

## Epänormaalien diagnoosi

### Mielenterveyshäiriöiden luokittelu on muuttanut käsitystämme normaalista

**Tuomas Vesterinen**

Mielenterveyshäiriödiagnoosit ovat kasvussa. 1980-luvun alussa tehdyn tutkimuksen mukaan kolmasosalla amerikkalaisista oli elämänsä aikana mielenterveyshäiriö. 2000-luvun alussa tehdyn tutkimuksen mukaan häiriö oli elämän aikana jo lähes puolella väestöstä. (Cockerham 2017.) Ovatko mielenterveyshäiriöt siis todella lisääntyneet vai onko syynä diagnostiikan parantuminen? Vai voisiko olla, ettemme tiedä mitä häiriöt ylipäänsä ovat, ja miten niitä voisi tunnistaa? Tarkastelen kirjoituksessani, mitä muutokset mielenterveyshäiriöiden diagnosoinnissa kertovat normaalin ja patologian rajanvedosta.

Vielä 1970-luvulla mielenterveyshäiriöitä diagnosoitiin harvemmin mutta nykyistä epämääräisemmin perustein. Tätä kuvastaa koe, jonka psykologi David Rosenhan julkaisi vuonna 1973 *Science* -lehdessä (Science 1973). Hän lähetti näyttelijöitä psykiatriisiin sairaaloihin ympäri Yhdysvaltoja kertomaan toistuvasti kuulemistaan äänistä: *tyhjä, ontto ja thud*. Kaikki näyttelijät otettiin osastolle ja määrättiin psykelääkitykselle. Ja vaikka he eivät enää raportoineet äänistä ja käyttäytyivät muutenkin normaalisti, heitä ei päästetty pois. Tilannetta vain pahensi, jos he kertoivat aluksi näytelleensä. Jotkut päätyivät

olemaan sairaalassa pari kuukauttakin. Kun Rosenhan lopulta paljasti kokeen, eräs mielisairaala pyysi häntä lähettämään lisää näyttelijöitä osoittaakseen tunnistavansa nämä. Parin kuukauden jälkeen sairaala ilmoitti ylpeästi paljastaneensa 41 näyttelijää. Rosenhan vastasi, ettei ollut lähettänyt yhtäkään.

Tunnistamiseen liittyvistä ongelmista ja teoreettisista kiistoista johtuen mielenterveysongelmia alettiin 1980-luvun alusta lähtien määritellä Yhdysvaltain psykiatriyhdistyksen julkaisemassa vaikutusvaltaisessa *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* -luokittelukäsikirjassa oireiden perusteella. Vastaava määrittely on käytössä myös kansainvälisessä luokittelumanuaalissa *The International Classification of Diseases, (ICD)*. Tämä on yhtenäistänyt diagnosointia: samat oireet määritellään samalla tavalla eri sairaaloissa ja eri henkilöiden kohdalla.

Toisaalta oiremääritelmät ovat sattumanvaraisen tiukkoja ja alttiita muutoksille, jotka eivät perustu tutkimustuloksiin. Esimerkiksi lasten kohdalla ADHD määritellään uudessa DSM-5 -manuaalissa (APA 2013) siten, että jos määritelmän

oireista kuusi jatkuu vähintään puoli vuotta, on kyseessä ADHD. Miksi rajaa ei vedetä viiteen oireeseen ja seitsemään kuukauteen? Aiemman manuaalin kokoamiseen osallistuneen psykologi Renee Garfinkelin mukaan erästä oiretta ei sisällytetty tiettyyn häiriömääritelmään, kun selvisi, että kokoukseen osallistuneella tutkijalla oli tuo käytösoire (Davies 2013).

Mielenterveyshäiriöiden tunnistaminen on vaikeaa, koska emme tiedä niiden aiheuttajia. Mielenterveyshäiriöiden tunnistamisen ja leviämisen taustalla kummitelee kuitenkin teoreettinen ongelma: missä määrin arvot vaikuttavan niiden määrittelyyn?

## Mielenterveyshäiriön määrittely

DSM-luokittelumanuaali määrittelee mielenterveyshäiriön toimintahäiriönä (*dysfunction*), joka tyypillisesti ilmenee ahdistuksena ja sosiaalisena kyvyttömyytenä. Toimintahäiriön uskotaan nykypsykiatriassa olevan aivoperäinen, esimerkiksi aivokemiaan liittyvä. Ahdistuksella ja kyvyttömyydellä puolestaan tarkoitetaan toimintahäiriön aiheuttamaa haittaa yksilölle ja hänen läheisilleen.

Toimintahäiriöön vetoamalla halutaan välttää pelkän poikkeavan käytöksen leimaamista sairaudeksi. Esimerkiksi homoseksuaalisuus luokiteltiin mielisairaudeksi vielä 1970-luvulla. Ääriesimerkki on 1800-luvun mielisairaus *drapetomania*, joka määritelmän mukaan riivasi karkaamaan pyrkiviä orjia (Murphy 2006). Vaikka molemmat on katsottu aikanaan haitallisiksi, ei niiden taustalta löydy biologisia toimintahäiriöitä.

Intuitiivisuudestaan huolimatta toimintahäiriöön perustuvissa sairauden määritelmässä on periaatteellinen ongelma. Vaikka biologisia aiheuttajia joskus löydetäisiin, niiden toimintahäiriöksi määrittelemisen olisi silti osittain arvosidonnaista. Filosofit Christopher Boorse (1975) on antanut sairaudelle yleisesti käytetyn biologisen määritelmän. Boorsen määritelmän mukaan sairaus on toimintahäiriö, joka laskee yksilön normaalia lajityypillistä toimintakykyä säilyä hengissä ja lisääntyä. Määritelmän suuri ongelma liittyy siihen, että ihmisten normaali toimintakyky vaihtelee huomattavasti. Se, miten variaatio voitaisiin ottaa määritelmässä huomioon, riippuu arvovalinnoista.

Filosofi Georges Canguilhem (2005) on argumentoinut, että terveys on biologisesta näkökulmasta sopeutumiskykyä erilaisissa ja jatkuvasti muuttuvissa

olosuhteissa. Terve ihminen kykenee paitsi sopeutumaan sosiaalisiin normeihin, myös luomaan niitä. Biologia ei tarjoa tätä tarkempaa määritelmää, koska sekä yksilölliset selviytymiskeinot että kokonaisolosuhteet vaihtelevat. Terveysten kannalta ihanteellinen yhteiskunta olisi siten sellainen, jonka käsitykseen normaalista mahdollisimman moni kykenisi sopeutumaan. Tässä valossa keskeinen kysymys ei ole mikä on normaalia, vaan onko käsityksemme normaalista terve.

## Normaalin kulttuurisidonnaisuus

Filosofi Ian Hackingin (2002) mukaan normaalin käsite muuttui ja nousi Euroopassa keskeiseksi lääketieteen kehityksen myötä. 1800-luvulla lääketieteessä patologisuus alettiin määritellä elimen tilana, joka poikkeaa keskiarvosta. Normaali puolestaan tuli merkitsemään elimen keskiarvoista tilaa. Esimerkiksi aiemmin esitelty Boorsen sairauden määritelmä perustuu normaalin määritelmään: keskiarvoiset organismit ja käytös luokitellaan terveeksi, poikkeavat sairaudeksi. Normaali levisi lääketieteestä myös yleiseen kielenkäyttöön.

Yleisessä kielenkäytössä normaalin taika piilee siinä, että sillä illusorisesti ylitetään tosiasioiden ja arvojen välinen kuilu (Hacking 2002). Ilman perusteluja uskotaan, että se, mikä on normaalia eli keskiarvo, on myös hyvä. Siitä miten asiat ovat, ei voida kuitenkaan päätellä suoraan, miten niiden olisi hyvä olla. Arvot ja kulttuuri vaikuttavat siihen, mitä pidämme hyvänä ja huonona, mitä terveenä ja sairaana. Tässä valossa medikalisaatio on länsimaisen tieteen ilmentymä, jossa yhteiskunta pyrkii oikeuttamaan arvonsa luonnontieteellisin menetelmin.

Se, mitä pidetään normaalina, vaihtelee kulttuurista toiseen. Jopa somaattiset sairaudet voidaan luokitella normaaleiksi kontekstista riippuen. Esimerkiksi vielä hiljattain syfiliksen sukuinen ihosairaus *pinta* oli Amazonin yläjuoksun intiaanien keskuudessa niin yleinen, että ilman sairautta ei ollut asiaa naimisiin (Honko 1960). Sairauden oireena ovat pigmentin muutokset, ihon paksuuntuminen ja kutiaminen.

Normaaliuden kulttuurisidonnaisuuden ja mielenterveysongelmien suhdetta havainnollistaa se, miten länsimaissa mielenterveyshäiriöksi määriteltujen ilmiöiden luonne ja vakavuus vaihtelee kulttuurin mukaan. Esimerkiksi

antropologi Tanya Luhrmannin (2015) mukaan vakavasta psykoosista kärsivien ääniharhat vaihtelevat kulttuurista toiseen. Tutkimuksessa todettiin, että amerikkalaiset kuulevat pääsääntöisesti pahantahtoisia ääniä. Sitä vastoin Ghanassa ja etenkin Intiassa ääniharhat olivat opastavia ja hyväntahtoisia. Luhrmannin (2015; 2011) mukaan kulttuurin vaikutus harhojen luonteeseen on monimuotoista. Yksi syy on medikalisaatio: harhojen kuulija ei Ghanassa ja Intiassa leimaudu samalla tavalla sairaaksi kuin länsimaissa. Lisäksi Ghanassa ja Intiassa identiteetti ja mieli koetaan osaksi yhteisöä ja sen sosiaalisia suhteita. Sitä vastoin länsimaissa on erilainen mielen teoria. Mieli on yksilön hallitsema ja rajattu maailma, jonne kontrolloimattomien äänien ei tulisi tunkeutua. (Äänten kuulemisen kulttuurisuudesta ks. myös Majeskog ja Poutanen tässä numerossa.)

Käsitys normaalista vaikuttaa siihen, miten mielenterveysongelmiin suhtaudutaan, ja sitä kautta niiden luonteeseen. Jos skitsofrenian ääniharhat eivät ole vain seurausta toimintahäiriöstä, vaan keskeinen osa ongelmaa, niin kulttuuri ei vaikuta vain häiriön ilmenemiseen vaan itse häiriöön. Kuinka vakava skitsofrenia on, jos sen yleisesti pahana pidettyjä oireita, ääniharhoja, ei koeta ahdistavina? 1960-luvulla suoritetun pitkittäistutkimuksen mukaan skitsofreniadiagnoosin saaneet henkilöt Intiassa, Nigeriassa ja Kolumbiassa sairastivat häiriötä lievempänä kuin Yhdysvalloissa, Tanskassa ja Taiwanissa. Häiriö heikensi toimintakykyä vakavasti 40 prosentilla teollisuusmaiden potilaista, kehittyvissä maissa luku oli 24 prosenttia. (Watters 2011, 150.) Epäilemättä yksi syy tähän on, että häiriö ei kanna kehittyvissä maissa samanlaista sairaan leimaa kuin länsimaissa, eikä potilasta eristetä sosiaalisesti yhtä herkästi kuin länsimaissa.

Jyväskylän yliopiston psykologian professori Jaakko Seikkula on kehittänyt avoimen dialogin hoitomallin (Keroputaan hoitomalli), jossa skitsofrenian hoitoon otetaan mukaan potilaan sosiaalinen verkosto. Hoitomenetelmä siis muistuttaa monen kollektiivisen kulttuurin tapaa suhtautua ilmiöön. Menetelmän avulla potilaiden sosiaalisen selviytymiskyvyn on todettu paranevan merkittävästi.

## Epänormaalien epidemiologia

Ihmistieteelliset luokittelut ovat normatiivisia: ne kertovat miten asioiden tulisi olla sekä hyvässä että pahassa. Luokittelut antavat käytökselle yksinkertaistetun mallin, jonka avulla ymmärretään itseä ja muita. Näin mielenterveyshäiriöiden

luokittelumanuaalit, nykyään erityisesti DSM, vaikuttavat tahtomattaan siihen, mitä pidämme normaalina ja miten suodatamme psyykkisiä ongelmia. Vahvasta arvolutautuneisuudesta johtuen mielenterveysdiagnooseihin reagoidaan erityisen herkästi: diagnostiset kategoriat ja diagnosoinnin kohteet, ihmiset, ovat vuorovaikutussuhteessa keskenään. Oiremääritelmät tarjoavat ”oikean” tavan ilmaista ongelmia. Usein vasta tietynlaiset oireet takaavat avunsaannin; papereihin täytyy saada tarvittava byrokraattinen leima. Negatiivisen arvolutauksen vuoksi diagnooseja myös karsastetaan. Seurauksena on silmukavaikutus: luokitteluja voidaan joutua tarkistamaan, jotta ne vastaisivat luokiteltujen ihmisten monimuotoisia reaktioita (Hacking 1995).

Silmukka vaikutus voi olla hyvin nopea, kuten antropologi Andrew Lakoff (2005) huomasi buenosairesilaisessa mielisairaalassa. Ranskalainen bioteknologian alan yhtiö halusi ostaa sairaalalta sylki- ja verinäytteitä, jotka olisivat kaksisuuntaisilta mielialahäiriöpotilailta. Sairaalan toiminta perustui kuitenkin psykoanalyysiin, joka ei tunnista tätä DSM-luokitusta. Rahapalkkion houkuttamana lääkärit muuttivat luokittelujärjestelmänsä DSM:n mukaiseksi. Monen potilaan käytös muuttui uusien diagnoosien vastaavaksi.

Häiriökokemuksia levittää myös länsimaisten hoitomenetelmien yleistymisen, kuten journalisti Ethan Watters (2011) kirjoittaa vuoden 2004 Kaakkois-Aasian tsunamista. Länsimaiset terveydenhoitoalan ammattilaiset ryntäsivät kilvan auttamaan paikallisia selviämään traumaperäisestä stressihäiriöstä (PTSD). Häiriön tyypillisistä oireista puhuttiin esimerkiksi Sri Lankan kansallisessa televisiossa. Häiriön hoito ja oiremääritelmän julkisuus johtivat Wattersin mukaan siihen, että monet alkoivat suodattaa kärsimystään määritelmän tyypillisten oireiden kautta.

Wattersin (2011) mukaan levitessään länsimaissa hallitseva käsitys, jonka mukaan kärsimyksen syynä ovat rikkinäiset aivot, tuhoaa perinteisiä kärsimykseen sovellettuja sosiaalisia selviytymismekanismeja. Kulttuuri antaa kärsimykselle ja sen kestämiselle merkityksen, usein uskonnon tai muiden uskosten kautta. Lääkefirmat onnistuivat markkinoimaan lievän masennuksen esimerkiksi Japaniin 2000-luvun alussa (Kitanaka 2012). Sitä ennen surun katsottiin kasvattavan luonnetta, ja tätä korostettiin elokuvissa ja musiikissa (Watters 2011, 232). Buddhalaisuudessa kärsimyksellä on keskeisempi osa kuin onnellisuudella. Markkinointi antoi japanilaisille uuden kategorian, jonka kautta tulkita tunteita.

## On normaalia olla mielisairas

Mielenterveyshäiriöiden luokittelu on muuttanut käsitystämme normaalista ja epänormaalista. Koska yksiselitteisiä syitä mielenterveysongelmille ei ole löydetty, on päädytty oiremääritelmiin, jotka ovat tehneet monesta ennen normaalista ilmiöstä patologisen. Tämän seurauksena yhä useammalla diagnosoidaan mielenterveyshäiriö. Häiriöihin liitetyt negatiiviset mielikuvat eivät ole kuitenkaan juuri muuttuneet: seurauksena on ollut kaventunut käsitys normaaliudesta.

Mielenterveysdiagnosi on kaksiteräinen miekka. Diagnosin etu on, että ongelma tunnistetaan ja sen aiheuttamat haitat otetaan tosissaan. Erityisesti lievemmat häiriödiagnosit ovat lohdullisia, ne antavat selityksen ja oikeutuksen käytökselle sekä siitä seuranneelle kärsimykselle. Toisaalta diagnosoitu henkilö menettää osan toimijuudestaan, kun hänet leimataan sairaaksi. Sairauden negatiivinen leima rajoittaa toimintamahdollisuuksia muuttamalla läheisten ja yhteiskunnan suhtautumista. Tätä kautta diagnosi voi jopa heikentää paranemista. Usein mediassa mielenterveyshäiriöstä kärsiviä pidetään vaarallisina: mielenterveyshäiriön katsotaan selittävän ongelmakäyttäytymistä yksistään, ilman, että yhteiskunnan vaikutusta huomioidaan. Diagnosi voi myös viedä oikeutuksen kärsimykseltä. Esimerkiksi Japanissa Densu-yhtiö päätyi argumentoimaan, että masennus on sisäsyntyinen sairaus, ei epäinhimillisistä työolosuhteista johtuva ongelma (Kitanaka 2012, 162).

Yksilökeskeisessä yhteiskunnassamme ongelma nähdään herkemmin yksilössä kuin yhteiskunnallisessa epäkohdassa. Mielenterveysongelmien suurimpia syitä ovat kuitenkin köyhyys ja epätasa-arvo. Neurodiversiteettiin vetoavat argumentoivat, että autismin kirjoa ja ADHD:ta ei tulisi pitää mielenterveyshäiriöinä lainkaan, vaan osana ihmiskunnan normaaliuden kirjoa. Ongelma ei ole heistä yksilössä tai hänen aivoissaan, vaan yhteiskunnan suhtautumisessa. Monesti olisikin järkevämpää rakentaa ”ramppeja” lääkitsemisen sijaan; näin mahdollisimman moni voisi elää täysipainoista elämää sellaisena kuin on. Kenties esimerkiksi ADHD:sta kärsiviä voisi auttaa paremmin muuttamalla koululuokkia ja palkkaamalla lisää kouluavustajia.

Mielenterveyshäiriöluokituksiin liittyvistä arvoalinnoista tulisi käydä avointa keskustelua. Terveyttä edistäisi salliva käsitys normaalista. Nykyisellään psykiatriafirmat saavat vapaasti markkinoida kapeaa käsitystä normaalista,

jonka saavuttamiseen tarvitaan psykiatrialääkkeitä. Levitessään DSM-manuaali ja sen diagnooseja myyvät lääkefirmat ovat vaarassa globalisoida länsimaisen tavan kokea ja ilmaista ahdistusta sekä mentaalisia ongelmia. Maailma on seuraamassa Amerikkaa, jossa surusta on tullut suorastaan epänormaali tunnetila (Horwich & Wakefield 2007). Teknologian kehittyessä keinot puuttua epänormaaleina pidettyihin mielentiloihin vain kasvavat. Meidän kannattaisi kehittää suhtautumistamme erilaisuuteen: kaikkea erilaisuutta ei tulisi leimata mielenterveyshäiriöksi, eikä mielenterveyshäiriöistä kärsiviä tulisi pitää vakavasti epänormaaleina.

**Tuomas Vesterinen, FM, on tohtorikoulutettava Helsingin yliopistossa. Hän tutkii tieteellistä selittämistä ja luokittelua filosofian oppiaineessa.**

## Lähteet

APA (American Psychiatric Association) (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fifth edition.

Boorse, Christopher (1975) On the distinction between disease and illness. *Philosophy and Public Affairs* 5, 49-68.

Canguilhem, Georges (2005) [1966] *The Normal and the Pathological*. New York: Zone Books.

Cockerham, William (2017) *Sociology of Mental Disorder*. London: Routledge.

Davies, James (2013) *Cracked. Why Psychiatry is Doing More Harm Than Good*. London: ICON.

Hacking, Ian (1995) *Rewriting the Soul – Multiple Personality and the Sciences of Memory*. Princeton: Princeton University Press.

Hacking, Ian (2002) *The Taming of Chance*. Cambridge: Cambridge University Press.

Honko, Lauri (1960) Varhakantaiset taudinselytykset ja parantamisnäytelmä. Teoksessa Jouko Hautala (toim.): *Juminkeko. Tietolipas 17*. Helsinki: SKS.

Horwitz, Allan & Wakefield, Jerome (2007) *The Loss of Sadness. How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. Oxford: Oxford University Press.

Kitanaka, Junko (2012) *Depression in Japan. Psychiatric Cures for a Society in Distress*. Princeton: Princeton University Press.

Lakoff, Andrew (2005) *Pharmaceutical Reason. Knowledge and Value in Global Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press.

Luhrmann, Tanya (2011) Toward an Anthropological Theory of Mind. *Suomen Antropologi* 4, 1-95.

Luhrmann, T., Padmavati, R., Tharoor, H. & Osei, A. (2015) Difference in Voice-Hearing Experiences of People with Psychosis in the USA, India and Ghana. *The British Journal of Psychiatry* 206, 41-44.

Murphy, Dominic (2006) *Psychiatry in the Scientific Image*. Cambridge: The MIT Press.

Rosenhan, David (1973) On Being Sane in Insane Places. *Science* 179, 250-258.

Watters, Ethan (2011) *Crazy Like Us. The Globalization of the Western Mind*. London: Constable & Robinson Ltd.