

## Näkökulma laajenee, mielenterveysstigma vähenee

Stigmalla tarkoitetaan ilmiötä, jossa jokin henkilöön liitettävä ominaisuus alkaa aiheuttaa häntä kielteisesti määrittävää sosiaalista asennoitumista (1). Erityisesti mielenterveysongelmiin on perinteisesti liittynyt stigma-ilmiötä ruokkivia ennakkoluuloja ja -asenteita, joita on pyritty eri strategioiden lievittämään. Eräs tapa on ollut mielenterveysongelmien rinnastaminen lääketieteellisten sairauksien kanssa käyttämällä ”sairaus, siinä missä mikä tahansa muukin sairaus”-analogiaa (2,3). Tämän on ajateltu vähentävän ihmisten syyllistämistä, tehden samalla psykiatrisen hoidon vastaanottamisesta sosiaalisesti hyväksyttävämpää (2). Mielenterveysongelmiin liittyvän stigrman onkin todettu vähentyneen viimeisten vuosikymmenten aikana (4).

Asennemuutoksista huolimatta mielenterveysongelmiin liittyy yhä toipumista hankaloittavia ennakkokäsityksiä (5), eikä mielenterveyshoidon tai -diagnoosin vastaanottamiseen liittyvän häpeäilemän lievittyminen automaattisesti tarkoita, että diagnooseilla kuvattavat ilmiöt olisivat muuttuneet hyväksyttävämmiksi. Vaikeat tunteet ja ajatukset, vuorovaikutukselliset haasteet, toiminnanohjauksen ongelmat, tai laajimmillaan mitkä tahansa vaikeudet vastata ympäristön vaatimuksiin ja odotuksiin, aiheuttanevat edelleen yksilötasolla syyllistämistä ja häpeää, vaikka näiden kuvaaminen mielialahäiriön, Aspergerin oireyhtymän, ADHD:n tai muiden diagnostisten käsitteiden avulla olisikin aiempaa hyväksyttävämpää. Tutkimuksissa on ollut viitteitä myös siitä, että inhimillisten reaktioiden rinnastaminen sairauksien kanssa näyttää nämä kielteisessä valossa, vaikeuttaen näin lähtökohtaisesti tietynlaisten tunteiden, ajatusten ja elämänhaasteiden jakamista ilman häpeän ja alemmuuden tunteita (3).

”Sairaus, siinä missä mikä tahansa muukin sairaus”-analogialla on tehty erityisesti psykiatrisia diagnooseja hyväksyttävämmäksi, ja julkisessa keskustelussa ihmiset ovatkin alkaneet

enenevässä määrin kuvaamaan omia kokemuksiaan diagnoosikäsittein. Tällä hetkellä käytössä olevat psykiatriset diagnoosit eivät kuitenkaan auta kunnolla ymmärtämään mistä havaitut tai koetut ongelmat johtuvat, sillä kyse on pitkälti oirekuvauksista (6). Havaitut oireet taas ovat oletettavasti seurausta yksilöllisistä ruumiillisista, psyykkisistä ja sosiaalisista prosesseista, joiden haitallisuus on määrittynyt tilanteen ja siitä tehtyjen tulkintojen mukaan (7). Psykiatristen diagnoosien voidaan katsoa näin kuvaavan enemmän seurausta kuin syytä, vaikka ihmiset toisinaan pyrkivätkin näiden avulla omaa ja muiden toimintaa selittämään.

Tietyn oireen tai ongelman selittäminen oirekuvauksella johtaa herkästi kehäpäätelmään (8), ja tätä kautta itseään toteuttavaan tilanteeseen, jossa ongelman juurisyitä ei enää samalla tavalla pyritä yksilöllisesti ymmärtämään tai ratkaisuun. Tämän myötä esimerkiksi mielenterveysongelmien ennuste saatetaan käsittää todellista heikompana, ja näin ihmisen elämää kokonaisvaltaisemmin määrittävänä (9). Lisäksi mielenterveysongelmaksi määritettävät ilmiöt voidaan perusteettomasti mieltää laadullisesti muista inhimillisistä reaktioista poikkeavina (3).

Toistaiseksi ei ole olemassa luotettavia keinoja erotella normaaleja ja patologisia psyykkisiä tai sosiaalisia ilmiötä toisistaan (10), ja psykiatriset diagnoosit on eri yhteyksissä todettu tieteellisesti epätyytyttäväksi (6,7,8,10). Pyrkimys vähentää stigmaa rinnastamalla moniulotteiset psyykkiset ja sosiaaliset ilmiöt lääketieteellisten sairauksien kanssa saattaa entisestään heikentää psykiatristen diagnoosien erottelu- ja ennustekykä, mikäli esimerkiksi elämäntilanteeseen nähden normaaleja reaktioita aletaan mieltämään lääketieteellistä hoitoa vaativien sairauksien oireiksi (10,11).

On mahdollista, että ”sairaus, siinä missä mikä tahansa muukin sairaus”-analogia johtaa tilanteeseen, jossa hankalien tunnereaktioiden

tai toimintatapojen määrittelemisen diagnoosikäsitteiden kautta alkaa muodostua sosiaalisesti hyväksytyimmäksi tavaksi selittää omaa ja muiden toimintaa, jolloin sekä avun hakeminen että palveluohjaus tapahtuu entistä herkemmin psykiatrisiin syihin vedoten. Mikäli esimerkiksi rakenteellisista tai ihmisen elämäntilanteeseen liittyvistä kuormitustekijöistä aiheutuvat elämähaasteet nähdään tällä tavoin lääketieteellistä hoitoa vaativina sairauksina, ei psykiatrian palvelujärjestelmä kykene resurssiensa puolesta vastaamaan sen alati laajenevaan toimintakenttään, saati kunnolla ratkaisemaan näitä ongelmia pelkästään yksilöön kohdennettavilla interventioilla

Toisaalta ”sairaus, siinä missä mikä tahansa muukin sairaus”-analogian on yksilötasolla todettu vähentäneen syyllisyyden tunteita (3,9). Tämän on esitetty johtuvan sellaisista kulttuurisista käsityksistä, joiden perusteella ihmistä saatetaan syyllistää omasta tilanteestaan, mikäli hän ei kärsi riippumattomasti todennettavasta sairaudesta (10). Tällaiset käsitykset ovat kuitenkin lähtökohtaisesti ongelmallisia, sillä ihminen ei elä tyhjiössä, eikä näin ole yksiselitteisesti syyllinen tai syytön tietynlaiseen elämäntilanteeseen, sen tapahtumiin ja valintoihin – oli kyse sairaudesta tai ei. Mielenterveysongelmien kohdalla asian voidaan ajatella olevan vieläkin mutkikkaampi, sillä tietyn inhimillisen reaktion tai vuorovaikutustavan toimivuus ja haitallisuus riippuu pitkälti sekä tilanteesta että siitä, kenen näkökulmasta asiaa tarkastellaan. Mielenterveysongelma ei näin ole palautettavissa vain yksilön ominaisuuksiin. Vaikka tällä tavoin tulkitsijasta riippuvaisten ilmiöiden rinnastaminen muunlaisten häiriöiden kanssa on näin jo käsitteellisellä tasolla ongelmallinen, saattaa stigman lievittäminen muilla keinoin vaatia kokonaisvaltaisempaa kulttuurista muutosta ajattelutavoissa.

Lisäksi nykyjärjestelmässä sekä tietyt sosiaalityöt että lääketieteelliset hoidot vaativat inhimillisten kokemusten ja käyttäytymistapojen rinnastamista lääketieteellisten sairauksien kanssa, jotta ihmisille pystytään tarjoamaan sitä apua, jota he kiistatta tarvitsevat. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että palvelujärjestelmän olisi välttämätöntä tällä tavoin toimia. Esimerkiksi sosiaalityötä tarjotaan jo nyt myös muunlaisin kuin lääketieteellisin perustein, ja lääketiede tuntee tilanteita, joissa lääketieteellisiä interventioita pystytään tarpeenmukaisesti tarjoamaan vaikka

oireessa tai ongelmassa ei olisikaan kyse varsinaisesti sairaudesta tai häiriöstä. Tästä esimerkkinä raskaus ja synnytys, joiden myötä henkilölle järjestyy usein sekä lääketieteellistä että sosiaalista tukea tarpeen ja tilanteen mukaan.

Tutkimusten mukaan myös mielenterveyshoidossa voidaan saavuttaa parempia hoitotuloksia, kun hoitoa pyritään diagnoosin sijaan kohdentamaan yksilöllisten ja alati muuttuvien tarpeiden mukaan esimerkiksi niin, että psykelääkitystä käytetään selektiivisesti ensiapuna akuutin oireiston lievittämiseksi ja näin lähinnä muunlaisten hoito- ja tukikeinojen mahdollistamiseksi (12,13). Käytännössä mielenterveyshoidon organisoiminen vaatisi vain muutaman kuvailevan diagnoosiluokan, jos painopistettä pystyttäisiin siirtämään enemmän yksilöllisen elämäntilanteen hoitamiseen esimerkiksi sellaisten yhteisöllisten kehitys- ja tutkimushankkeiden avulla, joilla alueelliset resurssit saataisiin kohdennettua vastaamaan kokonaisvaltaisemmin asianomaisten tarpeita ja tilannetta (14). Tällainen kehityssuunta olisi perusteltu myös näyttöön perustuvan lääketieteen näkökulmasta, sillä vaikuttavuustutkimukset ovat toistuvasti viitanneet ei-spesifien mekanismien olevan sekä psykososiaalisessa että lääkkeellisessä psykiatrisessa hoidossa merkittävämpiä kuin tarkkarajaiset, tiettyjen diagnoosien mukaan kohdennetut hoitomenetelmät (14,15,16).

## LOPUKSI

Mielenterveysstigma on moniulotteinen ilmiö, jonka systemaattinen vähentäminen vaatii stigman eri ulottuvuuksien kokonaisvaltaista huomioimista. Lähtökohtaisesti olisi arvioitava, tarvitseeko ihmiselon hankalia kokemuksia, vuorovaikutuksen ongelmia tai havainnoijan käsityskyvystä poikkeavia ilmiöitä todella kuvata sairauksien oireina, jotta ne otettaisiin vakavasti, ja ihmisille voisi tarjota sen avun, jota he kiistatta tarvitsevat. Jos meidän ei tarvitsisi olettaa ihmisten vaikeuksien johtuvan etiologialtaan tunteettomista sairausentiteeteistä, voisimme kenties sekä tutkimuksessa että hoidossa tehokkaammin huomioida ne ruumiilliset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät, jotka kuormitusta ja haasteita ihmisille aiheuttavat. Tällöin myös tuki voitaisiin räätälöidä yhteistyössä eri toimijoiden ja ihmisen oman elinpiirin voimavarat huomioiden niin, että niukat resurssit saataisiin joustavammin jaettua

ja elämänongelmia ratkaistua siellä, missä niitä olisi tehokkainta ratkaista.

Ihmiselon ongelmat ja näihin kytkeytyvät hankalat kokemukset eivät ole palautettavissa vain yhteen ihmiseen ja hänen ominaisuuksiinsa, sillä ne kytkeytyvät aina vastavuoroisesti myös laajempaan elinpiiriin ja sen tapahtumiin. Myös viimeaikaisten tutkimusten valossa psykiatriset ongelmat tulisi hahmottaa transdiagnostisesti

inhimillisten kokemusten jatkumolla (16). Tässä mielessä kyse on laadullisesti samoista ilmiöistä, joita jokainen meistä joutuu elämässä jollain tasolla kohtamaan. Jos oppisimme ymmärtämään asian tällä tavoin koskettavan meistä jokaista, ei enää olisi lähtökohtaisesti tarpeen keinotekoisesti erotella sellaisia ihmisryhmiä, joihin stigma voitaisiin liittää.

## LÄHTEET

- (1) Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. New York: Simon & Schuster, Inc.; 1963.
- (2) Malla A, Joobar R, Garcia A. "Mental illness is like any other medical illness": a critical examination of the statement and its impact on patient care and society. *J Psychiatry Neurosci* 2015;40(3):147–150. <https://doi.org/10.1503/jpn.150099>
- (3) Read J, Haslam N, Sayce L, Davies E. Prejudice and schizophrenia: a review of the 'mental illness is an illness like any other' approach. *Acta Psychiatr Scand* 2006;114:303–318 <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00824.x>
- (4) Karlsson N, Mikkonen J. Mielenterveys osana laaja-alaista hyvinvointia. *Sosiaalilääk aikak* 2019;56(4). <https://doi.org/10.23990/sa.87896>
- (5) Maanmieli TK. Häpeä ja stigma mielisairaaloiden potilaiden ja heidän omaistensa muistoissa. *Sosiaalilääk aikak* 2019;53(3). <https://doi.org/10.23990/sa.75490>
- (6) Allsopp K, Read J, Corcoran R, Kinderman R. Heterogeneity in psychiatric diagnostic classification. *Psychiatry Res* 2019;279:15–22. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.07.005>
- (7) Maung HH. Diagnosis and causal explanation in psychiatry. *Stud Hist Philos Biol Biomed Sci* 2016;60:15–24. <https://doi.org/10.1016/j.shpsc.2016.09.003>
- (8) Phillips J, Frances A, Cerullo MA, ym. The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue part 1: conceptual and definitional issues in psychiatric diagnosis. *Philos Ethics Humanit Med* 2012;7:3. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-7-3>
- (9) Kvaale EP, Haslam N, Gottdiener WH. The 'side effects' of medicalization: A meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. *Clin Psychol Rev* 2013;33(6):782–794. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.06.002>
- (10) Johnstone L, Boyle M, ym. The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behavior, as an alternative to functional psychiatric diagnosis. Leicester: British Psychological Society; 2018.
- (11) Clark J. Medicalization of global health 2: the medicalization of global mental health. *Glob Health Action* 2014;7. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.24000>
- (12) Bergström T, Seikkula J, Alakare B, ym. The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry res* 2018; 270:168–175. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.039>
- (13) Buus N, Kragh Jacobsen E, Bojesen AB, ym. The Association between Open Dialogue to young Danes in acute psychiatric crisis and their use of health care and social services: A retrospective register-based cohort study. *International Journal of Nursing Studies* 2019;91:119–127. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.12.015>
- (14) van Os J, Guloksuz S, Vijn TW, ym. The evidence-based group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: time for change? *World Psychiatry* 2019;18(1):88–96. <https://doi.org/10.1002/wps.20609>
- (15) Thomas P, Bracken P, Timimi S. The Limits of Evidence-Based Medicine in Psychiatry. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 2012;19(4):295–308.
- (16) Jablensky A. Psychiatric classifications: validity and utility. *World Psychiatry* 2016;15(1):26–31. <https://doi.org/10.1002/wps.20284>

TOMI BERGSTRÖM

*PsM, psykologi*

*Psykiatrian ja riippuvuuksien hoidon tulosyksikkö, Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri & Psykologian laitos, Jyväskylän yliopisto*