

Tarttuvat diagnoosit

Petteri Pietikäinen

Goethe totesi kaukonäköisesti jo 1800-luvun alussa olevansa huolissaan kehityksestä, jonka myötä maailma muuttuisi valtavaksi sairaalaksi, jossa kansalaiset ovat toistensa potilaita ja hoitajia. Yksi nyky-yhteiskunnan merkellisyyksistä on se, että vaikka olemme terveempiä kuin koskaan aikaisemmin, olemme samalla entistä huolissamme omasta hyvinvoinnistamme. Descartesia mukaillen, "oireilen, siis olen"?

Professori J. P. Roos kyseli taannoin "minne kaikki hysteerikot katosivat" (Roos 2000). Hän arveli hysterian katoamisen liittyvän psykoanalyysin aseman heikkenemiseen ja toisaalta tarkempaan diagnostiikkaan, jonka myötä luovuttiin monen fyysisen sairauden luokitteluun hysteria. Hän kiinnitti myös huomiota hysterian kaltaisten diagnoosien vaihtuvuuteen ja korvautumiseen uusilla sairausnimityksillä.

Oma tutkimukseni neuroosi-diagnoosin historiasta länsimaissa ja erityisesti Ruotsissa osoittaa, että 1800-luvun lopun "hysteerikoista" tuli 1900-luvulla enenevässä määrin "neurootikkoja", erityisesti "psykoneurootikkoja". Vuosisadan puoliväliin mennessä neurooseista oli tullut kansansairauksia useissa länsimaissa, mutta nyt 2000-luvun alussa voimme kysyä Roosia mukaillen: "Minne kaikki neurootikot katosivat" (Woody Allenin lukuun ottamatta)? Oma vastaukseni on, että neurootikot eivät ole kadonneet, heidän oireensa vaan luokitellaan nykyisin joksikin muuksi psykiatriseksi sairaudeksi, kuten depressioksi, ahdistushäiriöksi, paniikkihäiriöksi, jälkitraumaattiseksi stressihäiriöksi, väsymysoireyhtymäksi tai rajatila-persoonallisuushäiriöksi.

Havaintoni samojen tai samantyyppisten oireiden luokittelussa tapahtuneista muutoksista sai minut pohtimaan erityisesti sellaisten psykiatristen diagnoosien luonnetta, jotka viittaa-

vat muihin kuin vakaviin mielenterveyshäiriöihin. "Funktionaaliset" mielisairaudet skitsofrenia ja maanis-depressiivisyys (nykyisin "kaksisuuntainen mielialahäiriö") ovat pitkäkestoisia diagnooseja, joita ei ainakaan vielä ole korvattu muilla psykiatrisilla sairausluokituksilla. Vakaviin mielisairauksiin sairastuvien määrä näyttää ainakin länsimaissa pysyneen varsin vakavana yli sadan vuoden ajan.

Toisin on laita niiden mielenterveyshäiriöiden kohdalla, jotka sijoittuvat vakavien mielisairauksien ja psyykkisen terveyden väliselle harmaalle vyöhykkeelle: niitä joko näyttää tulevan koko ajan lisää tai sitten aikaisemmat diagnoosit vaihtuvat uusiin. Juuri tälle harmaalle vyöhykkeelle sijoittuvat hysteria, neuroosit ja nykyiset "epidemiat" kuten depressio ja paniikkihäiriö. Oman käsitykseni mukaan alati vaihtuvien diagnoosien luonnetta voi ymmärtää historiallisesti tulkitsemalla ne tarttuviksi diagnooseiksi, joiden avulla nimetään sairauden ja terveyden välimaastoon sijoitettuja inhimillisiä käyttäytymistapoja ja luonteenpiirteitä ja tulkitaan ne mielenterveysongelmiksi.

Neuroosit ja depressio ovat malliesimerkkejä tarttuvista diagnooseista, jotka kiinnittyvät vahvasti aikakauden psykomedikaalisiin ja sosiokulttuurisiin oletuksiin terveydestä ja sairaudesta, ihmismielen toiminnasta ja koko ihmisluonnosta. Tarttuvat diagnoosit ovat nimensä mukaisesti nopeasti tarttuvia, leviten noin kymmenessä vuodessa ensin laajaan lääketieteelliseen käyttöön ja sen jälkeen tiettyjen väestönosien puheeseen ja maallikkojen sairausselityksiin. Kaikki psykiatriset sairausnimitykset ovat tarttuvia diagnooseja sikäli, että niiden synty ja levinneisyys ovat sidoksissa sairauden käsitteellisen nimeämisen eli diagnoosin kykyyn tartuttaa tarpeeksi monta (vaikutusvaltaista) lääkärinä vaikei diagnoosi sinänsä selittäisikään sairauden luonnetta (kuten diagnoosi

”diabetes” selittää diabeteksen luonnetta).

1800-luvun lopulla eurooppalaiset psykiatrit omaksuivat sankoin joukoin Emil Kraepelinin diagnoosin ”dementia praecox”, jolle toinen psykiatri, Eugen Bleuler, antoi nimen ”skitsofrenia” vuonna 1908. Mutta ne diagnoosit, jotka kaikkein selvimmin täyttävät tarttuvan diagnoosin kriteerit ovat edellä mainitut hysteria, neuroosi ja (lievä) depressio. Niitä voi kutsua ”kulttuurisiksi sairauksiksi” (Johannisson 1990), ”tilapäisiksi mielisairauksiksi” (Hacking 1998) tai ”vaihtuviksi taudeiksi” jotka järjestävät ”oireallasta” uuteen uskoon (Shorter 1992).

Monet historiantutkijat ovat havainneet tarttuvien diagnoosien luonteen ja tehneet niistä osuvia tulkintoja. Itse olen tutkinut tarttuvien diagnoosien elämänsäkaarta pitäen mielessäni mahdollisuutta luoda käsitteellinen malli, jonka avulla psykiatrian historioitsijat voisivat selittää eräiden diagnoosien luonnetta yleisesti (Pietikäinen 2005).

Miksi neuroosista tuli tarttuva diagnoosi?

Suomalaisessa psykiatrian oppikirjassa vuodelta 1982 on yksi pääluvusta omistettu neurooseille, jotka kirjan tekijät määrittelevät seuraavasti: ”Neuroosit ovat psykiatrisista sairauksista yleisimpiä. Alustavasti voimme sanoa niillä tarkoitettavan laajaa ryhmää lieviä psyykkisiä häiriötiloja, joiden seurauksena on subjektiivisia kärsimyksiä ja/ tai elämän eri alueisiin liittyviä toimintakyvyn ja tyydytyksen rajoituksia.” (Achté, Alanen & Tienari 1982, 197). Miten näistä ”lievistä psyykkisistä häiriötiloista” tuli ”psykiatrisista sairauksista yleisimpiä”?

1800-luvun jälkipuoliskon lääketieteessä nousi esille niin sanottuja funktionaalisia hermotauteja, joiden oletettiin aiheutuneen mikroskooppisista aivovammoista tai keskushermoston fysiologisista häiriöistä. Niitä kutsuttiin funktionaaliseksi eli toiminnalliseksi hermotaudeiksi siksi, ettei hermostollisia, somaattisia tai psykologisia oireita välittelevistä potilaista löydetty mitään fyysistä vikaa tai vammaa. Funktionaalisten hermotautien luokkaan sijoitettuja sairauksia kutsuttiin mm. hysteriaksi (muinainen termi), neurasteniaksi (1869), traumaattiseksi neuroosiksi (1889), psykasteniaksi (1903) ja neuroosiksi (alun perin 1769 luotu termi, joka sai uuden merkityksen 1800-luvun lopulla). 1900-luvun kuluessa jotkut näistä diagnooseista katosivat parrasvaloista (esim. hys-

teria ja neurastenia) ja uusia diagnooseja nousi niiden tilalle tai rinnalle. Samalla myös jotkut funktionaalisina pidetyt hermotaudit, kuten parkinsonin tauti ja epilepsia, siirrettiin orgaanisten neurologisten sairauksien luokkaan.

Neuroosin leviäminen diagnoosina oli ensinnäkin sidoksissa yhteiskunnalliseen kehitykseen. Niissä maissa, joissa modernisaatio (teollistuminen, kaupungistuminen, keskiluokan voimistuminen, poliittinen ja henkinen liberaalisoituminen jne.) oli edennyt pisimmälle, diagnoottiin myös eniten neurooseja. Englannissa oli hermotautisia potilaita jo 1700-luvulla, ja 1800-luvun aikana neuroosit alkoivat vaivata enenevässä määrin Alankomaiden, Saksan, Ranskan ja Pohjois-Italian väestöä. Ruotsissa hermotaudit ovat levinneet teollistumisen myötä 1870-luvulta alkaen, ja Suomessa tehty tutkimus osoittaa neuroosien yleistyneen 1800-luvun lopulla, jolloin teollistuminen oli meilläkin pääsemässä täyteen vauhtiin (Uimonen 1999). Koko läntinen Eurooppa eli Saksan yhdistymisen (1870) ja ensimmäisen maailmansodan välillä voimakasta modernisaation aikakautta. Erityisesti työväenluokan nousu poliittiseksi tekijäksi loi jännitteitä eri yhteiskuntaluokkien välille, mikä edisti ”hermostuneisuus” -puheen leviämistä niin lääkärinkunnan kuin kansankin keskuuteen.

Esimerkiksi ruotsalainen suurelle yleisölle suunnattu *Hälsövännen*-lehti oli jo ensimmäisissä vuosikerroissaan 1880-luvun lopulla huolestunut ruotsalaisten hermojen kunnosta: lehden konservatiiviset lääkäriskribentit syyttivät ruutiinomaisesti ”modernia aikakautta” neuroosien aiheuttajaksi. Rautatiet, moottoriajoneuvot, puhelin, kaupunkeihin pakkautuneet ”ihmismassat” samoin kuin naisten emansipaatio, ”olemassaolon kamppailu”, poliittiset ja sosiaaliset uudistukset sekä ylipäänsä agraariyhteiskunnan sosiokulttuurinen muuttuminen loivat maaperää otolliseksi lääkäreiden väitteille ”hermostuneisuuden aikakaudesta”.

Maailmansotien välillä konservatiiviset kulttuurikriitikot, erityisesti teologit, selittivät neuroosien yleisyyttä maallistuneen yhteiskunnan kulttuurikriisillä, kun taas sosialistiset ajattelijat liittivät neuroosin luokkaristiriitihin ja seksuaalikielteiseen porvarilliseen moraaliin. Toisen maailmansodan jälkeen levisi yhteiskuntakeskusteluun termi ”sairas yhteiskunta”, jonka sairautta aiheuttavat rakenteet ilmaistiin yleisesti neuroosin nimikkeellä.

Lääkäreille käsitys neurooseista funktionaalina hermotauteina oli hyödyllinen kompromissi sairauden kieltämisen ja hatarin perustein

annetun fysikaalisen sairausselityksen välillä. Selviä sairauden simulointitapauksia lukuun ottamatta lääkäreille oli useimmiten selvää, että heidän hermostuneet potilaansa kärsivät oireidensa vuoksi, vaikka objektiivisia, mitattavia tai havaittavia oireita oli hyvin vähän, jos ollenkaan. Hysteria, neurastenia, hermostuneisuus ja psykoneuroosi olivat hyödyllisiä diagnooseja niiden potilaiden kohdalla, jotka kärsivät toimintakykyä rajoittavista, mutta ei hengenvaarallisista psykologisista ja somaattisista vaivoista. Lääkärit käyttivät "neuroosia" nimeämään ongelmia sairauden ja terveyden välimaastossa ja toisaalta somaattisen oireilun ja psykologisen kärsimyksen rajalla. Neuroosin toinen jalka oli kehossa, toinen psyykessä.

Neuroosin diagnostiseen kehitykseen vaikuttivat hoitomenetelmien kehitys 1800-luvun loppupuolella, jolloin muotiin tulleet hypnotismi ja suggestiivinen terapia ylipäänsä näyttivät tarjoavan hermotautisille potilaille toimivan menetelmän oireiden lievittämiseen. Yksityislääkärit ja parantolat ympäri Länsi-Eurooppaa reagoivat nopeasti uusiin tuuliin terapiarintamalla ja omaksuivat viimeisimpiä neuroosien hoitomenetelmiä, varsinkin jos menetelmät saivat asiakkaiden eli potilaiden hyväksynnän. Vuosisadan vaihteessa muotiin tulivat psykologiset terapiat, joita parantoloissa alettiin tarjota vesiterapian, hieronnan, sähköhoidon ja muiden perinteisten fysikaalisten hoitojen rinnalle tai jopa niiden tilalla. Usein pyrittiin aikakauden eergeettisen sanaston mukaisesti akkunaan tyhjentäneen hermoston tai sulakkeensa polttaneen psyykkisen järjestelmän lataamiseen.

Neuroosien suosion selittää myös mielisairauden pelko aikakaudella, jolloin "raskasta psykiatria" edustivat usein valtavat mielisairaalat, jotka ajan lukeneistolle vertautuivat Danten Helvettiin. Jos psykiatrinen tai neurologinen potilas kykeni suinkin itse vaikuttamaan asiaan, hän todennäköisesti halusi olla "hermostunut" paljon mieluummin kuin mielisairas. Mielisairaalaista oli 1900-luvun alkuun mennessä tullut useassa Euroopan maassa lähinnä kustodiaalinen laitos, ts. potilaita säilöttiin elintointintoja ylläpitäviin mutta henkisesti taannuttaviin sairaaloihin, joissa usein oli puutetta pätevistä henkilökunnasta, resursseista ja toimivista hoitomenetelmistä. Moni "hermostunut" oli sen sijaan halukas irtautumaan arkiympäristöstään ja viettämään kuukauden-pari neuroosipotilaille palveluja tarjoavissa hermoparantoloissa, kylpylöissä tai lepokodeissa. Köyhällä ei ollut varaa maksaa yksityisen hoitopaikan hoito-

maksuja, mikä osaltaan selittää sen, että julkisten mielisairaaloiden potilaista enemmistö oli alemmista yhteiskuntaluokista.

Neuroosien leviämiseen 1800-luvun lopulla vaikuttivat myös lääkäreiden kiinnostus seksuaalisuuden ja hermotautien yhteyteen. Laajassa käytössä ollut diagnoosi "seksuaalineurastenia" viittasi impotenssiin, ja itävaltalais-saksalaisen hermolääkärin Richard Krafft-Ebingin käänteentekevä teos *Psychopathia sexualis* (1. painos 1886) listasi ja kuvaili lukuisten sairaustapausten värittämänä suuren joukon "seksuaalipatologioita" (sadismi, masokismi, fetisismi, homoseksualismi, jne.). Kirja sai valtavan suosion lukevan yleisön keskuudessa. Krafft-Ebing ja monet muut hermolääkärit erityisesti saksankielisessä Euroopassa loivat kausaalisuhteita häiriintyneen seksuaalisuuden ja hermostuneisuuden välille, ja tämä kehitys kulminoitui 1900-luvun alun psykoanalyysissa, joka keskittyi hysterian ja ahdistusneuroosin seksuaalipatologisiin selityksiin.

Keskeinen seksuaalisuuteen liittyvä pelon ja hermostuneisuuden aiheuttaja oli syfilistartunnan pelko. Syfilis, "pimeyden myrky", taltutettiin lopullisesti vasta penisilliinin käyttöönoton myötä 1940-luvulla. Siihen asti syfilittiset sairaudet, erityisesti skitsofrenian oireita muistuttava halvaava tylsistyminen ja tuskallinen selkäytimen sairaus tabes dorsalis, olivat pelottavia sairauksia. Syfiliksen pelko (*syphidophobia*) olikin yleinen neuroosin oire tai jopa itsenäinen diagnoosi aina penisilliinin käyttöönottoon saakka.

Vielä kaksi neuroosien leviämiseen vaikuttanutta tekijää on syytä mainita: lääketieteen kehitysmättömyys ja ensimmäisen maailmansodan "sotaneuroosit". Esimerkiksi tietämättömyys hormonien vaikutuksesta "hysteristen" naisten mielialamuutoksiin tai kykenemättömyys erottaa orgaaniset ja funktionaaliset hermosairaudet toisistaan sai lääkärit luokittelemaan epilepsian, parkinsonin taudin ja syfilittisen halvaavan tylsistymisen oireita neurooseiksi tai skitsofreniaksi. Bakteriologia, rauhasten hormonieritystä tutkiva endokrinologia ja teknologian kehitys (elektronimikroskooppi ja muut tarkemmat aivotutkimusmenetelmät) mahdollistivat vuosisadan vaihteen jälkeen aikaisemmin funktionaalisina pidettyjen hermosairauksien uuden luokittelun orgaanisiksi sairauksiksi.

Tarkemman diagnostiikan olisi luullut vähentävän neuroosien määrää, mutta toisin kävi. Ensimmäisen maailmansodan juoksuhaidoista

rintaman taakse lähetetyt lukuisat sotaneurootitot tai "miespuoliset hysteerikot", niin kuin saksalaiset lääkärit heitä halveksivasti kutsuivat, saivat lääkärinkunnan toteamaan neuroottisten oireiden "psykogeenisin" luonteen (Shephard 2001). Ensimmäinen maailmansota merkitsikin psykologisen neuroositulkinnan läpimurtoa, mikä puolestaan vaikutti neuroosien "hermostokielen" vähittäiseen muuttumiseen "psykokieleksi", jossa neuroosin oireet nähtiin sielullisen konfliktin tai psyykkisen trauman seurauksina.

Psykiatreista ja myöhemmin psykoterapeuteista ja kliinisistä psykologeista tuli neuroosien asiantuntijoita, kun taas neurologit, jotka alun perin loivat neuroosi-diagnostiikan ja hoitivat neuroottisia potilaita, keskittyivät orgaanisiin hermostollisiin sairauksiin. Vuosisadan puoliväliin mennessä länsimaalaisia vaivasivat monenlaiset neuroottiset kompleksit, konfliktit, traumat ja psykosomaattiset vaivat jo siinä määrin, että "alemmuuskompleksista" kärsi jo Pihtiputaan mummokin, tai ainakin paikkakunnan kansakoulunopettaja ja sentraalisantra.

Neuroosin tartuttamat ryhmät

Ensimmäinen ryhmä, joka sairastui neuroosiin, olivat "hysteeriset" ylemmän keskiluokan naiset. He eivät välttämättä olleet miehisen käskyvallan avuttomia uhreja, sillä historiallinen aineisto erityisesti yksityislääkäreiden ja heidän naispuolisten potilaidensa kliinisistä kohtaamisista osoittaa heidän välillään vallinneen jatkuvan neuvottelutilanteen. Lääkärit suosivat teorioita, diagnooseja ja hoitoja, joiden he uskoivat saavan vastakaikua keskiluokkaisissa potilaissaan, ja diagnoosien suosioon vaikutti potilaan luottamus – tai epäluottamus – lääkäriin (Shorter 1992). Erityisesti 1800-luvun lopulla laajaan käyttöön tulleet, hysteriaan verrattuna vähemmän pejoratiiviset termit hermostuneisuus, neurastenia ja neuroosi olivat keskiluokan naisten (ja yhä enenevässä määrin myös miesten) ja heidän lääkäriensä keskinäisten "kliinisten neuvottelujen" tulosta.

Toinen neuroosin tartuttama ryhmä olivat alempien sosiaaliluokkien naiset. Ruotsin yleisissä sairaaloissa oli potilaina hysteerisiä alempien säätyjen naisia jo 1800-luvun puolivälissä, ja Ruotsin ensimmäisen neurologisen klinikan perustaminen Tukholmassa 1887 teki hysteriaa yhä selvemmin säätyrajat rikkovan hermostaudin: klinikan lukuisista hysteerisistä poti-

laista suurin osa oli työväenluokan naisia.

Hysteerisiä tai hermostuneita naisia seurasivat neurasteeniset miehet. Kolmas neuroosin tartuttama ryhmä koostui suurkaupunkien ylemmän keskiluokan miehistä, urbaaneista aivotyöläisistä ja liikemiehistä, jotka alkoivat kärsiä hermoheikkoudesta 1870-luvulla, ensin New Yorkissa, sitten Pariisissa ja saksankielisessä Euroopassa. Heitä seurasivat nopeasti alempien sosiaaliluokkien neurasteeniset miehet, joita esimerkiksi Skandinaviassa alettiin tavata syrjäisissä kalastajakylissä, takametsissä ja käsityöläisten keskuudessa (Petrén 1899).

Neurastenian leviäminen kaikkiin sosiaaliryhmiin tartutti siis työläiset, talonpojat ja käsityöläiset. 1880-luvun lopulla ilmestyi myös uusi diagnoosi, joka oli lähes kokonaan kohdistettu työläismiehiin: traumaattinen neuroosi. Jurnaliikenteen aiheuttama traumaattisia hermostotavoja oli tavattu Englannissa jo aikaisemmin, mutta traumaattinen neuroosi levisi Saksasta käsin, jossa neurologi Hermann Oppenheim otti diagnoosin käyttöön kuvaamaan tapaturmaa tai onnettomuutta seuraavia hermostollisia ja fyysisiä oireita. Koska työtaturmat olivat yleisimpiä tehtaissa, rakennuksilla, rautateilla ja työpajoissa, olivat työläiset kaikkein alteimpia traumaattiselle neuroosille. Diagnoosi oli erityisesti Bismarckin Saksassa kytköksissä sairausvakuutuslainsäädäntöön, joka mahdollisti sairauskorvauksen myöntämisen työtaturman seurauksena neuroottisesti oireileville työntekijöille (Lerner 2003).

Kun neuroosi oli tartuttanut eri yhteiskuntaluokkien aikuiset, oli alaikäisten vuoro tulla hermostautisiksi laajassa mitassa. Viides neuroosin tartuttama ryhmä olivat lapset ja nuoret, joihin alettiin kohdistaa huomiota nousevan mentaalihygienisen ideologian, liberaalin pedagogian ja lapsipsykiatrian myötä maailmansotien välillä. Lasten käytöksen ja mielentilojen medikalisointiin sekä erityisesti neuroosi- ja psykopatiadiagnoosien levittämiseen alaikäisten keskuuteen vaikuttivat psykoanalyysi ja 1800-luvun degeneraatio-oppiin palautuva käsitys "neuropaatteisesta konstituutiosta", jonka mukaan taipumus hermostuneisuuteen ja henkiseen vajaatoimintaan tai poikkeavuuteen kulkee usein verenperintönä. Lapsiin kohdistuva huomio ei kuitenkaan tarkoittanut pelkkää käyttäytymisen psykomedikalisaatiota vaan myös morali-soivan (= syyllistävän), kuriin ja Herran nuhteeseen perustuvan kasvatuksen kritiikkiä ja lasten oikeuksien huomioonottamista.

Vaikka neuroosit "psykologisoituivat" 1900-

luvun aikana, eivät ne kadottaneet somaattisia tunnusmerkkejään, kuten päänsärkyä, huimausta, unettomuutta, vapinaa, vatsavaivoja, sydämentykytystä ja diffuuseja kipuja eri puolilla kehoa. Ensimmäisen maailmansodan jälkeen neurologinen "elinneuroosi" ja psykoanalyttinen "konversiohysteria" alkoivat saada psykosomaattisia tulkintoja, joiden mukaan fysiologiset oireet olivat psyykkisen häiriön tai vamman somaattisia ilmentymiä. Psykosomaatikot, jotka yleensä edustivat joko psykoanalyysia tai vähemmän holistista, uushippokraattista lääketiedettä, tartuttivat neuroosin suureen joukkoon somaattisesti sairaita. Henkistä haavaansa tai tiedostamatonta konfliktiaan somaattisesti oireilevat, 1940-luvulta alkaen enenevässä määrin "stressaantuneet" kansalaiset muodostivat kuudennen neuroosin tartuttaman ryhmän.

1930-luvun loppuun mennessä neuroosi oli ehtinyt tartuttaa oireilevat aikuiset, lapset ja somaattisesti sairaat. Seuraava looginen askel oli päätellä, että kaikki ihmiset ovat enemmän tai vähemmän neuroottisia. Tämän päätelmän tekivät erityisesti psykoanalyttikot ja psykodynaamisesti orientoituneet psykiatrit 1930- ja 1940-luvuilla. Neuroosi oli siis 1900-luvun puoliväliin mennessä tartuttanut kaikki ihmisryhmät länsimaissa – neuroosin "virukselle" ei näyttänyt olevan minkäänlaista suojaa. Tuolloin esitettiin usein arvioita, että noin puolet yleislääkärin vastaanotolle tulevista potilaista kärsivät neuroosista. Psykiatrien ja hermolääkäreiden/psykoterapeuttien vastaanotolla luku oli tietysti vielä paljon suurempi. Neuroosista oli tullut "massojen diagnoosi".

Neuroosin lasku ja uudet tarttuvat diagnoosit

1900-luvun puolivälissä neuroosi oli jakautunut yhä useampaan alaluokkaan, ja sairauden määritelmät olivat tulleet yhä monimutkaisemmiksi. Samalla neuroosi yhdistyi yhä selvemmin psykosomaattiseen lääketieteeseen ja psykodynaamiseen psykiatriaan. Jo alun alkaen hyvin huokoisten diagnostisten rajojen muuttuminen yhä huokoisemmiksi teki neuroosista "yli-inklusiivisen" lääketieteellisen termin: eri neuroosit kattoivat niin depression, hysterian, ahdistuksen, fobiat, pakkomielleet ja -toiminnot kuin "persoonallisuushäiriötkin" (alkoholismi, homoseksuaalisuus, emotionaaliset häiriöt jne.). Neuroosi sairasti diagnostista pöhötautia, jonka lääkkeeksi tuli lopulta koko diagnoo-

sin puhkaiseminen.

Neuroosin hajottaminen toteutui Amerikan Psykiatrisen Yhdistyksen julkaiseman psykiatrisen käsikirjan kolmannen version, DSM-III:n, ilmestymisen myötä vuonna 1980. DSM-III:ssa poistettiin neuroosi yleisenä diagnostisena kategoriana, mikä merkitsi kuoliniskua koko diagnoosille. Neuroosin alasajo johtui pitkälti psykoanalyysin ja psykosomaatiikan asemen menetyksestä biologisoituvassa amerikkalaisessa psykiatriassa (Kutchins & Kirk 1999). DSM-III:sta tuli psykiatrian raamattu ei pelkästään amerikkalaisessa vaan koko kansainvälisessä psykiatriassa, vaikka Euroopassa tukeuduttiin myös WHO:n sairausluokitusjärjestelmään (ICD), jossa neuroosi on säilynyt yhtenä psykiatrisena diagnoosina muiden joukossa. Neuroosin diagnostinen käytö on kuitenkin ollut vähäistä 1900-luvun lopulla, ja psykiatrien uusi sukupolvi tuskin enää diagnosoi potilaitaan neurootikoiksi.

Neuroosin romahtaminen ja biologisen paradigman vahva paluu psykiatriassa eivät suinkaan vähentäneet psykologisten ja uuteen asuun puettujen psykosomaattisten diagnoosien suosiota, päinvastoin. Pöhöttyneeseen neuroosi-diagnoosiin sisältyneitä psykomedikaalisia sairausnimikkeitä on ryhdytty käyttämään itsenäisinä diagnoseina, ja samalla on nousut esiin uusia tarttuvia diagnoseja (erityisesti ruotsalaisten kansantautina on 1990-luvulta alkaen ollut "loppuun palaminen" eli "utbrändhet"). Neuroosin keski-suurena alalajina lähes koko 1900-luvun elänyt "psykogeeninen" depressio on nykyisin ylivoimaisesti tarttuvuutta psykiatrisen diagnoosi ja "neuroottisen depression" seuraajana suunnilleen yhtä yleinen kuin kaikki neuroosit yhteensä 1950-luvulla.

Depression epidemianomaista tarttuvuutta diagnoosina 1970-luvulta alkaen voi verrata neuroosin, erityisesti neurastenian, nopeaan leviämiseen sata vuotta aikaisemmin. Keskeinen ero 1800-luvun lopun neurastenian ja nykyisen depression välillä ei ole niinkään oireissa, vaan hoitomenetelmissä. Neurasteniaa hoidettiin toisaalta fyysikaalisin menetelmin (sähköhoito, vesiterapia, hieronta, ruokavalio jne.), ja toisaalta hypnoosin ja sittemmin psykoterapian avulla. Nykyisen depression keskeinen hoitomenetelmä on lääkitys, erityisesti aivojen hermosolujen välittäjäaineen serotoniinin "käyttäytymiseen" vaikuttavat SSRI-lääkkeet, joista menestynein on ollut 1986 markkinoille lanseerattu *Prozac*.

Aikakautta 1880-luvulta 1980-luvulle voi perustellusti kutsua Neuroosin Vuosisadaksi, siksi

laajalle levinneestä diagnoosista oli kyse. Depression valtaisa diagnostinen tarttuvuus viimeisen parinkymmenen vuoden aikana puolestaan houkuttelee jo nyt kutsumaan aikakautta 1980-luvulta alkaen Depression Vuosisadaksi. WHO:n tuoreen raportin mukaan depressiosta on tulossa vuoteen 2020 mennessä koko maailman toiseksi yleisin sairaus!

Lääketeollisuus ja uudet diagnoosit

Lääketeollisuuden rooli nykyisten tarttuvien diagnoosien leviämässä on aivan keskeinen. Kynnikko voisi väittää depression muuttuneen niin tarttuvaksi diagnoosiksi nimenomaan siksi, että masennuslääkkeitä valmistava ja markkinoiva lääketieteellinen yritys tarvitsee asiakkaita tuotteilleen. Lääketeollisuuden tuki tiettyä sairautta potevien potilaiden etujärjestöille, psykiatrisen tutkimuksen selektiivinen sponsorointi samoin kuin tieteellisten artikkelien haamukirjoittelu nostavat lääketieteellisen merkityksen kriitikoiden mielestä jo niin pelottavan suureksi, että se uhkaa murentaa koko psykiatrian lääketieteellisen perustan (Healy 2004; 2005).

Uusimmat tarttuvat diagnoosit, erityisesti paniikkihäiriö, näyttäisivät olevan suorassa yhteydessä lääketieteellisen uusiin tuotteisiin, mikä herättää kysymyksiä sairauden ja sitä vastaan suunnatun lääkkeen symbioosista (Valenstein, 2001; Moyinhan et al 2002). Ruotsalaisen neuropsykologin mukaan arkipäiväisiä muistihäiriöitä ollaan paraikaa patologisoimassa diagnoosilla Mild Cognitive Impairment, jota on myös kutsuttu termillä "kevyt Alzheimer" (Alzheimer lite). Jos tämä diagnoosi lyö itsensä läpi, merkitsee se potentiaalisesti valtavia markkinoita lääkkeelle, joka oletettavasti "hidadastaisi" muistihäiriöiden pahenemista Alzheimerin taudiksi (Eriksson 2005).

Itse haluaisin tietää miten suomalaiset lääkärit suhtautuvat "runsastuvien" sairausluokitusten kehitykseen ja leviämiseen. Omissa maallikon silmissäni se näyttäytyy ihmiselämän ja ihmisen käyttäytymisen eri osa-alueiden patologisointina, vieläpä niin että tämä terveyden ja sairauden välisen harmaan vyöhykkeen diagnostinen valta näyttäisi olevan kytköksissä lääketieteellisen intresseihin. Jos "ylenmääräinen" ujous, kaljuuntuminen tai (poika)lapsen "ylivilkkaus" ovat lääketieteellisiä ongelmia, mitä jää enää "terveyden" yhä kapenevalle alueelle? Kohta kaiketi vanhenemiseenkin suhtaudutaan kuin sairauteen.

Kysymyksiä ei tule kuitenkaan kohdistaa pelkästään lääketieteellisuuteen ja lääkärin rooliin vaan myös uusien diagnoosien kysyntään. Yhä useammalla kansalaisella näyttäisi olevan kiinnostusta tulla jonkun diagnoosin tartuttamaksi. Syynä tähän ei luultavasti ole niinkään kansalaisen vastustamaton vimma tulla potilaaksi vaan halu saada helpotusta ja selkeyttäkin omaan, usein vaikeaan elämäntilanteeseen (esim. pääsemällä sairaalomaan myötä hetkeksi irti uuvuttavasta tai pitkävetisestä työstä tai saamalla oman sairastumisen kautta mahdollisuus sairaan perheenjäsenen hoitamiseen). Moni näyttäisi olevan valmis kuluttamaan lääketieteen palveluja ja tuotteita myös ennaltaehkäisemään mahdollisesti odotettavissa olevaa vaivaa tai puutetta (esim. mahdollisia muistihäiriöitä, erektiohäiriöitä, masennusta tai kaljuuntumista). Ehkä lääkärit ovat nykyään ennemminkin "medikalisaation" uhreja kuin sen airuita!

Lääketeollisuuden ja psykosektorin arvostelijan ei pidä langeta anti-psykiatriseen ja biologianvastaiseen medikalisaatiokritiikkiin ja kieltää vakavienkin mielisairauksien todellisuus tai romantisoida "hulluus" jonakin aitona ja autenttisena. Samoin on perustetonta heittää lapsi pesuveiden mukana kiistämällä kokonaan esimerkiksi psykosomaattinen teoria ajatusten ja tunteiden vaikutuksesta ruumiillisiin toimintoihin esimerkiksi hormonijärjestelmässä tapahtuvien muutosten myötä. Syvä suru tai vaikkapa vakaumukselliselle muslimille esitetty väite, että hän on tietämättään syönyt äskeisellä lounaallaan sianlihaa, voivat aiheuttaa erittäin voimakkaita somaattisia oireita ja reaktioita.

Ei ole myöskään perusteltua epäillä depression olemassaoloa usein erittäin vaikeana ja invalidisoivana sairautena tai kyseenalaistaa masennuslääkkeiden positiivinen vaikutus mielialaan. Tarttuvien diagnoosien ongelmallisuus ei ole useinkaan niiden olemassaolossa sinänsä, vaan pikemminkin siinä, että alun perin ehkä tiukasti rajattu sairauden määritelmä laajenee kattamaan yhä useampia, usein lievempiä oireita, mikä voi johtaa sairauden trivialisointiin ja lopulta tilanteeseen, jossa lähes jokainen meistä on vaikkapa neurootikko tai ikävien kokemusten traumatisoima ("trauman" käsitteestä ja holtittomasta käytöstä ks. McNally 2003). Syvästi kärsiviä masentuneita ei pidä sekoittaa niihin, jotka surevat naapurin lemmikkimarsun kuolemaa tai kutsuvat omaa ohimenevää alakuloaan "depressioksi".

Mielestäni on myös syytä suhtautua skeptisesti väitteisiin, että esimerkiksi lasten ja nuorten mielenterveyshäiriöt ovat jatkuvasti kasvamassa. Tätä viestiä on hoettu jo ainakin sata vuotta, aivan kuten väitettä, että kulttuurimme on ”kriisissä”. Oletukset niin ”kulttuurikriisistä” kuin ”lisääntyvistä mielenterveyshäiriöistä” ovat enemmänkin retoriikkaa kuin empiirisiä väitelauseita. Se, että liikkeellä on nyt tarttuvia diagnooseja enemmän kuin koskaan aikaisemmin, ei todista, että mielenterveyshäiriöt olisivat lisääntymässä.

Goethe totesi kaukonäköisesti jo 1800-luvun alussa olevansa huolissaan kehityksestä, jonka myötä maailma muuttuisi valtavaksi sairaalaksi, jossa kansalaiset ovat toistensa potilaita ja hoitajia. Yksi nyky-yhteiskunnan merkellisyyksistä on se, että vaikka olemme terveempiä kuin koskaan aikaisemmin, olemme samalla entistä huolissamme omasta hyvinvoinnistamme. Descartesia mukaillen, ”oireilen, siis olen”?

KIRJALLISUUTTA

- Achté, Kalle, Alanen, Yjö & Tienari, Pekka (1982): *Psykiatria 1*. Porvoo: WSOY.
- Eriksson, Håkan (2005): ”The creation of psychiatry ill-health”. Teoksessa Pietikäinen, P. (toim.), *Modernity and its discontents* (ks. Pietikäinen 2005).
- Hacking, Ian (1998): *Mad travelers*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Healy, David (2004): *Let them eat Prozac*. New York, NY: New York University Press.
- Healy, David (2005): ”Shaping discontent: the roles of science and marketing”. Teoksessa Pietikäinen, P. (toim.), *Modernity and its discontents* (ks. Pieti-

käinen 2005).

- Johannisson, Karin (1990): *Medicinen öga*. Stockholm: Norstedts.
- Kutchins, Herb & Kirk, Stuart A. (1999): *Making us crazy. DSM: the Psychiatric Bible and the creation of mental disorders*. London: Constable
- Lerner, Paul (2003): *Hysterical men. War, psychiatry, and the politics of trauma in Germany, 1890-1930*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- McNally, Richard J. (2003): *Remembering trauma*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Moynihan, R., Heath, I. & Henry, D. (2002): ”Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering”. *British Medical Journal*, 324, 13 April, 886-91.
- Petrén, Karl (1899): ”Några kliniska rön om neurasteni”. *Eira*, 23, 651-66, 682-88.
- Pietikäinen, Petteri (2005): ”Neurosis as an infectious diagnosis”. Teoksessa Pietikäinen, P. (toim.), *Modernity and its discontents: Sceptical essays on the psychomedical management of malaise*. Stockholm: Ax:son Johnson Foundation.
- Roos, J. P. (2000): ”Minne hysteerikot katosivat?” *Yhteiskuntapolitiikka*, 65, No.1, 57-63.
- Shephard, Ben (2002): *A war of nerves: Soldiers and psychiatrists 1914-1994*. London: Pimlico.
- Shorter, Edvard (1992): *From paralysis to fatigue: A history of psychosomatic illness in the modern era*. New York: The Free Press.
- Uimonen, Minna (1999): *Hermostumisen aikakausi. Neuroosit 1800- ja 1900-lukujen vaihteen suomalaisessa lääketieteessä*. Helsinki: Suomen Historiallinen Seura.
- Valenstein, Elliot (2001): *Blaming the brain*. New York: The Free Press.

Kirjoittaja on aate- ja oppihistorian dosentti Helsingin yliopistossa.