häiriöiden käsitteellistämässä? Tieteenteoreettisen tarkastelun avulla tieteen toimintatapoja voidaan havainnollistaa ja sen kautta edistää tietoisuutta eri tieteenalojen merkityksestä ja tieteen kehityksen tavoista (Alanen, Sintonen, Hyyppä & Järvillehto 2003, 11-12).

Psykoosi on häiriö, joka nykyaikaisessa lääketieteessä luokitellaan sen taustalle oletettujen syiden perusteella useiden eri sairauksien oireeksi. Elimellisessä ja kemiallisessa psykoosissa voidaan kliinisesti osoittaa taustalla jokin fysikaalinen ilmiö, jolloin sairaus luokitellaan somaattiseksi. Psykiatrian alaan kuuluvat psykoosisairauksien tyyppiesimerkki skitsofrenia sekä joukko muita psykoottisia häiriöitä, joiden fysikaalista aiheuttajaa ei tiedetä. Varsinaisten psykoosisairauksien syntymekanismi eli etiologia on yhä epäselvä, eli sitä ei ole pystytty redusoimaan biologisiin tekijöihin. Etiologiaa pohtivissa teorioissa painotus on genetiikalla ja aivojen kehityksen häiriöillä, jotka voivat ennustaa riskiä sairauden kehittymiselle (Lönnqvist, Henrikson, Marttunen & Partonen 2014, 154-165).

Psykoanalyttinen lähestymistapa on nimensä mukaan psyykekeskeinen. Sen mukaan häiriöiden syitä voidaan teoreettisen pohjan ja terapeutin keskustelun avulla havaita psyyken rakenteessa, joka muodostuu vuorovaikutuksellisissa suhteissa muihin ihmisiin ja ympäristöön. Psykoanalyysi sai alkunsa Sigmund Freudin (1856–1939) ajatuksista ja on myöhemmin kehittynyt ja eriytynyt toisistaan hyvinkin poikkeaviksi teoreettisiksi ja käytännöllisiksi ajatusmalleiksi. Psykoanalyysi

ymmärretään teoreettisena viitekehyksenä mielen rakentumisesta ja toiminnasta, sekä käytännön hoitomuotona, joka ei rajoitu vain perinteisen psykoanalyysin menetelmiin vaan nivoutuu kaikkiin vuorovaikutuksellisen terapian muotoihin. Jacques Lacanin (1901–1981) kehittämä mielen teoria pohjautuu Freudin ajatteluun ja yhdistää siihen tietoa muilta tieteenoilta, erityisesti kielitieteestä ja filosofiasta. Lacanilaisessa teoriassa keskeistä on kielen rakenteen merkitys yhteisöllisen *subjektin* ja tiedostamattoman mielen kehityksessä sekä psykoanalyttisessa hoidossa. Psykodiagnostiikassa lacanilainen teoria toimii luokittelua yksinkertaistavana synteessinä, jonka perusteella psyyken oireet voidaan johtaa kolmesta erilaisesta subjektin rakenteesta. Psykoottisessa rakenteessa subjekti ei ole omaksunut yhteisön yhteistä kieltä eikä sen myötä jaettua käsitystä ympäröivästä todellisuudesta (Kurki 2008, 172).

Tutkimuskysymykseni on psykoosin määritelmä tieteenteorian, psykiatrian ja psykoanalyysin viitekehyksissä. Kyseessä on psykiatrian filosofiaa ja tieteenteoriaa tutkiva työ, jossa metodina on kriittinen kirjallinen analyysi. Tutkimukseni jakautuu neljään osaan. Ensimmäisessä luvussa tarkastelen tieteen kehityksen teoriaa ja psykiatrian tieteenteoreettisia perusteita. Keskeisiä lähteitani ovat Veikko Pietilän (1983) *Miten tiede kehittyi?*, Thomas S. Kuhnin (1994) *Tieteellisten vallankumousten rakenne* ja Pentti Alasen ym. (2003) *Lääketiede ja tieteenteoria*. Toisessa luvussa käsittelen biologisesti painottuneen psykiatrian lähestymistä psykoosiin ja skitsofrenian etiologiaan. Keskeisenä lähteenäni on Jouko Lönnqvistin ym. (2014) toimittama *Psykiatria*-oppikirja, jonka lisäksi tutkin tarkemmin kirjassa kuvattuja käsityksiä aiheeseen liittyvistä tutkimusjulkaisuista ja katsausartikkeleista. Kolmannessa luvussa tarkastelen psykoosia lacanilaisen psykoanalyttisen teorian pohjalta. Lähteitani ovat Lacanin (2006) *Écrits*, Bruce Finkin (1995, 1997) *The Lacanian Subject* ja *A Clinical Introduction to Lacanian Psychoanalysis*, Paul Verhaeghen (2009) *Normaaliudesta ja muista mielenhäiriöistä*, Jacques-Alain Millerin (1981, 1997) toimittamat *The Seminar of Jacques Lacan: Book XI* ja *Book III* sekä aiheeseen liittyvät artikkelit *Psykiatria*-lehdessä. Viimeisessä luvussa vertailen lääketieteellisen psykiatrian ja psykoanalyysin käsityksiä psykoosista ja pohdin niiden merkitystä teoreettisen ymmärryksen ja käytännön työn kannalta.

Tutkimusta tehdessäni olen lääketieteen lisensiaatin opintojeni loppuvaiheessa. Opintoihin sisältyvän psykiatrian opetuksen olen kokenut korostavan yksipuolisesti biologisia selitysmalleja, ja opiskeluaikani kehittyneet käsitykseni mielenterveyden häiriöistä tunteen riittämättömiksi. Psykoosi on havainnollistavasti käsite, jonka psykiatrinen määritelmä on enemmänkin herättänyt mielessäni kysymyksiä kuin saanut aikaan ymmärrystä häiriön luonteesta. Psykoanalyttisen teorian näen potentiaalisena välineenä, jonka avulla psykoosia ja muita psykiatrian alan käsitteitä voidaan

hahmottaa. Käsitteellistämisen uskon mahdollistavan potilaiden henkilökohtaisen tilanteen paremman ymmärtämisen, joka on edellytys toimivan vuorovaikutussuhteen muodostamiselle niin terveyskeskustyössä kuin erikoissairaanhoidossa. Tarkoitukseni tässä tutkimuksessa on selventää itselleni ja lukijalle erilaisten psykiatristen ajatustapojen tieteellistä pohjaa ja käsitystä psykoosin luonteesta. Toivon, että työni auttaa yhdistämään näiden eri näkemysten tietoa kattavammaksi kokonaisuudeksi.

1 Tieteenteoria, psykiatria ja psykoosi

Lääketieteen filosofisia perusteita ei käsitellä lääkäreiden peruskoulutuksessa lainkaan. Kyseessä on käytännöllinen ja soveltava luonnontiede, jonka piiriin tieteenteoreettisen analyysin ei perinteisesti katsota kuuluvan. Lääketieteen tieteellisissä kirjoituksissa tieteenteoreettisia oletuksia ei yleensä lainkaan kyseenalaisteta tai edes tiedosteta. Tieteen opetuksessa ja harjoittamisessa on kuitenkin aina lähtökohtaisesti valittu kanta filosofian keskeisiin kysymyksiin. Tieteen kehityksen kannalta myös näihin lähtökohtiin suuntautuva arviointi on tarpeellista. Tieteenteoreettinen kehitys ja itseymmärryksen lisääminen tapahtuvat tuomalla esiin ne olettamukset, joiden pohjalta tieteessä tiedostamattomasti toimitaan. (Alanen ym. 2003, 11-12.) Seuraavaksi kuvailen yleisiä tieteellistä toimintaa ohjaavia rakenteita ja niiden vaikutuksia psykiatriaan.

1.1 Heijastusteoria vastaan konstituutioteoria

Tieteenteorian tutkimuskenttää voidaan jäsenellä tietoteoreettisten perusorientaatioiden avulla. Tällöin tieteen kehitystä kuvaavat teoriat jaotellaan sen mukaan, mikä on niihin sisältyvä näkemys tieteellisen tiedostamisen luonteesta. Tiedon lähteen perinteistä kahtiajakoa edustavat *empirismi* ja *rationalismi*. Pietilä (1983, 5) kirjoittaa: ”Empirismin mukaan tiedon lähde tai sen viimekätinen perusta on tiedostavan subjektin *tiedostettavasta objektista* saamissa kokemuksissa kun taas rationalismin mukaan se on *tiedostavassa subjektissa* itsessään.” Tiedon lähdettä määrittelevinä käsitteinä ne eivät kuitenkaan kuvaa tiedostuksen *kehitystä*, joka tapahtuu tiedostavan subjektin ja tiedostettavan objektin välisenä vuorovaikutuksena. Tieteen kehitystä selittävässä teorioissa tiedostavalla subjektilla tarkoitetaan tieteen käytäntöä, jota tieteen harjoittajat kollektiivisesti toteuttavat. Subjektin suhde tiedostettavaan objektiin on aina välittynyt. Teoriat eroavat toisistaan erityisesti tavoissa, joilla tuo suhde määritellään. Vuorovaikutusta hahmottaessaan tiedostuksen

kehittymisen teorit painottavat enemmän subjektin tai objektin merkitystä, vastapuolta kuitenkin kokonaan unohtamatta.

Pietilä (1983, 5-7) nimeää yhden tieteenteorian vastakkainasetteluista *heijastusteorian* ja *konstituutioteorian* väliseksi. Näkemyksiä voidaan luonnehtia niin, että edellisen mukaan tiedostuksen kohde heijastuu tiedostavaan subjektiin, kun taas jälkimmäisen mukaan subjekti tulkitsee tiedostettavaa kohdetta. Heijastusteoriassa painotetaan tiedon objektiivisuutta, ja tiedon perimmäiseksi lähteeksi mielletään tiedostavasta subjektista riippumaton objektiivinen todellisuus. Vaikka tiedostus olisikin subjektin kautta välittynyt, voidaan subjektiivinen vaikutus poistaa tiedon kasaantuessa pitkällä aikavälillä. Tiede tulkitaan prosessiksi, jossa objektiivista todellisuutta kuvaava tieto kehittyy jatkuvasti paremmin kohdettaan vastaavaksi eli lähestyy totuutta. Näkemyksessä totuus on ennalta asetettu päämääräksi, jonka olemassaolo voidaan hahmottaa jo tilanteessa, jossa nykyinen tieto ei vielä vastaa totuutta. Siten käsitys tieteen kehityksestä on *teleologinen* eli päämääräsuuntautunut. Ajatus tieteestä suoraviivaisena, totuutta lähestyvänä prosessina on houkutteleva. Sen mukaisesti tieteellinen yhteisymmärrys ei millään ajan hetkellä voi olla varsinaisesti virheellinen, vaan se on korkeintaan epätarkka versio tulevaisuuden tarkemmasta ja hienostuneemmasta tiedosta.

Vastakkaisena näkemyksenä *konstituutioteoria* painottaa enemmän subjektin osuutta tiedon muodostuksessa. Todellisuuden tiedostamisen ymmärretään tapahtuvan aina tulkintakehyksessä, jonka tiedostava subjekti on omaksunut. Tällöin kehyksistä riippumattoman todellisuuden määrittäminen on mahdotonta, eikä tieteen voida ajatella lähestyvän jotain ennalta määrättyä ajatusta totuudesta. Tieteen kehitys tapahtuu tulkintakehysten vaihtumisena. Kehykset nähdään yhteismitattomina, eli aiempaa kehystä ei voida sisällyttää uudempaan. Kehyksen vaihduttua myös aiemmat havainnot tulkitaan muuttuneen subjektin näkökulmasta, jolloin myös itse tieto on muuttunut. Konstituutioteoriassa tiedostuksen kohde ei ole subjektista riippumaton objektiivinen todellisuus, vaan tulkintakehyksen mukaan *konstituoitu* käsitys todellisuudesta. Erilaisissa konstituutioteorian käsityksissä tulkintakehyksen muodostumiseen vaikuttavat tieteen sisäiset rakenteet tai ulkopuoliset yhteiskunnalliset ja kulttuuriset tekijät. Tieteen määrittely muuttuvaksi tiedostuksen muodoksi, joka havainnoi yhtä lailla muuttuvaa käsitystä todellisuudesta, tekee mahdottomaksi arvioida kuinka kaukana totuudesta tieto milloinkin on. (Pietilä 1983, 149.)

Esittämäni vastakkainasettelu kuvaa tieteenteorian alalla käytyä keskustelua erilaisten tiedostuksen ja tieteen kehityksen teorioiden pätevyyydestä. Nykyään monet tieteenteoreettiset mallit pyrkivät

yhdistämään heijastusteorian ja konstituutioteorian näkökulmia. Käytännön tieteenaloilla, kuten lääketieteessä, kohdatut ongelmat ohjaavat usein asennoitumista ja tieteellistä toimintaa enemmän kuin filosofinen pohdinta. *Näyttöön perustuvassa lääketieteessä* (evidence-based medicine) kaksoissokoutetun ja satunnaistetun vertailukokeen tuottama tieto mielletään jossain määrin todellisuutta heijastavaksi, mutta kokeen suorittajien henkilökohtaiset tavoitteet ja odotukset tiedostetaan mahdollisiksi tietoon vaikuttaviksi tekijöiksi konstituutioteorian mukaisesti. Vertailevista tutkimuksista saadun tilastollisen tiedon merkitys yksittäiselle hoitopäätökselle on myös aina tulkitsijasta riippuvainen, ja päätös perustuu enemmän todennäköisyyksien arviointiin kuin ehdottomaan tietoon. Tiedon objektiivisuus on nykyaikaisen lääketieteellisen tutkimuksen ennalta asetettu päämäärä, joka käytännössä yritetään saavuttaa havaintoja tekevien subjektien määrää lisäämällä. Filosofista perusongelmaa subjektin ja objektin suhteesta ei kuitekaan voida tieteellisesti ratkaista, vaan tieteessä valitaan tutkimuskohteen ja menetelmien määrittelyn kautta asennoituminen ongelmaan. Tieteenteoriassa asennoitumisen syitä ja seurauksia pohditaan filosofisen ajatteluperinteen mukaisesti ja suhteessa tieteen historialliseen kehitykseen.

Psykoosia koskeva heijastusteorian ja konstituutioteorian välinen jako liittyy erityisesti siihen, millaiseksi ilmiöksi psykoottinen sairaus tai psykoosi oireyhtymänä tulkitaan. Heijastusteorian mukaan ilmiö on itsenäinen eli esiintyy tarkastelijasta riippumatta ja voidaan tieteen kehittyessä määritellä aina totuudenmukaisemmin. Esimerkiksi skitsofrenia voidaan näin olettaa sairaudeksi, joka on esiintynyt omalta puoleltaan samanlaisena läpi ihmiskunnan historian, ja erilaiset käsitykset *hulluudesta* kuvastavat vain edellisten sukupolvien puutteellista ymmärrystä sen luonteesta. Konstituutioteoreettisesti psykoosi ja skitsofrenia ovat olemassa vain siinä tulkintakehyksessä ja yhteiskunnassa, joissa ne määritellään. Ilmiön luonne ei tällöin ole ensisijaisesti ilmiössä itsessään, vaan siihen vaikuttavat vähintään yhtä paljon määrittelevän tahon asenteet ja tavoitteet. Niin hulluus kuin psykoosikin nivoutuvat yhteiskunnallisiin valta-asemiin totuutta ja moraalialueita koskevissa kysymyksissä. Esimerkiksi henkilön nimeäminen hulluksi tai psykoottiseksi luo asetelman, jossa hänen esittämänsä ajatukset ovat oletusarvoisesti vääriä ja voidaan sivuuttaa hoidosta päätettäessä. Psykoosin hoitoa voidaan arvioida sen tavoitteen kannalta: onko tarkoituksena vapauttaa potilas kokemastaan kärsimyksestä vai saada hänet hyväksymään hoitoa toteuttavan tahon *oikea* käsitys todellisuudesta? Yksilön tasolla psykoosi on suhteellinen ilmiö, joka ilmenee elämäntilanteesta riippuen eri tavoilla ja samalla henkilöllä lievempänä tai vaikeampana eri aikoina. Kahtiajako psykoottiseen ja ei-psykoottiseen häiriöön ei useinkaan ole selvä, mikä johtaa diagnostiikan vaikeuteen ja erilaisten *rajatila* kuvaavien tautinimikkeiden käyttöön.

1.2 Kuhnin paradigman käsite ja yhteismitattomuus

Thomas S. Kuhn (1962) kuvaa teoksessaan *The Structure of Scientific Revolutions* tieteen kehitystä *paradigman* rajaamana *normaalitieteenä* ja paradigman vaihtumisina tieteellisten vallankumousten kautta. Kuvaus on vastakkainen tieteellisen tiedon kasautumisen näkemykselle, jossa oletetaan, että syntyvät uudet teoriat ovat tarkempia ja yleispätevämpiä kuvauksia todellisuudesta, ja että vanhat hyväksytyt teoriat säilyttävät yhtäpitävästi totuudenmukaisuutensa rajoitetussa tarkastelukohteessa. Tieteen historiallinen kehitys kuitenkin osoittaa oletuksen virheelliseksi tieteen vallankumouksien yhteydessä. Esimerkiksi Newtonin dynamiikka sellaisenaan ei ole yhtäpitävä Einsteinin dynamiikan kanssa edes rajoitettuna erikoistapauksena. (Kuhn 1997, 110-114.) Kuhn käyttää paradigman käsitettä useissa asiayhteydestä riippuvaisissa merkityksissä. Tässä tutkimuksessa käsite ymmärretään pääosin kahdella tavalla. *Sosiologinen paradigma* tarkoittaa ”kokonaista uskomusten, arvojen, tekniikoiden ja niin edelleen joukkoa, jonka tietyn [tieteellisen] yhteisön jäsenet jakavat” (em., 185). *Konstruktio paradigma* tarkoittaa tieteellisen yhteisön toimintaa ohjaavia konkreettisia esimerkkejä tieteellisten ongelmien ratkaisemisen menetelmistä. Niiden avulla alan opiskelija ohjataan paradigman suuntaamaan ajattelumalliin. (em., 197.)

Normaalitiede kuvaa tieteen vaihetta, jossa tietoa kasataan paradigman määrittelemissä rajoissa. Normaalitieteen paradigmaa ei yhteisön sisällä tiedosteta, ja sen oletukset jäävät tieteellisen pohdinnan ulkopuolelle. Paradigma sanelee yhteisön käsityksen todellisuudesta ja siitä, miten havainnot suhteutetaan olemassaolevaan teoriaan. Esimerkiksi *kognitiivisen aivotutkimuksen* mukaan aivoissa havaittava muutos voi kausaalisesti selittää psyykkisen ilmiön syntyminen. Teoria perustuu *reduktionistiseen* näkemykseen, jonka mukaan psyykkinen toiminta on toissijaista ja voidaan johtaa yksinkertaisemmista aineellisista tekijöistä eli aivokudoksen biokemiallisista muutoksista. Havainnot teorian pohjalta tehdyissä empiirisissä tutkimuksissa voivat osoittaa *yhteyden* tietyn aivoalueen aktivoitumisen ja tunnetilan välillä. Ne eivät kuitenkaan vahvista *kausaliteettisuhdetta* muuten kuin ennalta määrättyssä teoreettisessa kehityksessä. Usein havaintojen kuitenkin katsotaan vahvistavan juuri niitä oletuksia, joiden pohjalta ne on tulkittu. (Alanen ym. 2003, 243-249.)

Paradigma rajaa tieteenalan ratkaistavat ongelmat: ”kulloisenkin normaalitieteen tutkimuskohteena on luonto sellaisena kuin tuon normaalitieteen perustana oleva paradigma luonnon sille antaa”

(Pietilä 1983, 232). Rajaus pakottaa sovittamaan havainnot ja teoriat etukäteen muotoiltuun kehikkoon. Samalla kuitenkin mahdollistuu tutkimuksen keskittämisen yksityiskohtaisesti ja syvällisesti kehikon kattamiin ilmiöihin. Normaalityteen pyrkimyksenä on *artikuloida* paradigmaa tarkemmaksi ja monipuolisemmaksi, jotta mahdollisimman moni ilmiö tulee sen kautta ymmärrettäväksi. Tarkentunut paradigma parantaa havaintojen ennustettavuutta, jolloin teorioiden pohjalta rakennetuissa koeasetelmissa voidaan odottaa tietynlaisia tuloksia. (Kuhn 1997, 48-50.) Ennustettavuuden lisääntyessä kasvaa myös todennäköisyys poikkeavuuden eli *anomalian* ilmaantumiseen, kun havaittu ilmiö ei sovikaan vallitsevan paradigman pohjalta rakennettuun teoriaan. Anomaliat yritetään selittää teoriasta johdettujen *ad hoc* -muunnosten avulla, mutta selitykset eivät saa koko yhteisön hyväksyntää. Kun useat tutkijat keskittävät huomionsa anomalian luomaan ongelmaan, heidän ratkaisuyrityksensä alkavat poiketa lähtöoletuksiltaan toisistaan, ja paradigmasta tulee kyseenalainen. Tiede ajautuu kriisiin, jossa uudet teoriat eivät enää ole edeltäjistään johdettavissa, eivätkä siten yhteismitallisia niiden kanssa. Tiedeyhteisön valtaosan hyväksynnällä teoriaehdokkaista valikoituu yksi, joka tieteen vallankumouksena vakiintuu uudeksi paradigmaksi. (em., 89-109.)

Vallankumousta edeltävien ja sitä seuraavien paradigmojen *yhteismitattomuus* on Kuhnin teorian keskeinen käsite. Uudet paradigmat käyttävät yleensä aiemmasta lainattua sanastoa, mutta käsitteiden merkitykset ja keskinäiset suhteet ovat muuttuneet. (Kuhn 1997, 158-160.) Esimerkiksi Einsteinin yleisen suhteellisuusteorian avaruus on painovoiman vaikutuksesta kaareutuva rakenne ja aika liikkeen suhteen muuttuva määre. Newtonin fysiikassa aika ja avaruus olivat absoluuttisia, muista ilmiöistä riippumattomia käsitteitä. Paradigman vaihduttua tieteenharjoittajat näkevät tutkimuskohteenaan olevan maailman eri tavalla: erilaisia ilmiöitä sisältävänä ja erilaisten luonnonlakien ohjaamana. Myös itse tiede eli sen standardit ja tutkimuskohteet määritellään eri tavoin eri paradigmoissa. Yhteismitattomuuden vuoksi ei ole olemassa yhteistä neutraalia kieltä, jolla kilpailevia paradigmoja voitaisiin vertailla ja osoittaa oikeaksi tai vääräksi. Tiede jakautuu yhteisöihin, joita erilaiset paradigmat rajaavat ja ohjaavat. Saman tieteellisen erikoisalan sisälläkin on koulukuntia, jotka lähestyvät samaa aihetta yhteismitattomista lähtökohdista. Ajatustenvaihto yhteisön sisällä on yhtenevän käsitteistön myötä sujuvaa. Yhteisön ulkopuolelle suuntautuessaan ajatustenvaihto on vaivalloista, altista väärinkäsityksille ja synnyttää herkästi erimielisyyksiä. (em., 186-187.)

1.3 Psykoosikäsitykset ja paradigmat psykiatriassa

Psykiatria on lääketieteen erikoisala, jonka tutkimuskohteena ovat mielenterveyden häiriöt. Psykiatrian tutkimuksen tavoitteena on luoda teoreettinen pohja oireiden ja etiologian väliselle suhteelle sekä kehittää käytännön työssä toteutettavia hoito- ja ehkäisykeinoja. Psykiatriassa keskenään kilpailevia paradigmoja on nähtävissä niin historiallisesti kuin nykyhetkessäkin. Paradigmoja ja koulukuntia erottavat erityisesti näkemykset häiriöiden sijainnin paikantamisesta (fysikaalinen–psykkinen ja yksilö–yhteisö -akseleilla), tiedon muodostamisen menetelmistä ja hoidon moraalista luonteesta. Perustavanlaatuiset näkemyserot tieteen kohteesta ja menetelmistä tekevät koulukuntien viitekehykset keskenään yhteismitattomiksi. Paradigmat mahdollistavat tutkimuksen tehokkaan suuntaamisen yhteisön määrittelemiin keskeisiin kysymyksiin, mutta vaikeuttavat yhteisöjen välistä kommunikaatiota ja erilaisten näkemysten neutraalia vertailua. ”Vaikka tutkimus etenee parhaiten kapealla tiedon alueella ja tuottaa yhä spesifisempää tietoa, psykiatrisessa hoidossa on tärkeää ylläpitää kokonaisvaltaista ihmiskuvaa ja biopsykososiaalista häiriökäsitystä.” (Lönnqvist ym. 2014, 22.) *Biopsykososiaalinen* sanana kuvastaa psykiatrian historiallista kehitystä: biologinen, psykologinen tai sosiaalinen lähestymistapa yksinään ei ole osoittautunut riittäväksi mielenterveyden häiriöiden selittämisessä, ja toisaalta yhtäkään niistä ei ole todettu tarpeettomaksi.

Psykoosin selitysmallien keskeinen jaottelu kohdistuu käsitykseen etiologisista taustasyistä ja oireiden luonteesta. Biologinen lähestymistapa nivoutuu somaattisen lääketieteen tapaan selittää oireet rakenteellisten ja biokemiallisten poikkeavuuksien perusteella. Psykiatriassa tämä näkyy biologisen paradigman lähtöoletuksena, että myös psyykkiset oireet voidaan osoittaa biologisista tekijöistä johtuviksi kunhan tutkimusmenetelmät tarkentuvat riittävästi. Pyrkimyksenä on tällöin määritellä psykiatrinen teoria samojen fysikaalisten ilmiöiden ja niiden tutkimusmenetelmien kautta kuin muukin biolääketiede. Tieteenteoreettisesti biologinen paradigma edustaa *positivismia*, jonka mukaan ainoa todellinen tieto maailmasta on havainnoista johdettuja yleisiä lainalaisuuksia, jotka pätevät samalla tapaa niin fysiikassa kuin ihmisten toiminnassakin (Bunnin & Yu 2004, 540). Positivismin mukaan myös psykoosi tulisi määritellä tulkitsijasta riippumattomina yleistettävinä lainalaisuuksina. Kattavan biologisen mallin puuttuminen kuvastaa vain tieteen keskeneräisyyttä. Kehityksen myötä tulee niin psykoosin kuin muidenkin ilmiöiden asettua siihen kehikkoon, joka tutkimusta suunnattaessa on valittu. Tutkimuskohteena biologinen malli sopii yhteen teknologisen kehityksen myötä syntyneiden tutkimusvälineiden, erityisesti aivojen kuvantamislaitteiden, kanssa.

Paradigmat syntyvät aina yhteiskunnallisessa kontekstissa, eivät pelkkien tieteellisten pyrkimysten seurauksena. Tavoiteltavat hoitokeinot ohjaavat luonnollisesti myös sairauden syntymekanismin tutkimuksen keskittämisen kohdetta. Lääkehoidon suunnitelmallisen kehittämisen edellytyksenä on biokemiallinen selitysmalli joko oireen tai tautiprosessin taustalla.

Biologian lisäksi psykoosia selittäviä malleja on rakennettu psykologian ja sosiologian viitekehyksissä. Psykologisissa lähestymistavoissa psykoosin taustalla olevat syyt hahmotetaan ensisijaisesti psyyken sisäisinä tai vuorovaikutuksesta syntyvinä rakenteina, joita eri koulukunnat vaihtelevasti painottavat. Erilaisista paradigmoista huolimatta koulukunnille yhteistä on pyrkimys oireiden merkityksen ymmärtämiseen potilaan elämäntapahtumien ja elinympäristön kontekstissa. Vuorovaikutuspsykologia painottaa perheyhteisön merkitystä mielenterveyden häiriöiden synnyssä, ja siihen liittyvän perheterapeuttisen lähestymistavan huomion kohteena on perheensisäisistä suhteista muodostuva järjestelmä. Sosiologinen näkemys nivoutuu psykologiaan vuorovaikutuksen merkityksen kautta ja laajenee kattamaan yhteiskunnan kokonaisuudessaan. Psykoosin syntymiseen vaikuttavia tekijöitä voidaan yksilön lisäksi etsiä ihmisyhteisöjen luomista konstruktioista, kuten yhteiskunnallisista rakenteista ja kulttuurista. Tutkimuskohteen myötä tieteenteoreettisena pohjana on tällöin *konstruktivismi*, eli tieteellinen tieto ymmärretään aina tietyn sosiaalisen yhteisön rakentamaksi malliksi, jonka avulla havaintoja jäsennetään jaetuksi todellisuuden kuvaksi (Bunnin & Yu 2004, 648). Tiedon merkitys riippuu sosiaalisesta ympäristöstä eikä siten ole suoraan yleistettävissä sen ulkopuolelle. Esimerkiksi teoriaa yhteiskunnallisen rakenteen vaikutuksesta psykoosin ilmenemiseen ei voida olettaa kyseisen yhteiskunnan ulkopuolella päteväksi.

Psykoanalyttiseen teoriaan ja kokemukseen perustuva yksilöpsykologinen lähestymistapa keskittyy erityisesti varhaisen vuorovaikutuksen merkitykseen mielen teoreettisten rakenteiden kehityksessä (Tähkä 1997, 21-22). Teorioissa kokemuksellisia ilmiöitä ja tiedostamattomia vaikuttimia kategorisoidaan ja jäsennetään malleiksi, joiden perusteella voidaan muodostaa yhteys potilaiden kehityksellisen taustan ja myöhemmin ilmenevien oireiden välillä. Yleisesti tällaisia malleja kutsutaan *psykodynaamisiksi* teorioiksi. Teoriat kuvaavat yleistyksiä mielenterveyden häiriöihin johtavista kehityskuluista, jotka analyttikon tai terapeutin tulisi kyetä suhteuttamaan kunkin potilaan henkilökohtaiseen tilanteeseen. Tulkitsijasta riippumattoman objektiivisen selitysmallin sijaan painotus on oireiden tulkinnassa ja sen myötä potilaan ymmärtämisessä, joka mahdollistaa terapeutin hoitosuhteen ja potilaan *vapauttavan kehitysprosessin* (Alanen 1993, 132-133). Psykoanalyysin paradigmaattisina oletuksina on tiedostamattomien psyykkisten ristiriitojen kausaalinen yhteys potilaan kokemiin oireisiin ja puheen välityksellä tapahtuvan

hoitoprosessin vaikutus ristiriitojen ratkaisemiseen (Laitinen 1981, 3-4). Psykoosin määritteleviä psykoanalyttisiä teorioita on useita, ja niiden käyttämä käsitteistö eroaa toisistaan huomattavasti. Tässä tutkimuksessa tarkastelen psykoosia erityisesti *lacanilaisen* psykoanalyysin kautta ja kolmannessa luvussa esitän teorian psykoottisen subjektin kehityksestä.

Freudin esittämässä mielen rakenteellisessa mallissa *viettipohja* (id) kuvaa perimmäisten viettien ohjaamaa tiedostamatonta mielen osaa, joka toimii itsekkäästi mielihyvää tavoitellen. *Minä* (ego) koostuu toiminnoista, jotka pyrkivät sopeutumaan ulkomaailmaan ja hallitsemaan viettipohjan haluja sosiaalisessa ympäristössä hyväksyttävällä tavalla. Tiedostettu minän osuus kuvaa käsitystämme itsestämme ulkopuolisesta ympäristöstä erotettuna. Tiedostamattomasti minä käyttää puolustusmekanismeja eli *defenssejä* suojaamaan tietoista itseä liialliselta ahdistukselta, jota viettipohjan halujen voimakkuus tai ristiriitaisuus aiheuttaa. Toimiessaan epätarkoituksenmukaisesti defenssit saattavat johtaa psyykkiseen oireiluun, esimerkiksi silloin kun torjunta estää traumaattisen kokemuksen käsittelyn. Freud määritteli psykoosin häiriöksi, jossa minä joutuu viettipohjan valtaamaksi eikä kykene enää sitoutumaan ulkoisen todellisuuden vaatimuksiin tai hahmottamaan itseään sen osana. (Alanen 1993, 52-55.) Toisaalta myös defenssejä on liitetty psykoosiin, jolloin *kieltäminen* on todellisuudentajun häiriintymisen taustalla ja *projektio* harhaluulojen aiheuttaja.

Psykoanalyttisessä *objektisuhdeteoriassa* mielen kehitystä kuvataan *itsen ja kehitysobjektien* välisenä vuorovaikutuksena. Vastasyntyneelle lapselle äitihahmo edustaa ensimmäistä objektia, jonka suhteen kokemus itsestä alkaa syntyä. Aluksi kokemus on *eriytymätön* eli lapsi kokee itsensä ja äitinsä symbioottisena ykseytenä. Kehityksen edetessä *eriytyminen* johtaa itsen ja objektin kokemiseen erillisinä kokemusmaailman osina ja objektien jaotteluun niihin yhdistyvän mielihyvän tai mielipahan perusteella. (Tähkä 1997, 38-66.) Kehityksen häiriintyminen tai vääristyminen voi johtaa erilaisiin mielenterveyden häiriöihin. Psykoosissa eriytyminen menetetään kokonaan tai osittain, jolloin sisäiset ja ulkoiset kokemukset sekoittuvat samoin kuin hyvän ja pahan assosiaatiot. (em., 213-214.)

Psykoosia käsittelevät teokset korostavat usein monialaisen, kokoavan ja integroivan näkemyksen tarpeellisuutta psykoottisten potilaiden hoidon kannalta. Cullberg (2005, 12) kuvaa psykoosia *fenomenologisena* käsitteenä, ”joka voidaan määritellä vain käyttäytymistermien avulla ja subjektiivisina kokemusmaailman muutoksina”. Biologisesti psykoosia ei ole voitu määritellä, vaikkakin biologisilla tekijöillä on selkeitä yhteyksiä psykoosin oireiden ilmenemiseen. Pelkästään biologisesti orientoitunut hoito edustaa siten vajavaiseen etiologiseen tuntemukseen perustuvaa

lähestymistapaa. Psykoterapia on toinen hoidollinen keino ja vaatii oman teoreettisen pohjansa. Cullberg (2005, 244-247) esittää, että paras hoitotulos saavutetaan, kun molempia hoitomuotoja voidaan käyttää dynaamisesti toistensa tukena. Yrjö Alanen (1993, 40-43) jakaa skitsofrenian viiteen kliinisessä työssä toteutuvaan lähestymistapaan: biolääketieteellinen, yksilöpsykologinen, vuorovaikutuspsykologinen, sosioekonominen sekä integroiva, jossa huomioidaan kaikki neljä edellistä tilanteen mukaisesti painotettuina. Alasen (ibid.) mukaan integroivan lähestymistavan kautta mahdollistuu kokonaisvaltainen ymmärrys, jonka avulla hoitoa voidaan toteuttaa yhtenevästi kaikilla edellä mainituilla osa-alueilla potilaan hyvinvointia tavoitellen.

2 Psykoosi lääketieteellisessä psykiatriassa

Aluksi kuvailen psykoosia pohjaten *Psykiatria*-oppikirjaan (Lönnqvist ym. 2014). Lääketieteen peruskoulutuksessa kirjaa käytetään psykiatrian opetuksen ensisijaisena materiaalina. Teoksessa psykoosi määritellään oireiltaan, hoidettavuudeltaan ja ennusteeltaan vakavaksi mielenterveyden häiriöksi. Psykoosille tunnusomaista on todellisuuden tajun häiriintyminen, eli psykoottisella henkilöllä on vaikeuksia erottaa, mikä on totta ja mikä ei. Oletettavasti ei-psykoottisilla henkilöillä erottelu on ongelmattonta, ehkä lukuun ottamatta metafysiikan pohdintaan taipuvaisia filosofeja. Psykoosin oireita ovat aistiharhat, harhaluulot, ajatusten ja puheen hajanaisuus sekä outo käyttäytyminen. Kun oireyhdistelmiä luokitellaan *diagnooseiksi*, keskeistä on koulutetun ammattihenkilön kokonaisvaltainen arvio potilaan vuorovaikutuksesta ja käyttäytymisestä suhteessa yksittäisiin oireisiin. Psykoosisairauksien luokittelu perustuu oirekuvan tyypilliseen ilmiäsuun, vaikeusasteeseen ja keston. Diagnoosien ja oirekuvien välinen yhteys on kuitenkin kyseenalainen: ”Diagnoosien pätevydestä, validiteetista ei ole kuitenkaan vahvaa näyttöä. Validiteettia tukisi se, että häiriöiden etiologiassa ja patogeneesissä olisi todettu selkeitä eroja, mutta tällaista näyttöä on hyvin vähän.” (em., 198-203.) Potilaan tilaa arvioivan tarkastelijan subjektiivinen tulkinta vaikuttaa väistämättä diagnostiseen luokitteluun. Esimerkiksi skitsotyyppisessä häiriössä ”henkilöllä on erikoisia ajatuksia, outoa käyttäytymistä, epäluuloisuutta ja epäasianmukaisia tunnereaktioita ilman, että kyse olisi kuitenkaan psykoosista” (em., 65-66). Erikoisuuden ja outouden objektiivinen määrittäminen lienee kuitenkin mahdotonta.

2.1 Kuvaileva diagnostiikka

Psykoosin määritelmä perustuu potilaan ilmentämien oireiden kuvailuun ja psykoosisairauksien luokittelu oireiden tyyppiin, vaikeusasteeseen ja keston. Määritelmässä häiriön etiologia ja potilaan elämäntilanne jätetään huomiotta. Psykiatrian tautiluokitusten kehittämisen tarkoituksena on ollut yhdenmukaistaa alan diagnooseja, jotka aikaisemmin poikkesivat toisistaan eri maissa ja sairaaloissa. Suomessa otettiin 1980-luvulla käyttöön American Psychiatric Associationin tuottama *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, jonka uusin versio DSM-5 julkaistiin vuonna 2013. Maailman terveysjärjestön ylläpitämä *International Classification of Diseases* muokattiin suomalaiseen käyttöön vuonna 1987. Kansallisena tautiluokituksena on vuodesta 1996 lähtien ollut ICD-10, jonka rinnalla DSM-luokitusta käytetään etenkin psykiatrian tutkimuksessa. (Helén, Hämäläinen & Metteri 2011, 32.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitos on julkaissut ICD-10:een pohjautuvan *Psykiatrian luokituskäsikirjan* (Komulainen, Lehtonen & Mäkelä 2012), joka sisältää diagnoosien nimikkeet, koodit, kuvaukset ja kriteerit. Tautiluokitusten vahvuutena on diagnoosien käännettävyys asiayhteydestä toiseen. Diagnostiset kriteerit toimivat oireiden tarkistuslistoina ja tarjoavat yhtenäisen rajauksen, jota voidaan käyttää niin tutkimuksessa kuin käytännön työssäkin. Luotettava epidemiologian tutkimus ja hoitojärjestelmien tehokkuuden vertailu onnistuu vain, jos tutkittavat häiriöt vastaavat toisiaan. Yhdenmukainen käsitteistö mahdollistaa tiedon siirtämisen eri koulukuntien ja tieteenalojen välillä. Toisaalta luokitukset ovat saaneet osakseen runsaasti kritiikkiä, joka on kohdistunut erityisesti diagnoosien pätevyYTEEN ja niiden merkitykseen hoidon valinnassa. (Helén ym. 2011, 32-34.)

Diagnoosinimeke on kuitenkin vain yksi näkökulma potilaan tilanteeseen. Verhaeghe (2009, 146-147) jakaa psykodiagnostiikan *kategoriseen* ja *partikulaariseen*. Kategorinen diagnostiikka vastaa lääketieteellisen psykiatrian tautiluokituksia tai psykoanalyttisen teorian yleistettäviä mielen rakenteen ongelmia. Partikulaarinen diagnostiikka tarkoittaa yksittäisen potilaan ainutlaatuisen tilanteen ja siihen vaikuttavien henkilöhistoriallisten tapahtumien ymmärtämistä ja suhteuttamista oireiden kehitykseen. Mielenterveyden häiriöissä korostetaan usein niiden monitekijäisyyttä: samaa oireyhtymää ilmentävien potilaiden oireiden taustalla olevat syyt voivat olla täysin erilaisia. Psykiatrisissa sairauksissa yleistä on myös *komorbiditeetti* eli useiden eri häiriöiden yhtäaikainen ilmeneminen samalla potilaalla. Ilmiön voidaan tulkita johtuvan psyykkisen sairastavuuden taipumuksesta kasaantua tai heijastavan nykyisen diagnostisen luokittelun heikkoa osuvuutta (Verhaeghe 2009, 39).

2.2 Psykoosin diagnoosit

Psykoottiset häiriöt kattavat joukon diagnooseja, jotka erotetaan toisistaan taustasyiden ja oireiden yhdistelmien perusteella. ICD-10-luokituksessa psykiatrisiksi häiriöksi määritellään diagnoosit, jotka kuuluvat ryhmään F20-F29 *skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt*. Mikäli psykoottisten oireiden taustalla on kliinisesti todettu somaattinen sairaus, häiriö määritellään *elimelliseksi aivo-oireyhtymäksi* (F06). Elimellisiin taustasyihin luetaan ensisijaiset aivojen sairaudet, vauriot ja toimintahäiriöt sekä toissijaisesti aivoihin vaikuttavat yleissairaudet, kuten aineenvaihdunnan häiriöt. *Dementiaan* (F00-F03) liittyy usein psykoottisia oireita, erityisesti harhaluuloja ja aistiharhoja. (Komulainen ym. 2012.) Muuten dementian oireissa painotus on muistin ja kognitiivisen toiminnan etenevässä heikkenemisessä. Psykoottisten oireiden luonne saattaa ohjata diagnoosia tietyn sairauden suuntaan; esimerkiksi näköharhat ovat tyypillisiä *Lewyn kappale -tautiin* liittyvässä dementiassa. Psykoaktiivisten *lääkkeiden ja päihteiden käytön aiheuttamat psykoosit* jaotellaan ryhmään F10-F19 kuuluviin diagnooseihin vaikuttavan aineen tai aineryhmän perusteella. Ne voivat olla ohimeneviä akuutteja päihtymystiloja tai pitkäkestoisempia jäännöstiloja. Diagnoosin edellytyksenä on tieto aineen käytöstä ja tieteellinen näyttö siitä, että kyseinen aine voi aiheuttaa psykoottisia oireita. (Lönnqvist ym. 2014, 65-66.)

Psykoosi on edustettuna myös muissa mielenterveyden häiriöissä. Mielialahäiriöissä psykoottisia oireita ilmenee häiriöiden vaikeimmissa muodoissa, jotka ICD-10:ssä ovat erillisinä alatyyppeinä, kuten psykoottinen mania (F31.2) ja psykoottinen masennus (F32.3). Dissosiaatiohäiriöihin liittyvillä *depersonalisaation* ja *derealisaation* käsitteillä kuvataan tilanteita, joissa henkilö kokee epätodellisuuden tai ulkopuolisuuden tunnetta suhteessa itseensä tai ulkoiseen ympäristöön. Tilaan voi liittyä aistiharhoja ja henkilön kokemaa epävarmuutta siitä, mikä hänen ympäristössään tai kokemusmaailmassaan on todellista ja mikä ei. Potilaan kokema epävarmuus on oleellinen, kun tilaa verrataan psykoosiin, jossa henkilö yleensä kokee aistiharhansa ja harhaluulonsa tosina. *Depersonalisaatio ja derealisaatio* -oireyhtymä luokitellaan DSM-5:ssä dissosiaatiohäiriöihin ja ICD-10:ssä *muiden neuroottisten häiriöiden* ryhmään (F48). Skitsotyyppinen eli psykoosipiirteinen persoonallisuushäiriö kuvaa pitkäaikaista, henkilölle luonteenomaista taipumusta outoon ja erikoiseen ajatteluun sekä käyttäytymiseen. Häiriössä henkilö ilmentää skitsofrenialle tyypillisiä poikkeavuuksia tavalla, joka ei vaikeusasteeltaan riitä varsinaisen psykoosin määritelmään. ICD-10:ssä skitsotyyppinen häiriö (F21) kuuluu skitsofreenisten häiriöiden ryhmään, erotuksena muista persoonallisuushäiriöistä (F60-F62). Diagnoosia ei suositella yleiseen käyttöön, koska rajanveto

skitsofreniaan ja toisaalta *paranoidiseen* persoonallisuushäiriöön on epäselvä. (Komulainen ym. 2012.) Psykoosiin liitetyt oireet muodostavat jatkumon, jonka ääripäässä on varsinainen psykoosiksi luokiteltu tila, joka voi ilmetä monien erilaisten psykiatristen sairauksien yhteydessä. Lievemmissä tai epämääräisemmässä muodossa samankaltaisia oireita esiintyy lähes kaikkialla mielenterveyden häiriöiden kentällä. Oireiden epäspesifisyys toimii yhtymäkohtana psykoanalyttiseen teoriaan, jonka mukaan aistiharhoja ja harhaluuloja esiintyy yhtä lailla neurooseissa kuin psykooseissakin. Psykoottisen rakenteen havaitseminen on diagnostiikassa tärkeää, joskin haastavaa, ja perustuu ensisijaisesti potilaan tapaan käyttää kieltä.

Keskeisin psykoosisairaus on *skitsofrenia*, joka ilmenee toistuvina psykoosijaksoina, joista potilas välillä toipuu osittain tai kokonaan. Tyypillisimmät skitsofreenisen psykoosin oireet ovat kuuloharhat, ajatusten häirintään liittyvät harhaluulot ja puheen hajanaisuus. Oirekuva vaihtelee potilaskohtaisesti ja voi sisältää monenlaisia havaintokyvyn, ajattelun, puheen, tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöitä. (Lönnqvist ym. 2014, 142-146.) *Skitsofrenistyyppinen häiriö* on nimensä mukaisesti oireiltaan skitsofreenisen psykoosin kaltainen, ja oirejakso kestää vähintään kuukauden mutta enintään kuusi kuukautta. Häiriön toistuessa tai pitkittyessä diagnoosi vaihtuu usein skitsofreniaksi. Alle kuukauden kestäviä psykooseja nimitetään erikseen *lyhytkestoiseksi psykoottiseksi häiriöiksi*. *Harhaluuloisuushäiriöiden* ryhmään kuuluvat tilat, joissa esiintyy todentuntuksia harhaluuloja ilman muita merkittäviä psykoosin oireita. Tunne-elämän häiriöiden korostuminen skitsofrenian oireiden yhteydessä viittaa *skitsoaffektiviseen häiriöön*, joka erillisenä diagnoosina on kuitenkin kiistanalainen. (em. 203-215.) Skitsofreniaankin liittyy usein masennusta ja joskus maniaa. Toisaalta psykoottisen manian jaksoja esiintyy kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä ja psykoottista masennusta tavataan itsenäisesti. Erotusdiagnoosiin vaikeudet luonnollisesti keskittyvät alueille, joissa erillisten tautinimikkeiden oireilmat osuvat päällekkäin. Ilman etiologian teoriaa jää psykoosikin monessa eri yhteydessä esiintyväksi oireiden kokoelmaksi.

2.3 Skitsofrenian etiologian teoriat

Skitsofrenian syntymekanismi on pitkään ollut keskeinen tutkimuskohde lääketieteellisessä psykiatriassa. Psykoottisten oireiden ilmeneminen vähintään kuukauden ajan on edellytyksenä skitsofreniadiagnoosille, lukuunottamatta kiistanalaista alatyyppeä *erityisosatekijätön skitsofrenia*. Psykoosin lisäksi skitsofreniaan yleensä liittyy negatiivisiksi kutsuttuja oireita, joita ovat puheen köyhtyminen, tahdottomuus, mielihyvän menetys ja tunneilmaisun latistuminen. (Lönnqvist ym. 2014, 138-139.) Tarkastelen skitsofrenian etiologiaa esimerkkinä biologisesti painottuneen

lääketieteen teorioista, joilla psykoosin syntymekanismeja selitetään.

Vallitsevan teorian mukaan skitsofrenian taustalla on aivojen kehityksellinen häiriö, jota ympäristötekijät voivat pahentaa. Kuvantamalla skitsofreniapotilaiden aivoissa on todettu rakenteellisia ja toiminnallisia muutoksia normaaliväestöön verrattuna. Niiden aiheuttajina pidetään ensisijaisesti perinnöllisiä tekijöitä, jotka vaikuttavat joko suoraan geenimuutoksina tai geenien ja ympäristön yhteisvaikutusten kautta. Gejmanin ym. (2010) mukaan skitsofreniaa sairastavien potilaiden lähisukulaisilla on moninkertainen riski sairastua skitsofreniaan, ja kaksostutkimuksissa skitsofreniapotilaan identtisellä kaksosella todettu sairastumisriski on 40-50% ja erimunaisella kaksosella 9-14%. Kuitenkin suurin osa skitsofreniasta ilmaantuu *sporadisesti* eli henkilöille, joiden lähisuvussa sairautta ei ole todettu. Perimän laajuisissa assosiaatiotutkimuksissa on löydetty tuhansia väestössä yleisesti esiintyviä geenimuutoksia, jotka yksittäin lisäävät sairastumisriskiä hyvin vähän, sekä muutamia erittäin harvinaisia muutoksia, jotka kasvattavat sairastumisriskin moninkertaiseksi. Nykykäsityksen mukaan geenimuutosten kasaantuminen yksilön perimässä saa aikaan alttiuden, joka muiden tekijöiden vaikutuksesta saattaa johtaa skitsofrenian ilmenemiseen (Lönqvist ym. 2014, 154-155).

Perimän ja perheympäristön vuorovaikutuksen merkitystä on arvioitu vertailevassa asetelmassa tutkimalla adoptoitujen lasten sairastuvuutta. Suomalaisessa adoptiotutkimuksessa (Tienari ym. 2004) skitsofreniaryhmän diagnoosin saaneiden äitien adoptioon antamia lapsia verrattiin sellaisiin adoptoituihin lapsiin, joiden biologisilla äideillä ryhmän diagnooseja ei ollut. Adoptioperheiden toimivuutta arvioitiin psykiatrin suorittaman tarkkailun ja haastattelun perusteella. Tienari ym. (2004) toteavat, että korkean geneettisen riskin lapsilla sairastuvuus skitsofreniaryhmän häiriöihin kasvoi huomattavasti, kun adoptioperheen toiminnassa havaittiin ongelmia. Terveiksi luokitelluissa adoptioperheissä geneettinen riski ei merkitsevästi lisännyt skitsofrenian ilmaantuvuutta, ja matalan geneettisen riskin lapsilla ongelmallinen perheympäristö yksinään ei lisännyt ilmaantuvuutta. Tulokset viittaavat siihen, että skitsofrenian ilmaantuvuudelle perimän ja ympäristön vuorovaikutus on huomattavasti tärkeämpi kuin kumpikaan tekijä itsenäisesti. Myös ympäristötekijöiden vaikutusmekanismeja on ehdotettu *geeniekspression* kautta välittyväksi. *Epigeneettinen säätely* kuvaa mekanismeja, jotka vaikuttavat geenien ilmentymiseen DNA:n emäsjärjestyksestä riippumatta. Epigenetiikkaa pidetään lupaavana ehdokkaana ympäristön ja perimän vuorovaikutuksen selittämisessä. Hallerin ym. (2014) mukaan epigenetiikan tutkimuksessa on skitsofreniaan liittyen saatu alustavia löydöksiä, joiden toistettavuus on kuitenkin ollut heikkoa.

Shepherdin ym. (2012) meta-analyysissä skitsofreniapotilailla on todettu ryhmätasolla merkitseviä eroja aivojen rakenteessa terveisiin ihmisiin verrattuna. Aivojen kuorikerroksen harmaan aineen määrä on hieman pienentynyt otsa- ja ohimolohkojen alueella, ja aivokammioiden tilavuus on suurentunut. Valkean aivoaineen eli hermosoluja yhdistävien viejähaarakkeiden vähentymistä on todettu niin ikään otsalohkoissa, ohimolohkoissa ja luotettavimmin aivopuoliskoja yhdistävässä aivokurkiaisessa. Osalla potilaista nämä muutokset voimistuvat sairauden edetessä, mutta yleistettävää yhteyttä ei ole osoitettu. Pitkäkestoisen antipsykoottisen lääkityksen käyttö on yhteydessä aivomuutosten etenemiseen. Toistaiseksi on epäselvää, heijastaako ilmiö lääkityksen vaikutusta itsessään vai vaikeampaan taudinkuvaan liittyvää lääkityksen tarpeen lisääntymistä. (Shepherd ym. 2012, 1351-1355.)

Aivojen toiminnallisilla kuvantamismenetelmillä on skitsofreniapotilailla havaittu poikkeavuuksia toiminnanohjaukseen kytkeytyvän prefrontaalikorteksin aktivaatiossa tehtävää suorittaessa ja limbisen järjestelmän aktivaatiossa tunneärsykkeiden yhteydessä. Todetuissa muutoksissa on runsaasti potilaskohtaista vaihtelua, ja edellä mainitut yleistyksiset on saatu ilmi laajojen potilasaineistojen tilastollisesta tutkimuksesta. (Haller ym. 2014.) Lääketieteellisen käsityksen mukaan skitsofrenian taustalla oleva neurobiologinen syy on aivojen konnektiivisuuden häiriö, joka johtaa tiedon käsittelyn vaikeuteen. Häiriö voi tilannekohtaisesti ilmentyä aivoalueiden ja niiden välisten radastojen yli- tai alitoimintana. (Lönnqvist ym. 2014, 160.) Konnektiivisuuden häiriön kehittymisen mekanismiksi on ehdotettu hermosolujen liitosten eli synapsien poikkeavaa karsitumista. Haller ym. (2014) esittävät mahdolliseksi taustasyiksi myös synapseja säätelevien välineuronien ja viejähaarakkeiden johtavuutta edistävän myelinisaation poikkeavuuksia.

Molekyyli-tason selityksiä on etsitty aivojen välittäjäaineiden pitoisuuksista. *Dopamiinihypoteesi* kehittyi 1960-luvulla ensimmäisten *antipsykoottisten* lääkkeiden käyttöönoton jälkeen. Useimmat antipsykootit salpaavat dopamiini-D₂-reseptoria, joten niiden psykoosioireita lievittävä vaikutus tukee ajatusta lisääntyneen dopamiiniaktiivisuuden merkityksestä skitsofreniassa. Dopamiinia synapsirakoon vapauttavien ja takaisinottoa estävien aineiden, kuten amfetamiinin, käyttö altistaa lyhytkestoiselle psykoosille. (Lönnqvist ym. 2014, 162.) Skitsofreniapotilailla on todettu lisääntynyt dopamiinin synteesi ja vapautuminen etuaivojen tyvitumakkeissa. Samoja muutoksia on havaittu potilaiden ei-psykoottisilla lähisukulaisilla ja skitsotyypistä persoonallisuushäiriötä sairastavilla. Howes ja Kapur (2009, 555-556) esittävät dopamiinin säätelyn häiriön psykoosialttiutta *välittävänä* mekanismina, jonka taustalla voi olla häiriötä useissa välittäjäaine- ja hermoratajärjestelmissä.

Glutamaatti on toinen välittäjäaine, jonka kykytyymistä skitsofreniaan on tutkittu. Kiinnostuksen pohjana on glutamaatin NMDA-reseptoria (N-metyyli-D-asparagiinihappo-reseptori) salpaavien aineiden, kuten ketamiinin, taipumus aiheuttaa psykoosin kaltaisia oireita. NMDA-reseptorin geenien poikkeavuuksilla ja skitsofrenian sairastavuudella on todettu yhteys. Moghaddam ja Javitt (2012) ehdottavat reseptoriin kohdistuvien vasta-aineiden tuotantoa autoimmuunitauteihin liittyvän psykoosin kehittymisen mekanismiksi. Hallerin ym. (2014) mukaan immuunijärjestelmän aktivaatioon liittyvien tulehdusmerkkiaineiden on todettu olevan koholla skitsofreniapotilailla, ja tulehduksellisia muutoksia tutkitaan mahdollisena tekijänä hermoyhteyksien poikkeavuuksien syntymisessä.

2.4 Psykoosi biologian ja psykologian rajamailla

Psykoosin selittämisessä on myös pyritty yhdistämään biologisia välittäjäainehypoteesejä psykologian käsitteisiin. Dopamiinijärjestelmää pidetään keskeisenä vaikuttajana sisäisten ja ulkoisten ärsykkeiden tietoisessa havaitsemisessa, niiden merkityksen kokemisessa ja mielihyvän tuntemisessa (Kapur 2003, 13-15). Ärsykkeisiin liittyvän merkityksen ja mielihyvän tuntemukset oletettavasti ohjaavat keskittymistä tärkeiksi koettuihin asioihin. Kapurin (2003, 15-16) esittämässä teoriassa dopamiinijärjestelmän häiriö saa henkilön kokemaan *poikkeavaa merkitystä* (aberrant salience) liittyen aistihavaintoihin, sisäisiin ajatusmalleihin ja niiden aiheuttamiin assosiaatioihin. Sisäisten ajatusmallien poikkeava kokeminen voi johtaa henkilön tulkitsemaan ne aistihavaintojen kaltaisina, mikä ilmenee hallusinaatioina eli aistiharhoina. Henkilö voi kuulla ajatuksiaan ääneen ja kokea niiden olevan lähtöisin joko itsestään tai jostain ulkopuolisesta hahmosta. Havaintoihin liittyvä erityisen merkityksen tuntemus on hämmentävä, ja henkilö pyrkii löytämään selityksen kokemukselleen. Selityksen löytyminen toimii psykoottisena oivalluksena, joka henkilölle itselleen vaikuttaa täysin järkevältä, mutta ilmenee muille epätodellisena harhaluulona. Harhaluulot koostuvat henkilön elämäkokemuksen kannalta oleellisista teemoista ja ovat sidoksissa sosiaaliseen ja kulttuuriseen ympäristöön. Kapur (2003, 17-18) kuvaa psykoosia neurokemiallisen dopamiinihäiriön ja psykologisen prosessin vuorovaikutuksesta syntyvänä ilmiönä, johon voidaan vaikuttaa lääkkeellisesti biologian tasolla ja psykoterapeuttisesti edistämällä potilaan työskentelyä henkilökohtaisten psykologisten ratkaisujen löytämiseksi.

3 Lacanilainen psykoanalyysi ja psykoosi

Lacanilainen psykoanalyysi saa nimensä ranskalaiselta psykiatrilta ja psykoanalyytikolta Jacques Lacanilta (1901–1981). Lacanin teoria pohjautuu Freudin kirjoitusten tulkintaan yhdistettynä Ferdinand de Saussuren rakenteelliseen kielitieteeseen ja mannermaiseen filosofiaan. Kielen rakenteen merkitys on Lacanille keskeinen sekä psykoanalyysin teoriassa että käytännön hoidossa. (Myyrä 2001, 238-240.) Vuosina 1953–1980 Lacan esitti ajatuksiaan Pariisissa pitämässään vuosittaisissa seminaareissa, joista kehittyi hänen merkittävin vaikutuskanavansa (Johnston 2014). Jacques-Alain Miller on toimittanut seminaareja kirjoiksi, joita ranskaksi on julkaistu viisitoista, kattaen yhtä monta vuotta. Lacanin omia kirjoituksia on julkaistu lähinnä kahtena kokoelmana nimiltään *Écrits* ja *Autres Écrits*, joista ensimmäinen on käännetty englanniksi (Lacan 2006), kuten myös seminaareista seitsemän. Lacanin teoriat ja psykoanalyysin käytännöt ovat olleet kiistanalaisia ja herättäneet runsaasti vastustusta, joskin ne ovat saaneet myös laajan joukon seuraajia. Lacan kritisoi perinteisen psykoanalyysin käytäntöjä ja käytti hoidossaan standardista poiketen vaihtelevan kestoisia tapaamisia eikä saanut IPA:n eli International Psychoanalytical Associationin hyväksyntää opettajana (Roudinesco 1997, 257-258). Vuonna 1964 hän perusti oppilaineen oman koulunsa nimeltä *École freudienne de Paris*, josta kasvoi ranskalaisen psykoanalyysin keskeinen vaikuttaja (em., 309-310). Lacanin päätöksellä koulu hajotettiin vuonna 1980 (em., 401). Lacanin kuoleman jälkeen hänen seuraajansa jakautuivat lukuisiin koulukuntiin, joiden välillä on ollut ristiriitoja erityisesti psykoanalyysin opetuksen käytäntöihin ja dogmaattisuuteen liittyen (em., 428-430). Nykypäivänä lacanilaista psykoanalyysiä opetetaan Ranskan lisäksi etenkin Espanjassa ja Latinalaisessa Amerikassa. Muutamia lacanilaisia kouluja on myös englanninkielisissä maissa ja muualla Euroopassa.

Lacanin teoriaa pidetään yleisesti vaikeaselkoisena, mutta myös monien mielestä äärimmäisen loogisena (Kurki 2012, 170). Lacan ei lähtökohtaisesti halunnut muotoilla teoriaansa kiinteäksi opiksi ja keskittyi kirjoittamisen sijaan opettamaan suullisesti seminaareissaan (Fink 1995, 148). *Écrits* on kokoelma esseitä ja artikkeleita, joiden sisältö on kaukana teorian systemaattisesta esityksestä, ja seminaarijulkaisuja pidetään helpommin lähestyttävänä (Johnston 2014). Lacanin kielellisessä ilmaisussa on paljon monimerkityksellisiä termejä, uudissanoja ja sanaleikkejä, joiden lisäksi hän käyttää rakenteita kuvaavia matemaattisia funktiota. Lacanin esitystavan voi tulkita

heijastavan hänen ajatteluaan merkitysten syntymisestä kielen rakenteellisen toiminnan kautta. Esimerkiksi *symbolista isän funktiota* hän nimittää ranskan kielessä samalla tavalla lausuttavilla termeillä *le non du père* (isän-ei) ja *le nom du père* (isän-nimi). *Isän-ei* viittaa perinteisessä perherakenteessa toteutuvaan *oidipaaliasetelmaan*, jossa isän väliintulo estää lapsen ja äidin symbioottisen suhteen jatkumisen. Freud nimeää tapahtuman *kastraatioksi*, ja Lacan laajentaa käsitteen merkityksen tarkoittamaan kielen omaksumiseen liittyvää muutosta identiteetin kehityksessä. *Isän-nimi* viittaa symboliseen isään kollektiivisen kielen, lain ja kulttuurin edustajana, sekä leikillisesti Jumalaan, joka kristinuskon kontekstissa on ylimmän lain patriarkaalinen edustaja. (Fink 1995, 147.) Termien merkitykset syntyvät vain suhteessa toisiin sanoihin ja muuttuvat asiayhteyden mukaan. Sama pätee kaikkiin sanoihin kielessä, eli sanaleikit havainnollistavat yleistä periaatetta Lacanin ajattelussa. Lacanilaista teoriaa ovat myöhemmin jäsentäneet ja edelleen rakentaneet monet kirjoittajat, kuten Bruce Fink ja Paul Verhaeghe, joiden teoksia käytän paljon tutkimukseni pohjana. Lyhyesti kuvattuna psykoosia luonnehtii *isän-nimen* poissulkeminen, jonka takia subjekti ei ole omaksunut kollektiivista olemista ohjaavaa ja yhdistävää symbolista säätelyä, eikä psykootikko siten jaa yhteisellä kielellä välitettävää kokemusta todellisuudesta (Kurki 2012, 172). Tehdäkseni määritelmän ymmärrettäväksi esittelen seuraavaksi lacanilaista teoriaa yleisesti ja palaan psykoosiin myöhemmin.

3.1 Lacanilaiset peruskäsitteet

Saussuren kielitieteessä kielellinen merkki muodostuu *akustisesta kuvasta*, jota hän nimittää *signifioijaksi* (merkitsijä), ja käsitteestä eli *signifioidusta* (merkitty). Merkki kuvaa signifioijan ja signifioidun suhdetta, joka on pohjimmiltaan mielivaltainen. Signifioidussa itsessään ei ole mitään, mikä pakottaisi tietyn signifioijan käytön. Esimerkiksi sanat *äiti* ja *mother* ovat signifioijia samalle käsitteelle täysin erilaisista ilmiäsuista huolimatta. Puhuja voi periaatteessa valita, mitä signifioijaa hän haluaa käyttää, mutta yhteisessä kielessä valinnan määrää *konventio* eli yleinen tapa. Kieli perustuu käyttäjiensä väliseen yhteisymmärrykseen, eikä siis signifioijan ja signifioidun väliseen yhteyteen tai sanan ja asian vastaavuuteen. Lacanilla signifioijan käsite on ensisijainen ja kuvaa merkin sijaan kielen toimintayksikköä, joka esiintyy erilaisissa muodoissa erilaisissa järjestelmissä. Signifioijassa itsessään ei ole merkitystä, vaan merkitys syntyy eroista toisiin signifioijiin, eli konteksti tuottaa merkityksen. (Verhaeghe 2009, 58-59.) Sanat erottuvat toisistaan vain suhteessa toisiin sanoihin ja erot ovat merkityksellisiä vain kielen kokonaisjärjestelmässä. Eroja määrittelevä rakenne on *binaarinen oppositio* eli kaksijakoinen vastakohtaisuus. Esimerkiksi sanojen *mies* ja *nainen* merkitykset syntyvät vastakohtansa määrittelemänä: mies on jotain, mitä nainen ei ole.

(Myyrä 2001, 239). Kaikki kielellinen toiminta perustuu erojen järjestelmiin ja ohjaa jäsentämään kokemusta itsestä ja maailmasta erojen kautta (Kurki 2008, 293).

Lacanalaisen teorian keskeisen viitekehyksen muodostaa kolmijako *imaginaariseen*, *symboliseen* ja *reaaliseen*, jotka kuvaavat mielen erilaisia, toisistaan riippuvaisia *järjestelmiä* tai *rekistereitä* (Miller 1997, 8-10). Imaginaarinen liittyy havaitsemiseen: aistihavainnot ja usein myös ajatukset hahmotetaan ikään kuin kuvina. Sosiaalisessa ympäristössä oleellista on se, miten henkilö näkee itsensä ja toiset, tai kuvittelee toisten näkevän hänet. Lacanilla *ego* on imaginaarinen kuva, johon henkilö *samastuu*. Imaginaarinen suhde on *duaalinen*, minän ja toisen välinen, ja suhtautuminen perustuu kahtiajakoon samanlaisen ja erilaisen välillä. Imaginaarinen ulottuvuus rinnastuu eläinten käyttäytymistä ohjaaviin toimintoihin, mutta ihmisillä symbolinen järjestelmä kytkeytyy väistämättä imaginaariseen ja toimii osana havaintokokemuksia. (Fink 1995, 84-85.) Symbolinen järjestelmä perustuu kieleen, signifioijien ketjuun, jonka omaksumalla biologisesta ihmisestä tulee ajatteleva, kulttuurinen henkilö. Symbolinen käsittää kaikki ihmisyyteen tavat, normit, säännöt, lait, perinteet ja niin edelleen, jotka määräävät sosiaalisesti hyväksytyt tavoitteet ja halun kohteet. Symbolinen muodostaa yhteisen kielen välityksellä rakennetun kuvan maailmasta, jossa vain kielellä määritettävät asiat voivat olla olemassa. (em., 25.) Reaalinen on lähtökohtaisesti määrittelyä väistävä käsite, ja helpointa on sanoa sen olevan sitä, mikä ei ole imaginaarista tai symbolista. Lacan kuvaa reaalista yhtenäiseksi, jakamattomaksi ja aukottomaksi täyteudeksi, jossa ei ole paikallista vaihtelua tai minkäänlaista poissaoloa. Reaalinen on siten eroihin perustuvan symbolisen järjestelmän tavoittamattomissa. (em., 24)

Reaalisen ja symbolisen välinen kuilu nivoutuu signifioijan ja signifioidun yhteismitattomuuteen, joka on lacanalaisen teorian paradigmaattinen oletus. Symbolisen järjestelmän signifioijilla yritetään tavoittaa jotain niiden ulottumattomissa olevaa, mutta imaginaariselle ja symboliselle välttämätöntä olevaisuutta. Reaalinen on siis täysin eri kuin *reality* eli todellisuus, joka tarkoittaa symbolista ja imaginaarista *representaatiota*, mielen esittämää kuvaa. Lacan sanookin: ”Reaalinen on sitä, mikä ei ole riippuvainen minun ajatuksestani siitä.” (Fink 1995, 142.) Kielelle rakentuneet symboliset järjestelmät sitovat tiedostuksen representaatioihin ja ikään kuin peittävät kokemuksen reaalista, jonka vaikutus on kuitenkin jatkuvasti läsnä ihmisen olemassaolossa. Symbolisen ja reaalisen vastaamattomuudesta aiheutuu *puute*, joka estää olemisen kokemisen kokonaisuutena ja täydellisenä. Freudilla puute tarkoitti alkuperäisen, jakamattoman suhteen menettämistä alkuobjektiin eli äitiin. (Verhaeghe 2009, 62.) Lacanilla se on abstraktimpi käsite, *olemisen puute*, johon kielellisen ajattelun omaksuminen johtaa, niin yksilön kuin ihmiskunnankin kehityksessä (Miller 1981, 29-30).

Vain symbolisen järjestelmän kahtiajako *olevaan* ja *ei-olevaan* mahdollistaa puutteen: jotain pitäisi olla siellä, missä sitä ei ole. Puute synnyttää *halun*, joka on tiedostamatonta toimintaa ohjaava voima. Symbolisessa halu siirretään ja fiksoidaan kohteisiin, jotka eivät kuitenkaan koskaan täytä alkuperäistä puutetta. Lacanin *subjekti* on *jakautunut* tiedostetun minäkuvan ja tiedostamattoman mielen toiminnan välille (Fink 1995, 44-46).

Tiedostamaton on rakentunut kuin kieli (Miller 1997, 167). Se ei ole samanlainen kuin puheessa käytetty luonnollinen kieli, mutta toimii kielen tavoin signifioijien järjestelmänä. Kokemusten representaatiot jäsenyvät tiedostamattomaan osaksi signifioijaketjua, joka määrittelee niiden merkityksen aikaisempiin kokemuksiin suhteutettuna. (Fink 1995, 20-21.) Kuullut sanat ja lauseet saavat merkityksiä, joista osa tiedostetaan ja osaa ei. Tiedostamaton toimii jatkuvasti tietoisesti mielen rinnalla valinnoista riippumattomana automaattisena toimintona, ja sen tuotteet ilmenevät esimerkiksi puheessa kielenlipsahduksina ja unissa symbolis-imaginaarisina representaatioina. Kasvaessaan ihminen oppii kielen ympärillään olevilta ihmisiltä, joista vanhempien vaikutus on yleensä suurin. Kieli on siis lähtökohtaisesti muualla kuin ihmisessä itsessään. Lacan kutsuu kieltä termillä *Toinen*, jolla hän tarkoittaa myös symbolista järjestelmää kokonaisuudessaan. Kielen kautta toisten ihmisten näkemykset ja halut vaikuttavat mielen rakentumiseen tavalla, joka ei ole tietoisesti havaittavissa saati hallittavissa. Lacan kutsuu tiedostamatonta *Toisen diskurssiksi*, joka on täynnä toisten ihmisten haluja, tavoitteita ja fantasioita. (em., 8-10.) Toiseutta kuvaa myös se, että tiedostamaton ei ole *subjektiivinen*, eli siihen ei liity kokemusta itsestä. Se rekisteröi kielen kaltaisessa muodossa tietoa, jota ei tietoisesti ymmärretä. Tieto kuitenkin toimii osana järjestelmää, joka määrittää myös tiedostettujen sanojen ja kokemusten merkityksiä. Psykoanalyysin tehtävänä on auttaa potilasta ymmärtämään tiedostamattomaan lukkiutuneita signifioijaketjuja, joiden liikkuvuus on välttämätöntä merkityksellisenä koetulle kehitykselle.

3.2 Identiteetin kehitys ja subjektin rakenne

Identiteetti koostuu pääosin tiedostamattomista representaatioista, jotka *subjektin* psyykkisessä todellisuudessa esittävät itsen, toisen ja niiden välisen suhteen. Subjektin kehityksessä identiteetti omaksutaan toisilta ihmisiltä ja subjektin rakenne kuvaa tapaa, jolla omaksuminen on tapahtunut. Subjektia ei voi rinnastaa *minäkäsitykseen* tai kokemukseen itsestä tietoisena toimijana, jotka Lacan yhdistää objektina toimivaan *egoon* eli imaginaariseen kuvaan. (Fink 1997, 36-37.) Subjekti syntyy ja kehittyy kielellisen yhteisön jäseneksi vuorovaikutuksessa toisiin ihmisiin. Kehitykseen osallistuvia ihmisiä ja heidän käyttämäänsä kieltä kokonaisuudessaan kutsutaan Toiseksi.

Vuorovaikutus subjektin ja Toisen välillä on aina moemminpuolista, ja subjektin biologinen ruumis voi vaikuttaa siihen, millä tavalla hän suhtautuu Toiseen kehityksen eri vaiheissa. Lacanin teorian tarkoituksena ei ole vähätellä geneettisten tai muiden biologisten tekijöiden merkitystä, vaan kuvata yleistettävänä mallina sitä, kuinka ihmisestä kehittyy kielellinen ja kulttuurinen henkilö. (Kurki 2008, 294.) Syntyessään lapsi ei hahmota kokemustaan symbolisen järjestelmän määrittelemän todellisuuden puitteissa. Vanhemmat ovat kuitenkin halujensa ja odotustensa muodossa varanneet lapselle paikan symbolisessa yleensä jo kauan ennen hänen syntymäänsä. Kulttuurin tavat ja vanhempien omat kasvukokemukset määrittelevät etukäteen ympäristön, jossa lapsi myöhemmin kasvaa. (Fink 1995, 5.)

Identiteetin kehityksen perustana on tietoisien kokemusten jakaminen *mielipahaan* ja *mielihyvään*. Niiden perimmäinen lähde voidaan ymmärtää reaalisenä *viettinä* (Verhaeghe 2009, 220-239), joka aiheuttaa *jännitteen* kokemisen. Jännitteen kerääntyminen johtaa mielipahaan ja purkautuminen mielihyvään. Niiden perusteella tapahtuu ulkomaailman osien *sisäistäminen* tai *ulostyöntäminen*, jotka voidaan alkeellisissa organismeissa nähdä kirjaimellisesti ja ihmisessä imaginaarisena ja symbolisena samastumisena (em. 158-159). Veikko Tähkä (1997, 43-44) kuvaa psykoanalyttisen *objektisuhdeteorian* pohjalta mielen varhaisinta rakentumista, joka alkaa mielihyvään liittyvien kokemusten rekisteröintinä ensimmäisiksi muistijäljiksi. Mielen rakenteen perustavat muistamisen ja havaitsemisen toiminnot, joiden kehittymisen motivaationa on jännitteen purkautumiseen tähtäävän toiminnan toistaminen. Tähkän (1997, 83-96) teoriassa mielen edelleen kehittyessä kokemusmaailma *eriytyy* sisäpuoliseen *itseeseen* ja ulkopuolisiin *objekteihin*. Lapsi sisäistää mielihyvää tuottavien objektien *representaatioita* eli mielikuvia itselle kuuluviksi ja *projisoi* epämiellyttävät representaatiot ulkomaailman objekteihin. Lacanin teoriassa käsite Toinen korvaa objektit vuorovaikutuksen osapuolena korostaen symbolisen järjestelmän kokonaisuuden merkitystä subjektin kehitykselle.

3.3 Vieraantuminen ja separaatio

Identiteetti kehittyy *vieraantumisen* ja *separaation* jatkuvana vuorotteluna. Subjekti saa Toiselta identiteetin signifioijat eli imaginaariset ja symboliset representaatiot. Mielihyvään liittyvät signifioijat sisäistetään ja ne yhdistyvät tietoiseen narratiiviseen kokemukseen ja minäkuvaan. Mielipahaa aiheuttavat torjutaan, jolloin ne yhdistyvät tiedostamattomaan signifioijien ketjuun. Uudet signifioijat muuttavat takautuvasti aikaisempien signifioijien merkityksiä ja vastaavasti määräävät tulevia. Kehitys ei tapahdu lineaarisena etenemisenä määrättyjen vaiheiden kautta, vaan

jatkuvasti toistuvina kohtaamisina Toisen kanssa, ja vaiheet kuvaavat kehitykselle oleellisia asetelmia. (Verhaeghe 2009, 200-202.) Merkittävin vaikutus kehitykseen on lapsen ensisijaisilla hoivaajilla, joihin viittaavat toiminnalliset asemat *ensimmäinen Toinen* ja *toinen Toinen*. Perinteisessä perheessä niissä toimivat vastaavasti *äiti* ja *isä*, joita käytän kirjoituksessani lukemisen helpottamiseksi, mutta tarkoitan aina toiminnallista asemaa.

Vastasyntyneellä lapsella ei ole identiteettiä tai käsitystä itsestään erillisenä osana ulkomaailmasta. Synnyttyään lapsi kohtaa reaalisen vietin jännitteen, mutta ei pysty hahmottamaan sen syytä tai sijaintia eikä säätelemään sitä omatoimisesti. Lapsi reagoi itkulla, johon äiti vastaa teoilla ja sanoilla antaen näin ensimmäiset kuvat ja sanat lapsen sisäiselle kokemukselle. Jännitteen helpottaminen vaikkapa maidon tai läheisyyden avulla johtaa mielihyvään, jonka kokeminen yhdistyy äitiin. Maidon juomisen lisäksi sisäistäminen tapahtuu lapsen imaginaarisena samastumisena äitiin mielihyvän lähteenä. Äidin vastaus antaa takautuvasti merkityksen itkulle, jota lapsi oppii käyttämään ilmaisuna jännitteen kerääntymiselle. Jos äiti ei myöhemmin vastaakaan itkuun, jännitteen kerääntyminen yhdistyy äidin poissaoloon ja mielipahan kokemus saa psykologisen muodon, joka on pohjana pikkulapsissa eroahdistuksena havaittavalle ilmiölle. (Verhaeghe 2009, 154-161.)

Kehityksen alkuvaiheessa lapsi ei oletettavasti tunnista viettiä ja jännitettä omaan ruumiinsa kuuluvaksi. Lacan kutsuu peilivaiheeksi tapahtumaa, jossa äiti peilaa lapselle kuvaa siitä, millaisena hänet näkee. Imaginaarisen samastumisen kautta lapsi omaksuu kuvan eheän pinnan peittämästä ruumiista, jonka sisään tuntemukset on mahdollista sijoittaa eli niin sanotusti *in-korporoida*. (Verhaeghe 2009, 162-163.) Peilauksen kautta lapsi saa perustan, jolle minäkuva eli ego rakentuu. Kuva ei koskaan ole neutraali havainto, vaan äidin halut ja odotukset muokkaavat siitä *ideaalin*, jollainen lapsen pitäisi olla. Ihanteeseen vaikuttavat äidin kautta kaikki kulttuurin ja yhteiskunnan näkemykset, esimerkiksi sukupuolirooleista, ja siten symbolinen järjestelmä kokonaisuudessaan. Lapsi saa identiteettinsä ensimmäisen kerroksen Toiselta ja tapahtumaa kutsutaan *vieraantumiseksi*, jonka voi ymmärtää siirtymänä alkuperäisestä reaaliseen vieraaseen symbolis-imaginaariseen järjestelmään. Siirtymä on keskeinen niin ihmisyksilön kuin lajinkin kehityksessä. Symbolis-imaginaarinen järjestelmä mahdollistaa deklarativisen muistin ja ihmiselle ominaisen kyvyn ajatella itseä, toista ja maailmaa tietyn etäisyyden päästä (em. 170-172).

Kielellinen ajattelu nivoutuu aina sosiaaliseen ja kulttuurilliseen ympäristöön, ja siitä irroitettun reaalisen tarkastelu on ajattelumme tavoittamattomissa. Alkuperäistä reaalista tilaa ei voida

määritellä ruumiille tai psyykelle, eikä niiden erottaminen toisistaan itsenäisiksi ulottuvuuksiksi ole mahdollista. Biologiset tarpeet kytkeytyvät psyykkistä toimintaa ohjaavaan haluun yhteisesti jaetussa symbolis-imaginaarisessa todellisuudessa. Esimerkiksi syömishäiriöt ovat selkeä ilmentymä ongelmista, joita syntyy symbolisen järjestelmän merkitysten uudelleenkirjoittautuessa reaaliseseen. Samoin ruumiinkuvaan liittyvät käsitykset sukupuolesta ja seksuaalisuudesta eivät synny reaalisesta vaan rakentuvat yhteisen kielen välityksellä. Lacanin teorian kautta sosiaalisen vuorovaikutuksen merkitystä ruumiin ja psyyken suhteeseen voidaan hahmottaa radikaalisti eri tavalla kuin biologisen määräytymisen perusteella.

Lapsen ensimmäinen suhde Toiseen on *duaalinen* eli kahdenvälinen, ja siinä lapsi ei kykene tekemään eroa *minän* ja Toisen välillä. Lapsen vaihtoehtoina on samastua täydellisesti äitiin ja äidin peilaamaan kuvaan, tai torjua ne kokonaan, mikä johta eroahdistuksen kokemiseen. Samastuminen äitiin tarkoittaa myös samastumista äidin *haluun*, jonka *olemisen puute* aiheuttaa. Puute on symbolisen järjestelmän mahdottomuudessa kuvata reaalista. Lacan kuvaa sitä myös *reaalisen ylimääräksi*, ikään kuin vastakohtana puutteelle symbolisessa, ja käyttää termiä *objekti a* tarkoittaessaan sekä halun *aiheuttaja-kohdetta* että reaalisen vietin lähdeä. (Fink 1995, 59-61.) Samastuessaan äitiin lapsi samastuu äidin haluun, joka vastavuoroisessa suhteessa tarkoittaa sitä, että lapsi haluaa olla äidin halun ainoa kohde, jolloin symbioottinen duaalinen suhde olisi ehjä ja itsერიitoinen kokonaisuus. Äidin suunnatessa kaiken huomionsa lapseen *separaatiota* ei tapahdu, jolloin subjektin kehitys jää duaaliselle tasolle ja lapsi täysin riippuvaiseksi äidistä. Silloin lapsi voi oppia puhumaan, mutta ei kiinnity symboliseen järjestelmään ja puhe on luonteeltaan psykoottista. Useimmiten äidin halu kuitenkin kohdistuu myös suhteen ulkopuolelle. Äiti ei ole jatkuvasti paikalla vastaamassa lapsen vaatimuksiin, eivätkä hänen tulkintansa kohtaa täydellisesti reaalista jännitettä, jolloin lapsi kohtaa puutteen Toisessa. (em., 54-56.)

Oidipaalinen asetelma kuvaa kolminaisen suhteen syntymistä. Isä eli *toinen Toinen* on symbolisen järjestelmän lakia, tietoa ja kulttuuria edustava symbolinen funktio, jonka signifioija on *isän-nimi*. Varsinainen isähahmo ei ole välttämätön oidipaalirakenteen syntymiselle, vaan isän-nimi toimii symbolisen järjestelmän osana (Lacan 2006, 482). Lacan (2006, 576) kutsuu *kastraatioksi* ristiriitaista siirtymää imaginaarisesta symboliseen eli kahdenvälisestä suhteesta kolmenväliseen. Äidin halu kohdistuu isään, minkä lapsi kokee särönä duaalisessa suhteessa ja kohtaa jälleen reaalisen jännitteen. Isä toimii duaalisen suhteen ulkopuolisena kolmantena pisteenä, jonka kautta lapsi voi erottaa toisistaan oman ja äidin peilaaman identiteetin. Kolminaisessa suhteessa lapsi arvioi itseään suhteessa äidin haluun ja isän haluun sekä asemaansa heidän välissä. (Verhaeghe

2009, 166-167.) Siirtyminen symboliseen järjestelmään mahdollistaa *separaation* eli erottumisen itsenäiseksi kielelliseksi subjektiksi. Isän-nimi on ensimmäinen signifioija, joka korvaa äidin halun *paternaalisena metaforana*, ja signifioijan merkitys kiinnittyy aikaisemman duaalisen suhteen menetykseen. Se on kiinnityskohta rakenteessa, joka liittää muuten aina ajelehtivat signifioijat yhteen kiintopisteeseen. (Lindell 2001, 246-247.)

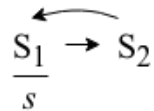
Kahden eri Toisen välinen halu synnyttää käsityksen sukupuolierosta, jonka symboli on *fallos* eli imaginaarinen kuva mahdottomasta lopullisesta vastauksesta haluun. Subjekti työstää alkuperäisen reaalisen viestin fallisesti symbolisen isän hyväksymäksi haluksi. (Verhaeghe 2009, 330-332.)

Työstämisen tapa määrittelee subjektin rakenteen perustan, joka ohjaa subjektin suhtautumista Toiseen tulevissa vuorovaikutuksissa. *Neuroottinen* rakenne syntyy isän-nimen *torjumisesta* ja sen *kieltäminen* johtaa *perverssiin* rakenteeseen. Neuroottinen subjekti on torjunut eli siirtänyt tiedostamattomaan kastraatioon liittyvän menetyksen kokemuksen, jonka pohjalla on *olemisen puute*. Symbolisen järjestelmän omaksuneen neurootikon halun kohde vaihtuu yhteisen lain ja kulttuurin sallimissa rajoissa. Hän yrittää täyttää puutetta uusilla ja uusilla kohteilla, mutta ei koskaan tavoita lopullista vastausta haluun. Perverssi subjekti alistuu yhteiselle laille, lukuun ottamatta kiellettyä nautinnon lähdettä, joka on perverssin halun kohde. Isän-nimen *poissulkeminen* johtaa yhteisen symbolisen järjestelmän merkitykset kiinnittävän signifioijan puuttumiseen ja psykoottisen rakenteen kehittymiseen. (Fink 1997, 76-77.)

3.4 Psykoottinen subjektin rakenne ja kieli

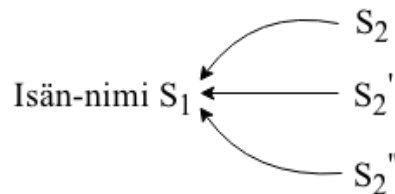
Signifioijaketjun toimintaa voidaan hahmottaa *metonymian* ja *metaforan* avulla. Metonymia kuvaa liikettä signifioijasta toiseen. Sanan merkitys syntyy suhteessa toisiin sanoihin. *Katto* muuttuu koko taloksi kun se on *katto pään päällä* ja *kuppi* vaihtuu sisällökseen kun *ottaa kuppia*. *Isä meidän* viittaa siihen, mitä ei ole vielä sanottu. Puheessa lauseen merkitys muuttuu jatkuvasti. Jokainen nykyhetken sana antaa takautuvasti merkityksen aikaisemmille ja vain sanojen liike mahdollistaa viestin välittämisen. Signifioijat viittaavat vain toisiin signifioijiin ja niiden ketjun liikkeessä merkitykset muuttuvat. (Myyrä 2001, 240.) Kielessä oleva puute, reaalisen saavuttamattomuus, tekee samalla sen toiminnan mahdolliseksi. Metaforassa signifioija korvataan toisella, jolloin ensimmäinen siirtyy ikään kuin signifioidun asemaan, ja toinen sen signifioijaksi. Subjektille metafora kiinnittää merkityksen signifioijien välille ja muuttaa signifioijaketjun rakennetta, jolloin merkityksetkin muuttuvat. Metonymia ja metafora toimivat paitsi puhutussa kielessä myös tiedostamattomassa mielessä.

Subjekti on olemassa vain signifioijien liikkeessä, josta syntyvät merkitykset symbolisille ja imaginaarisille representaatioille. Niiden kautta muodostuu subjektin oma merkitys, kokemus itsestä suhteessa ulkopuoliseen. Jaettu sosiaalinen todellisuus on rakentunut kielelle, signifioijien ketjuun, johon subjektin täytyy suhteuttaa käsitys itsestään pystyäkseen määrittelemään oman paikkansa kokemusmaailmassa. Niin tietoinen ajattelu kuin tiedostamattoman toimintakin on metonymian kaltaista signifioijaketjun liikettä, jossa nykyhetken signifioija S_2 antaa takautuvasti merkityksen s edelliselle signifioijalle S_1 (kuvio 1).



Kuvio 1. (Fink 1995, 76)

Niin sanottua normaalia edustavan neuroottisen subjektin identiteetti muodostuu ensimmäisen, eli isän-nimen, signifioijan S_1 perusteella muiden Toiselta saatujen signifioijien S_2 yhteyksistä S_1 :aan (kuvio 2).



Kuvio 2. (Fink 1995, 75)

Identiteetin kehitys jatkuu signifioijien hyväksymisen ja torjumisen vuorotteluna. Hyväksytyt signifioijat kirjoittautuvat subjektin imaginaariseen egoon ja torjutut tiedostamattomaan. Subjekti on jakautunut ensimmäisen Toisen ja toisen Toisen *diskurssien* välille, jotka pyörivät halun ja puutteen ympärillä. (Verhaeghe 2009, 335-337.) Psykoottinen subjekti on poissulkenut isän-nimen, ja symbolisen järjestelmän kiinnittymiskohdan tilalla on aukko, repeämä rakenteessa (Lindell 2001, 247-249). Subjektin identiteetti ja suhde Toiseen jäävät ensisijaisesti imaginaarisen tasolle. Lacanin (2006, 479-481) mukaan isän-nimen poissulkeminen on ehdoton valinta, mutta subjekti voi löytää toisen kiinnittymiskohdan, jonka avulla orientoitua osaan symbolista järjestelmää. Isän-nimen aukko on kuitenkin pysyvästi subjektin symbolisessa rakenteessa. Usein psykoosi puhkeaa, kun subjekti kohtaa isän symboliselle funktiolle keskeisen tilanteen, esimerkiksi itsenäistymisen vaatimuksen tai oman lapsen syntymän.

Psykoottiselle rakenteelle tunnusomaisimmat piirteet löytyvät subjektin suhteesta kieleen ja toisiin. Kielellisiä häiriöitä esiintyy sekä selkeinä oireina että hienovaraisempina rakenteen muutoksina. Symbolisen järjestelmän signifioijaketju ei ole subjektille yhtenäinen, vaan isän-nimen kiinnityskohdan puuttuessa signifioijat ovat subjektin näkökulmasta toisistaan irrallisia. Subjektin todellisuudessa sanat kiinnittyvät asiaan ja saavat absoluuttisen merkityksen, jolloin ketjun metonymistä liikettä ei pääse tapahtumaan. Subjekti ei kykene yhdistämään sanoja kontekstista riippuvaiseen merkitykseen, ja sanojen väliset assosiaatiot voivat olla pelkkään foneettiseen läheisyyteen perustuvia. (Miller 1997, 32-33.) Samoin metaforien muodostaminen on psykoosissa mahdotonta. Paternaalisen metaforan kiinnittyminen on edellytys, jotta sanoja voisi korvata toisilla saman merkityksen suhteen. Tämän vuoksi *neologismit* eli uudissanat ovat subjektin usein käyttämä yritys lausua merkityksiä, jotka löytyvät vain hänen omasta todellisuudestaan. (Fink 1997, 94-95.) Subjekti voi myös yhdistää kaikkiin toisen sanoihin itsensä ympärille keskittyneen merkityksen, mikä kuvastaa harhaluulojärjestelmän kehityksen alkua. Vaihtoehtona on merkitysten täydellinen kiinnittymättömyys, joka ilmenee onttona, merkityksettömänä puheena ja samojen hokemien toistamisena.

Yhteisen kielen kohtaamattomuus voi ilmetä vastaanotolla esimerkiksi potilaan kyvyttömyytenä vastata kyselylomakkeeseen, jonka vaihtoehdot eivät saa psykoottisen subjektin todellisuutta vastaavia merkityksiä. Isän-nimen poissulkeminen saa aikaan neuroottisesta täysin poikkeavan suhteen auktoriteettiin, joka ei psykoottiselle subjektille merkitse juuri mitään. Psykootikko saattaa kertoa vainoharjoistaan täysin avoimesti vaikka hänelle olisi selitetty, että hän joutuu tahtonsa vastaiseen hoitoon, jos hänet keskustelun perusteella arvioidaan harhaiseksi. (Kurki 2012, 174-176.) Harhaluulot kehittyvät imaginaarisen järjestelmän duaalisessa suhteessa. Subjektille Toinen voi olla ulkopuolinen subjektia vainoava yhtenäinen kokonaisuus, tai subjekti samastuu Toiseen kokonaan ja kokee itsensä vähintään kaiken keskipisteenä ellei kaikkivoipana. Masennusta esiintyy kaikissa subjektin rakenteissa, ja psykootikolla se ilmenee kaikenkattavana syyllisyytenä tai tyhjyyden tunteena. (Verhaeghe 2009, 403.)

Imaginaarisessa suhteessa Toisen erottaminen itsestä on mahdotonta ja psykootikolle kuuloharhat ovat täysin todellisia. Myös neuroottiset ja perverssit subjektit kuulevat usein kommentoivia ääniä mielessään, mutta yleensä he epäilevät niiden todellisuutta ainakin osittain. Tärkeimpänä erona on, että psykootikko uskoo myös äänien sisältöön totuutena. (Fink 1997, 83-86.) Pitkäkestoisessa paranoiassa subjekti tyypillisesti kehittää systemaattisen harhajärjestelmän. Sen avulla subjekti luo oman hallittavan todellisuutensa, jonka merkitykset ovat hänelle itselleen ehdottomia totuuksia,

vaikka toisille niiden selityksissä ei ole mitään järkeä. Deluusio absoluuttisesta tiedosta tai sitä edustavasta hahmosta voi toimia symbolisen järjestelmän kiinnittävänä rakenteena eli yrityksenä kompensoida puuttuvaa isän-nimen signifioijaa. (Verhaeghe 2009, 412-413.) Psykoottinen subjekti ei ole neuroottisen tavoin ehdottoman jakautunut tietoiseen minäkuvaan ja torjuttujen signifioijien tiedostamattomaan. Psykootikolla tiedostamattoman diskurssi kuvien ja sanojen representaatioina sekoittuu tietoiseen minän kokemukseen. Lacanin mukaan tiedostamaton on Toisen kieltä ja toimii tahdosta riippumatta; subjektilla valinnan mahdollisuus on lähinnä signifioijien hyväksymisen ja torjumisen välillä. Skitsofreniassa harhaluulot liittyvät usein ajattelun häirintään eli kokemukseen siitä, että jokin ulkopuolinen voima ohjaa omia ajatuksia ja tahtoa, asettaa ajatuksia omaan mieleen tai riistää niitä pois. Lacanin teorian viitekehyksessä harhaluulojen syntyminen on ymmärrettävää, kun tiedostamattoman mielen liikkeet ilmenevät kontrolloimattomasti tietoisuudessa.

Lacan käyttää reaalisen ylimäärästä myös termiä *jouissance*, joka tarkoittaa sekä äärimmäistä nautintoa että traumaattista ahdistusta, jonka reaalisen kohtaaminen aiheuttaa. Kastraatiossa neuroottinen subjekti representoi reaalisen symbolisen järjestelmän haluksi, jolloin nautinto rajoittuu aina puutteeseen. Psykootikolla reaalinen on aina lähempänä, vain osittain imaginaarisen ja symbolisen peittämä, ja *jouissance* kokeminen on mahdollista sekä äärettömänä nautintona että kärsimyksenä. Psykootikon ego ei ole symbolisen järjestelmän uudelleenkirjoittama ja siten kestävä rakenne, vaan häilyvä kuva, joka psykoosin puhkeamisvaiheessa usein sirpaloituu tuskallisina kokemuksina. Reaalinen viettijännite voi tuntua ulkopuoliselta ja aggressiiviselta ruumiiseen tunkeutavalta voimalta tai suunnattomalta ahdistukselta. (Verhaeghe 2009, 410-411.) Toisaalta psykootikot ovat kuvanneet äärimmäisen kylläisyyden ja ekstaasin kokemuksia, joissa kaikki puute on hävinnyt ja maailmankaikkeudella on tarkoituksensa. *Jouissance* on neuroottisten subjektien ja yhteisen kielen tavoittamattomissa, joten yrittäessään selittää kokemuksiaan psykootikot tarinoivat esimerkiksi yhteydestä Jumalaan. Sairaudentunnottomuutena ja lääkekielteisyytenä kuvatut asenteet hoitoa kohtaan juontuvat nautinnon kokemisen mahdollisuudesta, josta psykoottinen subjekti ei halua luopua. (Kurki 2012 175-177.)

4 Pohdinta

Erilaisten psykoosikäsitteiden suhteuttaminen toisiinsa edellyttää tiedostettua tai intuitiivista ymmärrystä tieteenteoreettisista viitekehyksistä, joissa ne esitetään. Tieteellistä toimintaa ohjaavien paradigmojen hahmottaminen avaa mahdollisuuden tulkita tietoa niiden oletusten ja tavoitteiden kautta, jotka määrittelevät tieteellisen tiedostamisen tapaa. Tiedostaminen voidaan mieltää tapahtumaksi, jossa itsenäisen ja absoluuttisen todellisuuden objektit heijastuvat tiedostavan subjektin – yksilön tai yhteisön – mieleen sitä tarkemmin, mitä todenmukaisempi on subjektin käsitys todellisuudesta. Toisaalta tiedostaminen voidaan myös ymmärtää toimintana, jossa subjekti havainnoi oman mielensä varaan rakentunutta todellisuuden kuvaa, jonka yhdenmukaisuus totuuden kanssa on aina vähintään kyseenalainen ellei oletuksellisesti mahdoton. Edellisen näkemyksen mukaan on olemassa yksi oikea käsitys todellisuudesta, jonka selvittäminen on tieteen tehtävä. Jälkimmäiseltä näkökannalta katsottuna tiedon oikeellisuus on vain suhteessa tulkitsevan subjektin aikaisempaan näkemykseen ja sen merkitys syntyy suhteessa niihin ongelmiin, joita tietoa muodostamalla yritetään ratkaista.

Lääketieteellisessä psykiatriassa psykoosi on yhdistelmä potilaassa havaittavia oireita, jotka ovat merkki taustalla olevasta psyykkisestä tai ruumiillisesta sairaudesta. Jälkimmäiset voidaan määritelmällisesti todeta esimerkiksi kuvantamistutkimuksilla, verikokeilla tai oireita edeltävästi havaitun sairauden perusteella. Psyykkiset sairaudet tai häiriöt luokitellaan oireyhdistelmien mukaan erilaisiin tautinimikkeisiin, joihin hoidon suunnittelu pohjautuu. Tosin psykoosin hoidossa keskitytään yleensä diagnoosista riippumatta antipsykoottiseen lääkitykseen, joka voidaan tulkita joko oireenmukaiseksi hoidoksi tai taustalla olevaan biokemialliseen syyhyn vaikuttavaksi. Biologiaan painottuneessa lähestymistavassa psykoosisairauksien kuvataan johtuvan aivojen hermoyhteyksien poikkeavuuksista, joiden taustalla on muutoksia geeniperimässä tai geenien ilmentymisessä epigeneettisen säätelyn kautta. Biologiset selitysmallit mielletään itsenäisiksi ja yleistettäviksi sairauden aiheuttajiksi positivismien hengessä tai oireiden ilmentymistä välittäväksi mekanismiksi, jonka taustalla vaikuttavia syitä ei vielä kattavasti tunneta.

Lacanalainen psykoanalyysi perustuu ehdottoman konstituutioteoreettiseen näkemykseen, jonka mukaan havaitsemamme todellisuus on yhteisen kielen kautta rakentuva mielikuva. Taustalla olevaa

perimmäistä totuutta olemassaolon luonteesta ei voida tavoittaa kielellisellä ajattelulla tai siihen perustuvilla tutkimusmenetelmillä. Tieteellinen toiminta ennemminkin luo ympärillämme olevaa todellisuutta kuin puolueettomasti tutkii sitä. Käsitykset itsestä, toisista ja ympäristöstä omaksutaan yhteisön muilta ihmisiltä kehityksenä, johon lapsuuden aikaisella vuorovaikutuksella on suurin merkitys. Psykoottisen subjektin rakenteen taustalla on poikkeava tai keskeytynyt kehitys, jonka johdosta henkilö ei koe todellisuuttaan samalla tavalla kuin valtaosa yhteisön ihmisistä eikä pysty välittämään kokemustaan yhteisellä kielellä ymmärrettävästi. Koska todellisuus rakentuu mielikuvien varaan, emme kuitenkaan voi määrittellä psykoottikon kokemusta absoluuttisen vääräksi tai omaamme oikeaksi. Hoidon tavoitteena ei tulisi olla oman näkemyksemme pakottaminen potilaalle vaan auttaa häntä löytämään oma ratkaisunsa mielen ongelmiin.

Psykoottisten potilaiden hoitomuotona psykoanalyysi on ongelmallinen, ja aikanaan Freud totesi tekniikkansa psykoottikkojen kohdalla hyödyttömäksi. Lacan ei pitänyt mahdollisena aikuisen psykoottikon *parantamista*, joka tarkoittaisi psykoottisen rakenteen muuttamista neuroottiseksi, mutta koki pystyvänsä auttamaan osaa psykoosipotilaista hallitsemaan oireitaan paremmin. Subjektin rakenteen diagnosoiminen analyysin alussa on tärkeää sopivan vuorovaikutuksellisen lähestymistavan valitsemiseksi. Neurootikoille suunnatun analyysimenetelmän käyttäminen potilaalle, jonka psykoottinen subjektin rakenne on jäänyt huomaamatta, voi johtaa akuutin psykoosin puhkeamiseen. Puheen välityksellä toteutettavan terapian edellytyksenä on luonnollisesti jonkinasteisen yhteisen kielen löytyminen, eikä vaikeassa tilassa olevien potilaiden lääkehoidon merkitystä voi vähätellä.

Lääketieteellisen psykiatrian rinnalla lacanilainen psykoanalyysi siihen liittyvine tieteenteorian näkemyksineen avaa mahdollisuuden hahmottaa sosiaalisen vuorovaikutuksen merkitystä niin todellisuuskuvan kuin psyyken ongelmien syntymisessä. Biologiseen tutkimukseen keskittyminen on toki tarpeellista parempien lääkkeellisten ja muiden fysikaalisten hoitomuotojen kehitykselle, mutta tieteen edistymisen kannalta on tarpeellista myös kyseenalaistaa biologian ensisijaisuus mielen häiriöiden syntymisessä. Nykyisessä tieteellisessä ilmapiirissä herkästi oletamme aivojen määräävän kausaalisesti mielen rakentumista, vaikka sosiaalisen vuorovaikutuksen merkitys on ilmiselvä ja omaa mieltämme havainnoimalla voimme hahmottaa sen kielellisen rakenteen. Omassa ajattelussamme käyttämämme kielen olemme saaneet toisilta ihmisiltä, eikä siten ole kaukaa haettua olettaa toisten ihmisten mielet jotenkin samalla tapaa rakentuneeksi, vaikka heidän ajattelunsa sisältö olisikin hyvin erilaista kuin omamme. Lacan pyrkii kuvaamaan abstraktilla ja yleistettävällä tasolla mielen toiminnan mekanismeja, joiden voi itsetarkkailulla huomata ohjaavan omaa

tietoisuutta ikään kuin automaattisesti, tahdosta riippumatta. Tällaisten havaittujen automaatioiden varmentaminen objektiivisesti, tulkitsevasta subjektista riippumatta, on luonnollisesti mahdotonta. Havaintojen yleistettävyyttä täytyy tällöin arvioida keskustelemalla toisten ihmisten kanssa heidän omasta kokemuksestaan, pyrkien ymmärtämään mitä merkityksiä heidän käyttämänsä sanat vastaavat omassa ajattelussamme. Tätä menetelmää kutsumme psykoanalyysiksi.

Erilaisten tiedostamisen muotojen hyödyntäminen mielen häiriöiden tutkimuksessa on luonnollinen tieteellinen lähtökohta. Erilaisten viitekehyksien tiedostamisen myötä niiden toisistaan poikkeavat menetelmät voidaan ymmärtää toisiaan tukevinä. Oletuksiin perustuvien näkökantojen väliset ristiriidat ovat turhia hidasteita tieteen kehityksessä. Kielen merkitysten ymmärtäminen erilaisissa yhteyksissä on edellytys sujuvalle ajatustenvaihdolle ja tulisi olla jokaisen tieteilijän keskeinen pyrkimys. Monimutkaisen käsitteen, kuten psykoosin, merkityksen selvittämisen olen todennut hedelmälliseksi tässä pyrkimyksessä. Uskon tieteenalojen näkökantojen yhdistämisen olevan avain tieteellisiin vallankumouksiin, ja niin biologiaan kuin psyykeen ulottuvan ilmiön kokonaisvaltainen käsittäminen voisi edistää mielen ja ruumiin suhteellisuusteorian kehitystä, jonka parissa olemme puuhastelleet muutamien viime vuosituhansien ajan.

Käsitteiden selitykset

Luonnehdin tässä suuntaa-antavasti muutamien keskeisten käsitteiden merkityksiä, joissa ne tämän työn aihepiirin kannalta ymmärretään.

Ego – Freudilla mielen rakenteen osa, joka koostuu minäkäsityksestä ja ympäristöön sopeutumisen toiminnoista. Lacanilla subjektin tietoisuuden kohteena oleva *imaginaarinen* minäkuva.

Isän-nimi – Symbolisen isän funktion *signifioija*, johon yhteinen kieli, laki, kulttuuri ja *symbolinen* järjestelmä perustuvat.

Imaginaarinen – Havaitsemisen ja kuvallisten *representaatioiden* järjestelmä, johon *symbolisen* merkitykset yhdistyvät. Keskeinen minän ja toisen havaitsemisessa ja samastumisessa.

Konstituutio – Näkemys tiedostamisesta subjektiivisten ennakko-oletusten ja todellisuuskäsityksen pohjalle rakentuneena havaintona.

Objekti a – Lacanilla halun perimmäinen kohde ja myös sen aiheuttaja, jota on mahdoton tavoittaa. Myös *reaalisen* ylimäärä, joka *symbolisessa* ilmenee *puutteena*.

Paradigma – Tiedeyhteisön oletusten, arvojen ja uskomusten muodostama viitekehys, joka ohjaa tieteellistä toimintaa, menetelmiä ja käsityksiä todellisuuden ja tiedostamisen luonteesta.

Puute – Olemisen puute todellisuuden kokemuksessa, joka johtuu symbolisen järjestelmän mahdottomuudesta vastata täysin *reaalista*.

Reaalinen – Jakamaton ja täysi, perimmäinen olevaisuuden muoto, jota *symbolinen* järjestelmä ei eroihin perustuvana pysty tavoittamaan.

Representaatio – Tiedostettu tai *tiedostamaton* mielen luoma kuva sisäisestä ajatuksesta tai aistihavainnon mielessä koettu vastine.

Signifioija – Äänne, sana, lause, kuva tai vastaava, joka havaintona tai ajatuksena välittää merkityksen suhteessa toisiin signifioijiin.

Subjekti – Havainnoijan osuus tiedostamisesta. Lacanilla kielellä ajatteleva ihminen jaetussa *symbolisessa* järjestelmässä.

Symbolinen – Yhteiselle kielelle rakentunut *signifioijista* koostuva järjestelmä, joka sisältää kaikki yhteisön tavat, lait ja kulttuurin. Mahdollistaa kielellisen ajattelun ja deklarattiivisen muistin.

Tiedostamaton – Tietoisuudesta riippumatta toimiva mielen osuus, joka rakentuu kielen tavoin *signifioijien* ketjuna. Muokkaa havaintojen koettuja merkityksiä ja ohjaa halun suuntautumista.

Toinen – *Subjektin* kehitykseen vaikuttavat muut ihmiset, yhteinen kieli ja koko *symbolinen* järjestelmä.

Lähteet

- Alanen, Pentti & Sintonen, Matti & Hyypä, Markku T. & Järvillehto, Timo (2003) *Lääketiede ja tieteenteoria*. Turku: Kirja-Aurora.
- Alanen, Yrjö O. (1993) *Skitsofrenia – syyt ja tarpeenmukainen hoito*. Helsinki: Werner Söderström.
- Bunnin, Nicholas & Yu, Jiyuan (2004) *The Blackwell Dictionary of Western Philosophy*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Cullberg, Johan (2005) *Psykoosit – kokoava näkökulma*. Suomentanut Tuomo Välkki. Helsinki: Therapie-säätiö. Ruotsinkielinen alkuperäisteos *Psykosser* 2004.
- Fink, Bruce (1995) *The Lacanian Subject: Between Language and Jouissance*. Princeton: Princeton University Press.
- Fink, Bruce (1997) *A Clinical Introduction to Lacanian Psychoanalysis: Theory and Technique*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gejman, P. & Sanders, A. & Duan, J. (2010) The Role of Genetics in the Etiology of Schizophrenia. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(1), 35-66.
- Haller, Chiara S. & Padmanabhan, Jaya L. & Lizano, Paul & Torous, John & Keshavan Matcheri (2014) Recent advances in understanding schizophrenia. *F1000Prime Reports*, 6(57).
doi: 10.12703/P6-57
- Helén, Ilpo & Hämäläinen, Pertti & Metteri, Anna (2011) Komplekseja ja katkoksia – psykiatrian hajaantuminen suomalaisen sosiaalivaltioon. Teoksessa Ilpo Helén (toim.) *Reformin pirstaleet*. Tampere: Vastapaino, 11-69.
- Howes, Oliver D. & Kapur, Shitij (2009) The Dopamine Hypothesis of Schizophrenia: Version III – The Final Common Pathway. *Schizophrenia Bulletin*, 35(3), 549-562.
- Johnston, Adrian (2014) Jacques Lacan. Teoksessa Edward N. Zalta (toim.) *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer 2014 Edition). Viitattu 2.3.2015.
url: <http://plato.stanford.edu/archives/sum2014/entries/lacan>
- Kapur, Shitij (2003) Psychosis as a State of Aberrant Salience: A Framework Linking Biology, Phenomenology, and Pharmacology in Schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 160(1), 13-23.
- Komulainen, Jorma & Lehtonen, Jari & Mäkelä, Matti (toim.) (2012). *Psykiatrian luokituskäsikirja – Suomalaisen Tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit*. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos.

- Kuhn, Thomas S. (1962) *The Structure of Scientific Revolutions*. Teoksessa Otto Neurath (toim.) *Foundations of the Unity of Science, Volume 2*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Kuhn, Thomas S. (1994) *Tieteellisten vallankumousten rakenne*. Suomentanut Kimmo Pietiläinen. Helsinki: Art House. Englanninkielinen alkuperäisteos *The Structure of Scientific Revolutions* 1962.
- Kurki, Janne (2008) Psykodiagnostiikka lacanilaisesta näkökulmasta. *Psykoterapia*, 27(4), 290-305.
- Kurki, Janne (2012) Ruohonjuuritason lacanilaista psykodiagnostiikkaa. *Psykoterapia*, 31(2), 170-180.
- Lacan, Jacques (2006) *Écrits: The First Complete Edition in English*. Englanniksi kääntänyt Bruce Fink. New York: W.W. Norton. Ranskankielinen alkuperäisteos *Écrits* 1966.
- Laitinen, Jorma (1981) *Psykoanalyysin tieteenfilosofisia lähtökohtia*. Helsinki: Psychiatria Fennica.
- Lindell, Juhani (2001) Lacan oireen asemasta. *Psykoterapia*, 20(4), 245-251.
- Lönnqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) (2014) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim.
- Miller, Jacques-Alain (toim.) (1981) *The Seminar of Jacques Lacan: Book XI, The Four Fundamental Concepts of Psychoanalysis*. Englanniksi kääntänyt Alan Sheridan. New York: W.W. Norton. Ranskankielinen alkuperäisteos *Le Séminaire de Jacques Lacan, Livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse* 1973.
- Miller, Jacques-Alain (toim.) (1997) *The Seminar of Jacques Lacan: Book III, The Psychoses*. Englanniksi kääntänyt Russell Grigg. New York: W.W. Norton. Ranskankielinen alkuperäisteos *Le Séminaire, Livre III, Les Psychoses* 1981.
- Moghaddam, Gita & Javitt, Daniel (2012) From Revolution to Evolution: The Glutamate Hypothesis of Schizophrenia and its Implication for Treatment. *Neuropsychopharmacology*, 37(1), 4-15.
- Myyrä, Johannes (2001) Sanat sen sanomiseen. *Psykoterapia*, 20(4), 238-244.
- Pietilä, Veikko (1983) *Miten tiede kehittyy? – Tiedusteluretkiä tietenteorian kentälle*. Tampere: Vastapaino.
- Roudinesco, Elizabeth (1997) *Jacques Lacan*. Englanniksi kääntänyt Barbara Bray. New York: Columbia University Press. Ranskankielinen alkuperäisteos *Jacques Lacan: Esquisse d'une vie, histoire d'un système de pensée* 1993.

Shepherd, Alana M. & Laurens, Kristin R. & Matheson, Sandra L. & Carr, Vaughan J. & Green, Melissa (2012) Systematic meta-review and quality assessment of the structural brain alterations in schizophrenia. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36(4), 1342-1356.

Tienari, Pekka & Wynne, Lyman C. & Sorri, Anneli & Lahti, Ilpo & Läksy, Kristian & Moring, Juha & Naarala, Mikko & Nieminen, Pentti & Wahlberg, Karl-Erik (2004) Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 184(3), 216-222.

Tähkä, Veikko (1997) *Mielen rakentuminen ja psykoanalyttinen hoitaminen*. Helsinki: Werner Söderström.

Verhaeghe, Paul (2009) *Normaaliudesta ja muista mielenhäiriöistä*. Suomentanut Janne Kurki. Vantaa: Apeiron Kirjat. Englanninkielinen alkuperäisteos *On Being Normal and Other Disorders: A Manual for Clinical Psychodiagnostics* 2004.