



VAASAN YLIOPISTO

ULLA-HELENA KAPIALA

Voiko mielenterveyden häiriöitä
ymmärtää ja nimetä?

Psykiatria ja sen diagnoosinimikkeet

ACTA WASAENSIA

No 121

Kielitiede 25

UNIVERSITAS WASAENSIS 2003

Esitarkastajat Professori Krista Varantola
 Tampereen yliopisto

 Psykiatrian erikoislääkäri,
 dosentti Matti. O. Huttunen
 Helsinki

ESIPUHE

Ihmismieli, sen terveys ja varsinkin sen häiriintyminen ovat kautta aikojen sekä kiehtonut että pelottanut ihmisiä. Kun ihminen joutuu tekemisiin psykiatrian ammattikielen, esimerkiksi mielenterveyden häiriö -diagnoosien kanssa, nousee mieleen monia ajatuksia ja tunteita. Häiriöistä ei ole helppo puhua, mutta usein niiden olemusta halutaan silti pohtia. Ne kiinnostavat ja niitä yritetään ymmärtää. Subjektiviset kokemukset sekä inhimilliset tarinat ja ongelmat kiehtovat, koska ne mielletään tosiksi. Psykiatria ja kieli liittyvät toisiinsa monin eri tavoin: häiriöt ilmenevät kielen avulla ja niitä hoidetaan erilaisissa terapioissa kielen avulla.

Kiinnostuin lääketieteen kielestä opiskeltuani nuorena filosofian ylioppilana myös terveydenhuoltoalaa ja työskenneltyäni muun muassa mielisairaanhoidajana. Myöhemmin eräässä kielitieteen seminaarissa professori Christer Laurén huomasi kiinnostukseni ja ehdotti tutkimusaihetta, joka liittyy mielisairauden käsitteisiin ja termeihin. Nyt, toistakymmentä vuotta myöhemmin, voi nähdä, että monin tavoin rajoille asettuva tutkimusraportti on kokenut erilaisia vaiheita. Välillä työ on ollut pakko panna vuosiksi syrjään muiden velvollisuuksien vuoksi. Mutta kun aiheesta on kerran kiinnostunut ja innostunut, se ei jätä rauhaan. Olen kiitollinen aiheesta, joka on herättänyt vaikeita kysymyksiä mutta joka on saanut minut tutustumaan mielenkiintoiseen maailmaan ja kiinnostaviin tutkijoihin ja joka on henkisesti antanut enemmän kuin ehkä osaan vielä ajatellakaan.

Haluan esittää lämpimät kiitokset seuraaville henkilöille, jotka ovat lukeneet työtäni sen eri vaiheissa ja antaneet arvokasta palautetta: fil. tri Anita Nuopponen, dosentti Oili Karihalme, professori emeritus Rune Ingo sekä professorit Antero Niemikorpi, Christer Laurén ja Birgitta Romppanen. Viimeksi mainitulle esitän erityiskiitoksen tuesta käytännön järjestelyissä ja ennen kaikkea henkisestä kannustamisesta: kiitos Birgitta. Työni loppuvaiheessa saamistani erittäin arvokkaista neuvoista kiitän dosentti Matti O. Huttusta ja professori Krista Varantolaa.

Nykysuomen ja kääntämisen laitos sekä Kielipalvelut-yksikkö Vaasan yliopistossa ovat mahdollistaneet työskentelyn työaika- ja virkavapausjärjestelyin, siitä kiitos kummallekin laitokselle. Saamistani stipendeistä kiitän Vaasan yliopistosäätiötä, Vaasan yliopistoseuraa, Oskar Öflundin säätiötä, Suomen kulttuurirahaston Etelä-Pohjanmaan rahastoa sekä Vaasan yliopiston naistoimikuntaa.

Omistan väitöskirjani tyttärilleni Reeta-Kaisalle, Heta-Liisalle, Iita-Marille ja Elli-Nooralle. Kiitos, että olette jaksaneet ymmärtää ja tukea työhönsä uppoutunutta äitiä. Björn Erikssonia kiitän avusta teknisissä ongelmissa, Satu Hartmannia ja Aira Thölixia avusta kääntämisessä sekä Tarja Saloa avusta tutkimuksen ulkoasun viimeistelyssä. Suurimman kiitoksen ansaitsee mieheni Keijo, joka on jaksanut ponnistella käytännön arjen koossa pitämisessä ja henkisenä tukena.

Raippaluodossa marraskuussa 2003

Ulla-Helena Kapiala

SISÄLTÖ

ESIPUHE	3
Tutkimuksessa käytetyt lyhenteet ja merkitsemistavat	7
ABSTRACT	8
1 JOHDANTO	9
1.1 Lähtökohdat	9
1.2 Tavoitteet, kysymykset ja hypoteesit	13
1.3 Menetelmät	16
1.4 Aihceseen liittyvää tutkimusta	23
1.5 Aineiston rajaus ja luonnehdinta	25
1.5.1 Psykiatriset tautiluokitukset – hakuteoksia vai käyttöohjeita?	31
1.5.2 Psykiatristen tautiluokitusten neutraalius	34
1.5.3 Psykiatristen tautiluokitusten hyödyt ja haitat	36
1.6 Psykiatrian diagnoosinimikkeiden tutkimukselliset ongelmat: kokoavaa tarkastelua	42
2 PSYKIATRIA – RAJALLA OLEVAA TIEDETTÄ	47
2.1 Miten mielenterveyden häiriöt on ymmärretty eri aikoina?	47
2.2 Millainen on psykiatrian tehtäväkenttä ja suhde muihin tieteenaloihin?	55
2.3 Miten mielenterveyden häiriö eroaa mielenterveydestä?	62
2.4 Mihin psykiatristen diagnoosien nimitykset perustuvat (kokoavaa tarkastelua)?	66
3 KIELEN JA PSYKIATRIAN ONGELMALLINEN SUHDE	69
3.1 Psykiatrian kielellinen luonne ja sen ammattikielen erityispiirteet	69
3.2 Kielen, tajunnan ja todellisuuden monimutkainen suhde	79
3.2.1 Termiopin ja tieteenteorian tasot psykiatriassa	79
3.2.1.1 Onko ihmisestä riippumatonta todellisuutta olemassa?	84
3.2.1.2 Mitä tieto on?	86
3.2.1.3 Ohjaako kieli todellisuutta liikaa?	90
3.2.2 Psykiatrian perusongelmat	93
3.3 Voiko maallikko ymmärtää psykiatriaa ja sen asiantuntijoiden kieltä?	96
3.3.1 Kieli ja psykiatrinen tutkimus	97
3.3.2 Vuorovaikutus psykiatriassa	101
3.3.3 Kieli ja psykiatrinen hoito	112
3.3.4 Kielenkäytön funktiot psykiatriassa	120
3.3.5 Voiko sairaus toimia vuorovaikutuksen välineenä?	127
3.3.6 Onko kielellä tiedostamattomia ilmenemismuotoja?	131
3.4 Psykiatrian ammattikielen suhde todellisuuteen: kokoavaa tarkastelua	133

4	MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖIDEN YMMÄRTÄMINEN	141
4.1	Onko maallikolla sijaa psykiatrisen diagnoosin muodostumisessa?	143
4.2	Luokittelun ongelmallisuus psykiatriassa	147
4.2.1	Kategorinen vai ei-kategorinen luokittelu?	154
4.2.2	Psykiatrisen ajattelun liukuvarajaisuus	157
4.2.3	Psykiatrisen luokitusjärjestelmän kehittyminen	165
4.2.3.1	Kansainvälinen ICD-järjestelmä	166
4.2.3.2	Amerikkalainen DSM-järjestelmä	169
4.3	Ihmisen ja diagnoosin suhde	174
4.4	Tilastollisen käsitteen ja hoidettavan taudin suhde	180
4.5	Termiopillinen ja tieteenteoreettinen tarkastelu	185
4.5.1	Ilmaisun taso	187
4.5.2	Käsitetaso	189
4.5.3	Tieteenteorian taso ja psykiatrian sairausmallit	197
4.6	Psykiatrian tutkimuskohteet ja niiden ymmärtäminen	201
4.6.1	Käsitteiden biologiset ja psykologiset ominaisuudet	204
4.6.2	Käsitteiden integroidut symboliset ominaisuudet	206
4.7	Mielenterveyden häiriö -käsite asiantuntijan ja maallikon kannalta	215
4.8	Käsitteellistämisen vaihtoehdot psykiatriassa: kokoavaa tarkastelua	224
5	MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖIDEN NIMEÄMINEN	231
5.1	Psykiatrisen käsitteen nimeämisen teoriaa	234
5.2	ICD-10-tautiluokituksen keskeiset mielenterveyden häiriö –diagnoosit	240
5.3	Tieteen kielen perinteet	245
5.4	Psykiatrian yksisanainen termisanasto ja sen ominaisuudet	247
5.4.1	Laajuus ja alkuperä	249
5.4.2	Delfisyys ja kryptisyys	252
5.4.3	Tarkkuus ja neutraalius	256
5.5	Masennuksen nimeäminen ja luokittelu	264
5.6	Merkityksen ja nimeämisen muuttuminen psykiatriassa	271
5.7	Nimeämisen perusteet psykiatriassa	274
5.7.1	Nykyiset nimeämisperusteet	276
5.7.1.1	Henkilönnimi	283
5.7.1.2	Fyysinen todellisuus: aineellisuus ja elimellisyys	286
5.7.1.3	Biopsykososiaalinen todellisuus	294
5.7.1.3.1	Ruumiintoiminnot ja seksuaalisuus	295
5.7.1.3.2	Älykkyys ja vammaisuus; kehittyminen ja kyvyt	300
5.7.1.3.3	Sosiaalisuus ja käyttäytyminen	307
5.7.1.3.4	Elämänvaiheet	311
5.7.1.3.5	Persoonallisuus ja käyttäytyminen	314
5.7.1.3.6	Ajattelun ja toimimisen pakko; tunteet	318
5.7.1.3.7	Mieliala	324
5.7.1.3.8	Harhat ja sekavuus; skitsofreenisuus ja psykoottisuus	328

5.7.1.4	Vierasperäinen yleisnimi	335
5.7.2	Nimeämisen muut mahdollisuudet	341
6	KOKOAVAA TARKASTELUA	346
7	LOPUKSI	352
	SUMMARY	357
	LÄHTEET	362
	KUVIOT	381
	TAULUKOT	382
	LIITTEET	383

Tutkimuksessa käytetyt lyhenteet ja merkitsemistavat:

en = englanti
 kr = kreikka
 la = latina
 ra = ranska
 ru = ruotsi
 sa = saksa
 su = suomi
 uusla = uuslatina

kiel = kielitiede
lääk = lääketiede
psyk = psykologia

mp. = mainittu paikka

Puolilainausmerkit ilmaisevat 1) terminologian käytänteen mukaisesti käsitettä ja 2) kielitieteen perinteen mukaisesti merkitystä:

- | | | |
|----|----------|--|
| 1. | käsite | 'masennus', 'jakomielisyys' |
| 2. | merkitys | kr <i>mania</i> 'raivoisuus, hulluus'. |

ABSTRACT

Kapiala, Ulla-Helena (2003). Voiko mielenterveyden häiriöitä ymmärtää ja nimetä? Psykiatria ja sen diagnoosinimikkeet (Can mental disorders be understood and named? Psychiatry and its diagnostic terms). *Acta Wasaensia* No 121, 394 p.

This study on special language communication explores the way of thinking in psychiatry and the way in which language is used within the field. How the phenomena examined within this medical specialty are interpreted by specialists, on the one hand, and laymen, on the other hand is also studied. The research material consists of two official disease classifications: the fifth chapter of the ICD-10 classification (1995) and the DSM-III-R (1991). The principal study method is the division of terminological theory into expressional, conceptual and extralingual levels. The other basic method is to study the occurrence of psychiatric diagnoses in general and specialised dictionaries.

The research focuses on recognised facts related to multidisciplinary psychiatry as well as on its language and the interrelationship between them. In the latest disease classification 'mental disorders' constitutes the superordinate concept that comprises multiple, controversial meanings. The nature of disorders is relative and varied on the one hand, but stiff and negatively loaded on the other hand. The classification and naming of most psychiatric disorders are metaphoric, based on the description of symptoms. The metaphor also covers the actual concept. In psychiatry, circular, negative series of incidents having an impact on conceptualisation can be identified. The reflective function of language is realised in psychiatry when the aim is to understand the human mind by means of meta-language and meta-experience.

My research indicates that it is impossible to understand diagnostic terminology without knowledge of the theoretical background of psychiatry. An exceptionally high proportion of psychiatric terminology is based on general language. The language used in psychiatry is humanistic-philosophic-social scientific, and its content is more subjective than the content of the language of other specialties operating in a natural-scientific setting. Half of the one-word diagnoses in psychiatry are purely native language words, while a quarter are loan words. Among the one-word diagnoses in psychiatry there are clearly more terms that can be classified as delphic than there are generally in medicine, which is of a cryptic nature. The major finding of my research is: Psychiatry is a specialty within medicine where both doctors and patients have to realise that although psychiatrists and patients frequently use the same words, very often the meaning attached to these words is not the same.

Ulla-Helena Kapiala, University of Vaasa, Department of Modern Finnish and Translation, P.O. Box 700, FIN-65101 Vaasa, Finland.

Key words: psychiatric concept, psychiatric term, psychiatric diagnosis, classification, delphic language, cryptic language.

1 JOHDANTO

*Kielen varassa on elämä ja kuolema –
niin kuin kieltä vaalit, niin korjaat hedelmää.*
Sananl. 18:21

Tutkimukseni kohteena oleva psykiatria sanastoineen on monitieteinen lääketieteen erikoisala, jonka tehtäväkentän ja tutkimuskohteiden hahmottaminen ei ole maallikolle helppoa. Lääketieteen ja sen erikoisalojen viestinnässä on virallisilla kansainvälisillä tautiluokituksilla ja -nimistöillä keskeinen merkitys sekä ammattikunnan sisällä että sen ulkopuolella. Tässä ensimmäisessä pääluvussa esittelen aluksi tutkimukseni lähtökohdat, hypoteesit ja menetelmät sekä luon lyhyen katsauksen aiheeseen liittyvään muuhun tutkimukseen. Esittelen sen jälkeen tutkimuksen varsinaisena aineistona Suomessa käytetyt tautiluokitukset teksteinä sekä niihin liittyvät tyylilliset seikat ja yleiset periaatteet. Lisäksi esittelen tutkimuksessa käytettyjä sanakirjoja ja muuta lähdeaineistoa.

1.1 Lähtökohdat

Psykiatriassa ja psykologiassa tutkitaan ja käsitteistetään ihmisen psyykkisiä tapahtumia ja käyttäytymistä, jotka muodostavat siten kielen käytön objekteja. Mielenterveydestä on psykiatriassa sanottu, että se on olemukseltaan aina suhteellinen, jatkuvasti kuluva ja uusiutuva, mutta se määritellään yleensä negatiivisesti eli ihmisen puutteista ja heikkouksista käsin (Kendell 1975: 4; Lehtonen 1985: 1641–1642; Furman, Huttunen & Lönnqvist 1985: 1647; Lehtonen & Lönnqvist 1999: 13). Tästä seuraa, että mielen-terveyden häiriötä voidaan käsitteenä pitää hajanaisena, suhteellisena ja negatiivisesti varautuneena (Kendell 1975: 4; Lehtonen 1985: 1641–1642). Sitä pidetään myös stereotyyppisenä (Feer 1987: 37; ks. myös Rätty 1987).

Käsitteet ja tekniset termit ovat psykiatriassa yhtä tarpeellisia kuin muilla inhimillisen tiedon osa-alueilla. Somaattisen lääketieteen tosiasioihin verrattuina psykiatrian taustalla olevat faktat eivät Strömgerenin (1969) mukaan ole kuitenkaan yhtä vankkoja;

vakiintuneisuudesta huolimatta ne ovat usein vähäpätöisiä, jollain tavoin vähemmän pakottavia kuin muussa lääketieteessä ja biologiassa. Ainakin ihmisten havainnot tämänäyttöisistä tosiasioista vaihtelevat ja ovat alttiita toiveajattelulle (Strömberg 1969: 778). Lingvistiikan näkökulmasta Dunn (1983: 70) ja Feer (1987: 3) pitävät psyykkisen terveyden ja sen häiriintymisen määrittelemistä lähtökohdiltaan subjektiivisena tulkintana. Psyykkiseen patologisuuteen viittaavilla termeillä voidaan Dunnin (1983: 71) mukaan katsoa olevan paitsi jokapäiväinen asema yhteiskunnassa myös maagista voimaa.

Mielenterveyden häiriintymisen käsitteitä ja niiden nimeämistä on mielekästä tutkia, koska käsitteet herättävät kysymyksiä ja voimakkaita tunteita. Ne saavat jopa alan ammattilaiset kysymään kuten Riikonen ja Mattila aikakauslehti *Duodecimin* artikkelissa: ”Ovatko psykiatriset ongelmakäsitykset ja -luokitukset masentavia?” (1994: 347–359). Diagnoosinimikkeitä on totuttu käyttämään termeinä, niillä on pitkä historia. Riikosen ym. (1994: 348) mukaan enemmistö psykiatrian asiantuntijoista pitää luokittelujärjestelmiin liittyvien perusluonteisten ongelmien ja kysymysten hahmottamista ratkaistuina.

Psykiatria ja psykoterapia – muun muassa Freudin kehittämä psykoanalyttinen menetelmä – perustuvat vuorovaikutukseen, joten psykiatrialla on paljon yhteistä lingvistiikan kanssa (ks. Szasz 1975: 20): edellinen käyttää kieltä toimintansa yhtenä välineenä, jälkimmäinen tutkii sitä. Psykiatrian ja psykologian problematiikalle on semanttisuuden tiedostaminen vähintään yhtä keskeistä kuin kielitieteelle: ihminen elää merkitsevyydessä (Rauhala 1981: 34–35, 41). Ei ole helppo tietää, mitä tarkoitetaan ja minkälaisista merkityksistä ja käsitteistä puhutaan, kun puhutaan toisen ihmisen mielestä ja sen häiriintymisestä. Tutkimuksen ja tilastoinnin vaatimat, oireisiin ja käyttäytymiseen perustuvat käsitteet ovat eri asia kuin mielen terveys tai eheys (Huttunen 1999: 11). Mielisairaus ei iske konkreettiseen elimeen, jota voisi tutkia vaikkapa röntgensätein (Räty 1987: 75). Ihmisen mieli on Rädyn (1987: 95) mukaan aineeton, monimutkainen ja yksilöllinen ja mielisairautta on sen kommunikoimattomuuden takia mahdoton tutkia loppuun saakka.

Kielen perusolemukseen kuuluu luokittelu (Kendell 1975: 6). Kielen avulla hahmotetaan ja kuvataan todellisuutta, mutta kieli myös luo todellisuutta. Kieli on ”aktiivi voima, joka

muotoilee ja muovaa käsitteitämme ja henkisiä toimintojamme ennen aavistamattomassa määrin”, kuten A. Hakulinen (1964: 181) toteaa. Sisällöltään kaikkein epämääräisimpiä ovat abstraktit ilmaukset, ja paljon on spekuloitu siitä, onko kieli ajatuksen vaate vai ruumis (A. Hakulinen 1964: 184). Kieli synnyttää Huttusen (1999: 12) mukaan vääränlaisen, mustavalkoisen ja kaksijakoisen mielikuvan toisaalta mieleltään ”terveistä” ja toisaalta mieleltään ”sairaista”. Kysymys psyykkisen terveyden ja sairauden sekä etenkin psyykkisen hajoamisen olemuksesta on jokapäiväinen ja yhteiskunnallisesti tärkeä; se koskettaa meitä kaikkia jollain tavalla (Huttunen 1999: 15). Tutkimukseni keskeisiä lähtökohtia on, että kielen merkityksiä muodostavan tehtävän painoarvo korostuu, kun puheena on yksittäisen ihmisen sairauteen, jaksamiseen ja emotionaalisuuteen liittyvät seikat.

Psykiatrian kieli on tarkoitettu ensisijaisesti alan ammattilaisille. Tällainen yhteisen tiedon ulkopuolelle sijoittuva eriytyneen kielenkäytön muoto määritellään ilmaisuksi, joka avautuu vain asiantuntijoille. Erikoiskielellä tarkoitetaan erikoistiedon alalle rajoittuvaa kielenkäyttöä, jolle on tunnusomaista oma termistö sekä erikoistunut kielellisten ilmaisukeinojen muoto. Termit nimeävät erikoisalan teksteissä esiintyviä käsitteitä; termien ja käsitteiden väliset suhteet ovat terminologian teorian keskeistä tutkimuskohdetta. (Picht & Draskau 1985: 93–; TSK 9-1986: 16–17; Laurén & Nordman 1987: 81; SFS 50-1989: 11; Sager 1990: 19–; DIN 2342 1992: 1; Wright 1997: 13.)

Kollektiivisena käsitteenä ammattikieli (ru *fackspråk*) sisältää yleiskielestä poikkeavia kielimuotoja (teknolekteja), joita on kehitetty tyydyttämään eri tieteenalojen, ammattien ja harrastusten kommunikaatioon liittyviä erityistarpeita (Laurén ym. 1987: 33, 43, 172; Laurén 1993: 10, 16, 18). Ammattikieli voidaan rajata myös erikoiskieleksi, joka liittyy vain tiettyyn ammattiin, esimerkiksi psykiatrian ammattikieli. Häiriötön viestien välittyminen on tärkeää tieteen eri osa-alueilla, mikä asettaa suuret vaatimukset niiden kielelle. Erikoiskielten termistöt poikkeavat vaihtelevassa määrin yleiskielen sanastosta, ja niiden lauserakenteet ovat usein monimutkaisia ja raskaita. Mahdollisimman täsmällisesti ja yksiselitteisesti tapahtuvan tietojen vastaanottamisen ja välittämisen lisäksi ihminen käyttää erikoiskieltä, kuten kieltä yleensä, ympäröivän maailman jäsentämiseen. (TSK 9-1986: 6.) Ammattikielen on oltava täsmällistä, loogista ja selkeää, jotta se toimisi asiantuntijoiden

välisessä viestinnässä ja alan opetuksessa, mutta sille on haitaksi, jos se ei avaudu ulkopuolisille (SFS 50-1989: 12).

Psykiatrian kielen tutkijana Feer (1987: 21) katsoo, että kielellä on psykiatriassa suurempi merkitys kuin muilla tieteenaloilla. Palaan hänen ajatuksiinsa useaan kertaan tutkimuksen kuluessa. Monet psyykkisen sairauden tai häiriön merkeistä välittyvät kielen kautta, ja kieli voi olla myös hoidon pääasiallinen väline, sen mukaisesti, mihin paradigmaan tukeudutaan. Kielen funktio metakielenä korostuu psykiatriassa ja psykologiassa, samoin kuin oikeustieteessä, koska kieli on näillä tieteenaloilla toiminnan keskeinen työkalu. Nimeämisen kohteet ovat psykiatriassa vaikeasti tavoitettavissa, siksi myös itse nimeäminen on ongelmallista. Psykiatriassa pyritään – ainakin maallikon käsityksen mukaan – ymmärtämään ja nimeämään vieraan ihmisen psyyken tapahtumia tilanteissa, jotka koetaan yksilön ja ympäristön tai jommankumman kannalta ongelmallisiksi. Nimeämisprosessin tarkastelu edellyttää vierassieluisuuden käsitteeseen perehtymistä. Nimen ja sisällön suhteessa emotionaalinen aines on aina A. Hakulisen (1964: 184) mukaan otettava huomioon: ”tunnepuoli on yhtä olennainen kuin tiedollinen puoli”.

Psykiatria muodostaa selkeästi muista lääketieteen erikoisaloista poikkeavan alueensa. Psykiatria perustuu, samoin kuin lääketiede yleensä, vuorovaikutuksellisuuteen, mutta psykiatrialla ei ole lääketieteen tapaan – ainakaan vielä – käytettävissä eksakteja mittausmenetelmiä. Psykiatriassa ei voida saada tietoa ruumiinavauksen tai mikroskoopin avulla kuten somaattisessa lääketieteessä, jonka kehittymiseen nämä menetelmät ovat ratkaisevasti vaikuttaneet. Tiedonhankkimismenetelmistä psykiatriassa on oikeastaan käytössä vain aistinvaraisten, lähinnä näköön ja kuuloon perustuvien havaintojen tekeminen ja näiden selittäminen sekä intuitioon perustuva ymmärtäminen. Potilasta koskevan oleellisen tiedon välittämisessä voi Lönnqvistin (1999: 21) mukaan keskeisessä asemassa olla ensivaikutelma, koska myöhemmin kokonaisuus usein peittyi yksityiskohtien alla.

1.2 Tavoitteet, kysymykset ja hypoteesit

Tarkoitukseni on tässä työssä tutkia mielenterveyshäiriöiden nimeämisperusteita ja häiriöiden nimityksiin sisältyviä oletuksia. Pohdin, millainen on psykiatrian tapa ajatella kohteita, joita se tutkii, ja millainen on sen tapa nimetä niitä. Psykiatriaa ja sen kieltä koskevan kirjallisuuden avulla pyrin hahmottamaan, miten tämän lääketieteen erikoisalan tutkimuskohteena olevat ilmiöt ymmärretään toisaalta psykiatrian ja toisaalta kielitieteen kannalta. Kielen ja psykiatrian suhde on kiinteä, kumpikin perustuu vuorovaikutukseen ja semanttisuuteen.

Tutkimuksellani on kolme keskeistä, yleistä tavoitetta, joita tarkennan tämän luvun lopussa esittämällä viisi kysymystä ja neljä hypoteesia. Ensimmäinen ja tärkein yleisistä tavoitteistani on osoittaa, että psykiatristen tautiluokitusten nimikkeisiin pitäisi suhtautua varauksellisemmin kuin ehkä usein tullaan ajatelleeksi. Tutkimaani erikoisalaan liittyy vaara, että sen diagnooseja eli taudinmäärittämiä käytetään ja että ne myös ymmärretään samaan tapaan kuin somaattisessa lääketieteessä. Mielenterveyden häiriöiden syyt jäävät usein hämäräksi, joten joudutaan tyytymään oireiden tarkkailuun. Historiallista painolastia mielenterveyden häiriöihin tuo se, että usein vieläkin häiriöitä pidetään yleisesti parantumattomina. Lisäksi tällä erikoisalalla pyritään diagnosoimaan ihmisen persoonaa ja käyttäytymistä, mihin näyttää liittyvän väistämättä havainnoijan subjektiivista arviointia. Edellä esitetyistä syistä luokitus saattaa yksilön kannalta tarkasteltuna kategorisoida ja loukata sekä tuntua kiusalliselta tai ahdistavalta sen sijaan, että se helpottaisi ja antaisi toivoa hoidon aloittamisesta ja onnistumisesta.

Toiseksi tarkastelen yleisellä tasolla psykiatrian ja sen käsitteiden monimuotoisuutta ja hämmentävyyttä ja pohdin, miten mielenterveyden häiriöt ovat ymmärrettävissä. Pohdin samalla, onko negatiivissävytteiselle mielenterveyden häiriön käsitteelle mahdollisesti hahmotettavissa vastakäsitettä. Tällöin käsite olisi lähtökohdiltaan myönteinen, ihmisen vahvuuksia ja voimavaroja, esimerkiksi uusiutumiskykyä, huomioon ottava, mutta se viittaisi silti mielen tasapainon tai käyttäytymisen häiriintymiseen. Kolmantena keskeisenä yleistavoitteena on tutkia, miten tällä alalla on tapana luokitella ja nimetä käsitteitä sekä miten käsitteitä olisi syytä nimetä.

Mielenterveyteen liittyvien tarkoitteiden, käsitteiden, käsitepiirteiden ja termien pohtiminen on mielestäni merkityksellistä ja ihmisen arkiseen elämään liittyvää. Se, joka kärsii mielen tasapainon häiriintymisestä ja kohtaa asiantuntijatahon, on aina arjessa elävä ihminen. Aiheeni on kiinnostava, koska olen huomannut, että psykiatrian käsitteistö on heterogeenistä ja verbaalisti monitulkintaista. Psykiatrian tautinimityksiin liittyy monenlaisia ongelmia: alan kieli on maallikon näkökulmasta epämääräistä, ei-määriteltävää ja syyllistävää. Kysymyksessä on erikoisalan terminologia, joka muodostuu toisaalta humanistis-yhteiskuntatieteellisestä ja toisaalta lääketieteellisestä kielenkäytöstä. Vaikka psykiatrinen tauti näyttää olevan olemassa – tautiluokituksessa nimettynä – väitän, että sitä ei ole olemassa samassa mielessä kuin somaattisessa lääketieteessä. Pyrin terminologiaan perustuvan käsitteellisen tarkastelun kautta näyttämään, että psykiatria on luonteeltaan verbaalista ja subjektiivista. Lisäksi tällä lääketieteen erikoisalalla tehdään oletus, että sen tutkimuskohteet ovat objektivisoitavissa.

Tavoitteenani on ollut säilyttää mahdollisimman väljä tutkimusasetelma, jotta erilaisilla teemoilla olisi tilaa nousta esiin. Kysymyksessä on psykiatrian ja kielen keskinäistä suhdetta kartoittava tutkimus, jonka perusajatuksena on, että on olemassa ongelma-alue, jonka kohdalla vastausten etsimisellä sinänsä on merkitystä. Työni varsinaisen empiirisen osan konkreettisenä tavoitteena on analysoida psykiatrian sanaston muodostumista. En tutki psykiatrisia tautiluokituksia esimerkiksi teksti- tai diskurssianalyttisin menetelmin, koska mielestäni ensin on saatettava psykiatriaan liittyvät tosiasiat ja kielen olemus samalle ”kehälle”. Tällaista perustutkimusta ei Suomessa ole toistaiseksi tehty. Kysymyksessä ei siis ole diskurssin tutkimus, vaan tutkin psykiatriaa käsitteiden muodostamisen, määritelmien ja termien kautta. Hahmottelen sellaista tutkimusaineistoon ja lähdekirjallisuuteen perustuvaa kokonaiskuvaa, joka olisi semanttispohjainen ja joka kokoaisi yhteen mielekkäät tutkimukselliset aihealueet mahdollista myöhempää, tarkempaa tutkimusta varten. Tällainen tutkimus olisi esimerkiksi psykiatriaan liittyvä vuorovaikutustutkimus potilas-lääkärisuhteesta.

Tutkimuksessani liikutaan tasoilla, jotka muodostuvat käsitteenmuodostuksesta, erikoisalan kielenkäytöstä ja kielenulkoisten tarkoitteiden hahmottamisesta. Näkökulma vaihtelee:

välillä se kohdentuu psykiatriaan ja sen yksittäiseen sairauteen tai häiriöön, välillä lääketieteeseen ja muihin tieteenaloihin. Tutkimuksessani on kuitenkin koko ajan kysymyksessä psykiatrian erikoisalan tuntemisen kannalta ei-ammattilaisen näkökulma. En testaa tätä näkökulmaa, vaan toimin havainnoijana, jolla on kielentutkijan tarkastelutapa. Pyrin saamaan esiin lingvistin näkemyksen siitä, miten on mahdollista ymmärtää psykiatriaa ja sen käsitteitä, reagoida alan termeihin ja tulkita niitä. Tutkimukseni kohteena oleva monitieteinen erikoisala edellyttää lingvistiikan lisäksi muiden tieteenalojen, lähinnä lääketieteen, käyttäytymis- ja yhteiskuntatieteiden sekä hoitotieteen näkemysten huomioonottamista. Pohdin psykiatrian diagnoosien merkitystä, funktiota ja muotoa psykiatrian ammattikirjallisuuteen tuketuen. Esittelen psykiatrian ja sen tautiluokitusten historiaa sekä eurooppalaisten ja amerikkalaisten luokitusten nykytilannetta ja toisistaan poikkeavaa, periaatteellista luonnetta.

Monitieteisessä tutkimusasetelmassa tuskin voidaan välttyä vääriä tulkinnoilta ja virheelliseltä ymmärtämiseltä. Hankaluutena on myös toiston vaikutelma ja fragmenttisuus, kun asioita pyritään valottamaan eri näkökulmista. Tämä tutkimus ei ole mittauksiin tai testeihin perustuva raportti, vaan se on syntynyt oikeastaan vasta, kun se on kirjoitettu. Tällainen tutkimus vaatii paljon sekä kirjoittajalta itseltään että lukijalta: on siedettävä epävarmuutta ja avoimeksi jääviä kysymyksiä, koska ei voi perinpohjin tuntea monta tieteenalaa. Parhaassa tapauksessa puutteet voivat kuitenkin johtaa uusiin oivalluksiin ja virittää tieteellistä ja arkista keskustelua. Keskustelu mahdollistuu vasta, kun eri tieteenalojen näkemykset ensin on tuotu toistensa yhteyteen.

Kokoan edellä esitellyt tavoitteet esittämällä seuraavat viisi kysymysryhmittymää:

- a. Miten sairaus tai häiriö voidaan nähdä eri näkökulmista, ja miten kieli toimii psykiatriassa?
- b. Miten psykiatriassa luokitellaan ja ryhmitellään häiriöitä?
- c. Miten psykiatriassa on tapana ajatella?
- d. Mikä on psykiatrisen toiminnan varsinaisen kohteen, niin sanotun tavallisen ihmisen, asema häiriöitä luokiteltaessa ja nimettäessä? Mikä on normaalia ja mikä epänormaalia?
- e. Miten psykiatriassa on tapana nimetä tutkimuskohteita, eli miten erilaiset ajattelutavat näkyvät psykiatrian termeissä? Millainen on alan diagnoosikielen käsitteistö ja sitä vastaava termistö laajuudeltaan ja luonteeltaan sekä millaisia ovat näihin liittyvät mielikuvat? Ilmeneekö psyykeen liittyvien sairauksien, häiriöiden ja ongelmallisten elämäntilanteiden

käsitteellistäminen kielellisenä abstraktiutena, vai kuvaavatko psykiatrian termit myös ilmiöitä, jotka ovat luonteeltaan konkreettisia, arkipäiväisiä ja fyysisiä?

Selkeitä ja yksinkertaisia vastauksia ei näin laajoihin kysymyksiin ole. Psykiatrian peruseriaatteisiin kuuluvat kuitenkin kysyminen, vastaaminen ja ennen kaikkea kuunteleminen. Kun kysyy ja ihmettelee, voi yrittää vastata, ja kun vastaa ääneen, kuulce – ja oppii ehkä tietämään ja ymmärtämään – mitä itse ja muut ajattelevat.

Mieleen liittyvien ilmiöiden ja niistä muodostettavien käsitysten ja kielellisten ilmausten keskinäinen suhde on psykiatriassa monimuotoinen ja mielenkiintoinen. Esitän tutkimukseni lähtökohdaksi edellä esitettyjen kysymysten lisäksi seuraavat neljä hypoteesia:

1. Psykiatrisen diagnoosikielen termejä on mahdoton ymmärtää tuntematta psykiatriaan liittyviä tieteenteoreettisia käsityksiä.
2. Psykiatrisia tauteja ei ole olemassa samassa mielessä kuin taudit ymmärretään muussa lääketieteessä, vaan kieli vaikuttaa käsitteellistämiseen.
3. Psykiatrian sanastosta poikkeuksellisen suuri osa on yleiskielen perustuvaa, mistä seuraa maallikkokielessä tuttuuden vaikutelmaa mutta myös epävarmuutta ja tulkintavaikeuksia diagnoosinimikkeiden käytössä.
4. Psykiatrian kieli edustaa humanistis-yhteiskuntatieteellisen ja lääketieteellisen kielenkäytön välimuotoa; psykiatrian diagnoosit eivät ole nimikkeitä, vaan kuvauksia ja luonnehdintoja.

Tutkimukseni tavoitteet voi tiivistää kysymykseen, joka koskee mahdollisuutta ymmärtää ja nimetä mielenterveyden häiriöitä. Tarkoituksena on tarkastella toisaalta psykiatriatiedettä ja sen kielenkäyttöä ja toisaalta mielenterveyden häiriöiden ymmärtämistä ja nimeämistä sekä viimeksi mainittuun liittyviä asenteellisia ongelmia maallikkokielessä.

1.3 Menetelmät

Tutkimukseni menetelmän muodostaa terminologian teoriaan perustuva jako ilmaisun tasoon, käsitetasoon ja kielenulkoiseen tasoon sekä näitä tutkivaan tieteenteorian tasoon. Ilmaisun taso keskittyy nimensä mukaisesti kielellisiin ilmauksiin. Käsitetason tarkkailun

yhteydessä on mahdollista puhua mielikuvista ja tajunnasta eli ymmärtämisestä tai käsittämisestä; tarkoitteiden kohdalla taas voidaan puhua kielen ulkoisesta todellisuudesta eli siitä, mitä jollain käsitteellä tarkoitetaan.

Toinen keskeinen menetelmä muodostuu esittelyistä ja vertailuista, jotka kohdistuvat psykiatriaankin sekä sen luokitteluun ja nimeämiskäytäntöön. Tutkimus etence pääpiirteissään siten, että esittelen ensin psykiatrian tautiluokituksia yleisesti sekä niiden funktioita ja nykytilannetta. Maailmaa voidaan hahmottaa monesta eri näkökulmasta; mielenterveyden häiriöiden tapauksessa jako muodostuu amerikkalaisen ja eurooppalaisen luokitusjärjestelmän välille. Johdantoluvussa tapahtuvan aineiston esittelyn jälkeen luon toisessa pääluvussa katsauksen psykiatriaankin erikoisalana, jolloin kartoitan tutkittavien termien ja käsitteiden esiintymisympäristöä. Pidän tällaista tutkimuskohteena olevan monitieteisen erikoisalankin esittelyä koko tutkimuksen ja sen kontekstin ymmärtämisen kannalta tarpeellisena.

Kolmannessa pääluvussa hahmotan kielen, tajunnan ja todellisuuden suhdetta nojautumalla psykiatriaankin sekä sen kieltä ja käsitteitä koskevaan kirjallisuuteen. Tarkastelen psykiatriankin ja kielen ongelmallista suhdetta sekä psykiatriankin ammattikielen suhdetta todellisuuteen. Lähestyn tutkimuksen kohteena olevia mielenterveyden häiriöitä tieteenteoreettisista, olemassaolon ja tiedon filosofiaankin liittyvistä hahmotustavoista. Kielen suhde sekä tieteelliseen että kliiniseen eli potilaiden hoitoon ja tutkimiseen liittyvään psykiatriaankin on kiinteä, joten tarkastelen tätä suhdetta usealta kannalta. Perustelen tarkastelun monipuolisuutta seuraavilla seikoilla. Kielen ja todellisuuden suhde on Feerin (1987: 1, 6, 31) mukaan psykiatriaankin ongelmallinen. Toinen perustelu liittyy ihmisenä olemisen ongelmallisuuteen. Rauhala (1981: 26–27, 34–36; 22.5.2000) näkee filosofian ja psykologian näkökulmasta ihmisenä olemisen ulottuvuudet kolmelta kannalta; ihminen olentona reaalistuu kehollisuudessa, tajunnallisuudessa ja situationaalisuudessa. Sosiaalisen auttamisen näkökulmasta voidaan erottaa toisaalta yksilön ponnistelut ja vaikutusmahdollisuudet ja toisaalta olosuhteiden ja ympäristön vaikutus eli situationaalisuus (Räty 1987: 22).

Neljännessä pääluvussa esittelen psykiatrian yleisiä luokitusperiaatteita ja luokittelun historiaa sekä vertailen toisiinsa kahta psykiatrian virallista tautiluokitusta. Pohdin ihmisen suhdetta psykiatrisen diagnoosiin ja diagnoosin suhdetta hoidettavaan tautiin. Hahmottelen psykiatrian tutkimuskohteita ja sairausmalleja termiopin ja tieteenteorian kannalta. Lisäksi tarkastelen psykiatrisen käsitteen ominaisuuksia kielen ja mielenterveyskulttuurin kokonaisvaltaisesta näkökulmasta. Otan erityisesti huomioon kielen ja maallikon aseman käsitteistyksessä.

Viidennessä pääluvussa metodina on yleis- ja erikoissanakirjojen avulla tapahtuva yksisanaisten diagnoosinimikkeiden kvantitatiivinen tarkastelu ja vertailu. Esittelen tieteen kielen perinteitä ja hyvän termin ominaisuuksia. Lisäksi käytän erikoiskieliin liittyvää delfisyys–kryptisyys-kahtiajakoa analysoidessani psykiatristen termien ominaisuuksia. Yhteiskuntatieteiden terminologiaa tutkittaessa on hahmotettu kaksi tieteen kielen erilaista traditiota, joista käytetään nimityksiä *kryptinen* (en *cryptic language*, kr *kryptos* ‘kätkeyty’) ja *delfinen* (en *delphic language*: Delfoin oraakkeli verhosi antiikin Kreikassa sanoihinsa salattuja merkityksiä) (Riggs 1986: 117–123; 1990: 581–582; ks. myös Setälä 1995a: 8; 1995b: 20–21). Selitän edellä mainittuja ilmauksia ja niiden taustalla olevia käsitteitä tarkemmin luvussa 5.3. – Esittelen mielenterveyden häiriöiden nimeämisen yhteydessä myös nimeämiseen liittyvää teoriaa. Tutkittavan termiaineiston tarkastelussa käytän menetelmänä laadullista analyysiä, joka perustuu itse luomiini kriteereihin ja jota taustoittaa NLP eli *neuro-linguistic programming*. NLP:n taustafilosofina ovat muun muassa Alfred Korzybski ja Gregory Bates. Teoreettisesti NLP perustuu kognitiivisen psykologian ideoiden ja lingvistiikan lisäksi systeemi- ja informaatioteoriaan, konstruktivismiin sekä tekoälytutkimukseen.

Näkökulma, josta tutkittavaa sanastoa tarkastelen, perustuu ajatukseen, jonka Leino (1989: 26) esittää seuraavasti: kieltä käyttäessään puhuja tai kirjoittaja pyrkii saamaan aikaan jotakin. Kielellä voidaan vaikuttaa, toivottuun ja ei-toivottuun suuntaan. Feerin (1987: 10–11) mukaan kielen käyttäminen on käyttäytymistä ja toimimista. Kieli on aikomuksen ilmaus, sen avulla tavoitellaan jotain – myös tieteen arjessa. Arkikielen filosofin, englantilaisen J. L. Austinin (1962 [1985]) 1950-luvulla alulle panema ja amerikkalaisen

filosofin John R. Searlen kehittämä puheaktiteoria lähtee ajatuksesta, että oikeastaan kaikki lauseet ovat tekoja: aina kun puhuja esittää lauseen, hän suorittaa jonkin teon. Puhuja esittää tietoa (väite), hankkii tietoa (kysymys), saa jonkun tekemään jotakin (käsky) tai sitoutuu johonkin (lupaus). (Ks. tark. Kieli ja sen kieliopit = KK 1998: 88–89.)

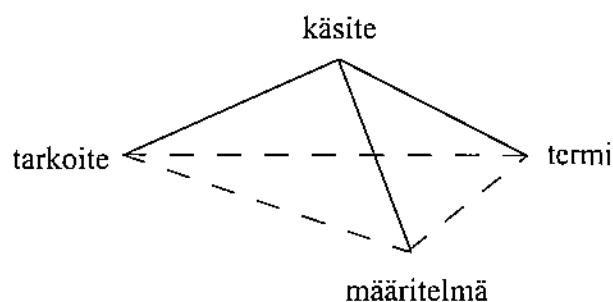
Kielellisten ilmausten yhteydessä on käytetty ilmausta *termisana* viittaamaan pelkkään yksisanaiseen sanaelementtiin ilman kytkentää taustalle hahmottuvaan käsitteeseen (Setälä 1995a: 9). Tämän ilmauksen ohella käytän ilmausta *termi* terminologisen tutkimuksen yleisen käytänteen mukaisesti ilmaisemaan kielellisesti käsitteen ajatussisältöä siihen liittyvine mielteineen. Karihalmeen (1996: 134) mukaan 'termisana' soveltuu apukäsitteeksi käytännön kielenkäytössä pitämään 'termin' vastakohtana eri tasoja erillään, vaikka semanttisia ongelmia se ei ratkaisi.

Esittelen seuraavaksi tarkemmin tutkimukseeni liittyviä käsitteitä. Teoreettisena lähtökohtana on semiotiikkaan perustuva, sovelttavan kielitieteen osa-alue nimeltä yleisen terminologian teoria, jota esittelin jo jonkin verran tutkimukseni lähtökohtien yhteydessä. Terminologian teoria tutkii erikoisalojen käsitteitä ja käsitejärjestelmiä sekä termejä, niiden valintaperusteita ja nimittämisprosessia (Laurén ym. 1987: 79, 82; SFS 50-1989: 22; Haarala 1989: 263; Laurén, Myking & Picht 1997: 63). Tämä terminologiaksi kutsuttu tieteenala hyödyntää filosofian ja kielitieteen teorioita ja menetelmiä (Laurén ym. 1987: 79; Laurén 1993: 22–). Kunkin alan terminologia on erottamattomasti yhteydessä alaan itsensä, se mahdollistaa alan käsitteistöä koskevan kommunikoinnin (Laurén ym. 1997: 14). Terminologian teoria, josta käytetään terminologian lisäksi myös nimityksiä terminologia- ja termioppi, erottaa toisistaan kolme eri järjestelmää tai tasoa, jotka ovat ontittinen, käsitteellinen ja kielellinen taso (Nuopponen 1994: 16–18, 29, 63–66).

Terminologisen teorian periaatteet ja käsitteet ovat peräisin 1930-luvulta, jolloin Eugen Wüster (1970 [1931]) aloitti ammatti- ja erikoisalojen sanastotyön kehittämisen (SFS 50-1989: 22–23; Laurén & Picht 1992b: 221; Laurén ym. 1997: 20–21). Anita Nuopponen (1994) on kehittänyt edelleen käsitejärjestelmiä ja käsitteiden keskinäisten suhteiden analyysiä. Filosofian vaikutuksesta johtuu, että termiopissa ei puhuta merkityksestä vaan

käsitteestä (Laurén ym. 1987: 80). ‘Käsite’ määritellään tarkoitteen antamaksi mielikuvaksi ja sitä käytetään apuvälineenä tiedon luokittelussa ja jäsentämisessä (SFS 50-1989: 24; Laurén ym. 1997: 78). ‘Tarkoite’ voi olla mikä tahansa, mikä voidaan käsitteistää (Dubuc & Lauriston 1997: 80). Metakäsite ’referentti’, ’tarkoite’, voi tarkastelun kohteena olla paitsi konkreettinen esine, myös abstrakti olio, tapahtuma, ominaisuus, mahdollisesti vielä jotain muuta (SFS 50-1989: 24; Nuopponen 1994: 54). Termi kielellisenä ilmauksena, käsite sisältönä ja tarkoite sinä, mihin termillä viitataan, muodostavat klassisen semanttisen kolmion (Laurén ym. 1997: 77). Käsitteellä on ollut kiistaton asema termiopillisen tutkimuksen lähtökohtana (Wüster 1985: 1; Laurén & Picht 1992a: 8; Laurén 1993: 27; Nuopponen 1994: 52–53).

Käsite eli mielle tai mielikuva muodostuu ihmisen mielessä, ja se toimii välittävänä elementtinä kielellisen nimityksen ja kielenulkoisen tarkoitteen välillä, kuten kuvion 1 mukaisesti on tapana esittää:



Kuvio 1. Tetraedrimalli (SFS 50-1989: 24; vrt. Ogden & Richards 1985 [1923]: 11).

Terminologisessa tutkimuksessa kielenulkoisen eli ontin taso koostuu maailmasta ja sen aineellisista tai aineettomista asioista (Wüster 1985: 6; Nuopponen 1994: 52). Jotain konkreettista tai abstraktia asiaa tarkastellaan, koska siihen halutaan viitata tai siitä halutaan muodostaa käsite tai sana (Nuopponen 1994: 52). Pääpaino termiopillisessa tutkimuksessa on alun alkaen ollut konkreettisissa ja staattisissa, lähinnä tekniikan kohteissa. Ogden, Richards ja Korzybski ovat filosofian ja semantiikan suhdetta pohtiessaan kiinnittäneet huomiota liiallisten abstraktioiden väärinkäyttöön (A. Hakulinen 1964: 181).

Dahlberg (1978a: 145; 1978b: 32) jakaa analyyttisessä, käsitteitä koskevassa teoriassaan tarkoitteet Aristoteleen tapaan neljään pääluokkaan, joita ovat a) oliot (*entities*), b) ominaisuudet (*properties*), c) tapahtumat (*activities*) ja d) ulottuvuudet (*dimensions*). Dahlberg (1978a: 143; 1978b: 13) ottaa lähtökohdaksi 'tarkoitetta' käsitteenmuodostuksen yhteydessä määritellensä käsitteen '*universe of items*', josta kukin voi valita omiin tarkoituksiinsa yhden kohteen ('*item of reference*'). Tällainen tarkoite voi olla yksinkertainen objekti, ominaisuus, tapahtuma, ulottuvuus ja niin edelleen tai mikä tahansa näiden yhdistelmä. Ammatillisesta näkökulmasta nähdyllä abstraktin tarkoitteen käsitteellä '*Formalgegenstand*' tarkoitetaan Felberin ja Budinin (1989: 2) mukaan kohdetta, josta voidaan muodostaa erilaisia käsitteitä sen mukaan, mikä tarkastelutapa valitaan.

Terminologi pohtii käsitteiden välittämien tarkoitteiden nimityksiä, eli symbolin ja tarkoitteen välinen suhde on epäsuora, oletettu. Lingvistin tehtävänä on tutkia symbolin ja käsitteen eli nimen ja sisällön suhdetta, toisin sanoen sanojen merkityksiä. (A. Hakulinen 1964: 183). Termiopissa sisältöä ja ilmausta pyritään tarkastelemaan erikseen, lingvistiikassa niitä käsitellään yhdessä (Laurén ym. 1992a: 8). Leksikaalisessa semantiikassa tarkoitteiden joukon rajaa sanan merkitys, jolloin muodostuu sanan viittausala eli denotaatio. Tästä käytetään myös nimitystä *ekstensio*. (SFS 50-1989: 24; Kangasniemi 1997: 28.) Termillä *denotaatio* tarkoitetaan yleisesti vastaavan käsitteen alaa, ilman että viitataan erityiseen käyttötilanteeseen (Regnéll 1871: 58; Nuopponen 1994: 62; Laurén ym. 1997: 115). Toisin sanoen kysymykseen tulevat kaikki ne olemassa olevien kohteiden kokonaisuudet, joihin termi voi viitata. Nuopponen (1994: 62) korostaa termin *ekstensio* erityyppistä käyttöä termiopissa ja kielitieteessä. Termiopissa lähtökohdiana on käsite, kielitieteessä kielellinen ilmaus.

Edellä esitetyn kaltainen käyttöön liittyvä eroavuus koskee myös termiä *intensio*. (Nuopponen 1994: 62). Intensiolla ymmärretään semantiikassa ja filosofiassa samaa kuin sanan merkityksellä. (SFS 50-1989: 28; Kangasniemi 1997: 28.) Termiopissa intensio on yhtä kuin käsitteen sisältö, josta käytetään myös termiä *konnotaatio* (Regnéll 1871: 58; Nuopponen 1994: 62; Laurén ym. 1997: 115). Kielitieteessä denotaatiolla ymmärretään

perinteisesti sanan perusmerkitystä, konnotaatiolla sivu- ja vihjemerkitystä (ks. Niiniluoto 1989: 57).

Psykiatrian perusongelmien tarkastelussa olennaista on käsitteiden ja niiden kautta avautuvien tarkoitteiden pohdinta. Käsitteellistämiseen liittyy tutkimuskohteiden ymmärtäminen ja niistä saadun tiedon luokittelu. Kun kysytään, mitä mielenterveyden häiriintyminen on, joudutaan vastausta etsimään tarkastelemalla yhtä tiettyä häiriötä tai sairautta. Sairautta ei voi tutkia sinänsä, vaan tutkimuksen kohteeksi on valittava jokin tietty sairaus ja sen konkreettiset ilmenemismuodot – ja vielä jollain tietyllä kielellä nimettynä. Tässä tutkimuksessa kieli, jonka kautta mielenterveyden häiriötä tarkastelen, on suomi, sen omaperäiset sekä siihen kotiutuneet criasteiset kreikasta ja latinasta peräsin olevat vierassanat.

Monitieteisen ja moniulotteisen psykiatrian semanttisuus vaatii mielestäni väljän, eri tutkijoihin nojautuvan lähestymistavan. Tällaisen teorian ja aineiston toisiinsa nivoutuvan tutkimusasetelman toivon johtavan monipuoliseen kuvaan psykiatrian termien ja käsitteiden luonteesta. Psykiatrian erikoisalaviestinnän ja kielen käytön tutkimukseen kuuluva lähestymistapani on vertaileva, kvalitatiivis-deskriptiivinen ja hermeneuttinen, muutamia normatiivisia ja ongelmien ratkaisuun viittaavia painotuksia lukuun ottamatta. Hyödynnän koko työssä lisäksi kyselevää ja pohtivaa asennetta. Kysymyksiä on noussut esiin sitä mukaa, kuin aineiston käsittely eri teorioiden näkökulmista on edistynyt. Mukana on myös hoitotieteen ja medikaalianthropologian näkemyksiä sairaudesta ja sen kulttuurisista merkityksistä. Psykiatrian monitieteisyys ja -tasoisuus edellyttävät ja ennakoivat tarkastelun induktiivisuutta deduktiivisuuden sijaan. Sanasemantiikan peruskysymyksistä on Heikki Kangasniemi (1997) laatinut yleiskatsauksen, johon viitataan monitasoista ja deskriptiivistä, leksikaalista semantiikkaa koskevissa kysymyksissä.

Tärkeimmiksi psykiatriseksi häiriöiksi, joiden avulla tarkastelen tutkimuksen kohteena olevien ilmiöiden nimeämistä, nousevat skitsofrenia ja masennus. Käytän varsinaisiin mielisairauksiin kuuluvaa skitsofreniaa eräänlaisena alan luokituksen prototyyppinä.

Masennus on mielestäni luonteva valinta lähempää terminologista tarkastelua varten, koska sitä koskeva keskustelu on 2000-luvun vaihteessa joukkotiedotusvälineissä selvästi vilkastunut varsinkin uupumisasteisen väsymyksen yhteydessä. Siitä on rohkaistuttu puhumaan aiempaa avoimemmin, joten mielenterveyden käsitteeseen liittyvät negatiivisuus ja stereotyyppisyys saattavat saada rinnalleen uusia sävyjä.

Näkökulma, josta teknolektia ja sen kielellistä rekisteriä yleensä tarkastellaan, voi periaatteessa olla tekstin laatijan, vastaanottajan tai psykiatrian ja lääketieteen tapauksessa myös sen henkilön näkökulma, jonka tilannetta teksti käsittelee. Ammattikielen tutkimus keskittyy yleensä tilanteeseen, jossa asiantuntija viestii toiselle saman alan tai lähialan asiantuntijalle. Tarkastelen viestintätilannetta ja kielenkäytön funktioita psykiatriassa lähemmin diagnoosin laatimisen yhteydessä luvussa 3.3.4. Lindqvistin (1996) mukaan ihminen tietää paljon asioita, ennen kuin hän tietää tietävänsä: intuitio ja tunne-elämys ovat erottamattomat. On järjetöntä ajatella, että kaikki käsittäminen olisi sidottu kieleen. Varhaiset kokemukset ja mielen pinnalla ilmenevät tunnevireet hahmottuvat vasta myöhemmin käsitteiksi ja muotoutuvat sanoiksi. Silti ihmiskulttuurin perusta on kieli. (Lindqvist 1996: 65.)

1.4 Aiheeseen liittyvää tutkimusta

Lääketieteen harjoittajien käyttämää puhe- ja kirjoituskielen tutkimusta sekä lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimusta on tehty paljon ja muualla. Tuoreimmista Suomessa tehdyistä vuorovaikutustutkimuksista mainittakoon Liisa Raevaaran (2000) tarkastelu potilaan diagnoosiehdotuksista lääkärin vastaanotolla. Kysymyksessä on keskusteluanalyttinen tutkimus potilaan institutionaalisista tehtävistä, ja siinä tarkentuu kuva lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen epäsymmetriasta: potilas on asiakas, mutta ei asiakkaana lääkärin mielestä juuri koskaan oikeassa. Tuore suomalainen kielellisen vuorovaikutuksen tutkimus on Mia Halosen (2002) analyysi kertomisen eri muodoista myllyhoidon ryhmäterapiaistunnoissa. Jaana Jaatisen (1996) sosiaalipsykologian alaan kuuluvan diskurssianalyttisen tutkimuksen kohteena on alkoholiongelmien sosiaaliterapeuttinen

hoitoideologia ja sen käytännön todentuminen. Tutkimuksen mukaan valtaosa keskusteluista osoittautuu terapeutin ohjailemaksi ja määrittelemäksi. Tekstilingvististä tutkimusta edustaa Jaana Mäkisen (1996) nykysuomen pro gradu -työ, joka käsittelee psykiatrista ja oftalmologista kirjallista viestintää. Mäkinen on analysoinut tekstin ja kontekstin vuorovaikutusta vertaamalla psykiatrisia ja silmäsairauksiin liittyviä autenttisia tekstejä keskenään.

Verbaaliin ja nonverbaaliin kieleen liittyvää psykiatrista tutkimusta ovat harjoittaneet myös lääkärit. Terapiapsykiatri Pauli Hämeenaho (1997) on soveltanut NLP:n (*neuro-linguistic programming*) menetelmiä käytännön psykiatriseen työhön ja tutkinut niiden vaikutuksia. Lääketieteen kandidaatti Ani Raimanin (1995) on yhdessä filosofian kandidaatti Juhani H. Toivasen kanssa laatinut katsauksen, joka käsittelee puheen prosodiikkaa eli viestejä, joiden merkitys ei ole sidoksissa sanoihin. – Lääke- ja kielitieteilijöiden yhteistyöstä mainittakoon myös tieteellisen ilmaisun kielioipas, jonka Kari Raivio, Minna Pernaa ja Lyly Teppo (1994) ovat toimittaneet lääketieteestä kirjoittaville.

Lääkärit Eero Riikonen ja Antti Mattila (1994) ovat pohtineet monipuolisesti psykiatristen ongelmäkäsitysten ja -luokitusten masentavuutta. He kiinnittävät Jaatisen (1996) ja Raevaaran (2000) tapaan huomiota lääketieteen ammatillisen valta-asetelman epäsuhtaan verrattuna potilaan asiantuntijuuteen. Eero Riikonen ja Gregory Madan Smith (1998) ovat kirjoittaneet kielen asemasta terapeutisessa asiakastyössä, jossa kielen merkitystä on usein pidetty toissijaisena. Terapiayhteisössä on huomattu, että kieli itsessään on tärkeä, mikä on johtanut kiinnostumiseen kertomuksista, metaforista ja merkityksen rakentamisesta. Myös Steve de Shazer (1995) on analysoinut todellisuuden sidoksisuutta kieleen. Hän havainnollistaa, kuinka esimerkiksi Ludwig Wittgensteinin myöhempien kirjoitusten ajatuksia voi soveltaa käytännön terapiatyöhön: ongelmatilanteet syntyvät ja ratkeavat erilaisissa puhunnoissa ja kielipeleissä (ks. esim. Wittgenstein 1981: 27).

Psykoanalyttisen, semioottisen ja lingvistisen tarkastelutavan yhdistäminen on ollut vilkasta (vars. Jacques Lacan, Julia Kristeva, C. S. Peirce ja Thomas Sebeok). Esimerkkeinä mainittakoon suomalaisista lääkäreistä Klaus A. Vuorio, Jukka Aaltonen ja

Viljo Räcköläinen (1994), jotka ovat soveltaneet semioottista käsitteistöä skitsofreenisen oireen tarkastelussa. Marja-Liisa Honkasalo (1994) on analysoinut lääkärin työhön ja sairauteen liittyviä merkityksiä. Useat kirjoittajat (mm. Kalle Achté, Lauri Honko ja Tuula Vaskilampi) ovat hahmotelleet erilaisia näkemyksiä sairaudesta, terveydestä ja parantamisesta sekä hoitajien ja hoidettavien kielellisen kohtaamisen vaikeudesta (*Sairaus ja ihminen – Kirjoituksia parantamisen perusteista*, toim. Katja Hyry 1983).

Psykiatrian diagnoosien semantiikkaa ovat tutkineet englantilainen Christine Dunn (1983) ja amerikkalainen Barbara Hasan (1986). Molempien kirjoittajien psykiatria ja sen tutkimuskohteiden diagnosointia koskevat artikkelit ovat ilmestyneet julkaisussa nimeltä *A Review of General Semantics*. Kirjoittajat perustavat näkemyksensä ja parannusehdotuksensa Alfred Korzybskin (1948) esittämiin, yleistä semantiikkaa koskeviin ajatuksiin ja käsitteistykseen. Eurooppalaista psykiatrian kielen tutkimusta edustaa Hans Feerin lingvistinen monografia (1987). Helena Nikkilän (1984) laudaturtyö käsittelee englanninkielistä psykiatrian termistöä. Ulla-Helena Kapiala (1996) on tarkastellut mielisairauden yhteisöllisiä ja terminologisia ulottuvuuksia.

1.5 Aineiston rajaus ja luonnehdinta

Tutkimukseni aineisto muodostuu kahdesta Suomessa käytössä olevasta psykiatrisesta, virallisesta tautiluokitusjärjestelmästä. Ensimmäinen näistä luokitusjärjestelmistä on kansainvälinen ICD-10, sen mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöitä käsittelevä luku V (1995) sekä sen täydennysosa (1996). Toinen järjestelmä on mielenterveyden häiriöiden diagnostinen ja tilastollinen ohjeisto DSM-III-R (1991), joka on myös kansainvälisessä käytössä vaikkakin alun alkaen amerikkalainen. Olen valinnut nämä luokitukset tutkimukseni pohjamateriaaliksi siksi, että niiden sisältämistä diagnooseista muodostuu alan keskeinen käsitteistö ja termistö, jonka luonnetta, erityyppistä ”välimuotoisuutta” tarkoitukseni on havainnoida. Toinen syy valintaani on, että luokitukset ja diagnoosit toimivat linkkinä kielen ja psykiatrian tarkasteleman todellisuuden välillä.

Kolmas peruste valinnalleni on, että tautiluokituksilla on kulttuurista ja yhteisöllistä merkitystä. Psykiatriassa ei ole varsinaisesti anatomista termistöä kuten muussa lääketieteessä. Siksi psykiatrisissa tautiluokituksissa keskitytään diagnostisiin kriteereihin, häiriöihin ja oireisiin. Yleisesti voidaan sanoa, että kaikessa lääketieteessä tautiluokitusten tehtävänä on antaa ilmaus toiselle kahdesta vaihtoehdoisesta inhimillisestä olotilasta, nimittäin sairaudelle. Toisen periaatteellisen olotilan muodostaa terveys, joka sairauden vastapoolina käsitetään eri kulttuureissa eri tavoin (ks. Enges 1983: 94; Honko 1983: 40). Hongon (1983: 37, 41) mukaan sairaudet ovat – paitsi patologisia ilmiöitä – myös kulttuurisen kommunikaation välineitä. Tautiluokitukset käsitetään erilaisten hoitomenetelmien tapaan kuuluviksi kulttuurisidonnaisiin järjestelmiin, jotka säätelevät yhteisön ja sairauden välisiä suhteita (Enges 1983: 94).

Tautiluokitukset muodostuvat sairauksien luokista ja nimistä. Psykiatrian päätehtävänä on tutkia ihmismielen ja käyttäytymisen häiriöitä. Näitä häiriöitä nimeävät kielelliset ilmaukset, ammattikielen termit esitellään nykyisessä muodossaan *Tautiluokitus ICD-10:n* luvussa V (= ICD-10 1995: 185–245) ja *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -järjestelmässä* (= DSM-IV 1997; ks. tark. Lönnqvist 1999: 47). Uusi, amerikkalaisen DSM-järjestelmän mukainen luokitus on siis olemassa, mutta tutkimukseni aineisto perustuu sen edeltäjään, suomeksi käännettyyn *Mielenterveyden häiriöiden diagnostiseen ja tilastolliseen ohjeistoon* (= DSM-III-R) vuodelta 1991.

Esittelen seuraavassa aineistoni luokitusjärjestelmät yhdessä, koska ne liittyvät läheisesti toisiinsa. Suomessa esimerkiksi psykiatrian uusimman tutkimustiedon mukainen oppi- ja käsikirja *Psykiatria* (1999) esittelee mielenterveyden häiriöiden kriteerit DSM-IV:n mukaisesti, vaikka häiriöiden suomenkieliset nimitykset noudattavat pääosin ICD-10:n valintoja. Diagnoosiluokituksia on Lönnqvistin (1999: 35) mukaan mahdollista käyttää rinnakkain sekaannuksen vaarasta huolimatta, koska niitä on alusta alkaen kehitetty lähemmäksi toisiaan. Luokitusten käyttöä varten on niiden ilmestymisen jälkeen julkaistu erillinen teos, *Psykiatrian luokituskäsikirja* (= PL 1997), jonka tarkoituksena on palvella käyttäjiä psykiatrisessa työssä siten, että muuta tautiluokituskirjaa ei tarvita (PL 1997: 2).

Maaailman Terveysjärjestön WHO:n luokitukseen *International Classification of Diseases* (= ICD) on sisällynyt psykiatrisia diagnooseja vuodesta 1948 alkaen (Lönnqvist 1999: 32). Suomalaisen psykiatrisen diagnostiikan kehityksen voi katsoa alkaneen vuonna 1954, kun järjestelmä otettiin täällä kliniseen käyttöön (Lönnqvist 1999: 32, 34). DSM-III-järjestelmä perustuu USA:n psykiatriyhdistyksen tautiluokitukseen, jonka kolmas painos on nimeltään *American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, revised version* 1987.

Vuonna 1979 otettiin kansainväliseen käyttöön ICD-9-luokitus *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death* (= ICD-9 1977). Sen mielenterveyden häiriöitä käsittelevä viides luku sisältää kuvaukset häiriöiden sisällöistä ja niihin liittyvistä erityisvaikeuksista, mutta erikseen huomautetaan, että kysymyksessä ei ole kansainvälisen termistön standardi (ICD-9 1977: XVII). Suomalainen versio otettiin käyttöön vuoden 1986 alussa. ICD-9-luokituksessa käytetään Yhdysvaltain psykiatriyhdistyksen tautiluokituksessa, DSM-III:ssa, ilmaistuja diagnostisia kriteerejä. Tässä luokituksessa mielenterveyden häiriöllä tarkoitetaan "lähinnä henkilölle kärsimystä ja haittaa tuottavaa, kliinisesti merkittävää käyttäytymisen mallia tai psyykkistä oireyhtymää" (DSM-III-R 1991: 3). Suomessa luokitus on kehitetty sellaiseksi, että se vastaisi kliinisiä ja tilastollisia tarpeita (Furman ym. 1985: 1646). Suomalaisen ICD-9-luokituksen osat ovat:

Tautiluokitus 1987, osa 1. Systemaattinen osa. 1986.

Tautiluokitus 1987, osa 2. Aakkosellinen hakemisto. 1986.

Tautiluokitus 1987, osa 3. Mielenterveyshäiriöiden diagnostinen ja tilastollinen ohjeisto DSM-III-R. 1991. (DSM-III-R:n toinen korjattu painos ilmestyi v. 1983.)

Viimeksi mainitusta olen käyttänyt merkitsemistapaa:

DSM-III-R (1991) = *Mielenterveyden häiriöiden diagnostinen ja tilastollinen ohjeisto*. Osa 3.
Tautiluokitus 1987.

Seuraavassa on lueteltu Suomessa nykyisin käytössä olevat ICD-diagnoosijärjestelmät ja niistä käyttämäni merkitsemistavat:

Tautiluokitus ICD-10. *Klassifikation av sjukdomar*. Systemaattinen osa = ICD-10 (1995).

Tautiluokitus ICD-10. Klassifikation av sjukdomar. Aakkosellinen osa = ICD-10 (1995).

Tautiluokitus ICD-10. Klassifikation av sjukdomar. Täydennysosa = ICD-10t (1995).

ICD-10:n (1995) 1- ja 2-osan sekä sen täydennysosan (1996) termistö muodostaa DSM-III-R:n (1991) ohella tämän tutkimuksen varsinaisen aineiston.

Aineistoni luokituksia olisi mahdollista tutkia diakronisesti, ajan kuluessa tapahtuneiden muutosten kannalta. Tyydyn kuitenkin tässä tutkimuksessa vain esittelemään aiemmin käytettyjä luokituksia ja niiden kehittymistä luvussa 4.2.3. Synkronisesti tarkasteluna ajankohtaisten tautiluokitusten voi ajatella muodostavan psykiatrian diagnoosikielen sana-aineiksena ja termistönä alan loogisen ytimen, jonka erityyppisiä mielenterveyden häiriintymiseen liittyviä käsitteitä diagnoosinimikkeet kuvaavat ja nimeävät oppitermeinä. Tällainen häiriönimikkeiden järjestelmä perustuu käsitteiden sisältöön ja ilmausten käyttöön. Diagnoosinimikkeet muodostavat termikentän, jonka järjestelmällisyyttä sekä tieto- ja oppikielimäisyyttä voidaan arvioida. Ne voidaan nähdä myös arkitermeinä, jolloin niitä tarkastellaan arkitiedon ja -kokemuksen näkökulmasta. (Vrt. Karihalme 1996.)

Termikenttä, jota tutkin, on koko lääketieteen termistöön verrattuna pieni. ICD-10:n (1995) viidenteen lukuun ja sen täydennysosaan (= ICD-10t 1996) sisältyvien diagnoosinimikkeiden määrä on yhteensä 1 440 termiä. DSM-III-R-luokituksen (1991) suomenkielisessä aakkosellisessa hakemistossa on yhteensä 229 diagnoosinimikettä, kun taas latinankieliseksi tarkoitettussa mutta runsaasti myös suomenkielisiä nimikkeitä sisältävässä hakemistossa nimikkeitä on yli 350 (ks. tark. DSM-III-R 1991: 73–79). Latinaa on käytetty sellaisissa yksittäisissä ilmauksissa, joissa on vanhoja perinteitä tai joissa uusi latinankielinen nimike on vaikuttanut sovelialta. Kääntäminen on edellyttänyt lääkärinkunnan ja kielenhuoltajien yhteistyötä. (DSM-III-R 1991: 3.)

DSM-III-R-luokituksessa (1991: 13–14) luetellaan diagnoosinimikkeiden lisäksi 18 psyykkistä puolustus- eli defenssimekanismissa, jotka haluan esitellä tässä yhteydessä, vaikka en niitä tutkimuksessani käsittele. Näillä mekanismeilla tarkoitetaan käyttäytymisen, tunteiden ja ajatusten kokonaisuuksia, jotka syntyvät psyykkisen uhkan havaitsemisesta ja

ovat melko suuressa määrin tahdosta riippumattomia. Niiden sanotaan olevan joko sopeutumista huonontavia tai parantavia. Puolustuskeinot on nimetty, ja niitä on luonnehdittu seuraavasti: *autistiset mielikuvat, dissosiaatio, eristäminen, idealisaatio, mitätöiminen, passiivinen aggressiivisuus, rationalisaatio, reaktionmuodostus, siirtäminen, somatisaatio, torjunta, tyhjäksitekeminen ja älyllistäminen*. Lisäksi luetellaan *acting out, projektio* ja *splitting* eli *halkominen*, jotka ovat lähes poikkeuksetta sopeutumista huonontavia sekä *kieltäminen* ja *suppressio*, jotka ovat sopeutumista huonontavia tai parantavia. (Ks. tark. DSM-III-R 1991: 13–14.)

Edellä lueteltujen psyykkisten puolustusmekanismien avulla ihmisen sanotaan pyrkivän tiedostamattomasti piilottamaan tai välttämään sellaisia konfliktitilanteita tai tekijöitä, jotka voivat tietoisuuteen tullessaan aiheuttaa ahdistuneisuutta. DSM-III-luokituksessa (1991: 13) mainitaan vielä kaksi sopeutumista parantavaa puolustusmekanismia, joita ei kuitenkaan ole otettu mukaan edellä esitettyyn luetteloon, nimittäin *huumori* ja *sublimaatio*. Katson tämän pienen sanaston kuuluvan diagnoosinimikkeiden ohella psykiatrian keskeiseen termistöön. Puolustusmekanismien esittely auttaa mielestäni hahmottamaan psykiatrian käsitteistön kokonaisuutta, vaikka tässä työssä keskityn tautiluokitusten nimikkeisiin.

Psykiatristen tautiluokitusten diagnoosinimikkeiden lisäksi olen poiminut vastaavia termejä yleis- ja erikoissanakirjoista verratessani asiantuntija- ja maallikkokieltä toisiinsa. Suomen yleiskielen sanaston ydinosa on lueteltu alun alkaen vuosina 1951–1961 ilmestyneessä *Nykysuomen sanakirjassa* (= NS) sekä ajantasaistetussa *Suomen kielen perussanakirjassa* (= PS), jonka eri osien ilmestymisvuodet ovat 1990, 1992 ja 1994. *Nykysuomen sanakirjasta* olen käyttänyt kolmatta, lyhentämätöntä kansanpainosta (1970). Yleiskielisten sanojen lisäksi kummassakin edellä mainitussa sanakirjassa on myös erikoisalojen termejä, slangisanoja ja murteellisuuksia, joita esiintyy lähinnä tiedotusvälineissä (ks. PS, I. osan alkusanat). Lääketieteen termistö on hyvin edustettuna näissä sanakirjoissa. Lääketiedettä ja anatomiaa kuvaavan kielen (*lääk*) osuus *Perussanakirjan* erikoiskielisen terminologian yhteydessä on Romppasen (2001: 231) mukaan 1 933 hakusanaa, kun esimerkiksi kielitieteen (*kiel*) metakielen osuus on vain 505 hakusanaa. Kummassakaan edellä

mainitusta suomen kielen sanakirjoista ei lääketieteen erikoisaloja ole eritelty tarkemmin. Anatomia ja lähialat mainitaan, mutta erikoisalamerkintä *psyk* tarkoittaa psykologiaa.

Verratessani virallisten tautiluokitusten diagnooseja lääketieteellisten sanakirjojen esiintymiin olen käyttänyt seuraavia psykiatrian ja lääketieteen erikoissanakirjoja:

Psykiatrian Sanasto = PsS (1995), konsultaatiot mm. Kalle Achté

Lääketieteen termit = LT (1999), päätoim. Walter Nienstedt

Lääketieteen Sanakirja = LS (1976), toim. Niilo Pesonen ja Ecro Ponteva.

Psykiatrian sanasto (1995) on tarkoitettu terveydenhuollon ammattilaisille, myös muille kuin psykiatreille, ja sen sanasto on toimitettu pääsääntöisesti englanninkielisen hakusanan mukaan. *Duodecimin* selittävän suursanakirjan *Lääketieteen termien* (1999) uusimmassa, kolmannessa painoksessa hakusanat ovat ensisijaisesti suomenkielisiä tai suomalaistettuja. Teos on kymmenien asiantuntijoiden yhteistyön tulos, ja se on tarkoitettu kaikille lääketieteen kielestä kiinnostuneilla. *Lääketieteen sanakirja* (1976) ei ole teoksen alkusanojen mukaan varsinaisessa mielessä tietokirja, vaan se sisältää erikielisten (läh. la, en ja sa) lääketieteellisten sanojen suomenkieliset vastineet. Sanakirjaa on syytä pitää eri aikakausilta peräisin olevien termien kokoelmana.

Suomen kieltä käsittelevien sanakirjojen (NS ja PS) hakusanat ovat pääsääntöisesti yksisanaisia, lähinnä johdoksia tai yhdyssanoja. Psykiatrian ja lääketieteen sanakirjoissa on hakusanoina myös kaksi- tai kolmiosaisia sanaliittoja. Suurin osa psykiatrian termistöstä jää tutkimuksessani suoritettavan systemaattisen sanakirjatarkastelun ulkopuolelle, koska valtaosa alan termistöstä on monisanaisia, jopa pitkästi toistakymmentä sanaa käsittäviä sanaliittoja. Moniosaisten sanaliittojen järjestelmällinen tutkiminen on hankalampaa kuin yksisanaisten termien. Siksi pyrin tautiluokitusten avulla havainnoimaan ja vertaamaan lähinnä luokituskriteerejä. Muun psykiatria käsittelevän kirjallisuuden avulla hahmotan asiantuntija- ja maallikkokieleen liittyviä ymmärtämisen ja nimeämisen ongelmia. Suomen kielen sanakirjojen avulla tarkkailen lähinnä yksisanaisten termien ominaisuuksia.

1.5.1 Psykiatriset tautiluokitukset – hakuteoksia vai käyttöohjeita?

Esittelen seuraavaksi tarkemmin Suomessa käytössä olevia virallisia tautiluokituksia teksteinä, jotta niiden funktiota ja sisältöä olisi helpompi ymmärtää. Edellisessä luvussa tekemäni aineiston rajausta tarkentuu tässä ja seuraavassa, tyyliä käsittelevässä alaluvussa. Yleisesti ottaen tautiluokituksia käytetään laajasti lääketieteellisen informaation välittämiseen niin Suomessa kuin kansainvälisesti. Joskus niissä annetaan myös ohjeita. Luokitusten kanssa joutuvat lääkäreiden lisäksi tekemisiin lääkärisihteerit ja muu terveyden- ja sairaanhoidon henkilökunta sekä lähialoista esimerkiksi sosiaaliala. Vaikka tautiluokitukset eivät ole varsinaisia nimistöjä, nomenklatuureja, niiden kielellä ja terminologialla on tärkeä merkitys lääketieteen kielenkäytössä. (Ks. Smedby 1985: 6–7.) Taudinmäärittämisnä diagnoosien kokonaisuus muodostuu nimikkeistä, joiden systemaattisuutta ja termistön kaltaisuutta voidaan tarkastella (vrt. TSK 9-1986: 21). Kysymyksessä ovat luokitukset, joilla ei ole tarkasti etukäteen sovittuja sääntöjä, kuten nimistöjen kohdalla yleensä on (Laurén ym. 1987: 101–102).

Tautiluokitukset ovat teksteinä eri ammattiryhmien välistä vuorovaikutusta. Niiden avulla kuvataan inhimillistä todellisuutta, ja niiden kielestä voi päätellä, miten ja mihin kieltä eri tilanteissa käytetään. Tekstin funktion ja sisällön mukaan tarkasteltuna tautiluokitusta on mahdollista verrata hakuteokseen tai tietosanakirjaan. Kysymyksessä on tällöin varastoiva, ensyklopedinen teksti, jonka funktio on informatiivinen. Keskeiseen asemaan nousee puheenaiheena oleva asiasisältö. (Tekstien luokituksista yleensä ks. tark. Saukkonen 1984: 27–29; Ingo 1990: 62–63.)

Psykiatrian uusimmassa kansainvälisessä tautiluokituksessa (ICD-10, luku V: 185–245) vuodelta 1995 on mukana pelkän varastoivan aineksen lisäksi myös esityskeskeistä kertovaa ja erittelevää tekstiä. Luokitukset eivät ole teksteinä pelkästään informatiivisia, vaan niillä on myös imperatiivista, vetoavaa funktiota. Muutamissa tekstin kappaleissa ei käsitellä vain puheena olevaa asiaa, vaan viitataan myös puhuteltavaan henkilöön eli lukijaan. Diagnoosinimikkeen käytöstä annetaan ohjeita, neuvoja ja suosituksia. Tällöin halutaan vaikuttaa vastaanottajan menettelyyn. Näiltä osin luokitukset muistuttavat

oppimateriaalia tai käyttöohjetta. Vertailun vuoksi mainittakoon, että esimerkiksi käyttöohjeiden ja lääkärin reseptien kohdalla tekstien ohjailevuus ei koske aina pelkästään vastaanottajaa vaan myös esineiden (hoitovälineiden tai lääkkeiden) käyttöä. (Vrt. Saukkonen 1984: 27–29; Ingo 1990: 62–63; ICD-10 1995: 185–245.)

Luokitusohjeet on tarkoitettu diagnoosin antavalle tai laativalle lääkärille. Varsinaisina käyttöohjeina (oik. käyttäytymisohjeina) voidaan psykiatriassa ei-ammattilaisen kannalta pitää potilaille ja omaisille tarkoitettuja oppaita, joissa annetaan tietoja ja neuvoja silloin, kun diagnoosi on ”saatu”. Tutkimatta tällaisia oppaita tarkemmin mainitsen Sairaalaliiton ja Suomen mielenterveysseuran yhdessä toimittaman potilaan ja omaisen oppaan nimeltä *Skitsofrenia* (1989), jossa kirjoittajana on psykiatri Yrjö O. Alanen. *Tietoa paniikki-kohtauksista* -nimisen oppaan (1991) julkaisijana on lääketiedas, kirjoittajaa ei oppaassa mainita. Ohjailun ja suosittelemisen lisäksi tekstien funktio voi olla suostutteleva, esimerkkeinä masennuslääkkeiden mainokset lääkäri-lehdissä, mielipiteenvaihto ja yleiskeskustelu (vrt. Saukkonen 1984: 27–29; Ingo 1990: 62–63).

Seuraavassa on esimerkki psykiatrisen tautiluokituksen sana-artikkelista (ICD-10 1995: 236), joka havainnollistaa luokituksen sisällöllistä informaatiota ja ohjailevaa funktiota:

- (1) F83 **Monimuotoiset kehityshäiriöt**
 Blandade specifika utvecklingstörningar
Perurbationes progressus specificae mixtae

Jäännösryhmä jolle ovat ominaisia puheen ja kielen, oppimiskyvyn ja motorisen toiminnan kehityshäiriöt, mutta jossa mikään näistä ei ole riittävän hallitseva riittääkseen ensisijaiseen diagnoosiin. Tätä diagnoosiryhmää pitäisi käyttää vain, jos kaikkien näiden kehityshäiriöiden päällekkäisyys on merkittävää. Mukana on tavallisesti, joskaan ei aina, jonkinasteista älyllisten toimintojen heikkoutta. Tätä ryhmää käytetään siis, jos henkilöllä on toimintahäiriöitä, jotka täyttävät kahden tai useamman ryhmään F80, F81 ja F82 kuuluvan diagnoosin tunnusmerkit.

Psykiatrisen tautiluokituksen erikoistuneella kielimuodolla on omia, muusta lääketieteestä poikkeavia piirteitä. Esimerkkinä tästä on juuri edellä esitetyn kaltainen selittävä ja kuvaileva sekä ohjeita antava sana-artikkeli anatomiaan perustuvan diagnoosinimikkeen sijaan. Psykiatrisen tieteen- ja ammattialan erikoistunut kielimuoto muodostaa teknolektin, jonka tehtävänä on tyydyttää alan kommunikaatioon liittyviä erityistarpeita. Koko

lääketiedettä tarkastellen voidaan puhua erikseen teoreettisen ja kliinisen lääketieteen spesialisoituneista kielimuodoista, joten horisontaalisesti sisällön kannalta jakaminen alaryhmiin on lääketieteessä melko yksinkertaista (Laurén ym. 1987: 43, 174).

Funktion kannalta teknolektien yleinen luokittelu on Laurénin ym. (1987) mukaan vaikeampaa. Monenlaisten vertikaalisten luokitusmaailien lopputuloksena on yleensä karkea jako, koska kriteerit ja näkökulmat ovat moninaisia (esim. kielenkäytön väline, aineiston käsittelytapa erilaisissa tekstilajeissa). Mutta jos tarkastelussa lähdetään tekstien ammattimaisuuden asteesta ja funktiosta vastaanottajan kannalta, voidaan puhua erikseen tutkimus-, opetus- ja sanakirjatyylistä sekä näiden lisäksi erilaisista seka- ja perifeerisistä muodoista. (Laurén ym. 1987: 43–44.)

Tautiluokitusten asiantuntijakielenkäytön luonnetta ja asemaa selventääkseni luokittelen seuraavaksi yleisesti psykiatriaan liittyviä erilaisia tekstilajiesimerkkejä sen mukaan, kuka on tekstin lähettäjä ja kuka ajateltu vastaanottaja. Esitän hahmotelmassa myös arvion ammattikielen tietellisyys- ja populaarisuusasteesta. (Vrt. Laaksovirta 1979a: 19–20, 45, 48; 1979b: 45–46; Hoffmann 1976: 74–75.):

A. Tieteen ja sen yhden erikoisalan sisäinen ammattikieli

A.1 Kun psykiatri kirjoittaa psykiatrille, kysymyksessä on lääketieteen yhden erikoisalan sisäinen ammattikieli, josta esimerkkejä ovat tautiluokitukset ja ohjeistot (*International Classification of Diseases* ja *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), lääketieteelliset ja erikoisalan sanakirjat (esim. *Lääketieteen termit* 1999, *Psykiatrian Sanasto* 1995) sekä tieteellisyys-ammattilliset artikkelit psykiatrian julkaisuissa (esim. *Psychiatria Fennica*).

A.2 Kun psykiatri kirjoittaa muulle lääkärille kuin psykiatrille, kysymyksessä on lääketieteen sisäinen ammattikieli, josta esimerkkejä ovat artikkelit tieteellisissä ammattilehdissä ja aikakausjulkaisuissa (esim. *Duodecim*) sekä ammattillisissa aikakauslehdissä (esim. *Suomen Lääkärelehti*).

B. Tieteiden välinen ja popularisoitu ammattikieli

B.1 Kun psykiatri kirjoittaa psykologille, sosiologille jne. tai toimii lausunnonantajana, kysymyksessä on tieteidenvälinen ammattikieli, josta esimerkkejä ovat kirjoitukset eri alojen julkaisuissa sekä lausunnot.

B.2 Kun psykiatri kirjoittaa jonkin verran asiaan perehtyneelle opiskelijalle, yleensä alasta kiinnostuneelle maallikolle tai potilaalle, kysymyksessä on erikoisalan popularisoitu kieli. Tästä esimerkkeinä ovat oppi- ja käsikirjat (esim. *Psykiatria* 1999), sanomalehtiartikkelit, lääketieteen populaaritieteelliset lehdet (esim. *Terveys* 2000) ja terveydenhoidon yleistajuiset vaihtoehtolehdet

(esim. *Voi Hyvin*) sekä aikakauslehtien lääkärintalstojen vastaukset ja potilaille tarkoitettut kirjalliset hoito-ohjeet.

C. Kaunokirjallisuuden kieli

Kun kuka tahansa ihminen (psykiatrian suhteen maallikko tai ammattilainen) kirjoittaa kenelle tahansa lukijalle, kysymyksessä on fiktiivinen, psykiatrian aihepiiriin liittyvä aineisto ja siitä välittyvä totuudenmukainen semanttinen informaatio (vrt. Niiniluoto 1989: 89–90). Esimerkkejä löytyy kaunokirjallisesta ja (oma)elämäkerrallisesta kirjallisuudesta.

Hahmotelmasta käy ilmi, että ammatillista ja tieteellistä informaatiota käytetään ja välitetään lääketieteessä ja sen erikoisaloilla monin eri tavoin. Psykiatrien ja muiden lääkäreiden ammatilliset informaatio-olot vaihtelevat (vrt. Laaksovirta 1979b: 51, 54). Tarkastelen itse psykiatrian kielenkäyttöä siten, että tutkittava aineisto muodostuu ammatillisesta informaatiosta. Tieteen erikoisalan sisäisen asiantuntijakielen tekstien edustajina psykiatrian tautiluokitukset ulottavat kuitenkin vaikutuksensa laajemmalle kuin pelkästään ammattikunnan omiin tarpeisiin. Vaikutusalue käsittää terveydenhuollon, sosiaalialan ja hallinnon koko kentän opiskelijoista alkaen, potilaat ja heidän omaisensa sekä niin sanotun suuren yleisön.

Niin kauno- ja elämäkerrallisessa kirjallisuudessa kuin virallisissa tautiluokituksissa pyritään viime kädessä kielen avulla vastaamaan kysymykseen: ”Mitä mielenterveyden häiriintyminen tai hulluus on?” Tautiluokitusten tekstien tarkoitus on informaation välittämiseen pyrkivän perusfunktion lisäksi metalingvistinen. Kieli kertoo itsestään: mielenterveyden häiriöiden käsitteitä luokitellaan, nimetään ja määritellään. Psykiatriassa teknolekti spesialisoituneena kielimuotona kartoittaa erikoisalan kenttää, se kuvailee, selittää ja nimeää sekä kohdettaan että itseään. Luokitusten käsitteet määritellään ja nimetään aina jossain tietyssä historiallisessa tilanteessa, joten tieto-, sivistys- ja kulttuurihistoriallinen muutos on hyvä pitää mielessä.

1.5.2 Psykiatristen tautiluokitusten neutraalius

Tutkimukseni varsinaisen aineiston eli kahden tautiluokituksen tekstit edustavat pääasiassa puheena olevaan asiaan keskittyvää, sanakirjamaista tyyliä. Tautiluokituksiin on varastoitu diagnoosien luettelona informaatiota samoin kuin yleis- ja erikoissanakirjoihin, joita käytän

vertailuaineistona havainnoidessani erikoisala- ja maallikkokielenkäytön dialektiikkaa. Psykiatrisissa tautiluokituksissa on mukana myös esittelevää, tieteellistä tutkimustyyliä edustavaa aineistoa, joka muodostuu luokitusjärjestelmästä ja oirekuvauksista. Kysymyksessä on tekstilaji, joka edustaa sekä lääketieteen sisäistä että yhden sen erikoisalan sisäistä ammattikieltä. Tällaiset tekstimuodot eli kielelliset rekisterit ovat yleensä lähinnä objektiivisen neutraaleja, käsitteellisiä eritelmiä (vrt. Ingo 1990: 188–189; Kuronen 1991: 46, 68). Tästä objektiivisuuden ja neutraaliuden lähtökohdasta pyrin selvittämään psykiatrian diagnoosikielen ominaisuuksia ja luonnetta sekä ymmärrettävyyttä asiantuntija- ja maallikkokielenkäytön kannalta.

Kokonaiskuvan saamiseksi esitän seuraavassa muita, tautiluokitustekstien tyylistä poikkeavia psykiatrisia tyyllilajeja, joilla on ollut merkitystä tutkittavaan aihealueeseen perehtyessäni. Käsillä olevassa tarkastelussa tutkimustyyliä edustaa Hans Fecrin kielitieteellinen monografia nimeltä *Die Sprache der Psychiatrie* (1987), jota olen käyttänyt pääasiallisena teoreettisena lähteenä. Toisena keskeisenä lähteenä ja taustoittajana käyttämäni oppi- ja käsikirja *Psykiatria* edustaa puolestaan opetustyyliä. Sen kieli on eri tieteen- ja ammattialojen välistä, puhuteltavaa eli lukijaa huomioonottavaa ja popularisoitua. Populaaritieteellisiä ja yleistajuisia ammattikielisiä tekstejä julkaistaan myös lääketieteen lehdissä, joita on olemassa sekä koululääketieteen että vaihtoehtoisten hoitomuotojen alalta. Näiden lehtien tekstit, samoin kuin esimerkiksi aikakauslehtien lääkäripalstoilla esiintyvät diagnoosinimikkeet, jäävät aineistomateriaalina tämän tutkimuksen ulkopuolelle. (Ks. hahmotelma luvussa 1.5.1.) Mainittakoon tässä yhteydessä kuitenkin vanhin suomenkielinen psykiatrian alaan kuuluva artikkeli, jonka nimi on *Mielen liikunnoista* (vimmoista). Artikkelin on Elias Lönnrotin kirjoittama, ja se ilmestyi populaaritieteelliseksi luettavissa olevassa lääketieteellisessä lehdessä nimeltä *Mehiläinen* vuoden 1837 helmikuussa. Ensimmäisen suomen kielellä ilmestyneen lääketieteellisen artikkelin kirjoitti vuonna 1849 Erik Aleksander (Santeri) Ingman. Artikkelin nimi on *Ovatko taudit itsenäisiä, olentoja, ja siinä todistellaan vanhaksi ja virheelliseksi oppia tautien itsenäisyydestä eli potilaan ja lääkärin tajunnasta riippumattomasta ontologisesta autonomiasta*. Ingman esitti kritiikkiä sitä ajatusta vastaan, että sairaudet luokiteltiin ja nimettiin niiden ulkoisten tunnusmerkkien mukaan. (Ingman 1964 [1849]: 14.)

Oman tutkimukseni kohteena olevien psykiatristen tekstityyppien ja nimikkeiden ulkopuolelle rajautuvat edellä esitettyjen lisäksi puhujakeskeiset eli ekspressiiviset tekstit, joita edustaisi ihmismielen piirteitä käsittelevä kaunokirjallisuuden fiktiivinen tai muu oma-kohtainen aineisto. Psykiatrialla ja taiteella on monenlaisia yhteyksiä. Useiden kirjallisten nerojen (mm. Shakespeare, Molière, Dostojevski ja Strindberg) voi sanoa nähneen lääketiedettä syvemmälle ihmisten välisten suhteiden psykopatologiaan (Achté & Alanen 1991: 461).

1.5.3 Psykiatristen tautiluokitusten hyödyt ja haitat

Olen edellä esitellyt psykiatrian virallisia tautiluokituksia teksteinä, niiden funktiota, sisältöä ja tyyliä. Seuraavaksi siirryn käsittelemään tautiluokitusten laatimiseen liittyviä yleisiä periaatteita ja hyötynäkökohtia. Rajatessani ja perustellessani tutkimuksen aineistoa viittasin tautiluokitusten perimmäiseen tehtävään, joka liittyy yhteisölliseen säätelyyn ja luokiteltavien sairauksien toimimiseen kulttuurisen kommunikaation välineinä (ks. luku 1.5).

Yhteisön ja sairauden välisten suhteiden yleisen säätelämisen lisäksi lääketieteen tauti- ja kuolinsyylokituksilla on ollut ja on edelleen myös konkreettisia tehtäviä. Luokitusten tarkoituksena on ryhmitellä taudit ja sairaudet sekä niiden syyt, jotta sairaus- ja kuolemantapauksista voidaan laatia vertailukelpoisia tilastoja ja selvityksiä. Tautiluokituksista hyötyvät sekä lääketieteellinen tutkimus että terveydenhuollon hallinto. Viime kädessä tarkoituksena on hankkia tietoja, joiden perusteella sairaanhoitoa ja sairauksien ehkäisyä voidaan kehittää joko lääketieteellisin ja lääkintä- tai sosiaalipoliittisin toimenpitein. (Ks. Tautiluokitus = TL 1969: III.) Sosiaaliturvan vaatimuksesta esimerkiksi sairausvakuutustodistuksessa diagnoosi on tapana selventää numeroin (Huittinen 1987: 7).

Tutkimukseni rungon muodostavia tautiluokituksia käytetään toisin sanoen tiivistämään diagnostinen informaatio tilastoitavaan muotoon. Psykiatri pyrkii välittämään tietoa saman tieteenalan ammattilaiselle, jolloin tarkoituksena on vuorovaikutuksen parantaminen ja

ymmärtämisen lisääminen. Viestinnän kontekstina on nykyaikainen tietoympäristö, joka muuttuu koko ajan, mutta jossa tautiluokitus muodostaa ikään kuin pysäytetyn kuvan. Lääketieteen erikoiskielen käsitteitä 'mielenterveyden häiriö' ja 'mielisairaus' sekä niitä nimeäviä termejä voitaisiin tutkia myös eri ajankohtina suomenkielisissä tautiluokituksissa. Tällöin tutkimusta voisi verrata hitaasti virtaavaan jokeen, josta tehdään tietyin väliajoin poikkileikkauksia ja joita edelleen verrataan toisiinsa. (Vrt. A. Hakulinen 1964: 187; Furman, Lönnqvist & Huttunen 1982: 304; Henriksson, Isometsä, Huttunen & Lönnqvist 1994: 228.)

Tautiluokitukset laadittiin aluksi yksinomaan latinaksi. Suomen kieli on ollut mukana kansainvälisessä luokituksessa 1950-luvun alkupuolelta lähtien. Suomessa pyrkimyksenä on ollut helpottaa maallikoiden ja lääkäreiden välisiä kommunikaatio-ongelmia lisäämällä luokitukseen kotimaisten kielten osuutta (Ks. TL 1969: IV). Samanlaisia pyrkimyksiä on ollut myös Ruotsissa. On kuitenkin huomattu, että lääketieteen kieli ja termivalinnat sinänsä eivät ole ratkaisevin tekijä ymmärtämisen kannalta. Siinä tapauksessa, että esimerkiksi jonkin orgaanisen elimen sijainti ja toiminta ovat maallikoille epäselviä, on tietenkin mielekäästä valita omakielisiä tai kieleen kotiutettuja termejä. Perusteluna on, että ne mahdollisimman hyvin toimivat muistin tukena käsitteeseen sisältyvän informaation hahmottamisessa. (Smedby 1985: 9; Laurén ym. 1987: 40.) Viralliseen kansainväliseen tautinimistöön on Haaralan (1999: 7) mukaan kuitenkin tärkeää pyrkiä vaikuttamaan, koska sen merkitys ulottuu myös lääkärikunnan ulkopuolelle. Suomalainen tautiluokitusversio onkin "kansantajuisempi" kuin vastaavat ruotsin- ja tanskankieliset laitokset.

Koska kansainvälisen tautiluokituksen uusin laitos syntyy aina vuosia kestävien neuvottelujen tuloksena ja se on luonteeltaan sopimusasiakirja, sen tiedot ovat jo valmistuessaan vanhentuneita (Furman ym. 1985: 1652). Diagnoosijärjestelmät ovat kuitenkin yrityksiä luoda selkeyttä, johdonmukaisuutta ja yksimielisyyttä mielenterveyshäiriöiden nimeämiseen. Vaikka tehtävä ei ole Furmanin ym. (1982: 300; 1985: 1646) mukaan helppo, diagnoosinimikkeiden avulla tulisi voida keskustella häiriöistä, ehkäistä ja hoitaa niitä sekä ymmärtää niitä paremmin.

Edellä esitetyt pyrkimykset palvelevat kontrolloimista, jota voitaneen Furmanin ym. (1982: 300) mukaan hyvällä syyllä pitää luokitusten tärkeimpänä tehtävänä. Häiriöiden kuvausten tulisi olla mahdollisimman yksiselitteisiä, jotta kaikki käyttäisivät samoista potilaista samoja diagnooseja eli puhuisivat samoista asioista samoilla nimillä (Furman ym. 1982: 302; Furman ym. 1985: 1646).

Jos sama potilas saa sairaalassa A aivan eri diagnoosin kuin sairaalassa B, vaikka hänen kliininen tilansa olisi pysynyt ennallaan, diagnoosin toistettavuus eli reliabiliteetti on huono. Reliabiliteetin kasvaessa kasvaa aina myös psykiatrisen tiedon informaatioarvo ja tieteellisen informaation vertailukelpoisuus lisääntyy. (Furman ym. 1982: 302; Lönnqvist 1999: 32.) Diagnoosien tulee olla paitsi toistettavia myös päteviä eli valideja. Validiteetti ilmaisee sen, missä määrin yksittäiset diagnoosit tai koko luokitus auttavat ymmärtämään häiriöitä ja kommunikoimaan niistä. Validiteettia mittaavat tutkimukset ovat parhaimmillaan koko psykiatrisen diagnostiikan ja luokittelun perusta. (Furman ym. 1982: 302.) Psykiatristen diagnoosien pätevyys ei kuitenkaan aina ole Lönnqvistin (1999: 32) mukaan selvä. Esimerkiksi skitsofrenialla tarkoitetaan monia erilaisia häiriöitä. Ongelmia aiheuttaa se, että samanlaiset oireet voivat johtua eri syistä tai että eri yksilöiden samanlainen geneettinen altistus johtaa erilaisiin ilmiäisiin. Näistä ongelmista huolimatta asiantuntijat ovat Lönnqvistin (mp.) mukaan nykyään yleensä käytännössä samaa mieltä potilaiden psykiatrisista diagnooseista silloin, kun käytetään nykyaikaisia diagnostisia kriteerejä.

Koska lääketieteen tilastollisia luokituksia on tarvittu ja tarvitaan edelleen moniin eri tarkoituksiin, on siitä seurannut, että niiden tiukasti logiikanmukainen laatiminen on epäonnistunut. Luokitusperusteet ovat kompromisseja, joissa luokittelu perustuu lähinnä sairauden syyhyn eli etiologiaan, anatomiseen sijaintiin ja alkutilanteeseen (ks. ICD-9 1977: VII). Kansainvälisen luokituksen nimeltä *Classificatio morborum et causarum mortis* eli ICD-8:n suomenkielinen versio on vuodelta 1969. Sen käyttöohjeissa kiinnitetään erityistä huomiota siihen, että kyseessä ei ole tautinimistö, vaan tilastollisia tarpeita palveleva luokittelu. Tilastollinen luokittelu eroaa hyväksytyistä nimistä koostuvasta kuolinsyynimistöstä siinä suhteessa, että se ei kata kaikkia patologisia tapauksia. Aina jää muista ja sekalaisista tapauksista koostuvia ryhmiä, joita ei voida luokitella tarkasti.

Tällaisia luokkia tulisi kuitenkin olla mahdollisimman vähän. Voidaan sanoa, että luokitus on yleistämisen menetelmä. (ICD-8 1969: IX; ICD-9 1977: VII–VIII.)

Yleistäminen näkyy myös siinä, että diagnoosien tarkkuus vaihtelee. Lääketieteellisen luokittelun eli nosologian tavoitteena on ryhmitellä käytössä olevat diagnoosit alan omaa käyttöä varten. Luokituksessa ei yleensä esitetä – psykiatria lukuun ottamatta – määritelmiä siitä, miten sairauksia kuvaavia nimikkeitä tulisi käyttää. Tarkoituksena ei myöskään ole suositella luokituksen terminologiaa käyttöön otettavaksi ohjeeksi. Maallikon on luonnollisesti vaikea osata lukea asiantuntijoille tarkoitettua teosta. Jokaisella diagnoosiryhmällä oli esimerkiksi aikaisemmin latinankielinen ja tarvittaessa suomen- ja ruotsinkielinen otsikko. Alaryhmien nimikkeet oli käsitettävä otsikkotekstien tarkennuksiksi ja luettaessa liitettävä niihin. Alaryhmät tarkennetaan laatusanojen avulla, mutta myös muilla tavoin muotoiltuja tarkennuksia on. (Ks. ICD-8 1969: IX.)

Aikaisemmin käytettiin lyhennettyä nimikettä *NUD* (*non ultra descriptus, -a, -um* ‘tarkemmin määrittelemätön’), joka sijaitsi luokituksessa tavallisesti viimeisenä muiden alaryhmien jäljessä ja merkitsi, että nimikettä oli tarkasteltava otsikkoon tai pääsanaan liitettynä. Merkintä viittasi sellaiseen sairauden tyyppiin, jota ei ollut tarkemmin määritelty joko siksi, että sitä ei pidetty tarpeellisena tai se ei ollut mahdollista. *NUD*-merkintää numerotunnukseen voitiin käyttää silloin, kun diagnoosia ei ollut – muista alaryhmistä poiketen – määritelty tarkemmin kuin otsikossa. Merkintä ei siis aina tarkoittanut sitä, että diagnoosi olisi ollut lääketieteellisesti epätarkka tai epäselvä. Se saattoi tarkoittaa myös sitä, että käytetty diagnoosinimike ei kliiniseltä kannalta sisältänyt sellaista otsikkoa tai pääsanaa tarkentavaa lisämääritystä, joka olisi vaikuttanut numerotunnukseen. (Ks. ICD-8 1969: IX–X.) Uusimmassa ICD-10-tautiluokituksessa käytetään viimeisenä muiden ryhmien jäljessä ilmausta *määrittämätön*. Koko psykiatrian ryhmän loppuun on viimeiseksi merkitty *tarkemmin määrittämätön mielenterveyden häiriö* ja sen alakohdaksi *tarkemmin määrittämätön mielen sairaus* (ICD-10 1995: 245). *Määrittämätön*-tyyppiset luonnehdinnat ovat erittäin yleisiä psykiatrian termistössä.

Merkinnällä *alia* (tai *alia definita*) tarkoitettiin aikaisemmin muuta määriteltyä sairauden tyyppiä. *Alia*-ryhmä viittasi diagnoosiin, joka oli alkuperäisaineistossa (esim. sairaskertomuksessa) ilmoitettu tarkasti, mutta jolla ei luokittelussa ollut omaa tunnusnumeroa. Merkintä esiintyi taivutusmuotoineen sellaisenaan alaryhmänimikkeenä tai se voitiin liittää muunlaiseen määritelmään. Käsitteen sisältö selvisi vertailemalla sitä muiden alaryhmien nimikkeisiin. (Ks. ICD-8 1969: X.) ICD-10-luokituksessa (1995) ilmaus on muodossa *muu määritetty* tai *muut määritetyt*. Myös nämä luonn ehdinnat ovat psykiatrian termistössä yleisiä.

Edellä esitetyt luonn ehdinnat hämärtävät häiriöiden luokitusten ja nimikkeiden ymmärtämistä. Psykiatrisen diagnostiikkaa on arvosteltu, ja siitä on esitetty monenlaisia mielipiteitä myös siksi, että ihminen ei halua tulla psykiatrisesti leimatuksi, vaikka siitä ei luokituksen laatimisessa tietenkään ole kysymys. Psykiatrisen diagnoosin negatiivisesti leimaava vaikutus on johtanut kuitenkin siihen, että vaatimus diagnoosin luotettavuudesta on korostunut, varsinkin kun kapeaan biolääketieteelliseen perinteeseen perustuvalla diagnoosilla on usein myös esineellistävä vaikutus: ei hoideta potilasta vaan sairautta (Furman ym. 1985: 1645, 1647). Koska psykiatrista diagnostiikkaa on käytetty usein epäasiallisesti ja lääkärit ovat saaneet osakseen syytöksiä vääränlaisesta vallankäytöstä, on 1960-luvulta lähtien esitetty jopa vaatimuksia koko diagnostiikasta luopumiseksi tai ainakin sen kyseenalaistamiseksi (Szasz 1975, Rauhala 1981 ja Salo 1996; ks. myös Rätty 1987: 15).

Luokittelulla ja diagnosoinnilla pyritään joka tapauksessa mahdollisimman suureen tarkkuuteen. Latinan kielestä suomeen kotiutunut sana *diagnoosi* (la, en *diagnosis*) on johdettu kreikan kielen sanoista *dia* 'läpi' ja *gnosis* 'tieto'. Sanalla tarkoitetaan taudinmäärittystä, eli kysymys on taudin olemassaolon ja laadun (tai puuttumisen) määrittävästä nimestä. (LT 1999; ks. myös Kendell 1975: 23.) Tauti pyritään "tietämään tarkasti" (Furman ym. 1982: 303). Parhaimmillaankin yksittäinen psykiatrinen diagnoosi on Furmanin ym. (1982: 303) ja Kleinmanin (1988: 7) mukaan tulkintaa potilaan kokemuksesta ja se voi ilmaista vain osan tärkeää kliinistä tietoa. Psykiatrisen tiedon lisääntyessä tulee mielenterveyden häiriöitä ja mielisairauksia kuvaavan järjestelmän muuttua ajan-kohtaista tietoa vastaavaksi (Furman ym. 1982: 302).

Kuten aikaisemmin totesin, diagnoosijärjestelmien voidaan ajatella edustavan pysäytettyä tilannetta jatkuvassa prosessissa, jonka tehtävänä on auttaa ymmärtämään paremmin mielenterveyshäiriöitä. Jotta päästäisiin yhtenevään diagnostiseen käytäntöön, on täytynyt sopia yksiselitteisistä operationaalisista kriteereistä eli diagnoosin välttämättömistä ehdoista. Yhdysvalloissa kehitettiin 1970-luvulla tieteellistä tutkimustyötä varten diagnostiset kriteerit, jotka ovat olleet perustana DSM-III:n ja sen seuraavan version kriteerejä laadittaessa. Konsensusperiaatteella laaditut kriteerit ovat riisuneet oireyhtymien kuvaukset epäselvistä syihin perustuvista eli etiologisista viittauksista, toisin sanoen niissä ei nojauduta sen enempää biologiaan perustuviin, orgaanisiin, kuin dynaamisiin teoreettisiin formulointeihin. Diagnostisissa kriteereissä rajoitetaan henkilön käyttäytymisen, oireiden ja löydösten sekä häiriön alkamisajankohdan ja keston kuvaamiseen. (Furman ym. 1982: 302–304; Henriksson ym. 1994: 228.) Häiriön syy jää usein tuntemattomaksi, samoin kuin se jäi aikaisemmin, jolloin diagnoosia ei merkitty sairauskertomuksiin. Viime vuosisadan alkupuolella Stenij (1982: 248, 253) luettelee kuitenkin psyyken sairauksien oletettuina syinä muun muassa pettymykset, vastoinkäymiset, surun, aivotulehduksen, ruumiillisen liikeyhäiriön ja perinnöllisen taipumuksen.

Suurin osa psykiatrisista diagnooseista on oireyhtymiä (esim. skitsofrenia), joiden syitä ei tunneta riittävän hyvin. Ongelma on pyritty ratkaisemaan luomalla jokaiselle psyykkisen häiriön nimikkeelle kuvailevat kriteerit, joiden avulla diagnoosien yhdenmukaisuutta ja toistettavuutta voidaan parantaa. Koska kriteerit perustuvat kunakin aikana ajankohtaisen tietoon, ne eivät voi olla lopullisesti oikeita, mutta ne voivat kuitenkin toimia keskustelun ja kehittämistyön pohjana. (Furman ym. 1985: 1652.)

Olen tarkastellut tämän luvun alkuosassa mielenterveyden häiriöiden oireiden arviointiin perustuvan diagnostiikan etuja, jotka liittyvät tutkimukseen, hoitoon ja erilaisiin kontrollitarpeisiin. Luokittelussa tavoitteena on johdonmukaisuus ja yksimielisyys. Kielenkäytön, esimerkiksi nimeämisen, kannalta Lönnqvist (1999: 33) muotoilee pyrkimykset tarkkuuteen mielestäni melko yleisellä tavalla: ilmiöiden pelkistyminen oleelliseksi tiedoksi, keskustelun helpottuminen, arvioinnin ja vertailtavuuden tarkentuminen. Luettelen lopuksi vielä luokittelun ja diagnosoinnin haittoja siten, kuin Riikonen (1992: 61) ja Lönnqvist (1999:

33) ovat niitä esittäneet:

1. Diagnostiikkaa voidaan käyttää myös potilaan edun vastaisesti hänen leimaamiscensa. Tällaiset leimat ovat helposti pysyviä, ja ohjaamalla ajattelua negatiivisiin seikkoihin ne ovat helposti itseään toteuttavia.
2. Diagnooseja tai yksittäisiä diagnostisia kriteerejä saatetaan tulkita väärin.
3. Diagnoosien käyttö vaikeuttaa tasa-arvoista keskustelua tukemalla tiedollisia hierarkioita.
4. Etiologisen tiedon ollessa riittämätöntä diagnoosien pätevyys (validiteetti) saattaa olla alhainen.
5. Diagnostiikka tarjoaa selitysvaraston, johon voi turvautua, kun tuloksia ei saavuteta.
6. Diagnostiikka on retorinen väline: se lisää asiantuntijoiden uskottavuutta.
7. Diagnostiikkaa voi käyttää sopeuttamisvälineenä.
8. Diagnostiset järjestelmät lamaavat ei-luonnontieteellistä tutkimusta.
9. Muut mielenterveyden arviointitavat saavat liian vähän huomiota.

Oireyhtymien nimeämiseen liittyvät haitat ilmaistaan tässä luettelossa selkeästi: mahdollisuus potilaan leimaamiseen, diagnoosien tulkitseminen väärin ja niiden alhainen pätevyys ja valta-asetelmallisuus sekä muiden kuin totuttujen arviointi- ja tutkimustapojen syrjäytyminen.

Olen esitellyt psykiatristen tautiluokitusten laatimiseen ja käyttöön liittyviä näkökohtia. Käsittelen tautiluokituksia luokituksina tarkemmin luvussa 4.2.3 ja sen alaluvuissa. Merkille pantava uudistus aineistoni luokitusten laatimisessa on, että ICD-10- ja DSM-III-R-luokituksissa on ensimmäisenä siirrytty häiriöiden tyypillisten piirteiden lyhyisiin kuvauksiin pelkän diagnoosinimikkeen sijaan. Käsittääkseni tärkeimpänä pyrkimyksenä on ymmärrettävyyden lisääminen.

1.6 Psykiatrian diagnoosinimikkeiden tutkimukselliset ongelmat: kokoavaa tarkastelua

Laadin käsillä olevan, ensimmäisen pääluvun lopuksi yhteenvedon tähän mennessä esiin tulleista tutkimuksellisista lähtökohdista, joilla on merkitystä työni kannalta. Kokoan tutkimukseni aineiston esittelyn yhteydessä esiin tulleita seikkoja niitä edelleen täsmentäen ja aikaisempiin lukuihin viitaten. Kaksi Suomessa käytössä olevaa virallista, kansainvälistä tautiluokitustyyppiä sisältää yhteensä runsaat 1 700 mielenterveyden häiriöiden nimikettä. Näin laskien mukana on myös eri luokitusjärjestelmissä esiintyviä, samaa käsitettä

kuvaavia mutta eriasuisia termejä sekä synonyymejä. Näistä psykiatrian ydinsanastoon kuuluvista termistä vain murto-osa, 130 termiä, on yksisanaisia *skitsofrenian* ja *masennustilan* tyyppisiä diagnoosinimikkeitä (ks. liite 3). Useimmat termit ovat vaihtelevan mittaisia sanaliittoja, joista esimerkeiksi olen poiminut seuraavat: *perheensisäimen käytöshäiriö* (ICD-10 1995: 239), *muu lapsuusiän persoonallisuutta hajottava (disintegratiivinen) käytöshäiriö* (ICD-10 1995: 237) ja *pakkotoimintopainotteinen pakko-oireinen häiriö* (ICD-10 1995: 211). Mielenterveyden häiriöiden luokitukseen ja nimeämiseen liittyy monenlaisia ongelmia kuten luvussa 1.5.3 mainitut leimaaminen, tulkintaongelmat, heikko pätevyys ja mielenterveyden arvioinnin yksipuolisuus.

Psykiatrian tautiluokitukset ovat ulkoiselta tyyliltään hakuteosta muistuttavia, ilman tietoista termityötä syntyneitä ryhmittelyjä ja yleistyksiä. Luokituksen aakkosellinen osa muistuttaa sanakirjaa. Puhdena olevan asian erittelemisen ja käyttöohjelmaisuus muodostavat psykiatrisen tautiopillisen luokituksen keskeisen sisällön. Tautiluokituksen lukijaksi ajatellaan yleensä toista ammattilaista; kyseessä on periaatteessa ammattiryhmien välinen viestintä. Voidaan kuitenkin pohtia, missä määrin objektiivisiä ja neutraaleja luokitukset ja niiden sisältämät nimikkeet sekä häiriöiden tyypillisten piirteiden kuvaukset ovat. Pyrkimyksenä oirekuvauksissa ja luokittelussa on ymmärrettävyyden lisääminen ja kommunikoinnin helpottaminen. Psykiatristen diagnoosien toistettavuus on nykyisiä oirekriteerejä käytettäessä parantunut, mutta niiden pätevyyteen liittyy ongelmia. Erilaiset häiriöt voivat johtua samanlaisesta altistuksesta, ja sama häiriö voi aiheutua eri syistä. Häiriöiden syihin perustuva tieto on vielä riittämätöntä ja tarkkuudeltaan vaihtelevaa, mikä vaikuttaa häiriöiden luokitteluun. (Ks. luku 1.5–1.5.3.)

Objektiivisuuteen ja neutraaliuteen liittyvien kysymysten lisäksi ongelmia saattaa aiheuttaa maallikkokielenkäyttö, joka koskee psykiatrian termistöä. Spesialisoituneena kielimuotona psykiatrian diagnostisen ammattikielen funktiona on kuvailla ja nimetä ihmisen mielen ja käyttäytymisen häiriintymistä. Kielen tehtävä on myös selittää itseään; kielen metalingvistinen funktio on psykiatriassa monitasoinen: kieli nimeää mielenterveyden häiriintymistä, ja lisäksi häiriöt ovat usein kielen määrittämiä. Psykiatrian diagnoosinimikkeillä on tärkeä merkitys erikoisalun ja yleensä lääketieteen kielenkäytössä. Niiden tapauksessa teknolektia

on syytä tarkastella tekstin laatijan, vastaanottajan ja kohteen näkökulmasta. Maallikon asiantuntijuus, joka koskee hänen omaa, ongelmatilanteeseen liittyvää kokemustaan, on psykiatrian tapauksessa syytä ottaa huomioon. Käytännössä kuitenkin asiantuntija diagnoosinimikettä käyttäessään yleensä viestii toiselle saman alan tai lähialan asiantuntijalle. (Ks. luku 1.5–1.5.3.)

Psykiatristen luokitusten tehtävänä on tutkia ihmisen mielen häiriintymistä ja ongelmallista käyttäytymistä sekä näiden syitä. Tehtävänä on tiivistää ja pelkistää olellinen informaatio, jotta hankalia ilmiöitä olisi helpompi ennakoida, hoitaa ja ehkäistä. Samalla pyritään lisäämään tutkittavien ilmiöiden ymmärtämistä ja parantamaan niitä koskevaa asiantuntijoiden välistä vuorovaikutusta ja keskustelua. Tiivistäen voi sanoa, että psykiatrisilla tautiluokituksilla on

1. yhteiskunnallinen säätelytehtävä
2. ryhmittelytehtävä
3. tutkimustehtävä
4. kontrolloimistehtävä
5. hoidollinen tehtävä
6. ymmärtämistehtävä
7. diskursiivinen tehtävä.

Tehtävät ovat hyödyllisiä, mutta siitä huolimatta psykiatristen häiriöiden ymmärtäminen ja nimeäminen on ongelmallista. Asiantuntijan ja maallikon suhde on siinä mielessä epäsymmetrinen, että siihen saattaa liittyä epäasiallista vallankäyttöä ja esineellistä apua tarvitsevaa ihmistä vahingoittavaa suhtautumista. Koska häiriöiden syyt ovat usein epäselviä tai niitä ei tunneta, diagnosoinnille ei välttämättä aina ole perusteita – ainakaan, mikäli diagnooseihin ei liitetä oireiden kuvauksia. Maallikot eivät myöskään voi tietää diagnosoinnin perimmäistä luonnetta eikä sen lääketieteellisiä ja yhteiskunnallisia ulottuvuuksia, joten nimikkeet, niiden kriteerit ja merkitys voidaan tulkita väärin. Vakiintunut tapa luokitella ja nimetä sairauksia saattaa myös estää huomaamasta myönteisiä näkökulmia ongelmatilanteisiin. (Ks. luku 1.5.3; vrt. Riikonen ym. 1994.)

Tuloksena edellisissä luvuissa esitetystä katson, että psykiatriassa kysymyksessä on toisen ihmisen käyttäytymisen kuvaaminen ja tulkinta – oikea tai väärä. Diagnoosien käytön

haitallisena puolena on mielestäni kaikessa lääketieteessä se, että se helposti johtaa ajattelua liiaksi potilaskeskeisyydestä tautikeskeisyyteen. Psykiatrisissa tautiluokituksissa pyritään nykyään teorrettisten syy-seuraussuhteiden sijasta painottamaan häiriintyneen käyttäytymisen kuvaamista, kestoja ja alkamista. Diagnoosinimikkeitä on mahdollista tarkastella oppi- ja arkitermeinä, lääkärin määrittelemänä mutta potilaan kokemina sairauksina. Psykiatriassa ilmiöt halutaan pelkistää oleelliseksi tiedoksi, jotta keskustelu, ”tarkasti tietäminen” (diagnoosi) helpottuisi. (Ks. luvut 1.5 ja 1.5.3.) Mutta voidaan kysyä, keiden välillä keskustelua pyritään helpottamaan – lääkärin ja lääkärin välillä vai lääkärin ja potilaan välillä. Lisäksi voidaan pohtia, mikä on kielen ja kielenkäytön asema psykiatriassa.

Psykiatrian ajattelutapojen ja sen tutkimuskohteena olevien ilmiöiden ymmärtäminen ja nimeäminen ovat mielenkiintoisia ja haastavia tehtäviä. Ei varmastikaan ole helppo tietää, mitä tarkoitetaan ja minkälaisista merkityksistä ja käsitteistä puhutaan, kun puhutaan toisen ihmisen mielestä ja käyttäytymisestä sekä niiden häiriintymisestä. Ihmisen tunne-elämään ja käyttäytymiseen liittyvät kielenulkoiset tarkoitteet voidaan lääketieteen tapaan mieltää puutteen ja heikkouden näkökulmasta. Huomio voidaan kohdistaa myös ihmisessä itsessään ja hänen ympäristössään piileviin voimavaroihin.

Tavoitteenani on tarkastella psykiatrisen diagnoosin objektiivisuutta, tarkkuutta ja neutraaliutta sekä monipuolista ymmärrettävyyttä. Havainnointi kohdistuu tässä tutkimuksessa asiantuntijakielenkäytön ohella maallikkokielenkäyttöön. Osa psykiatrisista häiriöistä on nykytietämyksen valossa ”hyväksyttäviä”, lähinnä neurologiaan liittyviä ja niistä puhuminen on aikaisempaa helpompaa myös maallikkojen parissa. Aineiston rajauksen yhteydessä luonnehdin tautiluokituksia teksteinä (ks. luku 1.5.1). Tällöin esittelin psykiatrisen luokituksen sana-artikkelin *monimuotoiset kehityshäiriöt*, jonka koodimerkintä ICD-10:ssä (1995) on F83. Nämä häiriöt kuuluvat kyseisessä luokituksessa *psykkisen kehityksen häiriöiden* ryhmään F80–F89, joihin edelleen kuuluvat muun muassa *laaja-alaiset kehityshäiriöt* (F84) ja näiden yhtenä oireyhtymätyyppinä *Aspergerin oireyhtymä* (F84.5). (ICD-10 1995: 233–238.) Jos lapselle annetaan viimeksi mainitun tyyppinen diagnoosi, syyttävä katse tuskin enää kohdistuu äitiin. Psykiatrien diagnoosi voidaan ”sanoa ääneen”, kun tietämys sen olemuksesta on riittävää ja ymmärrettävää myös maallikoiden keskuudessa.

Kuten edellä kävi ilmi, diagnoosit tautiluokituksessa on kooditettu. Koodit ICD-10-luokituksen koko systematiikassa ovat yleensä nelimerkkisiä (kirjain ja kolme numeroa, esim. F01.1 *moni-infarktidentia*). Kolmimerkkiset koodit muodostavat poikkeustapauksen; ne on tavallisesti varattu sairausryhmille. Jotkut tärkeinä pidetyt yksittäiset, yleisesti esiintyvät sairaudet ovat kuitenkin saaneet kolmimerkkisen koodin (esim. K26 *pohjukaissuolihaava*). Psykiatriassa tällaisia keskeisiä sairauksia ovat esimerkiksi seuraavat kolme: F32 *masennustila*, F20 *skitsofrenia* ja F04 *elimellinen amnestinen oireyhtymä, joka ei ole alkoholin eikä muiden psyykeen vaikuttavien aineiden aiheuttama* (ks. tark. liite 1).

Esitän lopuksi esimerkin tautiluokituksen kuvauksesta, joka koskee masennustilaa ja sen kielteisiin puoliin keskittyvää määrittämistä. Edellä ja liitteessä I luetelluista, eri pääryhmien häiriöistä *mielialahäiriöihin* eli *affektivisiin häiriöihin* (F30–F39) kuuluva F32 *masennustila* (depressiv episod, *depressio*) kuvataan ICD-10:ssä (1995: 205) seuraavasti:

- (2) Tyypillisessä lievässä, kohtalaisessa tai vaikeassa masennustilassa henkilö kärsii mielialan laskusta sekä tarmon ja toimeliaisuuden puutteesta. Kyky nauttia, tuntea mielenkiintoa ja keskittyä on heikentynyt, ja pienikin ponnistus johtaa uupumukseen. Tavallisesti uni on häiriintynyt ja ruokahalu vähentynyt. Itsetunto ja itseluottamus ovat melkein aina laskeneet, ja jopa lievässä masennuksessa esiintyy usein syyllisyyden tai arvottomuuden tunteita. Mieliä ei päivittäin juuri vaihtele, ja se on olosuhteista riippumaton. Mukana saattaa olla ns. somaattisia oireita, joita ovat mielenkiinnon ja mielihyvän menettäminen, herääminen aamuisin monta tuntia tavanomaista aiemmin, masennuksen paheneminen aamuisin, huomattava psykomotorinen hidastuminen, kiihtymys, ruokahalun puute, painon lasku ja seksuaalisen halukkuuden väheneminen. Oireiden määrän ja vaikeuden perusteella masennustila voidaan määrittää lieväksi, kohtalaiseksi tai vaikeaksi.

Aineistoni tautiluokituksia vanhemmissa luokituksissa ei tällaisia kuvauksia ollut, niissä ilmoitettiin pelkkä diagnoosin nimi ja koodinnumero. Ihmismielen ja käyttäytymisen piirteet on koottu tässä kuvaamaan psykopatologista ilmiötä, joka nähdään yksilön kannalta. Tautiluokitusten neutraaliuden arvioinnin yhteydessä kävi ilmi, että fiktiivinen teksti tavoittaa usein lääketiedettä paremmin ihmisten välisten suhteiden patologiset ongelmat (ks. luku 1.5.2). Tällöin keskiössä ei ole pelkkä yksilö vaan tämän ihmissuhteet ja ympäröivä yhteiskunta. – Seuraavissa pääluvuissa käsittelen psykiatria erikoisalana, psykiatrian ja kielen suhdetta sekä käsitteellistämiseen ja termiyteen liittyviä kysymyksiä.

2 PSYKIATRIA – RAJALLA OLEVAA TIEDETTÄ

Psykiatria muodostaa monitieteisen kokonaisuuden. Seuraavassa on tarkoitus johdatella lukijaa aiheeseen hahmottelemalla kokonaiskuvaa psykiatrian aikaisemmista vaiheista, tehtäväkentästä ja suhteesta muihin tieteenaloihin. Luon ensin katsauksen psykiatrian ja sen diagnoosinimikkeiden historiaan. Sen jälkeen käsittelen psykiatrian tutkimuskohdetta, mielenterveyden häiriintymistä, ja sen vastakohtaa, mielenterveyttä, sekä näiden keskinäisen suhteen luonnetta. Tällainen pelkkää psykiatriaa käsittelevä taustaluku on tarpeen, jotta maallikkotarkkailijan olisi mahdollista ymmärtää mielenterveyden häiriöiden luokittelun ja nimeämiseen liittyviä ongelmia. Myös psykiatrian ja kielen monimutkaista toisiinsa kietoutumista, jota käsittelen kolmannessa pääluvussa, on helpompi tarkastella, kun psykiatria on ensin käsitelty erikseen.

2.1 Miten mielenterveyden häiriöt on ymmärretty eri aikoina?

Jotta psykiatrian monimuotoisuutta voisi hahmottaa, tarkastelen psykiatrian tunnettua historiaa ja mielenterveyden häiriintymiseen liittyviä käsityksiä. Tarkoitukseni on tämän luvun avulla kuvata sitä, miten käsitykset mielenterveyden häiriöistä ja niiden syistä ovat historian kuluessa vaihdelleet. Kuvaava esimerkki käsitysten muuttumisesta on sairaus nimeltä *hysteria*, jota usein esitellään psykiatristen häiriöiden historian yhteydessä. Ensimmäinen merkintä hysteriasta löytyy egyptiläisten papyruskääröistä 1900-luvulta eKr. Egyptiläiset pitivät hysteerisiä kouristus- ja ahdistuskohtauksia Kailan (1966: 27–28) mukaan vain naisten tauteina, koska he otaksuivat niiden johtuvan häiriöistä, jotka aiheutuivat kohdun vaeltelusta kehon eri osissa (vrt. kreikan, latinan ja suomen termejä: kr *hystera* 'kohtu', la *hysteria* 'heikkohermoisuus, hysteria' ja su *kohtutulehdus* eli *hysteritis*). Ruumiin onteloissa vapaasti ylöspäin liikkunut kohtu aiheutti egyptiläisten mukaan hengenahdistuskohtauksia. Käsitys seksuaalisten ristiriitojen merkityksestä psyykkisten häiriöiden yhteydessä saattaa näkyä jo tässä. Väärä käsitys hysteerisistä kohtauksista säilyi pitkälle uuteen aikaan saakka. Tosin efesolainen Soranos sanoi ohimennen toisella vuosisadalla jKr., ettei kohtu hysteriassa liiku mihinkään, vaan hysteriaa muistuttavia

taudinkuvia tavataan myös miehillä. Myöhemmin uudella ajan alussa hysteriaa havaittiin esiintyvän myös lapsilla. (Kaila 1966: 27–28, 49, 55, 135; Achte, Alanen & Tienari 1981: 2, 8.)

Primitiiviset luonnonkansat ovat käsittäneet mielisairaudet demonisena maagis-uskonnollisen suojan romahtamisena sekä pelottavana ja vaarallisena tabujen särkymisenä (Kaila 1966: 15; Achte, Alanen & Tienari 1987: 1–2). Egyptiläiset, samoin kuin myöhemmin kreikkalaiset ja roomalaiset, antoivat unille suuren merkityksen, joten heidän näkemyksillään on yhtymäkohtia nykyaikaiseen psykologiaan. Myös hengityksen vaikutukseen egyptiläiset kiinnittivät erityistä huomiota. Henki ja hengitys ovat meilläkin Reponen (1931: 441) mukaan kansan käsityksissä sekaantuneet yleisesti sielukäsityksiin. Reponen mainitsee Värmlannin metsäsuomalaisten uskoneen hullujen ja joidenkin muiden sairaitten olevan ilman hajuaistia, joka nenään kuuluvana mahdollisesti liitettiin hengityselimiin. Egyptiläisten papyrukset eivät maininneet, eikä myöhäisantiikin kreikkalainen lääketiede juuri käsitellyt mielisairauksia, vaan niitä pidettiin ruumiillisina sairauksina (Kaila 1966: 27, 60).

Lääketieteen isänä ja sen teoreettisen perustan luoja pidetyn Hippokrateen (n. 460–377 eKr.) kehittämän niin sanotun humoraalipatologian mukaan kehon neljä nestettä (veri, lima sekä musta ja keltainen sappi) ja niiden väärä jakautuminen johtivat sairauteen, oikea suhde taas takasi terveyden. Nämä nesteet vaikuttivat myös tunne-elämän laatuun: ihmiset jaettiin nesteiden keskinäisen suhteen mukaan sangviiniseen, koleeriseen, melankoliseen ja flegmaattiseen temperamenttityyppiin, joilla ei nykytietämyksen mukaan ole mitään yhteyttä ruumiinrakenteeseen. Oppi ruumiin neljästä perusnesteestä hallitsi lääketieteen teoriaa 1800-luvun alkupuolelle saakka. (Kaila 1966: 39, 43–44, 59; Achte ym. 1981: 3; Achte ym. 1987: 2; Uimonen 1999: 26–34.) Hippokrateen kirjoituksissa kuvattiin muun muassa harhaluuloja, aistiharhoja ja masentuneisuutta. Mielisairaudet eivät hänen mukaansa poikenneet muista sairauksista, vaan niillä oli muiden sairauksien tapaan omat luonnolliset syynsä. Myös Platon (427–347 eKr.) kuvasi mielisairauksia, joita hänen mukaansa oli profeettisia, rituaalisia, runollisia ja eroottisia. (Achte ym. 1981: 3.) Platonin mukaan paras sielu on sellainen, jossa järkevä ja harkitseva sielun osa hallitsee aistillista sekä urheaa ja intomielistä osaa. Aristoteleen filosofiset ajatukset muistuttivat nykyaikaisen

psykologian käsityksiä: torjutut tunteet ja intohimot tuli hänen mukaansa saada purkaa viinin ja musiikin avulla. (Achté ym. 1981: 3.)

Rooman kuuluisimman lääkärin Galenoksen (130–201 jKr.) ajatukset vaikuttivat Kailan (1966: 52, 56) ja Achtén ym. (1987: 2) mukaan lääketieteessä 1600-luvulle saakka. Galenos yritti kumota Ciceron käsitystä järjen häiriintymisen aiheuttamista psyykkisistä häiriöistä. Hän esitti niin sanotun klassisen kolmijaon: mielenterveys riippuu rationaalisten ja irrationaalisten tekijöiden sekä intohimojen oikeasta harmoniasta. Lääkäri-potilassuhteen merkityksestä kirjoitti jo ensimmäisellä vuosisadalla jKr. Celsius, jota on pidetty modernin psykoterapian edelläkävijänä. (Kaila 1966: 52, 56; Achté ym. 1987: 3.) – Arabian lääketiede, samoin kuin hellenistisen ajan kulttuuri, saattoi palvoa psyykkisesti sairaita jopa pyhimyksinä. Arabit perustivat 6.–12. vuosisadalla kukoistavia lääketieteellisiä koulukuntia, jotka suhtautuivat humanisti ja tasa-arvoisesti psyykkisesti sairaisiin. Näistä suuri osa näytti sairastuneen maanis-depressiiviseen psykoosiin. (Achté ym. 1981: 4.)

Keskiaikana uskonto sivuutti lääketieteen ja sairauksia alettiin pitää maailman kokonaisrakenteeseen kuuluvina ilmiöinä, joita yliluonnollisten voimien uskottiin parantavan. Muun muassa Tuomas Akvinolainen (1225–1274) kuvasi erilaisia psykoottisia oireita, jotka hän käsitti elimellisiksi, järjen puutteelliseen toimintaan liittyviksi häiriöiksi. Muita syitä olivat pahat henget, myrkytystilat tai liian voimakkaat intohimot. Keskiajalla toimeenpantiin noitavainoja (1450–1750), joiden psykodynaamisena ytimenä toimivat sadistis-aggressiivinen ja perverssi seksuaalisuus. (Achté ym. 1981: 5; 1987: 3–4.)

Yhteiskunnalla on aina ollut Achtén ym. (1987: 5) mukaan taipumus nähdä jokin ihmisryhmä syntipukkina, johon omat kielletyt ja torjutut pyrkimykset sekä pelot voidaan projisoida. Keskiaikana tällaisia ryhmiä olivat noidat, myöhemmin psykiatriset potilaat ja muut yhteiskunnan vähemmistöryhmät. Mielenterveyspotilaat muodostavat edelleen Näreen (31.8.1999) mukaan vähemmistön, joka harvemmin jaksaa hakea subjektiivisia etuisuuksiaan ja ryhmänä taistella etujensa puolesta.

Psykiatrian isäksi on kutsuttu saksalaista Johann Weyeria (1515–1588), joka nousi kirkon vastustuksesta huolimatta puolustamaan noitua. Hän piti ihmistä yhteisöä tärkeämpänä ja kuvasi teoksissaan erilaisia psyykkisiä häiriöitä kuten vanhuuden psykoosia, hallusinaatioita ja paranoidisia oireita. (Achté ym. 1981: 5, 7; 1987: 5.) – Uuden ajan alkuvaiheessa rationalismin huomattava edustaja Descartes (1596–1650) jakoi sielun ja ruumiin – tai hengen ja materian – jyrkästi kahteen erilliseen substanssiin (Saarinen 1995: 99). Descartes’n aikana alettiin psykiatrisia sairauksia luokitella ja myös erilaisia diagnostisia malleja ruvettiin kehittämään. Myöhemmin 1600- ja 1700-luvuilla lääketieteellisessä kirjallisuudessa alkoi esiintyä yhä enemmän psykiatrisia tautikertomuksia. Neuroottisiin oireisiin kiinnitettiin jo huomiota; varsinaisesti asiaan paneuduttiin kuitenkin vasta 1900-luvun alkupuolella. (Achté ym. 1981: 8; 1987: 5.)

Vielä kaksisataa vuotta sitten mielisairaiden asema oli epäinhimillisen vaikea, koska heitä Achtén ym. (1981: 8–9; 1987: 6) mukaan pidettiin edelleen pahan riivaamina ja ympäristölle vaarallisina sekä parantumattomina. Uusi aikakausi alkoi, kun ranskalainen Philippe Pinel (1745–1826) ja englantilainen John Conolly vaativat, että mielisairaita tuli kohdella inhimillisesti ja ihmisarvon mukaisesti – päämäärä, jota Achtén ym. (1987: 7–8) mukaan tuskin vieläkään on yleisesti saavutettu. Mielisairauksien syitä ei 1800-luvun alun psykiatreilla yleensä ollut tarvetta selvittää. Sairaskertomusten yhteydessä ainoastaan lueteltiin ja kuvattiin sellaisia syyryhmiä kuin tunne-elämän voimakkaat ailahdukset: murheet, viha, pelko, katumukset jne. (Kaila 1966: 119). Ernst von Feuchtersleben (1806–1849) näki kuitenkin elämän aikana koetut raskaat elämykset sielullisen sairauden kausaalina tekijöitä. Kysymys oli toisin sanoen dynaamisesta tapahtumasarjasta. Hän otti myös käyttöön nimitykset *psykiatria* ja *psykoosi*. (Kaila 1966: 137.) Mainittakoon tässä yhteydessä, että suomen kielen *mielenhäiriö*-termi esiintyi tietävästi kirjallisena ensimmäisen kerran Europaeuksen ruotsalais-suomalaisessa sanakirjassa vuonna 1853 (Lehikoinen 1986: 183–184).

Lääketieteessä oli ruumiinavausten yleistyttyä 1800-luvun alussa siirrytty kliniseen kuvaan perustuvista diagnooseista anatomisiin, mahahaavan tyyppisiin diagnooseihin (Riikonen ym. 1994: 353). Ajattelutapa muuttui edelleen vuosisadan lopussa, kun mikroskooppi

keksittiin ja tuli mahdolliseksi laatia sairauksien syiden mukaisia, etiologisia diagnooseja (esim. uscat infektiosairaudet). Riikonen ym. (1994: 355) huomauttavat biologisen psykiatrian edustajien näkemyksestä, jonka mukaan monet psykiatriset oireyhtymädiagnoosit ovat primitiivisiä ja viittaavat lääketieteen 1700-luvun lopulla vallalla olleisiin käsityksiin.

Voidaan sanoa, että tieteellinen psykiatria syntyi varsinaisesti 1800-luvun alkupuolella. Ensimmäisen nykyaikaisen psykiatrian oppikirjan kirjoitti vuonna 1845 saksalainen Wilhelm Griesinger (1817–1869), joka esitti myös iskulauseen “mielisairaudet ovat aivosairauksia”. Hän hahmotteli lokalisaatioteorian, jonka mukaan sielulliset toiminnot sijaitsevat aivojen eri kerroksissa. Yksinkertaisimpia aivojen toimintoja ovat heijasteet, toisena asteena ovat mielikuvat, jotka sijaitsevat sielullisella tasolla. Griesingerin terminologia on hämmästyttävän nykyaikaista. Hänen mukaansa sielullisen toiminnan tärkein osa on tajutonta ja psyykinen tuska vastaa ruumiillista kipua. Hän puhuu myös “minän struktuurin kehittymisestä” ja huomauttaa mielisairaiden oireiden muistuttavan normaaleja psykologisia elämyksiä. (Kaila 1966: 122; Aché ym. 1981: 9.)

Suurena havainnoitsijana ja luokittelijana pidetty saksalainen Emil Kraepelin (1889: 1) määritteli psykiatrian 1800-luvun loppupuolella lääketieteen piiriin kuuluvaksi opiksi, joka tutkii psyykkisiä sairauksia ja niiden hoitamista luonnontieteen menetelmin. Saksassa vallinnut suuntaus pyrki luomaan erilaisten oireiden perusteella järjestelmän, joka muodostaisi kliinisen, erillisiin syihin perustuvan taudinkuvan. Kraepelin onnistui vuonna 1896 erottamaan toisistaan kaksi, tuntemattomaan syyhyn perustuvaa mielisairausten ryhmää. Nämä ryhmät olivat maanis-depressiivinen mielisairaus ja nuoruuden tylsistyminen eli *dementia praecox*, joka vastasi myöhempää käsitettä skitsofrenia. Tämän sairauden syyksi hän oletti elimellisen, todennäköisesti aineenvaihdunnallisen häiriön. Myös perinnöllisiin tekijöihin uskottiin. Potilaiden eristäminen kuitenkin jatkui sekä konkreettisesti sulkemalla heidät laitoksiin että psykologisesti korostamalla heidän erilaisuuttaan muihin ihmisiin verrattuna. 1900-luvun alussa opittiin, että elimelliset tekijät vaikuttavat osaan psyykkisiä häiriöitä, mutta valtaosa mielisairauksista pysyi etiologialtaan arvoituksena. (Ks. tark. Aché ym. 1981: 10, 279; Alanen 1994: 46–47.) Psykiatrisen häiriön liittämistä fyysisen

sairauteen ja tautiopillista luokittelua on meidän aikanamme kritisoinut muun muassa Lauri Rauhala (1981: 23–; 22.5.2000).

Tieteen merkittäviin empirikkoihin kuuluu mystikon leimastaan huolimatta psykoanalyysin kehittäjä Sigmund Freud (1856–1939), joka loi orgaanisen psykiatrian varjoon pitkäksi aikaa jääneen uuden, psykodynaamisen suuntauksen. Tämä suuntaus tutkii psyykkisiä toimintoja ja niiden häiriöitä voimakenttänä, joka muodostuu psykologisista tarpeista ja niiden välisistä ristiriidoista. Esimerkiksi neuroottiset oireet nähdään tiedostamattomina kompromissiratkaisuuksina toisaalta torjuttujen mutta purkautumaan pyrkivien tarveimpulssien ja toisaalta erilaisten puolustautumistapojen välillä. (Achté ym. 1981: 11–13; 1987: 9.) Kahdenkeskisessä analyysitilanteessa heijastuvat aikaisemmista ihmissuhteista peräisin olevat tunteet ja asenteet, joita siten on mahdollista selvittää. Psykoanalyysia voi verrata siinä mielessä Darwinin kehitysoppiin, että psykoanalyysi ja sen ihmiskuva eivät ole vain psykiatrien intohimoisen keskustelun kohteena, vaan niistä myös kiistellään edelleen. (Kaila 1966: 134; Achté ym. 1981: 11.)

Suomessa psykoanalyysia alettiin harjoittaa vasta 1950- ja 60-luvulla, minkä jälkeen myös muiden psykoterapeuttisten hoitomuotojen kehitys on ollut nopeaa. Psykiatrisen hoidon virtaukset saapuivat Suomeen muutenkin suhteellisen hitaasti. Nauvossa sijaitsevasta Seilin sairaalasta, joka oli alunperin spitaalisten säilytyspaikka, oli vuonna 1755 tehty maamme ensimmäinen valtion mielisairaala. Suomessa on myös Euroopan vanhin psykiatrisen sairaala, vuonna 1841 valmistunut C. L. Engelin piirtämä Lapinlahden sairaala, jota 2000-luvun alussa ollaan voimakkaasta vastustuksesta huolimatta lakkauttamassa. (Achté ym. 1987: 11–12.)

Mielisairaalan tehtävänä pidettiin pitkään yhteiskunnan suojelemista vaarallisina pidetyiltä potilailta eristämällä heidät terveistä – yleensä pysyvästi. Erilaiset uudet hoitomuodot (kirurgia ja lääkkeet) loivat kuitenkin innostavampaa, aktiivisempaa ja optimistisempaa ilmapiiriä, vaikka osaan hoitomuodoista (esim. lobotomiaan) on myöhemmin suhtauduttu kriittisesti. (Achté ym. 1981: 14–15.) Kaiken kaikkiaan psykoanalyttisen tutkimuksen ansiosta oireita ja ongelmia alettiin pitää Achtén ym. (1981: 12–14) mukaan psykologisesti

ymmärrettävinä ja normaali-ihmisen toiminnoista vain määrällisesti poikkeavina. Mieli-sairauksiin liittyvä häpeän leima on perua menneiden aikojen taikauskaisista käsityksistä. Yleinen mielipide on muuttunut ja muuttumassa valistuneemmaksi, vaikka ennakkoluulot elävät kaikkialla sitkeinä.

Yksi tämän luvun alussa mainitun hysterian “häviämisen” syitä on uusien käsitteiden käyttöönotto noin sata vuotta sitten. Uimonen (1999) on kuvannut hysterian ja hypokondrian määrittelyä. Lisäksi hän tarkastelee näiden rinnalle 1880-luvulla nousutta neurastenian eli heikkohermoisuutta. Neurooseja diagnosoivat ja niistä kirjoittivat tuolloin psykiatrien lisäksi myös muiden erikoisalojen lääkärit. Uimosen (1999: 189) mukaan ruumiillisuus ja psyykkisyys määrittyivät suomalaisessa yhteiskunnassa 1800- ja 1900-lukujen vaihteessa, “hermostumisen aikakaudella”, moraalisen ja kausaalisen luontokäsitteen mukaisesti. Hermoja koskeva diskurssi kytkeytyi osaksi ajan yhteiskuntaa, ja hermotaudit saivat merkityksen yksilön ja kansalaisen sekä sukupuolen kannalta. Uimosen (1999: 78–80) mukaan heikkohermoisuus oli kielteisesti väritynyt ja lähinnä sukupuoli-sidonnainen kategoria.

Mielenterveyteen liittyvissä käsityksissä hahmottuvat erilaiset psykiatria ja sen lähitieteisiin liittyvät rajalla olemisen ajatukset. Viime vuosisadan alussa psykoanalyttisen koulukunnan luoma neuroosin käsite paikantui mielen ja ruumiin rajapintaan. Hermoston avulla oli mahdollista tarkastella ihmistä fysiologisesti rakentuneena mutta samalla moraalisesti vastuunalaisena kokonaisuutena. Tällainen ajattelu soveltui sellaisen lääketieteen ihanteisiin, joka terminologialtaan nojautui todettuihin tosiasioihin. Terveiden, kansalaisuuden ja mielenvikaisuuden väliset patologian liukuvuudet koordinoivat aluetta, jota neuroositeoriat kartoittivat. Näin tarjoutui tapa itseä koskevaan tietämiseen, joka tukeutui lääkärin diagnostiseen auktoriteettiin. (Uimonen 1999: 189–191.)

Puheena olevana aikakautena alkoi ilmetä tarvetta lääkäreiden jatkokoulutukseen ja tieteellisen alkuperäistutkimuksen julkaisemiseen. Siksi vuonna 1885 kaksitoista lääkäriä perusti Suomessa lääketieteellisen aikakauskirja *Duodecimin* (*duodecim* = 12). Mainittujen tehtävien lisäksi *Duodecimin* nimenomaisena päämääränä oli kuitenkin ennen kaikkea

kehittää suomenkielistä lääketieteellistä sanastoa ja vakiinnuttaa sitä suomen kirjakieleen ja lääketieteelliseen kielenkäyttöön. (Louhija 1975: 9–10.)

Suomen kieli taipui hitaasti lääketieteen kieleksi. Vuonna 1924 *Duodecim*-lehden (1924: 526) toimitus totesi lehden kielen kehittyneen “– – siinä määrin, että sillä nyt voidaan käsitellä kaikkia lääketieteellisiä kysymyksiä yhtä taipuvasti kuin useimmilla muilla sivistyskielillä, viepä se vivahdusrikkautensa ja omaperäisyydessään voitonkin monista muista sivistyskielistä”. Lehden tarkoituksena oli tarjota kaikkien lääketieteen alojen harrastajille mahdollisuus seurata oman alansa kehitystä omalla äidinkielellään (Louhija 1975: 10–11). – Kouvalaisen (1975: 31–43) vertailu lääketieteen keskeisten painopiste-alojen heijastumisesta aikakauskirja *Duodecimissa* osoittaa kuitenkin muuta. Kouvalainen on suorittanut *Duodecim*in sisällöstä kvantitatiivisen analyysin 70 vuoden ajalta (1885–1954) ottaen huomioon lääketieteen eri alueiden historiallisen taustan ja tarkasteluhetken merkityksen. Vertailussa esiintyvät 14 osa-aluekokonaisuutta ulottuvat kansanterveystieteestä kirurgian ja sen vierialueiden kautta sisätauteihin ja edelleen viimeisenä esiteltäisiin psykiatria ja neurologiaan. Kirjoittaja toteaa, että tautien yleisyyttä ajatellen psyykkiset sairaudet ja neurologia eivät ole saaneet niille kuuluvaa huomiota aikakauskirja *Duodecim*in artikkeleiden joukossa.

Psykiatrisia sairauksia kuvattiin 1800-luvun loppupuolella lähinnä kertomalla sairaaloiden rakentamisesta sekä mielisairaiden eli “hourujen” käyttäytymisestä ja käsittelystä (Kouvalainen 1975: 42). Vuonna 1897 Saelan (1897: 69) kirjoittaa, että “– – mielentaudit nykyisellä vuosisadalla alinomaisesti enentyvät kaikissa sivistyneissä maissa”. Syinä tähän hän näkee osittain varsin modernisti muun muassa

- ruumiilliset häiriöt, jotka voivat tuottaa mielentauteja
- korotetut vaatimukset, joita ajan monimutkaiset “elinsubteetit” vaativat aivojen toiminnalta — vaivaamalla hermostoa ja sielunelämää liikaa
- lasten “lellikäs” kasvatus, joka painottaa liiaksi älyn kehittymistä luonteen, tottelevaisuuden ja itsebillinnän vahvistamisen sijasta
- elatuksen hankkimisen vaikeus, joka on “suuren kilpailun” takia tullut yhä vaikeammaksi aiheuttaen murheellista mieltä, levottomuutta ja aineellista puutetta.

Lucttelosta näkyy suhtautuminen psyykkisiin häiriöihin ja niiden syihin, jotka jo sata vuotta sitten ymmärrettiin monimuotoisiksi, yksilöön ja yhteiskuntaan liittyviksi. Vaikka *Duodecim* epäilemättä onnistui yleisesti toimissaan lääketieteen painopistcalojen heijastajana, välitty Kouvalaisen (1975: 43) analyysistä selkeästi psykiatrian aseman perifeerisyys suhteessa muuhun lääketieteescen. Szasz (1975: 20) yhdistää psykiatrian pikemminkin sellaisiin tieteenaloihin, jotka käyttävät menetelmään vuorovaikutuksen analysointia.

Lönnqvistin (1999) mukaan diagnoosien käyttöön liittyy aina asiantuntijavallan käyttöä. Hän muistuttaa, että eri aikakausilta peräisin olevat psykiatriset diagnoosit ovat historiallisen kehityksen tuotetta ja heijastavat näin ollen erilaisia tautikäsitteitä. Neuroosin käsitteen käyttöönottoa esimerkiksi vastustettiin aluksi. Mutta kun siitä haluttiin löyhän ja laajan käytön sekä epäspesifisyyden vuoksi luopua, myös tätä muutosta vastustettiin kaksi vuosikymmentä sitten jyrkästi. (Lönnqvist 1999: 31.) 2000-luvulle tultaessa on siirrytty keskustelemaan lähinnä eri terapiamuotojen tieteellisyydestä, pituudesta ja tarpeellisuudesta postmodernin ihmisen maailmassa (Majava 1991: 41–45; Kääriäinen 1996: 9).

Kuten edellä esittämäni historiallinen tarkastelu osoittaa, psykiatria on sitoutunut tautikäsitteissään monenlaisiin, pääasiassa kielteisiin arvovarauxiin. Mielenterveyskysymykset ovat osa yhteiskuntaa. Niiden monimuotoisuus liittyy ihmisyyteen ja seksuaalisuuteen, joka herättää myönteisyyden ohella ristiriitaisia ajatuksia ja tunteita. Söderholmin ja Taipaleen (1982: 324) mukaan monet naiseuteen ja äitiyden olemukseen liittyvät kysymykset ovat psykiatriassa saaneet enemmän mies- kuin naistulkitsijoita, mikä on synnyttänyt naisen kannalta epätydyttävää tutkimusta ja teorianmuodostusta.

2.2 Millainen on psykiatrian tehtäväkenttä ja suhde muihin tieteenaloihin?

Tässä tutkimuksessa mielenkiinto kohdistuu kahtaalle: toisaalta psykiatriaan ja toisaalta sen kieleen. Näin yleisellä tasolla ilmaistuna kumpikin kohde muodostaa niin laajan kokonaisuuden, että päästäkseni tarkastelemaan psykiatrian ja sen kielen välistä suhdetta esittelen psykiatriaan liittyviä nykykäsitteitä. Seuraava luku muodostaa kontekstin koko myöhem-

mälle tarkastelulle. Se toimii johdattelvana ainekscna kielitieteilijälle, jonka näkökulma on maallikon, kun tarkastellaan psykiatrian asiantuntijoiden keskinäistä viestintää. Pyrkimykseenä seuraavassa ja työni myöhemmissä luvuissa on tiedon kerroksittainen syveneminen.

Psykiatria on lääketieteen osa-alue, joka historiallisesti kuuluu neurologian yhteyteen. Hermo- ja mielitaudit muodostivat Suomessa yhtenäisen spesialiteetin vuoteen 1960 saakka, jolloin psykiatriasta tuli oma erikoisalansa (Achté ym. 1981: 10, 15, 21). Psykiatrian on sanottu sijaitsevan lääketieteen periferiassa; sitä uhkaa Hongon (1983: 36; 1994: 16) mukaan lääketieteen ulkopuolelle joutuminen, jos se ei tyydy puhumaan tutkimuskohteistaan neurofysiologisina ja biokemiallisina prosesseina. Psykiatrian tehtävänä on diagnosoida ja ehkäistä psyykkisiä sairauksia sekä antaa tarpeelliseksi katsottavaa hoitoa ja kuntoutusta (Achté ym. 1987: 13; Lönnqvist 1985b: 1625, 1627). Psykiatrian asema lääketieteen erikoisalojen joukossa on Lönnqvistin (mp.) mukaan kiehtova; on kysymys työstä, joka perustuu hoitavien ja hoidettavien vuorovaikutukseen.

Tieteenteoreettiselta kannalta psykiatriaan liittyy H. Karlssonin (1994a: 19–) mukaan monitahoisia ongelmia: psykiatria ei ole tieteenä yhtenäinen, vaan se koostuu erilaisista selitysmalleista, teorioista ja ilmiöistä, joista vain osa on puhtaasti tieteellisiä. Siksi psykiatrian on siedettävä monenlaisia ristiriitoja ja selvennettävä käsityksiään jatkuvasti (ks. tark. luku 3.2). – Aivan viime vuosina psykiatrian viitekehys on tullut voimakkaaseen muutosvaiheeseen: uudenlaisen molekyylibiologisen ja geneettisen tutkimuksen avulla ympäristötekijöiden vaikutus voi tulla myös biologisesti ymmärrettäväksi. Psykiatrian voidaan sanoa ensimmäistä kertaa olevan tilanteessa, jossa yhtenäinen viitekehys alkaa tulla mahdolliseksi. (Lehtonen, Isobanni, Salokangas & Nieminen 18.10.1998.)

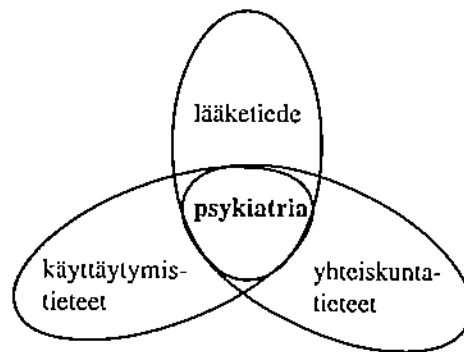
Psykiatrian suhde muuhun lääketieteeseen ja ympäröivään maailmaan on mielenkiintoinen. Vaikka psykiatria on lääketieteen erikoisala, se rajoittuu teoreettisilta lähtökohdiltaan myös muihin tieteenaloihin (Lehtonen 1979: 50–51). Biologian, neurofysiologian ja biokemian lisäksi on perehdyttävä ennen kaikkea psykologian ja sosiologian erilaisiin käyttäytymistieteellisiin kysymyksenasetteluihin ja teoreettisiin malleihin (Lönnqvist 1985b: 1625–1627). Fcerin (1987: 22) mukaan psykiatrian ajattelutapa perustuu fysiologian ja

patofysiologian lisäksi kehityshistoriaan. Myös hoitotieteen ja kulttuurintutkimuksen monitieteiset lähestymistavat tarjoavat hyödyllisiä näkemyksiä, kun tutkitaan psykiatrian kaltaista eri tavoin ”rajalla” olevaan tiedettä. Palaan tieteenteoreettisiin ja -filosofisiin kysymyksiin tarkemmin luvussa 3.2 pohtiessani psykiatrian ja sen kielen muodostamaa monitahoista ja -tasoista kudelmää.

Laadin seuraavaksi vielä psykiatrian suhteesta muihin tieteenaloihin koosteen, jota havainnollistan kuvion 2 avulla. Psykiatrian suhdetta muuhun lääketieteeseen on Lönnqvistin (1985b) mukaan tarkasteltava neurotieteiden kannalta. Tutkimalla aivojen biologista toimintaa ne muodostavat psykiatrian ensisijaisen tietopohjan ja ovat siten luonnollinen silta psykiatrian ja muiden erikoisalojen välillä. Psykiatrian ja muun lääketieteen välinen raja muuttuu kuitenkin koko ajan: epilepsia ja kehitysvammaisuus, nyttemmin myös dementia monissa maissa, ovat siirtyneet psykiatriasta neurologiaa. (Lönnqvist 1985b: 1625.) Myös Aspergerin oireyhtymän asema uusimmassa tautiluokituksessa on epävarma (ICD-10 1995: 238).

Toiseksi psykiatria rajautuu käyttäytymistieteisiin, joiden tietopohjan muodostaa ihmisen mielikuvia ja käyttäytymistä kartoittava psykologinen tieto. Psykiatria soveltaa tätä tietoa myös osaksi terveydenhuollon ulkopuolella tilanteissa, jotka eivät varsinaisesti kuulu sen tehtäväkenttään. Koska psykiatria pyrkii ymmärtämään poikkeavaa käyttäytymistä ja osoittamaan kaiken sairastamisen mielekkyyden, se on joutunut toimimaan potilaiden tulkkina muun lääketieteen suuntaan. (Lönnqvist 1985b: 1625–1626.)

Kolmannen rajan psykiatrialle muodostavat yhteiskuntatieteet, jotka analysoivat ihmisen suhdetta ympäröivään maailmaan ja samalla Lönnqvistin (1985b) mukaan hämärtävät psykiatrian asemaa. Sosiaalisten tekijöiden merkitys mielenterveydelle on kuitenkin ilmeinen: toisaalta ulkoiset olot heijastuvat yksilön sisäiseen maailmaan, toisaalta ihmisen mielensisältö ja käyttäytyminen näkyvät ulospäin esimerkiksi ihmissuhteissa ja työelämässä. Psykiatrian kehittämiseen vaikuttavat yhteiskunnassa kulloinkin vallitsevat arvot ja arvostukset. (Lönnqvist 1985b: 1626.)



Kuvio 2. Psykiatrian suhde muihin tieteenaloihin: biologinen ja psykologinen psykiatria sekä sosiaalipsykiatria.

Monet somaattisilla aloilla toimivat lääkärit uskovat Lehtosen (1985: 1637) mukaan psykiatriksi ryhtymisen merkitsevän kannanottoa kysymykseen sielun ja ruumiin yhteydestä, sielun hyväksi. Keskeinen kysymys, jota muilla tieteenaloilla ei ole, liittyykin Feerin (1987: 14) mukaan juuri dualistiseen ajatteluun, jonka Descartes 1600-luvulla esitti ruumiin ja sielun täydellisestä erillisyydestä. Kliinisen toiminnan kannalta on kuitenkin hankalaa, jos lääkäri ajattelee dualistisesti, eikä näe potilasta psykofyysisenä kokonaisuutena ja työtään sielun ja ruumiin psykiatrina (Lehtonen 1985: 1637). Psykykkisen ja somaattisen suhde on hedelmällistä mieltää integraation, ei joko–tai-ajatteluun perustuvan logiikan vaikkudeksi (Lehtonen 1994a: 36–37; Lehtonen ym. 1999: 15). Teoreettisen perustan pohtiminen on tärkeää tieteelliselle psykiatialle ja sen kielelle, psykiatristen kokemusten verbalisoinnille ja alan kehittämiseksi (Feer 1987: 14). Tietyt neurofysiologiset termit esimerkiksi viittaavat tapahtumaan, joihin viitataan myös tietyillä fenomenalisilla termeillä. On esitetty monenlaisia teorioita ja malleja sen selittämiseksi, miten aivojen neuraalisten ilmiöiden hajanaisuus yhdistyy fenomenologiseksi kokonaisuudeksi (ks. esim. Revonsuo 1994: 52–74). Ruumiin ja sielun välisen suhteen käsittelyssä keskeiseksi selittäväksi tekijäksi nousee tietoisuus (tajunta, kokemus) ja sen monitieteinen tutkiminen (mp. 55–56, 73–74).

Mind–body-ongelmasta on seurannut, että käytännössä psykiatria on ollut tapana jakaa kahteen pääkoulukuntaan, biologiseen ja psykodynaamiseen, vaikka jako ei enää vastaa nykyistä käsitystä todellisuudesta. Biologista psykiatriaa on sanottu “mielettömäksi”

(*mindless brain*) ja psykodynaamista psykiatria "aivottomaksi" (*brainless mind*). Mielen pohjalla olevien kerrosten kehittymiseen vaikuttavat yhdessä sekä psykologiset että biologiset tapahtumat ja näiden lisäksi vielä käsitykset sosiaalisten suhteiden merkityksestä. Näin ollen psykiatria ei voi koskaan olla "suhteetonta". (Ihanus 25.9.1994; H. Karlsson 1994b: 102.) Integroitua ja kokonaisvaltaista käsitystä ihmisestä ja mielen häiriöistä kutsutaan biopsykososiaaliseksi (ks. esim. Aché 1994: 144; Lehtonen ym. 1999: 15).

Ruumiin ja mielen erottaminen toisistaan on Honkasalon (1994) semioottisessa tarkastelussa yhteydessä subjektin ja objektin dikotomiaan. Psykiatria tutkii ja hoitaa mielen ongelmia, somaattinen lääketiede ruumista, objektia, joka on taudin "isäntä" ja havaintojen kohde. Tällöin ruumiillisuus on mahdollista ymmärtää ihmisiä yhdistävänä, maailmassa olemisen tapana, vaikka se objektivoituna ja yksinäisenä on "niin etäälle subjektista heitetty kuin taivas on maasta". (Honkasalo 1994: 129.)

Psykofyysisyyden ongelma on Feerin (1987: 22) mukaan loppujen lopuksi kielellinen ja perustuu kielen syntaktiseen ominaislaatuun eli toimimisen, predikatiivisuuden ajatukseen. Whorf (1966) kuvaa kielen avulla tapahtuvaa luonnon bipolaarista jakautumista kahteen luokkaan: substantiiveihin ja verbeihin. Luonto itsessään ei kuitenkaan ole polarisoitunut. Esimerkiksi Vancouverin saarella puhuttavassa nootkan kielessä kaikki sanat näyttävät olevan verbejä, joten luonto näyttäytyy monistisena kielen kuvatessa kaikkia tapahtumia yhden sanaluokan avulla. Nootkan kielessä ei siten voisi muodostua ongelmaa psykofyysisestä vuorovaikutuksesta. (Whorf 1966: 242–243; Feer 1987: 22.)

Psykosomaattiset häiriöt kuuluvat yhtenä osana psykiatrian tutkimuskenttään. Sen muut osa-alueet voidaan jakaa karkeasti seuraavaan tapaan: 1) psykoosit eli mielisairaudet, joita ovat aivo-orgaanisiin syihin liittyvät psykoosit ja funktionaaliset psykoosit, joiden syyt jäävät selvittämättä, 2) neuroosit ja luonnchäiriöt sekä 3) vajaamielisyydet eli älyllisten toimintojen primaarinen vajavuus (Aché ym. 1981: 18–20). Koko sairausjoukon yläkäsitteenä esiintyy nykyään psykiatrian tautiluokituksissa yksinomaisesti termi *mielenterveyden häiriö*. Mielenterveyden häiriön määrittelyssä on nähtävissä käsitteen kahtalaisuus: toisaalta viitataan ulkoiseen käyttäytymiseen ja toisaalta sisäisiin psyykkisiin oireisiin

(ICD-9 1987: 3). Käsitettä mielisairaus ei ole määritelty minkään maan laissa (Furman ym. 1985: 1647; Lönnqvist 1985a: 719). Sen määrittelevät psykiatrit, STAKES (entinen lääkintöhallitus) ja sen asiantuntijat (Tirkkonen 1985: 1686).

Mielenterveyden häiriöistä skitsofreniaa eli jakomielitautia voitaneen pitää niin sanotun raskaan psykiatrian tyypillisenä edustajana, eräänlaisena prototyypinä (vrt. Aché ym. 1981: 18–19). Anttisen (1985) mukaan mielisairauteen vaikuttavista tekijöistä yksi tärkeimpiä on itsetunnon haavoittuvuus. Skitsofreenikot ovat persoonallisuudeltaan erityisen herkkiä ihmisiä, jotka eivät kuitenkaan missään olennaisessa suhteessa eroa terveinä pidetyistä. He ovat joutuneet liian vaikeaan elämäntilanteeseen, jossa sairaus puhkeaa. Psykoosin kehitys kytkeytyy ihmisen vuorovaikutussuhteiden ja elämäntilanteen välityksellä hänen koko elinympäristöönsä. Ympäristön ahdistus voidaan kokoa niin uhkaavaksi, että potilas asettuu pahimmassa tapauksessa kivettyneeseen puolustautumistilaan. Tällöin potilaan mahdollisia vääristyneitä mielikuvia on ymmärrettävä ja ne on pyrittävä korjaamaan. (Anttinen 1985: 1632–1633.)

Anttinen (1985) luonnehtii vielä muita mielisairauteen ja sen hoitoon liittyviä ominaispiirteitä. Mielisairauksia on usein pidetty parantumattomina, mikä on aiheuttanut monenlaisia ennakkoluuloja. Tutkimusten mukaan lähes kaikki pitkäaikaipotilaat kokivat häpeää sairaudestaan ja pelkoa siitä, mitä muut ajattelevat. Ennakkoluuloja on kaikilla ihmisillä: sairastuneella itsellään, muilla ihmisillä ja hoitohenkilökunnalla, mistä syntyy erilaisia noidankehiä. (Anttinen 1985: 1633.)

Rädyn (1988: 7) mukaan terveyskeskuspotilaat eivät ole halukkaita kertomaan psyykkisistä ongelmistaan eikä avoimuus vähennä heihin kohdistuvaa stigmaa. Myös monenlaiset syyllisyydentunteet vaivaavat etenkin sairastuneiden perheitä (Tirkkonen 1985: 1693). Rätty (1987: 33, 90) toteaa lisäksi, että tutkimukset paljastavat myös eräänlaisen sosiaalisen suotavuuden: minä en ole ennakkoluuloinen, mutta muut ovat. – Monet käsitykset psykiatrisen hoidon ja parantumisen todellisesta luonteesta ovat harhakäsityksiä ja perustuvat tietämättömyyteen. Aikaisemmin esimerkiksi järkyttäviin elämyksiin liittyvät, voimakkaat ahdistusreaktiot luokiteltiin hysteerisiksi häiriöiksi. Nykyään tiedetään, että

tällaiset häiriöt saattavat korjaantua nopeastikin rauhallisella suhtautumisella ja myönteisellä suggestiolla. (Tirkkonen 1985: 1692; ks. luku 2.1.)

Mielisairautta on vaikea ymmärtää, tutkia ja hoitaa, koska ei oikeastaan tiedetä, missä mieli on. Kun sairaus kohdistuu ihmisen mieleen, ei voida osoittaa esimerkiksi selvää kehon kohtaa, jossa sairaus sijaitsee. (Räty 1987: 75; 1988: 6.) Palaan näihin kysymyksiin myöhemmin mielenterveyden häiriöiden käsitteellistämisen yhteydessä. Rädyn (1987: 75–76) mukaan mielisairauden normaalistaminen ruumiillisen sairauden analogian kautta ei kuitenkaan oikein onnistu sen paremmin kuin turvautuminen lievempään *mielenterveyden häiriö* -nimitykseen. Voidaan sanoa, että mielisairaudella on useita merkityksiä. Mielisairas ihminen nähdään sosiaalisesti toisaalta uhkana ja toisaalta uhrina. Mielisairaus muodostaa joko itsenäisen sairauskategorian, tai se on suhteellinen ilmiö, joka syntyy virheellisen sosiaalisen määrittelyn kautta. (Räty 1987: 105, 107, 115.)

Vappu Taipale (1982) on tarkastellut psykiatriaa naisnäkökulmasta. Hänen mukaansa psykiatrian tutkimusote on hyvin lähellä naistutkimuksen suvaitsevaisuutta, ymmärtävää asennetta ja kriittistä suhtautumista tieteiden väliseen jakoon. Mutta psykiatria on ”enemmän lisännyt naisen taakkaa kuin vähentänyt sitä”. Esimerkiksi psykiatrian kuva naisesta on vaikeasti sovitettavissa kodin ulkopuolella työssä käyvään äitiin. (Taipale 1982: 261, 265.)

Psykiatrian tutkimuskohteena ihmisen psyyke sinänsä ja tutkimus itsessään ovat tulkinnanvaraisia ja merkitysten läpäisemiä. Myös tavallinen, arki- tai niin sanottuun maalaisjärkeen perustuva ymmärrys on otettava huomioon yhtenä näkökulmana. Tulkintoja voidaan tehdä häiriöiden ja umpikujien sijaan kehityksen ja mahdollisuuksien näkökulmasta. (Karkia 6.4.1992.) Uusien ajattelutapojen etsiminen korostuu nyky-yhteiskunnassa, jossa psyykkiset häiriöt johtavat työkyvyttömyyseläkkeiden tilastoja (Lehtosen 23.11.1999; Pylkkänen 20.5.1998). Lehtosen (mp.) mukaan näyttääkin siltä, että kulttuurimme ei kykene kohtaamaan senasteista haavoittuvuutta, jota tilastot näyttävät. Hän korostaa arkipäivän potilastyön merkitystä ja halua kohdata ongelmat, jotka niiden monimutkaisuudesta huolimatta suomalaisessa psykiatriassa laajasti tunnetaan.

Psykiatrian englanninkielistä termistöä tutkinut Nikkilä (1984: 3) muistuttaa aiheellisesti, että Freudin kehittämä psykoanalyttinen menetelmä ja psykiatria kommunikaation menetelmiä käyttäessään perustuu vuorovaikutukseen. Antipsykiatrisen ajattelutavan kannattajana tunnetun Thomas S. Szaszin (1975) mukaan psykiatria teoreettisena tieteenä tutkii käyttäytymistä selventämällä ja selittämällä cräänlaisia ihmisten keskenään pelaamia pelejä. Näiden kielipelien rakenteista on lingvistiikan ja psykiatrian lisäksi kiinnostunut myös filosofia, jonka yhteyteen psykiatria vielä 1800-luvun loppupuolelle asti kuului. (Szasz 1975: 24, 275.) Niinpä psykiatria Szaszin (1975: 24) mukaan tuskin voi ratkaista moraalisia ongelmia lääketieteen keinoin.

2.3 Miten mielenterveyden häiriö eroaa mielenterveydestä?

Edellä on käynyt ilmi, että psykiatria ja sen tutkimuskohteena olevat ilmiöt, erilaiset ja eriasteiset mielenterveyden häiriöt, asettuvat monella tapaa vedenjakajalle. Aina helleeniseltä ja arabialaiselta kaudelta lähtien on havaittavissa mielisairaus-käsitysten ambivalenttius. Mieleen ja sen sisältöihin liittyvien hahmotuksien suhteellisuus käy erityisesti ilmi, kun kysytään, mitä mieli on ja milloin se on terve, milloin taas sairas tai muuten häiriintynyt. Psykiatria poikkeaa Feerin (1987) mukaan muista tieteistä – ehkä psykologiaa lukuun ottamatta – tutkimuskohteensa erikoislaadun vuoksi. Psykiatria pohtii toisen yksilön sielunelämän laatua ja joutuu kysymään, mitä siitä ylipäänsä on mahdollista tietää. Myös kysymys sielun ja ruumiin suhteesta on ongelmallinen. Jokapäiväisessä elämässä tavallinen ihminen toimii psykofyysisenä kokonaisuutena, ja käytännössä psykiatri tulee toimeen ilman niin dualistista kuin monististakin teoriaa ihmisestä. Mutta teoreettisen perustan pohdinta on relevanttia, kun puhutaan tieteellisestä psykiatriasta ja sen kielestä, psykiatristen kokemusten verbalisoinnista ja psykiatrian kehityssuunnista. (Feer 1987: 14–15.)

Ihmisen ajattelu perustuu luokitteluun, hänellä on tarve identifioida mielenkiintonsa kohteita. Mutta aina, kun luokitellaan ja nimetään jotain – periaatteessa mitä tahansa – rajataan ja luokitellaan myös jotain pois ja joudutaan pakosta tekemään väkivaltaa todellisuuden moninaisuudelle. Kun ihmisen kokonaisuudesta rajataan pois ruumis, jää

jäljelle sielu, psyyke. Sielun ja ruumiin suhteen määrittely vaikuttaa Lehtosen (1985: 1640) mukaan mielenterveyden sisältöön ja sen on sanottu olevan siitä läheisesti riippuvainen. Toistaiseksi ei ole kuitenkaan olemassa yleisesti hyväksyttyä psykofyysistä teoriaa (Lehtonen 1985: 1639). Mielenterveyden määrittely käsitteenä onkin vaikeaa; se on rajakäsite toisaalta ihmisen ja ympäristön välillä ja toisaalta yksilönsisäisesti. Selvät psyykkiset poikkeavuudet on melko helppo tunnistaa, mutta mielenterveys ei ole täysin selvitetävissä ulkoisin kriteerein. (Lehtonen 1985: 1640.)

Mielenterveyden määrittelemisen koettiin vaikeaksi myös Rädyn tutkimuksessa (1987), joka käsittelee mielisairauteen asennoitumista uhka- ja uhrikokemuksen kannalta. Mielenterveydestä on kuitenkin luonnosteltavissa melko yhdenmukainen ja itsestään selvä kuva: mielenterveys on oireiden puuttumista. Toisaalta kysymys on oikeasta asennoitumisesta. Mielenterveys on vastustuskykyä; ei pidä antaa ongelmien kasaantua, vaan on pyrittävä jakamaan huolensa muiden kanssa. (Räty 1987: 77–78, 116.) Biologisen psykiatrian dosentti Matti O. Huttunen on kirjoittanut terveestä mielestä ja sen kyvystä oirehtia sekä tunteiden merkityksestä. Ihmisen puhe on aitoa ja rehellistä silloin, kun sanallinen viesti vastaa eleiden ja äänensävyjen välittämää tunneviestiä (Huttunen 1999: 90–91). Hän (1999: 80–81, 93–95) korostaa erityisesti tunnetilojen ymmärtämisen, rehellisen jakamisen ja nimeämisen tärkeyttä: ”tunnen tunnetilani, olen siis ihmisenä olemassa”. Psykkinen terveys ilmenee myötätuntona itseämme ja läheisiämme kohtaan; siihen kuuluvat avoimuus, huumori ja kyky unelmoida. Pelkkä ongelmattomuus ja oireettomuus eivät kuitenkaan tuota mielen terveyttä. Sielun eheyttä todistaakin dogmaattista oireettomuutta paremmin espanjalaisen Miguel de Unamunon mukaan epäilevä ja kärsivä usko. (Huttunen 1999: 13, 137.) Onnellisen ja hyvinvoivan persoonallisuuden alueella tutkimus on kaiken kaikkiaan ollut niukkaa verrattuna psykiatriseen tutkimukseen, joka on keskittynyt häiriöiden ja tautitilojen selvittämiseen sekä hoitojen kehittämiseen (Raitasalo 1999: 13). Kristina DeNeven ja Harris Cooperin laajassa kirjallisuustutkimuksessa, jota Raitasalo (mp.) esittelee, päädytään onnellisen persoonallisuuden määrittelyssä Rädyn (1987) tutkimuksen esiintuomille linjoille. Ihmisellä on onnellinen persoonallisuus, jos hän kykenee kokemaan arkielämässä tyytyväisyyden tunteita. Positiiviseksi elämänsä kokeva ihminen asettaa itselleen perspektiivejä sekä luottaa itseensä ja kykyihinsä. Paineisiin ja menetyksiin hän reagoi tilapäisellä

masennuksella ja ahdistuksella, mutta pystyy selviämään niistä. Sosioekonomisella asemalla ja itse koetulla terveydentilalla on myös selvästi merkitystä elämän onnellisuuden kokemuksissa. (Raitasalo 1999: 13.) Joskus sairaudesta voi olla jopa etua ihmisen myöhemmälle elämälle, kuten Jung (1966: 61) on todennut. Sairaus voi pakottaa ihmisen pysymään aloillaan riittävän kauan ja siten estää häntä tekemästä ratkaisevia erehdyksiä.

Räty (1987) toteaa, että mielenterveyteen kuuluu kyky solmia ihmissuhteita ja tehdä työtä, kyky nauttia pienistä asioista sekä taito hyväksyä itsensä ja muut (vrt. Freudin klassinen mielenterveyden määritelmä: kyky rakastaa ja tehdä työtä). Rädyn tutkimuksen mukaan ehdottomassa tasapainoisuuden ja asioiden sujumisen merkityksessä mielenterveyteen liittyy kuitenkin sävyjä, joita voi pitää myös luonnottomina ja epäterveinä. Ihminen voi hänen haastateltaviensa mukaan mennä sekaisin siitäkin, että hän kiinnittää liikaa huomiota mielenterveyteensä. Lisäksi maailma, jossa ei olisi (mieli)sairautta, on utopiana kielteinen ja ihmislunnon vastainen, koska silloin häviäisi yksilöllinen vaihtelu. (Räty 1987: 77–78, 116.)

Mielenterveyttä on mahdoton kuvata tyhjentävästi. Se joudutaan määrittelemään jatkuvasti uudestaan, koska se on spesifillä tavalla suhteellista. Sitä on inhimillisenä resurssina verrattu reserviin, jonka sisältämä pääoma vaihtelee eri yksilöillä (Räty 1987: 78). Toisaalta mielenterveyttä on verrattu uusiutuviin luonnonvaroihin, jotka välittyvät vuorovaikutussuhteiden kautta ja joilla on tärkeä merkitys niin psyykkiselle terveydelle kuin kyvyille toimia sosiaalisessa elämässä (Kuikka, Räty & Sinkkonen 1982: 10; Lehtonen 1985: 1640–1642).

Kuten edellä Rädyn (1987) tutkimuksesta kävi ilmi, mielenterveyttä lähestytään usein oireiden ja häiriöiden kautta, diagnostisesti ja negatiivisesti (ks. luvut 1.1 ja 1.5.3). Tällöin esiin nousevat käsitteet mielenterveyden häiriö ja mielisairaus. On mielenkiintoista pohtia, mitä jää jäljelle, kun ihmisen mielestä ja käyttäytymisestä rajataan pois sen normaali, terve puoli – mitä ja kenen määrittelemää se kunakin aikana onkaan. Jos *mielenterveyttä* pidetään Rädyn (1987: 73) sanoin psykiatrian kumouksellisen ydinterminä, on tutkittava siitä johdettavaa toista kategoriaa, mielenterveyden häiriötä (ks. myös Räty 1987: 18, 21, 26,

28). Lähes kaikki mielenterveyden asiantuntijat omaksuivat nimittäin 1970-luvulla uuden mielenterveysideologian, jonka mukaisesti esimerkiksi psyykkisistä häiriöistä alettiin käyttää *mielenterveyshäiriön* nimitystä ja mielisairauksia pyrittiin muutenkin normalisoimaan. Suhteellisina ja normalisoituina psyykkiset häiriöt asettuvat jatkumolle, joka määrällisesti voimistuu mielenterveyden ja mielisairauden välillä. (Räty 1981: 13, 25; 1987: 76.)

Ajattelutavan muutos näkyy siinä, että aikaisemmin käytetyistä *mielitauti-* ja *mielisairaus-*nimityksistä on termeinä miltei kokonaan luovuttu. Kumpikaan ei enää esiinny itsenäisenä diagnoosina uusimmassa tautiluokituksessa. Ainoa sairauskäsitteeseen viittaava suomenkielinen termi on omassa aineistossani ICD-10-luokituksen (1995: 245) viidennen luvun viimeinen diagnoosinimike *tarkemmin määrittämätön mielen sairaus*, joka on merkitty alakohdaksi nimikkelle *tarkemmin määrittämätön mielenterveyden häiriö*. Lönnqvistin (1999) mukaan tauti- ja sairauskäsitteitä käytetään käytännössä rinnakkain, tosin erilaisin painotuksin. *Tauti* on usein ilmauksena vanhahtavampi kuin *sairaus*. Kattavimpana terminä käytetään nykyään *mielenterveyden häiriötä*. (Lönnqvist 1999: 31–32.) Mielenterveyden häiriöistä *psykoosit* – nimenomaan tässä vierasperäisessä asussa ilmaistuna – muodostavat vain pienen osan.

Rajanveto psyykkisten häiriöiden ja normaalien elämänilmiöiden välillä jatkuu. Etenkin masennuksen syistä ja hoitomuodoista ovat viime aikoina esittäneet näkemyksiään maailman psykiatriyhdistys kokouksissaan, eri maiden psykiatrit ja terveydenhoidon asiantuntijat tahoillaan, filosofit ja maallikot (lähinnä potilaat, heidän omaisensa ja järjestönsä) (Kiikkala 22.8.1999 ja Liikkanen 24.8.1999). Seikkulan (28.8.1999) mukaan jopa psykoosit näyttävät kokemuksina olevan vähemmän poikkeavia kuin aikaisemmin on oletettu. Noin 40 prosentilla ihmisistä on psykoosin kaltaisia selittämättömiä kokemuksia jossain vaiheessa elämää. Ne eivät ole merkki sairaudesta, vaan niitä voidaan hänen mielestään pitää yhtenä tapana kokea elämän tilanteita. – Elämään kuuluu toisaalta surua, luopumista, erilaisia kasvukipuja ja ristiriitatilanteita ja toisaalta todellisia psyykkisiä sairauksia ja tiloja. Näistä luetelluista ja muista vastaavista ilmiöistä selviäminen on monin tavoin monimutkaistunut kiihkeätempoisessa maailmassamme. Julkinen keskustelu ihmisen mielen terveydestä ja

sairaudesta niiden kaikkine ulottuvuuksineen ja merkityksineen on Suomessa oikeastaan vasta alkanut.

2.4 Mihin psykiatristen diagnoosien nimitykset perustuvat (kokoavaa tarkastelua)?

Olen edellä tarkastellut psykiatrian historiaa, tehtäväkenttää ja rajautumista muihin tieteenaloihin. *Mielenterveyden häiriö* -nimitys korvasi *psykykkiset häiriöt* noin kolmekymmentä vuotta sitten. Käsitteenä 'mielenterveyden häiriöstä' tuli tautiluokituksessa yläkäsite. Asiantuntijat halusivat nähdä mielen häiriöt suhteellisina ja normalisoituina, mielenterveyteen yhdistyvänä sopimuksenvaraisuuteen perustuvana jatkumona. Kehitys on jatkunut viime aikoina, kun on haluttu luopua ennakkoluuloja ruokkineesta ja eristyneisyydessä olleesta psykykkisten sairauksien hoidosta ja tuoda se muun erikoissairaanhoidon piiriin (Alanen 13.8.2001). Samalla kun *mielisairaus*-termistä on miltei kokonaan luovuttu ja potilaita on siirretty avohoitoon, on jouduttu Salon (1996: 22, 232) mukaan väistämättä kysymään, "onko vahvasti erilaisten ihmisten välinen solidaarisuus mahdollista modernissa yhteiskunnassa", jonka ydintä leimaa hallintapakko. Mielenterveysongelmien sosiaalinen näkyvyys ja samalla hulluutta kohtaan tunnettu pelko ovat lisääntyneet (Salo 1996: 292). Salon (1996: 323) mukaan traagisuus ja kärsimys eivät kuitenkaan katoa hulluudesta, ennen kuin häpeän tilalle löytyvät hulluuden yhteisöllisesti ja yksilöllisesti luovat voimavarat sekä keventävä komiikka.

1800-luvun alkupuolella otettiin käyttöön tieteellisiksi katsottavat käsitteet 'psykoosi' ja 'psykiatria' (LT 1999: psykiatria < la *psychiatria* 'mielitautioppi' < kr *psykhe* 'sielu, mielentila' + kr *iatreia* 'lääkintätaito'). Kyseisen vuosisadan loppupuolelle asti psykiatria oli psykologian haarakkeena läheisesti liittyneenä filosofiaan (Szasz 1975: 24). Sicilullisen sairauden syinä alettiin nähdä ihmisen kokemat raskaat tapahtumat ja elämykset. Myös yhteys aivojen toimintaan oivallettiin, ja sairauksien luokittelu alkoi. Suurin osa psykykkisten häiriöiden syistä jäi – ja jää edelleen – epäselväksi, mutta elimellisten tekijöiden osuutta alettiin jo ymmärtää 1900-luvun alkupuolella. Rinnastamista ruumiilliseen

sairautteen ja lääketieteen ihanteisiin sekä tautiopillista luokittelua on myöhemmin kritisoitu. Esimerkiksi neuroosidiagnooseissa ja -teorioissa on nähty moraalio pillisiä ja sukupuolisidonnaisia käsitteistyksiä. Suomessa psykiatria on muodostanut itsenäisen, neurologiasta erillisen erikoisalan noin neljänkymmenen vuoden ajan. (Ks. luku 2.1.)

Psykiatria perustuu vuorovaikutukseen ja semanttisuuteen, sisäisten ja ulkoisten tekijöiden ymmärtämiseen sekä tutkimukseen ja hoitamiseen. Sille on tyypillistä epävarmuus ja ongelmallisuus. Psykiatrian tutkimuskohteet ovat kategorioina ristiriitaisia ja merkitys-intensiivisiä. Tähän kaikkeen liittyy tarve nimeämiseen. Mielenterveyttä ajatellaan usein negatiivisesti, oireiden ja häiriöiden kautta, ruumiillisen sairauden analogian mukaisesti.

Kuten luvussa 2.1 kävi ilmi, potilaita oli lääketieteessä luokiteltu 1700-luvun lopulle asti oireiden ja kliinisen kuvan perusteella (Riikonen ym. 1994: 353, 355). Tyypillisenä esimerkkinä tällaisista diagnooseista voidaan mainita *diabetes* 'sokeritauti' (< la *diabetes* 'runsas virtsantulo' < *dia* kr 'läpi' + kr *bainein* 'kulkea', "läpi juokseva"). Myös sidokaudotaudit nimettiin samoin perustein (esim. *LED* = *lupus erythematosus disseminatus* < la *lupus* 'susi', su. *ihohukka*; < la *lupus erythematosus disseminatus* su *punahukka*, *perhosreuma*). Infektiotaudeista *tuli-*, *tuhka-*, *vesi-* ja *vihurirokko* nimetään näkyvien iho-oireiden mukaisesti. Viimeksi mainitulle NS (1979) antaa vielä puhekielisen asun *pumainen koira*. Vanhakantaista, oireisiin perustuvaa diagnostiikkaa edustaa myös *syöpä* ('se, joka syö'), samoin kuin useimmat psykiatriset häiriöluokat, esimerkiksi *depressio* (< la *depressio* < la *de-* 'alas' + la *premere* 'painaa', su. *masennus*) ja *skitsofrenia* (< la *schizophrenia* 'jako-mielisyys' < kr *skhizein* 'jakaa, halkaista' + kr *phren* 'mieli'). (L. Hakulinen 1970: 109; Riikonen ym. 1994: 353, 355; LT 1999.)

Oireyhtymädiagnostiikasta siirryttiin lääketieteessä anatomisiin, sydäninfarktin tapaisiin diagnooseihin noin kaksisataa vuotta sitten, kun ruumiinavaukset yleistyivät (Riikonen ym. 1994: 353, 355). Vuosisadan lopulla mikroskoopin keksiminen mahdollisti syihin perustuvat diagnoosit. Tätä runsaan sadan vuoden takaista tapahtumaa on pidetty lääketieteen huippusaavutuksena: yhtä syytä seurasi yksi sairaus, jonka diagnoosi mahdollisti edelleen spesifisen hoidon (esim. antibiootit). Riikonen ym. (1994: 353) muistuttavat

kuitenkin, että sairaudet ovat useimmiten monitekijäisiä ja moniulotteisia: niihin vaikuttavat samanaikaisesti monenlaiset biologiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Nykyisissä luokittelu- ja nimeämisperusteissa on piirteitä kaikista mainituista tyypeistä. Diagnostisissa on edelleen myös kliiniseen kuvaan perustuvia kielikuvia, metaforia.

Kansainvälisessä psykiatriassa vallitsi 1960-luvulla muun muassa Szaszin ja Laingin edustama antidiagnostinen suuntaus, joka halusi luopua koko mielisairauden käsitteestä (ks. esim. Kendell 1975: viii). Szasz (1975: 11, 275) ja Feer (1987: 4, 23–24, 52) katsovat, että psyykinen sairaus on käsitteenä metaforinen. Szaszin (1975: 11, 275) esimerkki kuuluu: ruumiillinen sairaus on samassa suhteessa mielen sairauteen kuin huonosti toimiva televisiovastaanotin vastenmieliseen ohjelmaan. Hän muistuttaa myös, että adjektiivia *sairas* (*sick*) käytetään usein metaforisesti: vitsit ovat sairaita, talouselämä, jopa koko maailma on sairaus (mp.). Mutta kun mieltä nimitetään sairaaksi, pidetään Szaszin (1975: 11) mukaan kielikuvaa tosiasiana. Hän havainnollistaa: tilanne on sama, kuin jos korjaajalle lähetettäisiin televisio-ohjelman katsoja, mikäli tämä ei hyväksy näkemäänsä ohjelmaa (mp.).

3 PSYKIATRIAN JA KIELEN ONGELMALLINEN SUHDE

Jotta psykiatria ja sen tutkimuskohteita voisi ymmärtää, on ymmärrettävä sen kielellistä luonnetta. Mielenterveyden häiriöiden oireet esimerkiksi ilmenevät potilaan puhessa, ja monet terapiamuodot perustuvat puhumiseen. Toinen syy, miksi on syytä käsitellä psykiatria ja kieltä yhdessä, on kielen ja sen ulkopuolelle jäävän reaali maailman keskinäisen suhteen ongelmallinen luonne. Tätä suhdetta on mahdollista tarkastella monesta eri näkökulmasta ja monella eri tasolla. Käsitelen seuraavaksi psykiatrian ja sen ammattikielen erityispiirteitä sekä näiden lisäksi kielen, tajunnan ja todellisuuden suhdetta. Pyrin perustelemaan ja selkiinnyttämään väitettä psykiatrian ammattikielen ongelmallisuudesta muihin tieteenaloihin verrattuna. Tavoitteena on koota yhteen psykiatria ja kieltä koskevia näkemyksiä, jotta tutkittavana olevan kielenkäytön luonne hahmottuisi.

3.1 Psykiatrian kielellinen luonne ja sen ammattikielen erityispiirteet

Psykiatrian kieltä ja tarkoituksia tutkineen Hans Feerin (1987) lähtökohtana on ajatus, jonka mukaan psykiatrian kieli muodostaa erikoistapauksen ammattikielten joukossa. Feer perustelee näkemystään vertaamalla psykiatria ja fysiikka keskenään. Vaikka fysiikka on teorialtaan epäyhdenäinen, kuten Niels Bohr on joskus sanonut, se kykenee toimimaan puutteellistenkin mittausten ja matemaattisten menetelmien varassa. Fyysikot samoin kuin lääketieteen erikoisalojen edustajat – psykiatria lukuun ottamatta – ovat yleensä havainnoistaan suhteellisen yksimielisiä; keskusteltaviksi jäävät korkeintaan johtopäätökset. Psykiatrian kohdalla teoria on epäyhdenäinen, mutta sen lisäksi havainnot ovat tällä tieteenalalla usein kiistattoman riittämättömiä ja kielelliset käsitteet kyseenalaisia. Silti psykiatriassa pystytään Feerin mukaan toimimaan. (Feer 1987: 1.)

Teorian voi sanoa olevan koko psykiatria ajatellen epäyhdenäinen, koska psykiatriassa käytetään erilaisia, toisistaan poikkeavia käsitejärjestelmiä. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että on olemassa erilaisia sairausmalleja; puhutaan esimerkiksi biolääketieteellisestä, yksilöpsykoterapeuttisesta ja perheterapeuttisesta tutkimusotteesta (Joukamaa & Heikkinen

1999: 550). Joukamaa ym. korostavat mielenterveyden häiriöiden tutkimisen ja mittaamisen yhteydessä tutkijan käyttämien käsitteiden ja käsitejärjestelmien merkitystä ja niistä sopimista.

Rauhala (1981: 20–21) on hahmotellut psykiatrian perustaksi ontologisen teorian, jonka filosofisena lähtökohdana on inhimillisen kokemusmaailman subjektiivisuus ja ainutkertaisuus. Tieteen tärkeimpiä kriteereinä on yleensä kommunikaation mahdollisuus, ”käsitteellisen yleisen” taso (Rauhala 1981: 20). Mutta jos tutkimuksen ajatellaan palvelevan sitä ihmistä, jota se koskee, eikä alan muita asiantuntijoita, voi tutkimuksen strategia Rauhalan mukaan olla toisenlainen. Jotta ei vieraannuttaisi siitä primaarista ja ainutkertaisesta kokemuksesta, jota merkitystilanteella psykiatriassa tarkoitetaan, Rauhala (1981: 26–27, 34–36; 22.5.2000) jakaa ihmisen ulottuvuuksiltaan kolmeen olemisen perusmuotoon, jotka toimivat toistensa ehtoina: ihminen on kehollinen, tajunnallinen ja elämäntilanteeseensa kietoutunut olento. Kehollisuudella Rauhala (1981: 24–25, 27, 30–31; 1997; 22.5.2000) tarkoittaa ihmisen reaalistumista orgaanisessa tapahtumisessa, tajunnallisuudella reaalistumista kokemisessa ja elämäntilanteella eli situationaalisuudella reaalistumista suhteessa ympäröivään maailmaan, muun muassa yhteiskunnassa vallitseviin normeihin. Psykiatriset kokemukset liitetään teorioinnissa orgaanisten häiriöiden kanssa sairauden peruskategoriaan. Rauhala (1981: 24) havainnollistaa psykiatriassa mahdollista loogista sekavuutta seuraavasti:

”Jos potilaalla on orgaaninen sairaus ja hän lisäksi kokemuksessaan ymmärtää sairautensa virheellisesti, esim. harhaisesti, ei niissä tietenkään ole kyseessä samaa tyyppiä oleva ilmiö, joka voitaisiin nimetä yhteisellä termillä. Edellisessä on kyseessä sairaus ja jälkimmäisessä sairauden virheellinen ymmärtäminen. Jos molemmat edellytetään sairaudeksi, merkitsee se sitä, että sairaus on sairauden kohteena ja sairaus käsitteellistää sairauden. Pahempaa loogista sotkua ei tietenkään enää voi kuvitella. – – Ilmiöt pitäisi nimetä – – siten, että ongelmien perusluonne kävisi siitä välittömästi ilmi. Kokemuksen epäsuotuisuuden yhteydessä ei siksi pitäisi puhua lainkaan sairaudesta.”

Käyttäytyminen ja mielisairaudet ovat Rauhalan (1981: 1–, 23–) näkemyksen mukaan psykiatrian paradigmoina epäadekvaatteja; tilalle hän tarjoaa inhimillisen kokemisen erilaisia esiintymismuotoja eli merkityksen ongelmaa väljästi, syvästi ja monitasoisesti ymmärrettynä.

Vertailevan filosofian kannalta kahdeksi tärkeimmäksi ongelmaksi nousevat todellisuuden ja kielen välinen suhde sekä inhimillisen toiminnan luonne. Näistä ensin mainittua Feer (1987: 1, 6, 31) pitää psykiatrian perusongelmana. Kielen, käsitteen ja todellisuuden keskinäiseen suhteeseen viittaa myös Huttunen (1999: 107) todetessaan skitsofrenian käsitteen olevan “osa psykiatrisen diagnostiikan kielipeliä, joka voi olla yhtä näennäistä kuin ‘jäniksen ja siilin kilpajuoksu’”. Käsittelen tarkemmin luvussa 3.2 psykiatrian kielen sekä käsitteiden ja tarkoitteiden välisiä suhteita, joita H. Karlsson (1994a: 18–40) on pohtinut tieteenteoreettiselta kannalta.

Teoriasta johtuu ja siihen vaikuttaa se, että psykiatrit eivät ole aina yhtä mieltä havainnoistaan. Tällöin syy voi Feerin (1987: 1) mukaan olla paitsi tarkasteltavassa kohteessa myös kielessä: “– – das kann an der Sache liegen oder an der Sprache”. Hankaluudet liittyvät varsinaiseen tutkittavaan asiantilaan silloin, kun tarkkailtavana olevat kohteet ovat niin salaperäisiä tai epävakaita, että jokainen näkee niissä jotain muuta, kuin mitä ne ovat. Kun taas kaksi tutkijaa määrittelee ja nimeää eri tavoin saman kohteen, on kysymyksessä kieleen liittyvä eroavuus. Esimerkiksi histologinen preparaatti voidaan määrittellä ja nimetä joko sydänlihakseksi tai tukilihakseksi. Sekä tilanteen arviointi että taudin määrittäminen eroavat toisistaan, kun toinen tutkija Feerin esimerkin mukaisesti pitää maksakirroosia sidekudoksen liikakasvuna ja toinen sen peruskudoksen tuhoutumisena. (Feer 1987: 1.)

Teorian ja havaintojen kompleksisuuden lisäksi psykiatriassa erityinen hankaluus liittyy potilaan ja lääkärin välisen vuorovaikutuksen luonteeseen. Feer (1987: 1) sanoo suoraan, että psykiatriassa tarkkailija usein vaikuttaa tarkkailtavaan; potilas muuttaa ilmaisuaan sen mukaisesti, miten tutkiva lääkäri reagoi. Kahden tutkijan erilaiset käsitykset voivat siten hänen mukaansa perustua erilaisiin huomioihin ja olla kummatkin täysin asiallisia. Niskanen (1982: 179–180) luonnehtii psykiatrian sekä perinteisen lääketieteen ja muun länsimaisen empiiris-positivistis-humanistisen tieteen ajattelutapojen eroja. Psykiatria ei voi noudattaa yksinkertaistettua, mekaanista kausaliiteettiperiaatetta: potilas tutkitaan, tulosten perusteella määrätään diagnoosi, joka edelleen määrää hoidon. Psykiatriassa tutkija, diagnoosin tekijä ja hoidon toteuttaja ovat yleensä sama henkilö. (Niskanen 1982:

179–180.) Terapeutti joutuu hoidon instrumenttina väistämättä mukaan vuorovaikutussuhteeseen potilaan kanssa. Hänen persoonalliset ominaisuutensa ja ongelmansa tulevat pakosta mukaan hoitotapahtumaan. (Lehtonen 1994b: 121; Niskanen 1982: 179–180.)

Kuten edellä kävi ilmi, psykiatrian käsitteet määritellään usein epätarkasti ja eri koulukunnissa toisistaan poikkeavin tavoin. Lisäksi potilaan psykologista tilannetta voidaan arvioida monella tapaa. Lönnqvist (1999) painottaa, että on “äärimmäisen tärkeätä muistaa, että jokaisen potilaan ainutkertaista tilannetta tulee tutkia mahdollisimman monipuolisesti ja tarkoituksenmukaisesti”. Psykiatriassa pätee sama kuin lääketieteessä yleensä: ei ole olemassa täsmällisiä ja muuttumattomia tautien määritelmiä, vaan käsitteet ovat sopimuksenvaraisia ja suhteellisia. Tästä on selkeänä osoituksena verenpainetaudin raja-arvoista käytävä keskustelu. (Lönnqvist 1999: 31, 34.) Jos ja kun määritelmällisiä eroja syntyy, niiden voidaan katsoa olevan myös kieleen liittyviä. Feerin (1987: 1) mukaan tämältyyppisistä kielellisistä eroavuuksista on muilla tieteenaloilla ja esimerkiksi sisätautien erikoisalalla mahdollista päästä yksimielisyyteen konventioiden avulla.

Mutta miksi psykiatriassa on vaikeampi kuin muilla tieteenaloilla turvautua sopimukseen? Feer (1987: 1) antaa esimerkin: Laskimoveri voitaisiin määritellä sydämeen virtaavaksi vereksi. Mutta on sovittu, että laskimoveri määritellään vereksi, joka sisältää korkeintaan 50 prosenttia hemoglobiinia. Tällöin keuhkovaltimot sisältävät laskimoverta. Vastaavanlaisen analogian mukainen, sopimukseen perustuva määrittely ei sovellu psykiatrian käsitteisiin, vaan on olemassa mitä ilmeisimmin erityisiä kielen konventioihin liittyviä esteitä. (Feer 1987: 1.) Hasan (1986: 179–180) toteaa kuvaavasti: ”Psychiatry is quite married to the inherited language of the culture in all its abstractness”.

Tieteen tehtävänä on tutkia todellisuutta ja puhua siitä. Feer (1987) tyypittelee erilaisia olemassa olevia lausumia kirjallisuuden avulla. Lausumat voivat olla luonteeltaan tosia tai epätosia. Ne voivat olla myös merkityksettömiä, mutta silti mielekkäitä, paradoksaalisia tai vajaita. Erilaiset kertomukset esimerkiksi ovat sisällöltään oikeita tai väärinä, mutta silti ne herättävät viehtymystä kuulijoissa. Tai runoilija valitsee mielivaltaisesti maisemasta kuvattavat sivuelementit ja jättää pääosan yksinkertaisesti pois. Tieteellisten tekstien

tehtävänä – psykiatria mukaan lukien – ei ole kuitenkaan viehättää lukijaa, tehostaa keinotekoisia todellisuutta tai synnyttää tunneperäisiä suhteita ihmisten välille, vaan tarkoituksena on ilmaista koettavissa olevia asiasisältöjä paikkansa pitävin lausumin. (Feer 1987: 2.)

On syytä korostaa, että käsitteet ja havainnot ovat aina suhteellisia, epätäydellisiä abstraktioita maailmasta; tarkoitus ratkaisee, mitkä piirteet ja yksityiskohdat kulloinkin valitaan mallittamaan todellisuuden monimutkaisuutta (Sowa 1983: 344). Ei edes ihmisen ruumiin ja muun maailman tai elämän ja kuoleman välinen raja ole aina yksiselitteinen. Elämän ja kuoleman välisen rajan epäselvyys hämmentää eri tavalla esimerkiksi lääkäriä, juristia, poliitikkoa ja pappia. (Sowa 1983: 344.)

Feer (1987) jatkaa pohdiskeluaan kysymällä, minkä tyyppisiä kliinisen psykiatrian tuottamat lausumat ovat. Ensinnäkin kysymykseen tulevat tieteelliset lausumat tosiasioista, jotka voidaan tutkimalla ja havaintoja tekemällä todistaa oikeiksi tai vääriksi. Tällaiset toteamukset kertovat esimerkiksi lääkehoitoihin liittyvistä tunnetuista sivuvaikutuksista (lihominen on yleinen litiumhoidon sivuvaikutus). Toisaalta kliininen psykiatria on tekemisissä psyykkensaisäisten tapahtumien kanssa ja joutuu puhumaan niistä. Monet psykiatrian käyttämistä ilmauksista merkitsevät Feerin mukaan juuri tällaisia tapahtumia (*mielenliikutus, aggressio, päihtymys, huumeriippuvuus, pelko, maltillisuus, depressio, autismi* jne.). Esimerkiksi depressiivistä mielialaa ei ole mahdollista nähdä, toisin kuin vaikkapa aortan repeytymän tyyppinen vaurio, joka voidaan nähdä leikkauspöydällä. (Feer 1987: 3.) Depressiota ei voida myöskään kokeellisesti osoittaa esimerkiksi laboratorioskokein, vaikka erilaisia haastattelumenetelmiä ja arviointiasteikkoja on kehitetty mielenterveyden häiriöiden tunnistamiseksi eli tapausten identifioimiseksi (ks. tark. Joukamaa ym. 1999: 550–554; Lönnqvist 1999: 48–49). Siksi psykiatristen häiriöiden luokittelu ei perustu DSM-järjestelmässä niinkään kokemukseen vaan oireyhtymiin, jotka ilmenevät käyttäytymisenä.

Jos psykiatrian tutkimuskohteita ajatellaan hankalasti tavoitettavina ja tarkasteltavissa olevina mielen sisältöinä eikä niinkään käyttäytymisenä, ne hämmentävät etenkin maallikkoa. Tutkimukseni aineiston diagnoosinimikkeistä mainittakoon esimerkkeinä psyykkensaisäisiin

tapahtumiin viittaavista termeistä seuraavat (alaindekseistä käyvät ilmi tautiluokitusten sivut, joilta termit on poimittu):

- (3) *ahdistushysteria*_{ICD-10, 211}; *depersonalisaatiohäiriö (minuudenkatohäiriö)*_{DSM-III-R, 36, 77}; *frigidi-teetti*_{ICD-10, 221}; *harhaluuloisuushäiriö*_{ICD-10, 200}; *DSM-III-R, 28*; *identiteettihäiriö*_{ICD-10, 241}; *DSM-III-R, 61*; *kulttuurisokki*_{ICD-10, 213}; *mania*_{ICD-10, 203}; *orgasmivaikeus*_{ICD-10, 222}; *painajaisunet*_{ICD-10, 221}; *paniikkihäiriö*_{DSM-III-R, 78}; *persoonallisuushäiriö*_{ICD-10, 224}; *DSM-III-R, 38*; *rajatilapersoonallisuus*_{ICD-10, 225}; *rajatilaskitsofrenia*_{ICD-10, 200}; *rajatilatyyppi*_{ICD-10, 75}; *sanakuurous*_{ICD-10, 234}; *rajatilamustasukkaisuus*_{ICD-10, 241}; *sivupersoonahäiriö*_{ICD-10, 74}; *DSM-III-R, 33*; *skitsofrenia*_{ICD-10, 198}; *DSM-III-R, 78* ja *unihäiriö*_{DSM-III-R, 53}.

Esimerkiksi depersonalisaatiohäiriön keskeiset kriteerit ilmaistaan seuraavasti: 1) kokemus irtautumisesta sekä kokemus omien ajatusten tai ruumiin ulkopuolisena tarkkailijana olemisesta sekä 2) kokemus konemaisuuden tunteesta tai ikään kuin unessa olemisen tunteesta (DSM-III-R 1991: 36). Pidempi luettelo termeistä, joiden kohdalla maallikko saattaa pohtia kysymystä, ”mitä henkilön päässä liikkuu”, on esitetty liitteessä 2. Edellä luetellut termiesimerkit ovat yksisanaisia. Valtaosa aineistoni koko terminmäärästä on kuitenkin sanaliittoja, joiden osina esiintyvät sellaiset metaforiset termit kuin *psykoosi* ja *neuroosi* sekä *päihderiippuvuus*, *juoppohulluus* ja *autismi*. Tällaiset ilmaukset ovat psykiatrian keskeistä sanastoa. Ne ovat olemassa, ja niitä voidaan pitää riittämättöminä ja kyseenalaisina, mutta niistä tuskin on mahdollista luopua. Niiden luonnetta on sen sijaan mielekästä pohtia monelta eri kannalta.

Mistä sitten esimerkiksi depression eli masennuksen tunnistaa? Millaisesta ilmiöstä on kyse, eli mitä pyritään nimeämään? Feer (1987) esittää analogiamallin: tunnistaminen tapahtuu ilmeisesti tai ainakin näennäisesti siten, että tehdään päätelmiä toisen henkilön psyykkensisäisestä alavireisestä tunnetilasta. Filosofin Bertrand Russel on kuvannut yleisesti tällaista tapahtumaa seuraavan esimerkin avulla: ”Subjektiiivisesti itseäni tarkkailemalla tiedän, että A on ajatus tai tunne ja se aiheuttaa B:n. B on kehon avulla tapahtuvaa toimintaa kuten esimerkiksi väite. Tiedän myös, että niin kauan kuin B on oman kehon toimintaa, A on sen aiheuttaja. Nyt voin tehdä havaintoja B:n tyyppisestä toiminnasta myös silloin, kun se tapahtuu muiden kehossa, ei vain omassani. Tästä päättelen, että A on olemassa. Edelleen päättelen, että myös muilla ihmisillä ruumis on yhteydessä sielun-

elämään, joka minulla on fyysisten ominaisuuksien tapaan samanlainen kuin muilla ihmisillä.” Feer esittää vielä lisäesimerkin: kykenemme tekemään päätelmiä toisen ihmisten psyykkensisäisistä tapahtumista samaan tapaan kuin päättelemme lämpötilan elohopeapatsaan korkeudesta. (Feer 1987: 3.)

Lehtonen ym. (1999) käyttävät masennusta kuvatessaan ilmauksia: *jähmettyminen, itseään toistaminen ja umpikujaan ratautuminen*. Tervettä mieltä kuvaavina ominaisuuksina he esittävät oman kokemusmaailman aitouden ja todellisuudentajun säilyttämisen. Tämä puolestaan perustuu kykyyn kokoa elämä “uutena ja tuoreena hetkestä, tunnista ja päivästä toiseen – ja pidempinäkin jaksoina”. Psyykkinen kimmoisuus ja yksilöllinen luovuus vuorovaikutustilanteissa ja henkilökohtaisessa tunneilmaisussa sekä kyky suojautua haitallisilta tekijöiltä myös vaikeissa oloissa kuvaavat hyvää mielenterveyttä. (Ks. tark. Lehtonen ym. 1999: 15–17.) Kuten aikaisemmin totesin, mielenterveyden olemus muuttuu jatkuvasti ja on osin määrittelemätön ja tuntematon. Siksi se on käytännössä ikään kuin pysäytettävä paikoilleen, jotta sitä voitaisiin tarkastella.

Edellä selostettua toisen ihmisen tunteiden tulkitsemisen perustuvaa analogiamallia vastaan on esitetty kritiikkiä. Induktiivinen, itse koettuun perustuva näkemys on liian kapea, jotta siitä voisi tehdä yleisiä päätelmiä. Vaarana ovat myös kehäpäätelmät: lausuman merkityksen (esim. ”minulla on kipuja”) täytyy selvitä samaisesta lausumasta. Niin kauan kuin analogiamallia ei voi selittää, se jää menetelmänä perusteettomaksi, kuten kipuesimerkki osoittaa. On kuviteltava toisen kipua, jota itse ei voi tuntea, sen perusteella, miltä kipua itsestä tuntuu. Kritiikkinä analogiamallia vastaan on edellisen lisäksi esitetty, että se ei salli edes ilmausta ”minulla on kipuja”. Ilmaus on mallin mukaan mieleton, koska kipua on yksityinen tapahtuma, jonka voi vain itse kokea ja joka ei ole muiden tavoitettavissa. Korkeintaan voidaan sanoa, subjektia mainitsematta: ”kipua on (olemassa)”. Toisen ihmisen psyykkisiä tapahtumia voidaan ymmärtää ainoastaan aistimusten kautta, tietoa niistä ei voi saada. (Feer 1987: 3–4, 14; Wittgenstein 1981: 147–148.) Arkisessa käytännön työssä toisen ihmisen psyykkisiä tapahtumia voidaan ymmärtää ilman teoreettisia pohdintoja; yhteinen kokeminen ja välitön toisten tunteiden ja ajatusten tajuaminen eivät tuota Feerin (1987: 20) mielestä ongelmia.

Toisten ihmisten ja oman itsen ymmärtäminen on keskeistä inhimillisessä elämässä. Metaforia tutkineet Lakoff & Johnson (1980) tarkastelevat vanhoja myyttejä, jotka koskevat toisaalta objektivistista ja toisaalta subjektivistista tapaa hahmottaa todellisuutta. Objektivismi heijastaa inhimillistä tarvetta ymmärtää ulkoista maailmaa, jotta siinä olisi mahdollista toimia tyydyttävästi. Subjektivismi puolestaan tarkastelee ymmärtämisen sisäisiä аспекteja, sitä mikä on yksilön kannalta merkityksellistä ja arvokasta. Molemmille tarkastelutavalle on yhteistä ihmisen näkeminen erillään ympäristöstään. (Lakoff ym. 1980: 229.) Lakoff ym. (1980) yhdistävät nämä näennäisesti vastakkaiset näkökulmat puhumalla kokemuksellisuuteen perustuvasta, näkemyksestä, jonka keskeisenä piirteenä on **ihmisen hahmottaminen osana ympäristöään**. Totuus on riippuvainen vastavuoroisesta ja luovasta ihmisten ja ympäristön välisestä ymmärtämisestä, joka ilmenee siinä, miten maailma toimii. Kokemukselle tarjoavat rakenteita ja metaforisia hahmoja ruumiillisuus sekä fyysinen ja kulttuurinen ympäristö. Kokemuksellisuuteen perustuva ymmärtäminen tarjoaa rikkaamman näkökulman esimerkiksi itseymmärryksen liittyvillä aloilla. (Lakoff ym. 1980: 229–231.)

Luvun 2.4 lopussa viittasin antipsykiatrian edustajana tunnetun Szaszin (1975: 275) ajatuksiin. Hän on valmis romuttamaan myyttinä koko mieltä koskevan sairauden käsitteen. Rauhalan (1981: 24) tavoin myös Szaszin mielestä sairaus (*“disease or illness”*) voi koskea ainoastaan kehoa. Mielisairaus (*mental illness*) on metafora; mieli voi olla sairas vain kuvaannollisessa mielessä. Szaszin (1975: 276) äärimmäisen jyrkkä suhtautuminen psykiatrian toimintaan käy ilmi seuraavasta:

“There is no medical moral, or legal justification for involuntary psychiatric interventions, such as ‘diagnosis’, ‘hospitalization’, or ‘treatment’. They are crimes against humanity.”

Siinä, missä Szasz liittyy psykiatriset diagnoosit rikoksiin, Rauhala (1981: 24; 22.5.2000) kysyy, voivatko merkitykset [tai oikeastaan tulkinnat niistä; U.-H. K:n huomautus] ylipäänsä olla sairaita, vai olisiko niiden poikkeavuutta nimitettävä jotenkin muuten. Tällöin joudutaan pohtimaan, kenen mielestä ja missä suhteessa käyttäytymiselle annettu merkitys on poikkeavaa tai sairasta.

Szaszin (1975) tavoin Feer (1987: 4, 23–24, 52) turvautuu metaforan käsitteeseen tarkastellessaan psykiatrian kieltä. Hän viittaa Wittgensteinin (1981: 147–) seikkaperäiseen omaa ja toisen kipua koskevaan pohdintaan, joka osoittaa, että kysymyksessä ei ole mikään helppo tehtävä. Feerin (1987) siteeraamassa esimerkissä oletetaan, että usealla ihmisellä on laatikko, joka sisältää jotain, jota nimitetään kovakuoriaiseksi. Kenelläkään ei ole kuitenkaan mahdollisuutta katsoa toisen laatikkoon, ja jokainen sanoo tietävänsä vain oman kuoriaisensa ulkonäön perusteella, mikä kovakuoriainen on. Voi olla kuitenkin mahdollista, että jokaisella on laatikossaan jokin muu eläin tai esine tai että laatikko on tyhjä. Toisen tuntemien kipujen kuvittelemisen oman mallin mukaan on hankalaa, ellei mahdotonta. (Feer 1987: 4.)

Ihmisen kokemukset suodattuvat kielen kautta (Hasan 1986: 178). Psykyen sisältöjen kuvaamisessa ja niihin eläydyttäessä voidaan joutua kohtaamaan monenlaisia kielellisiä vaikeuksia (Feer 1987: 4). Joka tapauksessa tällaisten asiasisältöjen kielelliset ilmaukset täytyy muotoilla erityisen huolellisesti. On nimittäin olemassa vaara, että psykiatriset lausumat ovat asiallisesti vääriä, mutta siitä huolimatta ne hyväksytään. Onnistuessaan metafora voi muistuttaa kokemuksesta, jota ei ole mahdollista ilmaista sanallisesti. Sellainen metafora – sinänsä onnistunut – joka johtuu kielen vajavaisuudesta, saatetaan kuitenkin ottaa käyttöön ja pitää sitä asiasisällön todellisena kuvauksena. (Feer 1987: 4.) Feer (1987: 4, 52) korostaa erityisesti seuraavaa: “Eine Metapher ist aber keine Beschreibung des wirklichen Sachverhaltes”. Metafora ei kuvaa eikä selitä todellisuutta, muuten se ei olisi mikään metafora, se tekee todellisuuden korkeintaan ymmärrettävämmäksi. Lakoff ym. (1980) korostavat metaforan luonnetta käsitteen, ei pelkästään kielen ominaisuutena.

Seuraavassa on esimerkkejä aineistoni tautiluokituksen metaforisista ilmauksista (ala-indekseistä käyvät ilmi tautiluokituksen sivut, joilta termit on poimittu):

- (4) *ahdistustila*_{ICD-10, 210}, *endogeeninen* ‘sisäsyttyinen’ *psykoottinen masennus*_{ICD-10, 207}, *riippuvuusoireyhtymät*_{ICD-10, 192, 194 jne.}, *vieroitusoireet*_{ICD-10, 192, 194 jne.}, *frigiditeetti*_{ICD-10, 221} ‘sukupuolinen kylmyys’, *skitsofrenia*_{ICD-10, 198}; DSM-III-R, 78 ‘jakomielitauti’ sekä nykyään vanhentuneina pidettävät *heikkomielisyydet*_{ICD-10, 232}, *tylsämielisyydet*_{ICD-10, 232} ja *vähämielisyydet*_{ICD-10, 232}.

Vaikka klinisen psykiatrian tutkimia kohteita ei voi ilman muuta rinnastaa muun lääketieteen ja biologian vastaaviin, se kaikesta huolimatta tukeutuu toiminnassaan diagnooseihin ja terapiaan (Feer 1987: 4–5). Koska monet psykiatrian asiasisällöt poikkeavat sellaisista tapahtumista kuin esimerkiksi aortan repeytymä, ei niistä voi myöskään käyttää samantyyppisiä ilmauksia. Lääkeihottuma on mahdollista kuvailla aivan eri tavalla kuin masennus. Kuvatessaan subjektiivisia asiasisältöjä klinisen psykiatrian kieli on toisenlaista verrattuna muiden tieteenalojen kieliin. On syytä kysyä, voidaanko ihmisen sieluun liittyvistä ilmiöistä ylipäänsä puhua, ja miten niistä puhutaan. Ilmeisenä vaarana on joutua kielellisesti hakoteille. Jos sielu, tahto, äly ja järkevyyys nähdään erillisinä ihmismäisinä ilmiöinä tai olentoina (henkilöinä henkilöissä, ”pikkuihmisinä”, la *homunculi*), sekoitetaan toisiinsa asioiden toisaalta itsenäinen ja toisaalta episodimainen ilmeneminen. (Feer 1987: 4–5.) Feer (1987: 5–6) esittää konkreettisen esimerkin: Oxfordin yliopistoa ei ole olemassa itsenäisenä ja erikseen collegeiden, urheilukenttien, museoiden ja laboratorioden rinnalla. Hän sanoo oikeastaan koko psykiatrian kielen ja sen termien vaikeutena olevan se, että tarkoitteita ei voi tässä tapauksessa kovin helposti osoittaa. Siksi tämän tieteenalan ongelmista on ensisijaisesti tutkittava, etteivät ne johdu vääränlaisesta kielenkäytöstä. (Feer 1987: 6, 31.)

Psykiatrian perusproblematiikka on paitsi kognitiivinen myös semanttinen. Siihen liittyvät olennaisesti affektiiviset ja emotionaaliset tekijät sekä nimenomaisena ilmenemismuotona vuorovaikutuksellisuus. Tunne-elämän monimuotoisuuden ymmärtäminen ja tiedostaminen on käytännön vaikeuksista huolimatta tärkeää. Tunneälyn (*emotional intelligence*) tutkijat painottavat ajattelun tunnepohjaisuuden tunnistamista sen ohella, että tunteita havaitaan, ymmärretään sekä osataan kielellisesti kuvata ja säädellä. (Raitasalo 2001: 25.)

Esitän lopuksi yhteenvedon psykiatrian ja sen ammattikielen erityisluonnetta käsittelevästä luvusta. Psykiatrian kieli poikkeaa muiden tieteenalojen kielestä siinä, että sen tarkoituksena on kuvata subjektiivisia asiantiloja silloin, kun niihin liittyy usein kompleksisia, monista ulkoisista ja sisäisistä tekijöistä johtuvia ongelmia. Ilmaisun, tajunnan ja siihen perustuvan käsitteistyksen sekä kielenulkoisen todellisuuden suhde on monessa mielessä hankala, varsinkin kun usein kokonaan sanoittamattomissa olevat tarkastelun kohteet ovat

vaikeasti tavoitettavia ja tiedostettavia myös muilla keinoin.

Lääketiede turvautuu usein erilaisiin konventioihin tutkittavia kohteita nimetessään. Kielen vajavuudesta ja tarkastelun kohteen monimutkaisuudesta johtuu, että psykiatriassa saateen käyttää myös epäonnistuneita nimityksiä pohtimatta riittävästi niiden todellista asiasisältöä. Metaforaan turvaututaan, kun kielen ja sen ulkopuolelle jäävän todellisuuden välistä kuilua pyritään silloittamaan. Metaforat voivat mahdollistaa sellaisen kokemuksen ilmaisemisen, joka muuten olisi sanallisesti mahdotonta. Psykiatriassa voidaan tukeutua myös ulkoisesti havaittavien oireiden kuvaukseen, kuten uusimmissa tautiluokituksissa, etenkin DSM-III:ssa, on tehty. Ymmärtämisen ja määrittelmisen vaikeus tuntemattoman edessä sekä olemisen virran pysäyttämisen keinotekoisuus koskevat mielenterveyden ohella erityisesti sen häiriintymistä, kun pohditaan näiden käsitteiden olemusta sekä niiden kuvaamisen ja nimeämisen mahdollisuuksia ja tapoja.

3.2 Kielen, tajunnan ja todellisuuden monimutkainen suhde

Mielenterveyden erilaisten häiriöiden ja niiden nimeämisen ymmärtämisen helpottamiseksi on syytä tarkastella kielen ja sen "ulkopuolelle" jäävän todellisuuden suhdetta tieteen-teoreettiselta kannalta. Tutkimusongelma hahmottuu, kun psykiatrian kohteita ajatellaan eritasoisina ilmiöinä eli termiopin tapaan tarkoitteina, käsitteinä ja termeinä. Kysymys on toisin sanoen kielen, tajunnan ja todellisuuden keskinäisistä suhteista. Voidaan puhua myös sanasta ja sen merkityksestä sekä näiden suhteesta maailmaan. Tällainen monitasoisuus monitahoistuu entisestään, kun kielen ja psykiatrian suhdetta tarkastellaan kielen funktioiden kannalta (ks. luku 3.3.4).

3.2.1 Termiopin ja tieteenteorian tasot psykiatriassa

Tarkastelen seuraavaksi erilaisia näkökulmia ja tasoja, joiden avulla psykiatria voidaan analysoida sekä kielitieteen että tieteenteorian kannalta. Siitä, miten kieli ja sen ulko-

puolelle jäävä reaali maailma sekä tästä saatava tieto suhtautuvat toinen toisiinsa, on hahmoteltavissa monimuotoisia ja monitasoisia näkemyksiä. Kun tutkitaan esimerkiksi jonkin erikoisalnan spesialisoitunutta kieltä, teknolektia, ja sen toimivuutta, voidaan verrata joko eri kieliä kontrastiivisesti keskenään tai lähtökohdaksi voidaan ottaa tieteen- teoreettinen näkökulma ja ikään kuin kysyä, millainen on erikoisalnan tapa ajatella (Laurén ym. 1987: 73, 77). Kielitiede tutkii kieltä ja psykiatria mielenterveyttä ja sen häiriintymistä. Tieteenfilosofian tehtävänä puolestaan on tutkia kielitiedettä, psykiatria ja muita erityistieteitä. Voidaan puhua paitsi metakielestä, myös metakokemuksesta (Feer 1987: 18–19). Olemassaoloon yleisesti liittyviä kysymyksiä, olevaisen olemusta ja perussyitä, tutkii yleinen metafysiikka eli ontologia (NSS 1973). Antipsykiatriisiin näkemyksiin viitaten voi mielestäni kysyä, onko psykiatrisia sairauksia olemassa, onko ne mahdollista määritellä tieteellisesti ja onko niille olemassa syitä (vrt. Rätty 1987: 24).

Termiopillisessa lähestymistavassa analyysi rajataan perinteisesti kolmelle tasolle, kuten olen esittänyt taulukossa 1. Nämä tasot ovat 1) kielenulkoinen, ilmiöiden eli tarkoitteiden taso (onttinen taso), 2) ajatteluun ja mielikuviin perustuva käsitetaso sekä 3) ilmaisun taso, jonka kielellisiä tunnuksia ja kuvauksia ovat termit ja määritelmät (ks. Nuopponen 1994: 63–66). Myös erikoisalnan tekstit edustavat ilmaisun tasoa. Tämän tason tunnuksia voivat olla termien yhteydessä tai itsenäisesti käytettyjä numero- ja kirjainyhdistelmiä, kuten lääketieteellisissä tautiluokituksissa on tapana (esim. F20.4 *skitsofrenian jälkeinen masennus*). Palaan näihin käsitteisiin tarkemmin termiopillisen analyysin tasoja käsittelevässä luvussa 4.5.

Taulukko 1. Termiopillisen analyysin tasot.

Ilmaisun taso	termit ja määritelmät; tekstit koodit
Käsitetaso	käsitteet
Onttinen taso	tarkoitteet

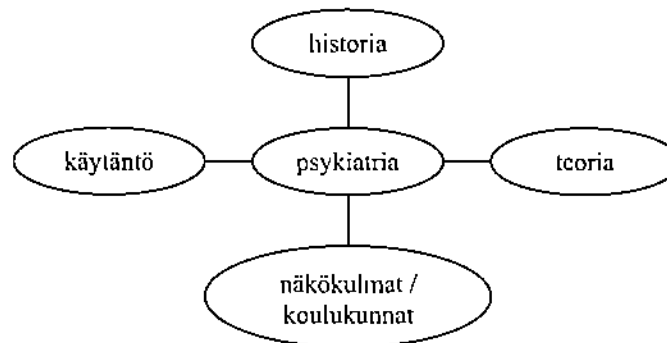
Kielenulkoisen todellisuuden ilmiöistä tarkastelun varsinaisena kohteena, objektina eli tarkoitteena, on tässä tutkimuksessa mielenterveyden häiriö eri ilmenemismuotoineen. Tutkimusmetodini ei keskity pelkästään kielen tason tutkimiseen, vaan painopiste on myös käsitetason ”läpi” tarkasteltavissa olevalla ontillisella tasolla. Siksi tarkoitukseni on seuraavassa luoda katsaus mielenterveyden häiriöitä tutkivan tieteenalan, psykiatrian, filosofisiin ja tieteenteoreettisiin käsityksiin. Myöhemmin luvussa 4.6 hahmottelen erilaisia termiopilliseen analyysiin perustuvia teoreettisen tarkastelun tasoja psykiatriassa.

H. Karlsson (1994a: 18–; 1994b: 83–) on käsitellyt tieteenteorian ja todellisuuden välisiä suhteita ja mieleen liittyviä malleja psykiatriassa. Tieteenteoriassa keskeisiä filosofisia käsitteitä ovat toisaalta olevaisen perimmäistä olemusta tutkiva ontologia eli olemassaolooppi ja toisaalta epistemologia eli tieto-oppi tai -teoria. (NSS 1973.) Kaikki tieteelliset teoriat, tutkimusasetelmat ja -menetelmät sekä tieteellisten tulosten tulkinnat sisältävät sekä erilaisia ontologisia perusolettamuksia että epistemologisen kysymyksen, mitä tieto on ja miten sitä voidaan saada. Tällaiset oletukset ja kysymykset voivat ilmetä eksplisiittisesti tai implisiittisesti. Tieteellisten lähestymistapojen taustalla on myös monenlaisia metodologisia perusolettamuksia ja sitoumuksia. (H. Karlsson 1994a: 19, 23.)

Kun erityistieteet tutkivat todellisuuden ilmiöitä, niin tieteenteoriat tutkivat erityistieteitä. Tarkastelen seuraavassa lähemmin erityistieteen ja tieteenteorian keskinäisiä suhteita psykiatriassa, jolle on tunnusomaista sitoutuminen moniin eritasoisin järjestelmiin, joiden välillä vallitsee kuitenkin lainomaisia yhteyksiä (Kamppinen 1994: 41, 47). Jotta jokin systeemi tulisi ”luetuksi mukaan maailman kalustukseen”, sen on käytäydyttävä lainomaisesti (Kamppinen 1994: 47). Tieteilijöille tasolle kuuluvia järjestelmiä luonnehtivat erilaiset mallit. Tällaiset lait, teoriat ja hypoteesit toimivat kriteereinä arvioitaessa kyseisen tason ominaisuuksia. Kysymyksen olemassaolosta ja siitä, mitä siihen kuuluu, on vain tiedeyhteisöjen ratkaistavissa. Käytännössä tämä tapahtuu niiden systemaattisessa vuorovaikutuksessa todellisuuden kanssa. (Niiniluoto 1999: 37; Kamppinen 1994: 47.) Tieteen tehtävänä on kuvata ja selittää maailmaa. Niiniluoto (1994: 10) korostaa ensisijaisesti todellisuuden ehdoilla tapahtuvan erottelu- ja ilmaisuvoimaisten käsitteiden valinnan merkitystä. – Arkikokemuksen mukainen ajatuksellinen painopiste on ihmisen persoona,

mutta painopistettä voidaan siirtää yli- ja aliyksilölliseen suuntaan. Voidaan kuvata esimerkiksi paikkaa tai rakennusta, jossa ihminen toimii, tai jotain hänen kehonsa yksittäistä elintä. (Kamppinen 1994: 41.) Eri tasojen välillä voi vallita lainomaisia riippuvuuksia, yhtenä lajina esimerkiksi kausaaliset yhteydet, joiden puuttuminen ei kuitenkaan Kamppisen (1994: 48–49) mukaan vähennä psykiatriassa tieteenalan tieteellisyyttä.

Psykiatria ei muodosta tieteenä yhtenäistä kokonaisuutta, vaan sitä voidaan tutkimuskohteena tarkastella sekä käytännön että teorian kannalta (H. Karlsson 1994a: 19). Psykiatria muodostuu käytännössä erilaisista kliinisistä toimenpiteistä, joita historia on muovannut, ja tehtävistä, joiden toteuttaminen on sosiaalisesti määriteltyä (ks. luvut 2.1 ja 2.2). Edellä mainittujen käytännön, teorian ja historian lisäksi psykiatria vaikuttavia tekijöitä ovat kuviossa 3 esitetyt erilaiset tarkastelunäkökulmat, jotka käytännössä tarkoittavat psykiatrian koulukuntia kuten esimerkiksi biologista psykiatriaa (ks. luku 2.3).



Kuvio 3. Psykiatrian tarkasteluun vaikuttavat tekijät.

Kuvion 3 avulla olen halunnut havainnollistaa psykiatrian sekä sen käsitteiden ja kielen tarkasteluun vaikuttavien tekijöiden historiallista ja pragmaattista luonnetta. Psykiatriassa vain osa on tieteellistä toimintaa ja tieteellisiin tuloksiin perustuvia tekoja. Tieteellinen psykiatria sisältää sekin erilaisia ja monitahoisia teorioita, kuten luvussa 3.1 kävi ilmi. (H. Karlsson 1994a: 19.) Todellisuuden ilmiöistä psykiatrian tutkimuskohteina H. Karlsson (1994a: 20) luettelee muun muassa neurobiologiset ilmiöt, psyykkiset prosessit, vuorovaikutussuhteet tai sosiaalisen todellisuuden (taso I). Tällä ensimmäisellä tasolla liikutaan järjestelminä esimerkiksi keskushermostoon, yksilöön ja perheeseen liittyvien

kysymysten parissa. Terveiden ja sairauden ymmärtämiseksi on toisin sanoen otettava huomioon biologisesti, psykologisesti ja sosiaalisesti relevantti taso. (H. Karlsson 1996: 64.) Lisäksi H. Karlssonin (1996: 68) mukaan on tärkeää huomata, että ei vain eri sairauksissa vaan myös samassa sairaudessa eri ihmisillä ja eri tilanteissa tasojen painoarvo saattaa vaihdella.

Tieteellistä tutkimusta ja sen teknistä soveltamista ovat lääkehoito ja erilaiset terapiat, vuorovaikutuksen käsitteistö ja sosiaalipsykiatrinen toiminta malleineen ja tutkimuksineen (taso 2). Käsitteellinen taso 2 eli ns. objektitaso muodostuu hyvin moniulotteiseksi, koska psykiatrian sisällä vallitsevilla tieteenhaaroilla on omat, usein vielä keskenään kilpailevat teoriansa. (H. Karlsson 1994a: 20; vrt. Laurén ym. 1992a: 11.) Objekti- eli 2-tason tapahtumat ovat tieteenteorian tutkimuskohdetta, joten tämän voidaan sanoa itse sijaitsevan edelliseen nähden metatasolla (taso 3). Tällöin puhutaan psykiatriatieteen ontologiasta. Lisäksi voidaan eri tieteenalojen tieteenteoreettisia eli metatieteellisiä käsitteitä tutkia ja verrata keskenään, jolloin tarkastelu tapahtuu ikään kuin metametatasolla (taso 4). (Lesche 1979: 40–41; H. Karlsson 1994a: 19–22.) H. Karlssonin (1994a: 21) esittämän kuvan perusteella muokkaamani taulukon 2 tarkoituksena on havainnollistaa edellä esitettyjä tasoja ja psykiatriaan liittyvän tarkastelun monikerroksisuutta:

Taulukko 2. Teorian, tieteen ja todellisuuden tasot psykiatriassa (vrt. Lesche 1979: 41; H. Karlsson 1994a: 20–21).

Taso 4	yleinen tieteenteoria
Taso 3	psykiatrian tieteenteoria
Taso 2	tiede ja tekniikka psykiatriassa: mallit, käsitteet, käsitejärjestelmät ja hoidot sekä näiden tutkimus
Taso 1	psykiatrian todellisuus: neurobiologiset ilmiöt, psyykkiset prosessit, vuorovaikutussuhteet, sosiaalinen todellisuus

Psykiatrian ongelmaksi muodostuu H. Karlssonin (1994a) mukaan se, että varsinkin tavallisessa keskustelussa tasot usein sekoittuvat. Todellisuuden ilmiöistä ja niistä tehdyistä havainnoista (taso 1) sekä teoreettisista käsitteistä (taso 2) puhutaan ilman, että huomataan niiden sijaitsevan eri tasoilla. Siksi joudutaan painokkaasti kysymään, viittaavatko teoreettiset kysymykset ylipäättänsä todellisuuteen vai ovatko ne vain ajattelun välineitä, eräänlaisia psykologisia ja sosiaalisia konstruktioita. Tämä kysymys saa erityistä painoarvoa psykiatriassa, jonka tieteenteoreettiset sitoumukset ilmaistaan toisistaan poikkeavina sairausmalleina, esimerkiksi luonnontieteellisinä, yksilö- tai vuorovaikutuspsykologisina tai integroituina malleina. (H. Karlssonin 1994a: 22.) Kuten aikaisemmin totesin, myös monenlaisia antipsykiatrisia ja -diagnostisia näkemyksiä esitetään. Psykiatrisen diskurssin ja termiyden ydinkysymysten pohdinnan kannalta on tärkeää kiinnittää huomiota todellisuuden ja teoreettisten käsitysten ongelmalliseen suhteeseen. Se, että erilaisia selitysmalleja käytetään häiriöiden nimityksinä, leimaa oleellisesti psykiatrian kieltä.

Olen esitellyt edellä termiopin analyttisiä tarkastelutasoja sekä tieteen ja tietenteorian keskinäisiä suhteita psykiatriassa. On käynyt ilmi, että kun puhutaan psykiatriasta, puhutaan toisaalta teoreettisista ja toisaalta käytäntöön liittyvistä näkemyksistä. Biologiset, psykologiset ja vuorovaikutukselliset tarkastelukohteet ovat ilmiöinä täysin erityyppisiä, mikä vaikeuttaa näiden ilmiöiden ymmärtämistä ja vaikuttaa niiden nimeämiseen. Käsitteiden seuraavaksi olemassaoloon, tietämiseen ja kieleen liittyviä kysymyksiä ja näkemyksiä yleisesti ja erityisesti psykiatrian kannalta. Kokoan lopuksi luvussa 3.2.2 tutkimukseksi vaikuttavat keskeiset näkökulmat ja ongelmat.

3.2.1.1 Onko ihmisestä riippumatonta todellisuutta olemassa?

Selostan tässä luvussa psykiatrian suhdetta todellisuuteen tietenteorian realistisen suuntauksen näkökulmasta. Tutkimuksen kohteiden jakaminen ryhmiin erilaisin kriteerein on tieteellisen toiminnan ja ihmisen ajatustoiminnan kannalta perustava asia (Riikonen ym. 1994: 352). Tieteenteoreettisessa tutkimuksessa vallitsee useita yleiskäsitteiden luonnetta koskevia suuntauksia. H. Karlsson (1994a: 23–24) jakaa tieteelliset ontologiset lähesty-

mistavat realistisiin ja instrumentalistisiin; jälkimmäisistä seuraa ontologisesti yleensä tietynlainen antirealismi. Kun ontologinen realismi lähtee subjektista riippumattoman todellisuuden ajatuksesta, on ontologisen antirealismen ydin ajatuksessa, että havainnoijasta riippumatonta todellisuutta ei ole olemassa. (Ks. tark. H. Karlsson 1994a: 24–25.)

Realistisen näkemyksen mukaan maailmassa on olemassa todellisia ilmiöitä ja luokkia, joita kieli ja sen sanat yksiselitteisesti heijastavat (Feer 1987: 7; Kangasniemi 1997: 30). Psykiatriassa realismi tarkoittaisi sitä, että sen tutkimuskohteet kuten esimerkiksi neuraaliset prosessit, piilotajunta, tunteet, perhe ja erilaiset ryhmät ovat olemassa niistä havaintoja tekävästä tutkijasta riippumatta. Väitetään esimerkiksi, että oireiden nimitykset vastaavat potilaan sairauden oireita realistisesti. (Ks. tark. Feer 1987: 7; H. Karlsson 1994a: 24.)

Jos oireiden nimitykset vastaavat luonnossa olemassa olevia sairauden oireita realistisesti, voidaan sanoa, että sanoilla on yksiselitteiset vastineensa maailman ilmiöissä; kieli on todellisuuden isomorfinen kuva (Feer 1987: 7). Lähelle tätä näkemystä tulee suuntaus nimeltä essentialismi, jota edusti muun muassa Platonin ideaoppi muuttumattomista ja ikuisista "olioista". Tällöin maailmassa olevat yksilöoliot olisivat vain epätäydellisiä heijastumia todellisista olioista, joihin yleiskäsitteet viittaavat. (Ks. Riikonen ym. 1994: 352.)

Sellainen käsitys, että olisi mahdollista ensin tunnistaa potilaan oireet ja sen jälkeen nimetä ne, on Feerin (1987: 7) mukaan naiivia kielellistä realismia. Kielellistä realismia edustaa nuoren Wittgensteinin (1962 [1922]: 39, 43, 189) kielen kuvateoria ja Charles Morrisin (1938 [1970]: 6–) semioottinen kolmijako eli jako muotoon (syntaktiikka), merkitykseen (semantiikka) ja funktioon (pragmatiikka) (ks. myös Juti 2001: 53–54, 82–85). Tällöin kieliopillisen rakenteen ohella tarkastellaan merkin tai sanan suhdetta toisaalta merkittyyneen kohteeseen ja toisaalta tulkitsijoihin. Kaikki, mikä on periaatteessa koettavissa olevaa, voidaan ilmaista kielen avulla. Eli kieli on kokemuksen mukainen, realistinen. Vain realistinen teoria voi jättää huomiotta puhujan ja kuulijan välisen käytännön kielenkäytön ja

harjoittaa puhdasta semantiikkaa. Tätä näkemystä pidetään nykyään toimimattomana. (Feer 1987: 8.)

H. Karlsson (1994a) viittaa realistisen ontologian moniin eri suuntauksiin. Niille on yhteistä se, että eri ilmiöitä tarkastelevat ajattelutavat ovat näihin ilmiöihin nähden realistisessa suhteessa, mutta realismi kohdistuu kuitenkin eri tasoilla oleviin olioihin, jotka siten ovat todellisia eri tavoin. Psykkisten ilmiöiden voidaan esimerkiksi ajatella olevan redusoitavissa eli palautettavissa biologiaan ja edelleen fysiikkaan ja kemiaan, jolloin biologiset ilmiöt ovat todella olemassa, mutta psyykkiset eivät. Tai psyykkisen todellisuuden voidaan ajatella olevan sosiaalisen todellisuuden tuotetta, tai päinvastoin. (H. Karlsson 1994a: 24–25.)

3.2.1.2 Mitä tieto on?

Käsitykset siitä, mitä tieto on ja miten sitä saadaan, eli epistemologiset ja metodologiset kysymykset voidaan olemassaoloon liittyvien kysymysten tapaan jaotella lähtökohdiltaan monin tavoin. Edellisen luvun alussa mainittu instrumentalistinen tietoteoria liitetään usein pragmatismiin, jolloin ajatellaan, että tieto on ongelmanratkaisun väline, joka ei sinänsä ole totta tai epätotta. (H. Karlsson 1994a: 25.)

Oikeaa tietoa saadaan positivistisen ajattelun mukaan mittaamalla eli empiirisin tieteellisin menetelmin. Relativismin mukaan taas objektiivista tietoa ei ole olemassakaan, vaan tieto on paitsi subjektisidonnaista myös sosiaalisesti ennalta määriteltyä tai jompaa kumpaa. (H. Karlsson 1994a: 25–26.) Eri tieteenalojen mielenkiinnon kohteet ja menetelmät poikkeavat siten toisistaan: esimerkiksi luonnontieteiden tekniset intressit ja kokcelliset menetelmät sekä historiatieteen hermeneuttiset intressit ja tulkitsevat menetelmät. Siinä, missä luonnontieteen keskeinen tehtävä on tutkia empiirisesti ja selittää, niin sanotuissa ihmistieteissä pyrkimyksenä on ymmärtää ja tulkita. (H. Karlsson 1994a: 28–31.)

Antipositivistisena metodologisena suuntauksena ymmärtämään pyrkivään hermeneutiikkaan liittyy kuitenkin epäluuloa ja monia ratkaisemattomia ongelmia. Toisaalta myös luonnontieteeseen liittyy ongelmia, koska siihenkin voidaan ajatella sisältyvän ymmärtämistä. Tieteen historia tuntee induktiivisten päätelmien soveltajina Freudin lisäksi myös Einsteinin ja Darwinin. (Alanen 1994: 132–133; H. Karlsson 1994a: 28–32; Revonsuo 1994: 53.) H. Karlssonin (1994a: 32) mukaan ei ehkä ole perusteltua asettaa luonnontieteitä ja hermeneutiikkaa jyrkästi vastakkain. Sillanrakentajana selittämisen ja ymmärtämisen polariteettien välillä voidaan nähdä esimerkiksi kognitiotiede, joka tieteidenvälisenä tutkimusalueena toimii filosofian, neurotieteiden, psykologian, kielitieteen ja tekoälytutkimuksen risteyskohdassa. (H. Karlsson 1994a: 28–32; Revonsuo 1994: 53.)

Psykiatriassa on perinteisesti käytetty monenlaisia tieteellisiä selitysmalleja. Kun lääketieteessä yleisenä ihanteena ovat olleet universaaleihin lakeihin perustuvat kausaaliset selitykset, on psykiatriassa totuttu käytännössä turvautumaan tilastollisiin, intentionaalisiin ja funktionaalisiin selityksiin. Inhimilliset toiminnot poikkeavat luonnon tapahtumista siinä, että ihmisen toiminta perustuu tietojen lisäksi toiveisiin ja uskomuksiin, jotka voivat olla tietoisia tai tiedostamattomia. Nämä intentiot vaikuttavat esimerkiksi ihmisen tckoihin, ja ne on otettava huomioon, kun ihmisen toimintaa selitetään. (H. Karlsson 1994a: 26–27.) Vaikka rajat eri selitystapojen välillä eivät ole jyrkkiä, voidaan yleisesti sanoa, että intentionaaliset selitykset eivät edellytä universaaleja tai todennäköisiä lakeja. Funktionaalisten selitysten ymmärrettävyys puolestaan perustuu niiden kykyyn viitata toiminnan lainomaisiin vaikutuksiin. Esimerkiksi psykoanalyysissä psyyke mielletään systeemiksi, jonka osia ovat sielunelämän persoonaton, tiedoton osa (*id*), minä (*ego*) ja yliminä (*superego*). (Ks. H. Karlsson 1994a: 26–28.)

Luonnontieteiden ja hermeneutiikan välisenä yhteyksien luojana voidaan nykyisen kognitiotieteen lisäksi pitää myös siihen perustuvaa intentiopsykologiaa. Kysymys siitä, miten intentiolla voi olla kausaalista voimaa, ei ole näissä tieteissä voittamaton ongelma. On esitetty analogia, jossa psyykkisten ilmiöiden samanaikaista assosioitumista neuraalisiin prosesseihin ja merkityksiin liittyviin komputationaalisiin sääntöihin on verrattu tietokoneisiin (ks. taulukko 3). (Vrt. H. Karlsson 1994a: 33.)

Taulukko 3. Ihmismielen eri tasot ja tietokone-analogia (vrt. H. Karlsson 1994a: 33).

Semanttinen taso (psyyyke)	Ohjelmat (<i>software</i>)
Symbolinen kapasiteetti	Konekieli (<i>instruction set</i>)
Neuraalinen taso	Rakenne (<i>hardware</i>)

Ihmismielen semanttista tasoa, psyyykettä, verrataan tässä analogiassa tietokoneen ohjelmiin (*software*) ja neuraalista järjestelmää koneen rakenteeseen (*hardware*). Näiden väliin asettuvaa ihmismielen symbolista kapasiteettia on verrattu konekieleen (*instruction set*). Analogialla on rajoituksensa, mutta ihmismielen eri tasojen samanaikaista assosioitumista toisiinsa se H. Karlssonin (1994a: 32–33) mukaan valaisee.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena ei ole käsitellä perusteellisemmin edellä kuvattuja tietoon ja sen saamiseen liittyviä kysymyksiä. Tarkastelu auttaa kuitenkin ymmärtämään psykiatrisen tiedon luonnetta. Maallikkojen psykiatria koskeva tieto on usein vähäistä ja siihen liittyy monia, lähinnä historiallisista ja yhteiskunnallisista syistä johtuvia ennakkokäsityksiä. Kun tutkijoidenkin käsitykset ja teoreettiset taustat poikkeavat toisistaan, ei ole ihme, että maallikko ei voi tietää, onko psykiatria eksaktia lääketiedettä vain epämääräistä uskomustiedettä. Psykiatria tarjoaa joka tapauksessa mahdollisuuksia mielenkiintoisiin, erilaisiin näkemyksiä toisiinsa liittäviin ajattelutapoihin.

Kuten edellä on käynyt ilmi, eri tieteenaloilla on alettu nähdä luontevia yhteyksiä. Tällaisia hedelmöittäviä vaikutuksia on H. Karlssonin (1994a: 32–34; 1996: 66, 69) mukaan myös muun muassa uuden neurotieteen ja kognitiotieteen sekä kognitiotieteen ja psykoanalyysin välillä. Viimeksi mainittua on jopa pidetty osana tulevaa kognitiotiedettä ja sitä on tutkittu tämän tieteenalan käsittein. Luonnontieteiden ja ihmistieteiden välistä kuilua ylittää myös ilmiö, jota on kutsuttu ”alaspäinkausaalisuudeksi”. Tämän ilmiön mukaan tietoisuudella on kausaalisia vaikutuksia neurobiologisiin toimintoihin. (Mp.) Kun on pyritty rakentamaan yhteistä kehystä edellä kuvatuille ilmiöille, on luotu yleinen systeemiteoria (mm. Bunge 1980: 40–44). Siinä maailman katsotaan muodostuvan hierarkkisista kerroksista, joilla

esiintyy toisistaan kvalitatiivisesti poikkeavia ilmiöitä. Tämän teorian keskeisiä käsitteitä on emergenssi, jolla tarkoitetaan sellaisia systeemin ominaisuuksia, joita ei ole sen osilla. (H. Karlsson 1994a: 34; 1996: 64; ks. myös Bunge 1980: 15.)

Myös Popperin ja Ecclesin (1977: 36–38) mukaan todellisuus koostuu eritasoisista maailmoista, jotka ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Niiniluodon (1989: 44; 1990: 15–20) ja H. Karlssonin (1994a: 34–35) tulkintoja yhdistäen mahdollisia maailmoja on seuraavasti luonnosteltuna kolme:

- maailma 1, johon kuuluvat fysikaaliset objektit ja tilat (orgaaninen ja epäorgaaninen luonto)
- maailma 2, johon kuuluvat subjektiiviset kokemukset ja tietoisuuden tilat (ajattelu, mentaaliset tapahtumat, psyyke)
- maailma 3, johon kuuluvat kulttuurievoluution tuotteet kuten tiede, taide, teknologia, inhimillinen kieli jne. (kulttuuri ja yhteiskunta).

Kulttuuriset ilmiöt (maailma 3) voivat vaikuttaa psykologisiin tapahtumiin (maailma 2) ja sitä kautta myös aineelliseen maailmaan (maailma 1) (H. Karlsson 1994a: 34–35). Kulttuurisessa kontekstissa esiintyvät valinnat ja painotukset kertovat, mitä pidetään tärkeänä ja mitkä asiat sivuutetaan (Riikonen ym. 1994: 348). Luokittelu ohjaa ajattelua Riikosen ym. mukaan luokan jäsenten yhteisten piirteiden korostumiseen, esimerkiksi torjuvaan ja kielteiseen suhtautumiseen. Kielteisenä pidetyn kategorian käyttö nimeämällä se johtaa negatiiviseen leimautumiseen, stigmatisaatioon. Lisäongelmia aiheuttaa asioiden automaattinen yhteen liittäminen ja leimautumisprosessien kehämäisyys: ihminen leimataan poikkeavaksi → huomio kohdistuu normaalia helpommin hänen käyttäytymisensä negatiivisiin piirteisiin → huomioita pidetään todisteena leiman oikeutuksesta. (Riikonen ym. 1994: 348.) Kirjoittajat muistuttavat, että myös leimatun itsensä on vaikea olla hyväksymättä kielteistä leimaa, ainakin silloin, jos hän saa toistuvasti negatiivista palautetta.

Esitän lopuksi yhteenvedon ja päätelmiä edellisestä. Psykiatria on monimuotoinen erikoisala, jolle on ominaista, että käytännön tasolla siihen vaikuttavat monenlaiset sosiaaliset tekijät ja se on syntynyt erilaisista perinteistä. Tieteellisesti se perustuu epäyhlytenäiseen

teoriaan. Psykiatriassa käsitteellisellä tasolla, joka on tieteenteorian tutkimuskohdetta, sijaitsee ajatteluun ja vuorovaikutukseen tarvittava käsitteistö. Tällä tasolla sijaitsee myös kieli sekä tiedon hankkimisen ja välittämisen että hoidon välineenä. Ongelmia saattaa syntyä käsitteiden luonteesta. Psykiatriset käsitteet ja niiden kielelliset tunnukset voivat todella viitata todellisuuteen, tai ne voivat olla vain todellisuudesta luotuja ajatusrakennelmia ja selitysmalleja.

Todellisuuden ja siitä havaintoja tekevän subjektin välinen suhde on perusteltua nähdä pragmaattisesti: tieto on ongelmanratkaisun väline, se on havainnoijasta riippuvaista, subjekti- ja ympäristösidonnaista. Tällainen suhteellinen lähestymistapa on psykiatrian perimmäistä olemusta tutkittaessa perusteltua, kun tarkastelun kohteeksi otetaan kieli ja sen käytössä syntyvät merkitykset. Tällaisen ontologisen antirealismen vastakohta on realismi, jonka lähtökohtana on ajatus subjektista riippumattoman todellisuuden olemassaolosta. Jos ajatellaan, että todellisuus on jotain, joka on primaaristi olemassa, saatetaan ajattelussa päätyä umpikujaan, kun tarkastellaan kielen ja sen ulkoisen todellisuuden välistä suhdetta.

3.2.1.3 Ohjaako kieli todellisuutta liikaa?

Toisin kuin maailman todellisiin luokkiin uskova realismi näkee kielellinen nominalismi maailman jäsentyvän ainoastaan kielen avulla; maailma sinänsä, ilman kieltä, on jäsentymätön (Feer 1987: 7). Tämän näkemyksen mukaan ihmisen käyttäytymisestä olisi mahdollista erottaa yksittäisiä, erillisiä aspekteja sairauden oireita nimeämällä. Tarkoitteet, joihin sana viittaa, ovat todellisuudessa olemassa vain yksilöinä; yhteistä niille on pelkästään sama nimi (Kangasniemi 1997: 30). Nominalistinen teoria on Feerin (1987: 8) mukaan aina pragmaattinen, koska “– – die Bedeutung eines Wortes ist sein Gebrauch in der Sprache”. Käyttö on myös se, mikä kielessä on olennaista, kieli on siten käyttäytymistä, toimintaa (Feer 1987: 8–9). Kivun käsite on Wittgensteinin (1981: 190) mukaan opittu kielen avulla, ja Feer (1987: 4, 9) jatkaa luettelemalla muina vastaavina käsitteinä ’ilon’, ’halun’, ’nälän’, ’depression’, ’voimakkaan tunnetilan’, ’ajatuksen’ ja ’ajatushäiriön’ (ks. luku 3.1).

Wittgenstein kuului kielifilosofoihin, joiden tavoitteena oli selvittää maailman olemusta tutkimalla kieltä. Koska kieli puhuu maailmasta, maailmasta voidaan saada tietoa kielen kautta. Teoksessaan *Tractatus Logico-Philosophicus* (1922) Wittgenstein ajatteli vielä kielen maailman kuvaksi, mutta myöhemmin hän muutti jyrkästi näkemystään. Myöhäisfilosofiassaan hän päätyi siihen, että sanojen merkitys selviää vain niiden käytöstä. (Ks. KK 1998: 86: alaviite.) – Kysymystä siitä, luoko kieli maailmankuvamme vai päinvastoin, on totuttu nimittämään kielelliseksi suhteellisuushypoteesiksi eli Sapirin–Whorfin hypoteesiksi. Tämä hypoteesi sisältää deterministisen ajatuksen, jonka mukaan kieli vaikuttaa ihmisen ajattelutapoihin tämän hahmottaessa todellisuutta. Ihmisen mielessä olevat kielelliset systeemit jäsentävät ja paloittelevat maailman ilmiöt sekä järjestävät ne käsitteiksi ja tulkitsevat merkityksiksi siten, kuin puheyhteisössä on – ääneen lausumatta – sovittu (Whorf 1966: 213). Kieli ei vain viittaa ihmisen kokemukseen maailmasta, vaan ihmisen heijastaa tiedostamattaan kielen implisiittiset odotukset kokemustensa kenttään (Sapir 1964: 128).

Suhteellisuushypoteesia on tulkittu monin tavoin. Ahtainta tulkintaa, jonka mukaan ihminen olisi sananmukaisesti äidinkieltensä vanki, on murtanut muun muassa kaksikielisyys (Onikki 2000: 86). Lievemman tulkinnan mukaan kieli pelkästään vaikuttaa ihmisen ajatteluun ja käsitykseen todellisuudesta ohjaamalla, ei määräämällä niitä (Leino 1983: 193–194; Onikki 2000: 86). Jälkimmäistä tulkintaa on tosin vaikea Onikin (mp.) mukaan muotoilla selkeiksi tutkimusongelmiksi. Pohtiessaan merkityksen tutkimuksen mieltä kognitiivisen kielentutkimuksen kannalta hän sanoo Riikosen ym. (1994: 348) tavoin kielen mahdollistavan erilaisia luokitustapoja; samasta asiantilasta voidaan puhua eri käsittein ja eri ilmauksin. Yritykset jäsentää todellisuutta ilman kielen tarjoamaa kuvailun mahdollisuutta edellyttää Feerin (1987: 9) mukaan joka tapauksessa (meta)kieltä. Siksi semanttisesta realismista on luovuttava ja tukeuduttava nominalismiin: kieli on kaikkien luokittelujärjestelmien perusta – myös psykiatrisissa. Nominalismia ei tule kuitenkaan tulkita ainakaan liian tiukasti (Feer 1987: 11).

Ihminen tekee jotain puhumalla. Realistinen teoria kielestä todellisuuden isomorfisena kuvana ei siksi Feerin (1987: 11) mukaan ole pätevä. Psykiatrisen diagnoosin kannalta

edellä sanottu merkitsee, että tiedon kerääminen ja oireiden identifioiminen ei ole pelkääntään vastaanottamista, vaan kysymyksessä on puheakti. Puheaktiteoria perustuu kolmijakoon: lokutionaarinen lausuma eli propositio, illokutionaarinen teko ja perlokutionaarinen muutos. Feerin (1987: 10) mukaan puheaktia voi käsitellä ainoastaan pragmaattisessa kontekstissa. Käytännössä edellä sanottu merkitsee, että vain välitön vuorovaikutussuhde mahdollistaa havaintojen tekemisen ihmisen käyttäytymisestä, reaktioista ja ajattelusta (Räkköläinen 1994: 131). Ihmisen elämä todentuu ja voi tulla ymmärretyksi vain siitä tchtyjen, eri tilanteissa erilaisten havaintojen kautta. Keskeistä on Räkköläisen mukaan havainnoitsijan omaan kokemukseen perustuva elämän ymmärtäminen, joka voi rakentua ja välittyä vain kielen ja siihen pohjautuvan kommunikaation avulla. Hän toteaa: "Laki on kaikille sama, vain tuomiot vaihtelevat."

Informaation kerääminen potilaan oireista ja niiden tunnistaminen ei ole Feerin (1987: 10–11) mukaan vain vastaanottamista, vaan kysymyksessä on kielellinen teko, selitys, jolla tehdään jotain. Psykiatrian traditio edellyttää seuraavaa menettelytapaa: oireiden etsiminen → diagnoosi → hoito. Jokaiseen puheaktiin, myös yksittäisen psykiatrisen oireen nimeämiseen, mahdollisesti liittyvät virheet, jäävät tavallisesti huomaamatta. Feerin (1987: 11) mukaan kaikki puheaktit, myös asiantilojen selitykset, täytyy arvioida kahdelta kannalta: on kysyttävä, 1) suoritettiin puheakti oikein vai onko kysymyksessä virhe, ja 2) oliko puhujalla oikeus puheaktiin. Psykkisestä energiasta, esimerkiksi sen vähenemisestä, voidaan sanoa vasta silloin jotain, kun tiedetään, että sitä ylipäänsä on olemassa. Mistä kohteesta vieraantumista on depersonalisaatio, onko minuutensa kadottanut persoona enää persoona, kysyy Feer (1987: 11). Onko depersonalisaatiota eli minuudenkatoa sairastava ihminen minuutensa kadotettuaan vielä minä, ja jos ei ole, mitä hän siinä tapauksessa on?

Wittgensteinin merkityksen käyttö -teoriaan perustuvan nominalismin mukaan esimerkiksi masennuksen merkitys opitaan kielen käytön avulla (ks. de Shazer 1995: 65–66). Ainakin kielellisen nominalismin ja Sapirin–Whorfin suhteellisuushypoteesin tiukkojen tulkintojen rinnalle tarvitaan monia tarkastelutasoja erityisesti psykologisissa ja psykiatrisissa ongelmissa (vrt. Riikonen ym. 1994: 353). Kokoan seuraavassa luvussa yhteen edellisissä luvuissa esiin tulleita seikkoja.

3.2.2 Psykiatrian perusongelmat

Voidaan sanoa, että psykiatriassa kaikki on suhteellista. Esimerkiksi ihmisten välisen vuorovaikutuksen tarkastelussa nousee esiin kysymys, mikä on totta – tai mikä on ”jotain” – kunkin osapuolen kannalta. Tällöin on kiinnitettävä huomiota psyykkisen todellisuuden ja ulkoisen todellisuuden väliseen suhteeseen. H. Karlssonin (1994b) mukaan kysymys on näkökulman valitsemisesta. Useimpien ihmisten mielestä todellisuus on olemassa objektiivisesti: ulkoinen maailma on tosi ja psyykkinen maailma sen sisäinen, vääristynyt versio, jota esimerkiksi psykoanalyysillä pyritään korjaamaan. Toisaalta psyykkistä voidaan pitää ainoana todellisuutena, vain siitä on mahdollista tietää jotain. Ulkoinen maailma olisi näin ollen vain psyykkisen todellisuuden abstraktio. Voidaan myös ajatella ”totuuden” kehittyvän analyytikon ja potilaan dialogissa tai ulkoisen todellisuuden ja piilotajuisten toiveiden vuorovaikutuksen tuloksena. (H. Karlsson 1994b: 90.)

Käsiteltyäni edellisissä luvuissa kielen, tajunnan ja todellisuuden monimutkaista suhdetta laadin seuraavaksi esiin tulleista seikoista koosteen. Esitän tutkimuksessa käsiteltyjä mielenterveyden häiriöiden ymmärtämistä ja nimeämistä koskevia näkemyksiä ja niiden herättämiä kysymyksiä. Kieleen ja psykiatriaan liittyvät tarkoitteita, käsitteitä ja termejä koskevat erityisalaviestinnän keskeiset ongelmat ja niistä seuraavat huomiot ovat seuraavat:

I Tarkasteltavien kohteiden eli ilmiöiden samanaikainen

1. epämääräisyys ja abstraktius
2. konkreettisuus.

Tarkasteltavina kohteina ovat tällöin

1. inhimillisen kokemusmaailman subjektiivinen ainutkertaisuus ja monikomponenttisuus = psykiatrinen merkitystilanne, joka on väljän monitasoisesti yhteydessä mielen sisäisten tapahtumien lisäksi ruumiiseen ja ympäristöön eli elämäntilanteseen, erilaisiin vuorovaikutustilanteisiin ja yhteiskunnallisiin normeihin
2. neurobiologiset ilmiöt – aivot ja hermosto – ja niiden toiminta.

Tarkasteltavien ilmiöiden monimuotoisuudesta eli yhtäaikaisestä aineettomuudesta ja aineellisuudesta seuraa

- a. havaintojen riittämättömyyttä (taustalla asioiden ja tapahtumien episodimaisuus eli "entiteettimaisuus" muusta olevasta riippumattoman itsenäisen ilmenemisen eli "oliomaisuuden" sijaan; vrt. Juti 2001: 25, 28–29, 377)
- b. havainnoijan eli lääkärin ja terapeutin vaikuttamista havainnoitavaan eli potilaaseen tai asiakkaaseen
- c. ammattilaisten ja maallikkojen asiantuntijuuden välisen suhteen epäsymmetriaa
- d. ammattilaisten ja maallikkojen ennakkoluuloja
- e. tarkoituksenmukaisuuden ja kehäpäätelmien korostumista tarkasteltavien piirteiden ja yksityiskohtien valinnassa todellisuutta hahmotettaessa ja mallitettaessa (taustalla käytännölliset ja tieteelliset hoitoon, kontrollointiin ja ymmärtämiseen liittyvät tarpeet)
- f. valta-asetelmien korostumista
- g. leimaavuutta (taustalla yhteiskunnallinen vähempiarvoisuus)
- h. kielen vaikuttamista kokemukseen eli kokemus suodattuu kielen kautta; kokemuksen käsite – esim. 'masennus' – opitaan paitsi kokemuseräisesti myös kielen avulla
- i. kielellisten määrittelyjen epätarkkuutta
- j. määrittelyn tarkkuudesta huolimatta erilaisia tapoja käyttää kieltä
- k. sekä vajavaisia, vuorovaikutuksessa syntyviä havaintoja koskevia että kulttuurin välityksellä periytyviä kielellisiä ongelmia
- l. vaikeutta turvautua kielellisiin sopimuksiin (vrt. lääketieteen konventiot).

II Kielen ja todellisuuden välinen suhde = psykiatrian perusongelma.

Edellä sanottu tarkoittaa, että

- a. on olemassa havaintoja tekevästä ihmisestä riippumaton, eri tasoilla eri tavoin ilmenevä todellisuus (esim. neuraaliset prosessit, tunteet, piilotajunta, perhe, häiriöiden oireet); **kieli kuvaa todellisuutta** viittaamalla ihmisen kokemukseen siitä
- b. on olemassa mittaamalla ja selittämällä saatua objektiivista, havainnoijasta riippumatonta tietoa (luonnontieteet ja tekniset menetelmät)
- c. maailma jäsentyy kielen avulla; todellisuudessa olemassa olevat ilmiöt (esim. häiriöiden oireet käyttäytymisen aspekteina) voidaan erottaa nimeämällä ne; **kieli luo todellisuutta** siten, että ihminen heijastaa kielen sisältämät epäsuorasti ilmaistut odotukset kokemuksiinsa (ahtaasti tulkittuna kieli määrää ajattelua ja käsityksiä todellisuudesta, lievästi tulkittuna kieli ainoastaan ohjaa niitä)
- d. on olemassa ymmärtämällä ja tulkitsemalla, kieltä käyttämällä saatua subjektiivista ja sosiaalisesti määritettyä tietoa (ns. ihmistieteet ja hermeneuttiset menetelmät)
- e. tarvitaan sillanrakentajia selittämisen ja ymmärtämisen välille (esim. kognitiotieteen ja psykiatrian kaltaiset monitieteiset lähestymistavat)
- f. käytännössä on otettava huomioon kausaalisten selitysmallien sijaan tai rinnalla ihmisen toimintaa ohjaavat pyrkimykset ja uskomukset
- g. ihmisen tajunta on osa ympäristöä; elämä todentuu ja tulee ymmärretyksi vain siitä tehtyjen, eri tilanteissa erilaisten havaintojen kautta
- h. ihminen elää merkitsevyydessä, joka syntyy (ammatti)kieltä käytettäessä

- i. havaintojen tekeminen, tiedon kerääminen ja oireiden identifioiminen ihmisen käyttäytymisestä ja ajattelusta voi tapahtua vain välittömässä vuorovaikutussuhteessa.

Edellä sanotusta seuraa, että

- a. joudutaan kysymään, onko todellisuudessa olemassa havainnoijasta riippumattomia luokkia, joita psykiatrian käsitteet niiden kielelliset tunnukset rajaavat, ja millaisia nämä luokat ovat
- b. informaation kerääminen oireista ja niiden tunnistaminen ei ole vain vastaanottamista, vaan kysymyksessä on kielellinen teko, selitys, jolla tehdään jotain: psykiatrian käytäntöön kuuluvassa vuorovaikutustilanteessa lääkärin kanssa keskusteleva ihminen esimerkiksi luokitellaan sairaaksi, potilaaksi, ja tilannetta tarkastellaan noudattaen alan tradition, joka muodostuu lääketieteellisistä luokituksista ja oirekuvauksista
- c. on kysyttävä, onko oireen nimeäminen oikeutettua eli kenellä on oikeus nimetä ja onko se tehty oikein; onko nimettävä kohde todella aina olemassa, silloinkin, kun oireita ei esiinny, vai perustuvatko psyykkiset sairaudet pelkkiin aika- ja kulttuurisidonnaisiin konventioihin
- d. todellisuuden ilmiöt niistä tehtyine havaintoineen ja näistä muodostetut teorettiset käsitteet saattavat sekoittua keskenään
- e. teorettisia käsityksiä ja selitysmalleja saatetaan pitää todellisina ilmiöinä kyseenalaistamatta niiden konstruktivista, keinotekoisista luonnetta
- f. psykiatrian ammattikielen termeillä saattaa olla tietoisuuden tavoin "alaspäinkausaalista" voimaa; ne vaikuttavat mahdollisesti hermoston toimintaan, mikä taas edelleen voi vaikuttaa kokemukseen, ajatteluun ja kieleen (kehämäinen prosessi 1)
- g. samat asiantilat voidaan luokitella ja nimetä kielen avulla eri tavoin; kulttuuristen painotusten mukainen luokittelu ohjaa ajattelua luokan jäsenten yhteisten piirteiden – myönteisten ja kielteisten – korostumiseen, mikä edelleen oikeuttaa luokittelun (kehämäinen prosessi 2).

III Kielellisten käsitteiden

- a. epämääräisyys, epätarkkuus, abstraktius ja miesnäkökulmaan perustuminen (taustalla historialliset käytänteet; muuttuneet tautikäsitteet; toisistaan poikkeavat teoriat; häiriöiden syihin perustuvat epäselvyydet)
- b. nojautuminen moraalisiin käsityksiin ja samalla todettuihin hermofysiologisiin tosiasioihin (taustalla positivistisen lääketieteen ihanteet sekä lääkärin diagnostinen auktoriteetti)
- c. metaforisuus (kokemuksellisuuden taustalla ruumiillisuus sekä fyysinen ja kulttuurinen ympäristö)
- d. suhteellisuus (taustalla dimensiot: ruumis–sielu, yksilö–yhteiskunta–kulttuuri, terveys–sairaus, normaalius–poikkeavuus, magiikka–uskonto–tiede)
- e. negatiivisuus (taustalla inhimilliset puutteet ja häiriöiden oireet)
- f. hämmäntävyys (taustalla koko inhimillisen elämän, siinä ilmenevien tunteiden, asenteiden ja tarpeiden abstraktius, monimutkaisuus ja ristiriitaisuus)
- g. kaavamaisuus (taustalla inhimillisen ajattelun ja kielen luonne).

IV Kielen vajavaisuudesta tai väärenlaisesta käytöstä johtuvan metaforisen termin

- a. pitäminen asiasisällön todellisena kuvauksena
- b. esineellistävä vaikutus.

V Mahdollisen vastakäsitteen puuttuminen (vastakkaisen käsitteen taustalla olisi luovuus, uusiutumiskyky ja inhimilliset voimavarat sekä tasavertaisesti nais- ja miesnäkökulmat); onnistunut käsitteellinen ja kielellinen metafora muistuttaisi kokemuksesta, jota ei ole mahdollista suoraan – tai ollenkaan – ilmaista sanallisesti mutta joka liittyisi elämäntilanteen epäsuotuisuuteen.

Yhteenvedon kaikilla kohdilla on merkitystä oman tutkimukseni kannalta ajatukselliscna taustoittajana. Maailman tai todellisuuden rakentumista on tarkasteltava inhimillisten mahdollisuuksien kannalta silloin, kun ammattikielen tutkimuksen kohteena on ihmismieli ja käyttäytyminen sekä niiden häiriintyminen. Vain mieli voi ymmärtää ja käsitteistää toista mieltä, ja vain ihminen voi puhua siitä. Rädyn (1988: 31) mukaan saattaa olla, että mielenterveys ja sen ongelmat sinänsä tekevät kaikessa ”monidimensionaalisuudessaan” oikeutta todellisuuden moninaisuudelle. Oleellista on huomata näkökulma, josta puhuminen tapahtuu, ja pyrkimykset, joihin puhumisella tähdätään. Totuus piilee jossain ihmisen mielen ja ruumiin, kielen ja maailman vastavuoroisuuden ymmärtämisessä.

3.3 Voiko maallikko ymmärtää psykiatriaa ja sen asiantuntijoiden kieltä?

Kun tarkastelen psykiatrian ei-ammattilaisen mahdollisuuksia ymmärtää alan ammattilaisia, en testaa tätä näkökulmaa, vaan tarkastelen psykiatriaan liittyviä seikkoja terminologian ja kielitieteen alan havainnoijana. Otsikon kysymys on relevantti, koska kuten edellisen luvun lopussa totesin, psykiatriassa on vain mieli ja intuitio, joiden avulla vuorovaikutuksen osapuolet voivat ymmärtää toisiaan ja itseään. Seuraavien alalukujen huomiot perustuvat siihen, mitä asiantuntijat ovat kirjoittaneet psykiatriasta ja sen kielestä. Kieli toimii instrumenttina, ja siihen liittyvät käsitteet viittaavat erityyppisiin aktiviteetteihin, jotka tämän välineen avulla voidaan saada aikaiseksi (Nuopponen 1994: 207–208). Kielenkäytön merkitys psykiatriassa on toimia välineenä tutkimuksessa, vuorovaikutuksessa ja hoidossa.

3.3.1 Kieli ja psykiatrinen tutkimus

Esittelin luvussa 3.2.1 erilaisia tasoja ja näkökulmia, joita on tapana erottaa terminologisessa ja tieteenteoreettisessa tutkimuksessa. Lähtökohdaksi psykiatrian ja kielen suhdetta koskevalle tutkimukselle nousee ongelma, johon H. Karlsson (1994a: 22) puuttuu psykiatrian keskeistä tieteenteoreettista problematiikkaa käsitellessään. Ei ole itsestään selvää, mitä tarkoitetaan, kun psykiatrisia käsitteitä nimetään ja käytetään. Kun mielisairauden ja muiden mielenterveyden häiriöiden käsitteitä pohditaan ja tutkitaan, on mietittävä, mitä ovat ne todellisuuden ilmiöt, joihin ne viittaavat. Millaisia entiteettejä ovat ontillisella tasolla mieli, sairaus ja mielisairaus tai mielenterveyden häiriö?

Kieli välineenä antaa ilmaisun käsitteille, jotka psykiatriassa viittaavat tasolla 1 sijaitseviksi ajateltuihin todellisuuden ilmiöihin ja niistä tehtyihin havaintoihin (ks. taulukko 2 luvussa 3.2.1). Psykiatrian todellisuuden katsotaan muodostuvan neurobiologisista ilmiöistä ja psyykkisistä prosesseista sekä erilaisista ihmismielen sisäisistä ja ihmisten välisistä suhteista. Tieteenteoreettisessa tarkastelussa seuraavalla tasolla ovat psykiatriatieteeseen ja teknisiin hoitoihin liittyvät käsitteet ja käsitejärjestelmät. Psykiatrisia tarkoitteita ovat siten vuorovaikutuksellisten ja sosiaalisten suhteiden ohella materiaaliset aivot ja niiden toiminta sekä immateriaalinen minä. Viimeksi mainitun entiteetin psykoanalyttinen rakentuminen kuvaa ilmaisun, käsitteellisen ja kielenulkoisen tason hahmottamisen monimutkaisuutta.

Voidaan puhua 'minuudesta' ja sen ytimestä, joka muodostuu 'toimivasta, yhtenäisestä, tuntevasta ja historiaa tajuavasta minästä' (Recharadt 1993: 184). Minä on välitöntä kokemuksellisuutta, se ei ole kognitiivinen rakennelma, vaan 'tiedon', 'käsityksen' ja 'tajuamisen' vastakohla (mp.). Psykoanalyttisessä teoriassa puhutaan myös 'verbaalisesta minästä', jonka syntyessä lapsi siirtyy tunneilmaisusta sanalliseen. Oma itse muuttuu tällöin verbaaliksi symboliksi, se ei ole enää puhdas olemassa olemisen kokemus. Sanassa *minä* on minuuden kokemuksellisuutta ehkä vain osa, jos 'minä' on vieraantunut 'minuudesta'. (Recharadt 1993: 190.) Recharadt (1993: 191) korostaa kielen neuvottelullista, funktionalistista luonnetta vastakohtana aikaisemmille formalistisille käsityksille (Chomskyn kieliteoria). Esimerkiksi *hyvä tyttö* -ilmauksen merkitykset neuvotellaan joka

kerä kriiksen sen mukaan, millaisia kokemukset ovat vaikkapa isän, äidin, poikaystävän ja opettajan kanssa. Minän prosessin kokemus syntyy näistä neuvottelutapahtumista, jotka tuottavat sanoille yhä uusia merkityksiä. Verbaalisen minän toiminnasta voidaan erottaa luokitteleva ja kertomuksellinen toiminta. (Rechardt 1993: 191.) Kertomuksellisuus ihmisen yleisenä ominaisuutena kuvailee minätunteen kokemuksia, luokitteleva toiminta objektivoi ja nimittää.

Teoreettisten käsitteiden viittaaminen todellisuuteen siinä mielessä, että ne ovat tarkoitteen antamia mielikuvia, on kognitiivisesti, emotionaalisesti ja semanttisesti mielenkiintoista. Esimerkiksi *depersonalisaatio*- eli *minuudenkatohäiriö* (DSM-III-R 1991: 36, 77; ICD-10 1995: 218) terminä synnyttää ajatuksia, jotka ammattilainen sitoo käsitteistyksen kautta tiettyihin yksilö- ja vuorovaikutuspsykologisiin sairausmalleihin. Maallikko todennäköisesti kokee termiin törmätessään epämiellyttävää tunnetta, ehkä pelkoa, jopa kauhua. Psykohistorioitsija Juha Siltala (1996: 89) pitää joukkotuhon uhkaa rajallisuudessaan siedettävämpänä kokemuksena kuin hajoamisen ja mielettömyyden kokemuksia. Esiin nousee kysymys kielen funktiosta psykiatriassa eri näkökulmista tarkasteltuna.

Voidaan myös kysyä, viittaavatko 'minän' ja 'minuudenkatohäiriön' tyyppiset käsitteet tosiasiallisuuteen vai ovatko ne vain teoreettisia ajatusrakennelmia (vrt. H. Karlsson 1994a: 22). Onko 'minä' todella olemassa siinä mielessä, että se voi esimerkiksi kadota? Ammattikirjallisuudessa termi selitetään harvinaiseksi häiriöksi, joka tarkoittaa henkilön omasta mielestä tai kehosta erossa olemisen ja ulkopuolisuuden tunnetta. Tajunta ja tunteiden ilmaisukyky säilyvät tässä häiriössä normaaleina. (PsS 1995: 76–77; ICD-10 1995: 218.) Henkilö valittaa tilannetta oma-aloitteisesti, joten kysymyksessä on kokemus, jonka hän itse verbalisoi. – Vähemmän voimakkaita tunteita ja mielikuvia herättänevät psykiatrian termeistä esimerkiksi diagnoosit, jotka nimeävät erilaisia lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamia elimellisiä aivo-oireyhtymiä ja käyttäytymisen häiriöitä. Näitä oireyhtymiä ICD-10 (1995) luettelee yhteensä toista sataa. Esimerkkinä mainittakoon seuraava monisanainen diagnoosi: F19.9 *Useiden lääkeaineiden ja muiden psyykkisiin toimintoihin vaikuttavien aineiden käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt; määrittämätön elimellinen aivo-oireyhtymä ja käyttäytymisen häiriö* (ICD-10 1995: 198).

Kielenulkoisen, ontin tason johonkin asiaan viitataan, kun siitä halutaan esimerkiksi muodostaa käsite tai sana (ks. Nuopponen 1994: 54). Tarkastelun kohteena olevia esineitä, olioita, tapahtumia tai ominaisuuksia tarkastellaan niiden antamien mielikuvien kautta (TSK 9-1986: 22, 23–24). Käsittelen psykiatrian käsitteitä ja tarkoitteita sekä näiden ominaisuuksia tarkemmin luvuissa 4.5–4.5.3. Se, mitä tarkoitteiden ominaisuuksista sanotaan eli itse lausumat, voidaan määrittellä käsitepiirteiden kielellisiksi ilmauksiksi, ja niiden voidaan ajatella siten sijaitsevan kielellisellä tasolla (Nuopponen 1994: 60–61).

Kielitieteellisessä ja tieteenteoreettisessa tutkimuksessa kieli itse on tutkimuksen kohteena. Esimerkiksi adjektiivin voidaan Karihalmeen (1996: 238–239) mukaan ”katsoa vain välittävän tietoa jostakin ominaisuudesta, joka itse on nimeämisen ulottumattomissa – tai jota joidenkin näkemysten mukaan ei todellisuudessa ole olemassakaan”. Psykiatrialla ja muotoilulla, jonka teoriasanaston termistymistä Oili Karihalme on tutkinut, on mielestäni yhteistä metaforisuus (ks. Karihalme 1996: 183). Psykiatrian semantiikka on tavallaan mielen sisällön ”muotoilun” semantiikkaa eli psykiatrisen oireyhtymän tai häiriön semantiikkaa (vrt. Karihalme 1996: 331). Usein esiintyvinä, produktiivisina termeinä juuri *häiriö* ja *oireyhtymä* ”paljastavat alan ajattelun rungon” (vrt. mp.). Tällöin tarkastelu tapahtuu abstraktilla ajattelun tasolla. Käytännön kielen käytön tasolla mieleltään häiriintyneeksi katsotun henkilön eriskummalliset ilmaukset ja sanayhtymät toimivat sairauden määrittäjinä.

Esimerkiksi monet skitsofrenian pääoireista välittyvät inhimillisen kielen kautta, eikä voida tietää varmasti, onko eläimillä samassa mielessä kuin ihmisillä kuuloharjoja ja harhaluuloja vaikkapa oman ruumiinsa suhteen (Achté & Tuulio-Henriksson 1982: 28). Potilaan kielessä tai kirjoituksessa voi esiintyä käsittämättömiä kielellisiä hyppäyksiä, eriskummallisia sana- ja käsitteilytyymiä sekä uudismuodosteita, joita muut eivät ymmärrä (Rothberg 1985: 524). Sairaalloisten tunteenpurkausten (affektihäiriöt) ja tunne-elämän ambivalenssin ja autismin lisäksi sairastunut saattaa mieltää symboliset ilmaukset paljaina ja esinclistyneinä sekä liittää ne konkreettiseen todellisuuteen (Alanen 1994: 30; Rothberg 1985: 524). Metonymia on tyypillistä skitsofreniassa (PS 1995: 155–156). Ilmaus korvataan toisella siihen läheisessä yhteydessä olevalla ilmauksella silloin, kun tarkoitteilla on välitön

yhteys, esimerkiksi *hänellä on hyvä pää* (ks. Kangasniemi 1997: 80). Skitsofreniaa sairastavan puheessa ilmauksen *kadottaa jutun punainen lanka* saattaa korvata ilmaus *menettää pätkä narua* (PsS 1995: 155–156).

Kun puhutaan kielestä taudin määrittäjänä, voidaan yhtä hyvin kääntää näkökulma päinvastaiseksi: myös taudin voidaan ajatella määrittävän kielenkäyttöä. Psykiatriassa on hyödynnetty esimerkiksi puheääntä ja sen prosodiikkaa koskevia kielitieteellis-foneettisia ja lääketieteellisiä tutkimuksia (ks. tark. Toivanen ym. 1995: 606–609). Puheen prosodiikalla ymmärretään viestejä, joiden merkitys ei ole sidoksissa sanoihin (ks. luku 1.4). Kliinisen koulutuksen saaneet, mutta osittain myös maallikot, pystyvät Toivasen ym. (1995: 608–609) mukaan kiinnittämään huomiota depressiivisen tai ahdistuneen ihmisen puheen ominaisuuksiin arvioidessaan tutkittavan henkilön psyykkistä tilaa. Kristeva (1987: 58) kuvaa semiootikkona masentuneen ihmisen puhetta kertovaksi ja merkitykseltään tyhjäksi, se tuskin kuuluu ennen kuin vaipuu mykkyyteen, ja sen merkitykset ”ovat jähmettyneet puhuvan henkilön pään ja ruumiin viereen”. Puhe on toistavaa ja monotonista; lauseet keskeytyvät ja ajatukset hiipuvat merkityksen hävitessä nimeämättömään, missä se tuhoutuu (Jokinen 1994: 442–443). Skitsofreenikkojen puheen perussävelen on Toivasen ym. (1995: 609) mukaan havaittu onnistuneen psykoterapian seurauksena normaalistuneen. Aitojen emootioiden akustinen analyysi on siten mahdollista mutta työlästä ja vaatii foneettis-psykologis-lääketieteellistä asiantuntemusta.

Suomen kielen akustisten piirteiden suhdetta emootioihin on tutkittu toistaiseksi vähän (Toivanen ym. 1995: 607). Akustisista ominaisuuksista esimerkiksi perussävelen vaihteluvälillä on myös selkeitä kieliopillis-semanttisia tehtäviä (mp.). Suomen yleiskielessä sävelkorkeudella ei ole samanlaista tehtävää kuin vaikkapa kiinassa tai Ruotsin ruotsissa (F. Karlsson 1982: 164). – Puhutun kielen ominaisuudet eivät ole tämän tutkimuksen kohdetta, mutta psykiatrisen diagnoosin teon kannalta on relevanttia huomata, että äänen laadulla saattaa olla merkitystä; sen analysoiminen voi toimia diagnoosin teon apuvälineenä.

Kun affektiivisen merkityksen ja prosodiikan suhteesta pyritään saamaan empiiristä tietoa mittaamalla, johtavat poikkeavat ominaisuudet tällöin osaltaan ”epänormaaliuden” diagno-

sointiin. (Toivanen ym. 1995: 607–609.) Toivanen ym. (1995) viittaavat tässä yhteydessä myös näiden ilmiöiden kieli- ja kulttuurisidonnaisuuteen. Joka tapauksessa kuulijat pystyvät yleisesti tuottamaan ja erottelemaan sanattomia viestejä, koska tiettyjen perustunteiden ja prosodiikan välillä on kirjoittajien mukaan suora, ikoninen suhde. Kielitieteen näkökulmasta kuitenkin esimerkiksi puhujien perussävelen keskitaajuuden havaitseminen on mielenkiintoinen mutta sinänsä merkityksetön ilmiö. Olennaisempia ovat sävelkulun merkityksiä kannattavat vaihtelut, esimerkiksi kysymyksen ja väitteen erottaminen toisistaan. (Toivanen ym. 1995: 607.) Kirjoittajat (1995: 609) arvelevat, että viime kädessä normaaliuden ja epänormaaliuden välinen raja lienee kuitenkin tieteenfilosofinen kysymys.

Tunteiden analysoiminen esimerkiksi puheääntä tutkimalla on työlästä ja vaatii lääketieteellistä, psykologista ja lingvististä osaamista. Toisaalta tällainen osaaminen voi olla intuitiivista ja onnistua maallikoiltakin. Kielen ja kokonaisviestinnän erilaiset ilmenemis-
muodot saattavat kertoa potilaan fyysisestä ja emotionaalisesta tilasta. Verbaalit ja nonverbaalit viestit toimivat psykiatriassa tautien määrittäjinä ja siten tutkimuksen kohteina. Toisaalta taudeiksi katsottujen tilojen tai sinänsä normaalin tunne-elämän voidaan katsoa määrittävän kieltä tai ainakin heijastuvan sen käytössä. Kielellä on keskeinen merkitys psykiatriassa paitsi tutkimuksen kohteena myös sen välineenä. Kielen avulla on mahdollista yrittää ilmaista sekä mielen sisältöjä että niiden tutkimista – helppoa se tuskin on kummassakaan tapauksessa.

3.3.2 Vuorovaikutus psykiatriassa

Psykiatrisen toiminnan lähtökohta on sama kuin muussa lääketieteessä: patologisina pidetyille tai henkilöä subjektiivisesti häiritseville ilmiöille pyritään löytämään syy, jotta häiriötä tai sairautta päästäisiin hoitamaan. Psykiatria perustuu hoitavien ja hoidettavien vuorovaikutukseen (ks. esim. Lönnqvist 1985b: 1627). Diagnoosi syntyy potilaan ja hoitavan lääkärin välisessä neuvottelussa. Esitän seuraavassa psykiatrisesta kirjallisuudesta poimitun, Furman ym. (1985: 1649) mukaillen suomentaman lääkärin (AM) ja potilaan

(MA) välisen keskustelun, jota olen seuraavassa puheenvuoron käyttäjien osalta hiukan muuttanut:

- AM: Mielestäni ongelmanne on masentuneisuus, joka on alkanut työpaikan menetyksen jälkeen. Tällaisesta häiriöstä käytämme nimitystä masentuneisuutena ilmenevä adaptaatiohäiriö.
- MA: Sen voin hyväksyä.
- AM: Lisäksi olette kertunut, että olette nuoresta saakka kiihottunut sukupuolisesti vain naisten kenkien avulla. Sitä kutsutaan esinekohtaiseksi seksuaalihäiriöksi eli fetisismiksi.
- MA: Hetkinen, hetkinen. Eihän se minua mitenkään vaivaa.
- AM: Itse asiassa riippumatta siitä, vaivaako tämä käyttäytyminen vai ei, teillä on uusimman tautiluokituksen mukaan mielenterveyshäiriö.
- MA: Eikä mitään. Olen minäkin näistä asioista lukenut, enkä ymmärrä, miksi innostukseni naisten kenkiin olisi jokin mielenterveyshäiriö.
- AM: Kai teidän täytyy myöntää, että käyttäytymisenne on varsin epätavallista. On todella poikkeavaa tarvita naisten kenkiä kiihottumiseen.
- MA: Nyt te kyllä käytätte normaaliuden käsitettä tilastollisessa mielessä! Siinä tapauksessahan voisitte yhtä hyvin väittää neroutta mielenterveyshäiriöksi.
- AM: Se on kyllä totta, mutta jos käyttäytymistänne tarkasteltaisiin evoluution näkökulmasta, niin ihmiset kuolisivat sukupuuttoon, jos kaikki olisivat kiinnostuneita kengistä.
- MA: Mutta eihän tuota argumenttia voida käyttää. Onhan homoseksuaalisuuskin poistettu tautiluokituksesta. Sitä paitsi en tiedä, mihin puuttoon kuolisimme, jos kaikki olisivat lääkäreitä.
- AM: Ehkäpä lopultakin on kysymys siitä, että tietyt elämäkokemukset ja sisäiset konfliktit selittävät käyttäytymistänne.
- MA: Aivan varmasti, mutta kyllä kai teidänkin seksuaaliset mieltymyksenne, mitä ne lienevätäkään, selittyvät elämäkokemusten ja tietyllä tavalla ratkaistujen sisäisten ristiriitojen perusteella. Minusta alkaa vähän tuntua, että mieltymyksessäni on sinänsä jotain, mistä ammattikuntanne ei pidä.
- AM: Ehkäpä osutte siinä oikeaan. Uskomme kyllä, että optimaaliseen seksuaaliseen toimintaan kuuluu toinen ihminen eikä pelkkiä esineitä.
- MA: Mikä saa teidät uskomaan sillä tavalla?
- AM: Ajattelemme ilmeisestikin, että jos ette pysty kiihottumaan toisen ihmisen kanssa, se on teille itsellenne hankalaa.
- MA: Miten niin hankalaa. Kenkiähän on aina helppo saada.
- AM: On kai myönnettävä, että pohjimmiltaan ajattelemme, että seksuaalisuus on tyydyttävämpää, kun se tapahtuu kahden ihmisen välillä.
- MA: Niinpä niin, mutta ei tuo kyllä kovin tieteelliseltä kuulosta, pikemminkin arvoväritteiseltä mielipiteeltä.

Esimerkki kuvaa terveyden ja sairauden välistä liukuvaa rajaa ja kyseenalaistaa diagnosoinnin mielekkyyttä. Myös Feer (1987: 15–16) havainnollistaa asiakkaan eli maallikon (MA) ja terapeutin eli psykiatrian ammattilaisen (AM) välistä vuoropuhelua seuraavan saksan kielestä vapaasti kääntämäni esimerkkikeskustelun avulla:

- MA: Olen surullinen.
 AM: Tiedän.
 MA: Mistä sinä sen tiedät?
 AM: Koska juuri sanoit niin.
 MA: Oletko sinäkin surullinen?
 AM: En.
 MA: Mistä sitten tiedät, mitä surullisena oleminen merkitsee?
 AM: Minäkin olen ollut surullinen.
 MA: Mistä tiedät, että sinun silloinen olotilasi vastaa minun tämänhetkistä tilaani?
 AM: Surullinen ja surullinen ovat sama asia.
 MA: Sinun surullisuutesi ei ole minun surullisuuteni.
 AM: Kuitenkin.
 MA: Mistä sitten tiedät?
 AM: Käyttäytymisestäsi, ilmeistäsi ja tavastasi puhua.
 MA: Tunnistat siis surullisuuteni toisaalta siitä, miten kehoni toimii, ja toisaalta käyttämistäni sanoista ja lauseista. Eli olen valinnut samanlaiset sanat ja lauseet, kuin sinä valitsit aikoinaan. Kysymyksessä ovat siis aineelliset-ruumiilliset ilmiöt: tunnistat sieluntilani samanlaisista äänneclisistä ilmauksista ja vartalon asennoista.
 AM: Kyllä.
 MA: Päätely tapahtuu sieluttomasta aineesta aineettomaan sieluun!
 Sinusta minuun! Tässä täytyy olla ajatusvirhe.
 AM: Pidän kiinni omasta ajatuksestani, sillä kaikki ihmiset ovat samankaltaisia, fyysisiä ja psyykkisiä olentoja.
 MA: Mistä sinä sen tiedät? Todista!
 AM: Perinnöllisyysopista: kaikki ihmiset kuuluvat samaan lajiin.
 MA: Subjekttiivinen tilani siis diagnosoidaan yhden objektiivisesti todistettavissa olevan luonnontieteellisen teorian perusteella. – Mutta on olemassa muitakin luonnontieteellisiä teorioita. Esimerkiksi minä näen punaisen väri, vaikkapa punaisen ruusun.
 AM: Niin minäkin.
 MA: Oletetaan, että olenkin puna-vihersokea, enkä näe punaista väriä. Mitä sinä silloin näet?
 AM: Joka tapauksessa punaista.
 MA: Todista! Turvaudutko teoriaan valon aallonluonteesta?
 AM: Aivan. Punainen ruusu absorboi valkoisesta valosta kaikki aaltofrekvenssit paitsi – –.
 MA: Sinä sotket kaiken. Ensin sekoitat surullisuuteni apinoihin ja nyt punaisen ruusun sähkömagnetismiin. Sinulle rakkaus on aaltoja nähdessäsi elektromagnettista lajia olevan punaisen ruusun. Ja sinusta minun sisäiset sielulliset tuntemukseni ovat mahdollisia vaikkapa mustalle yökotilolle.
 AM: Et saa houkuteltua minua liukkaalle jälle.
 MA: Voihan sitä liukastua lehmänläjäänkin.

Feerin (1987: 15–16) mukaan ihmisillä ja eläimillä tapahtuu tunteensiirtoa; surullisuus voi tarttua. Esittämässäni vuoropuhelussa terapeutti tunnistaa asiakkaan surullisuuden tunteen Feerin (1987: 19) mukaan siten, että terapeutti asennoituu asiakkaaseen ikään kuin tämän tunne vaikuttaisi häneen. Hän ei anna tarttumisen tapahtua oikeasti, hän vain kokee tunteen ikään kuin omanaan. Hän käyttää kykyään ottaa vastaan toisen tunteen, samalla tavalla kuin

tuntosarvilla tunnustellaan toista. Tällöin hän ei koe itseään surulliseksi vaan refleктоivaksi. Metakieli on siten kieltä kielestä ja metakokemus kokemusta kokemuksesta eli surullisuuden tunteen refleksiota. (Feer 1987: 19.) Kun psykiatrian ammattilainen kuuntelee asiakkaansa puhetta ja tarkastelee hänen olemustaan, hän toimii ikään kuin peilinä mietiskellen ja harkiten sekä samalla heijastaen toisen tuntemuksia. Tämä kaikki tapahtuu hänen pitkälle eriytyneen, ammatillisen käsitejärjestelmänsä avulla.

Ammattilaisen ja maallikon välisten keskustelujen tarkoituksena on havainnollistaa psykiatrian perusongelmia. Ensimmäinen, kuvitteellinen vuoropuhelu liittyy keskusteluun, jota psykiatrit ovat käyneet diagnostiikan kehittämisen yhteydessä. Toinen on psykiatrian käytännön toimintaan liittyvä vuoropuhelutilanne, jossa tunnetilaansa pohtiva ja jäsentävä henkilö keskustelee alan ammattilaisen kanssa. Tieteellisen psykiatrian kannalta tunteitaan erittelevä ihminen on maallikko (MA). Omien tunteidensa ja ajatustensa suhteen hän on ”ammattilainen”, samoin kuin terapeutti on psykiatrian ammattilainen (AM).

Mutta miten diagnoosi syntyy psykiatriassa? Diagnoosin etsimis- ja löytämistapa on psykiatriassa periaatteessa samanlainen kuin muussa lääketieteessä (Feer 1987: 6). Ensimmäiseksi kerätään informaatiota sairaudesta ja identifioidaan sen oireet tai sairaudenmerkit. Sen jälkeen tarkastellaan ja punnitaan tätä informaatiota, kartoitetaan sen merkityssisältö ja yksittäisten oireiden mahdollinen keskinäinen yhteenkuuluvuus. Viimeisenä vaiheena vertaillaan havaittuja oireita psykiatrian tunnettuihin sairaudenkuvauksiin. (Feer 1987: 6.)

Feerin (1987: 6) mielestä tällainen menettely on didaktisesti tarkoituksenmukainen. Siinä nojaututaan kuitenkin yksimielisiin premissihin, joita ei eksplisiittisesti mainita tai joiden oikeutuksellisuudesta tai pätevydestä ei keskustella. Silti tämän menetelmän mukaisesti on päästävä yksimielisyyteen. Edellytykset tähän selvenevät, jos edellä esitettyä diagnoosin syntytapaa kuvataan tarkemmin (ks. mp.). Vertaan seuraavassa toisaalta puheena olevan erikoisalan ja toisaalta lingvistisen tutkimuksen tapoja hahmottaa ja kuvata eri diagnoosintekovaiheita sekä niihin liittyviä merkityksiä. Tarkastelun kohteena ovat oppi- ja käsikirja nimeltä *Psykiatria* (toim. Lönnqvist ym. 1999) ja Feerin lingvistinen monografia *Die Sprache der Psychiatrie* (1987).

Psykiatria-teoksen potilaan tutkimista käsittelevässä luvussa Lönnqvist (1999: 30) esittelee tiivistetyn tapauskuvauksen. Sitä on edeltänyt potilaan kliininen haastattelu, anamnesi ja tutkimus, joiden perusteella laaditaan ensin alustava ja myöhemmin lopullinen hoitosuunnitelma. Tavoitteet ovat käytännöllisiä, tutkimukseen ja hoitoon liittyviä, haastattelun perimmäisenä tavoitteena ei Lönnqvistin (1999: 19) mukaan ole ymmärtäminen sinänsä. Mäkinen (1996: 89–97) on selvittänyt omassa, autenttiseen materiaaliin perustuvassa pro gradu -tutkielmassaan psykiatrian termejä, jotka esiintyvät tulosanelun eri kohdissa. Vuorovaikutusprosessi potilashaastattelussa (tulosanclussa) etenee seuraavien vaiheiden kautta:

1. Tapauskuvauksen ytimen muodostaa Lönnqvistin (1999: 30) mukaan ongelma, ”jonka vuoksi potilas on omasta mielestään tullut hoitoon”. Ongelmaa voidaan kuvata myös ympäristön näkökulmasta, jos joku muu on ohjannut potilaan hoitoon tai tämän sairaudentunto on selvästi puutteellinen. ”Asiantuntijan tulisi määritellä potilaan ongelma ammatillisesti ilmaistuna”.

Feerin (1987) mukaan vakiintunut tapa laatia diagnoosi alkaa informaation keräämisellä ja oireiden tunnistamisella. Tämä vaatii tarkkailijalta erillisyyttä kuvailtavana olevaa todellisuutta eli sairasta ihmistä kohtaan. Tunnistettavana olevien oireiden ohella tarkkaillaan kaikkia muutakin potilaaseen liittyvää. Koska kuitenkin vain sairauden oireet ovat kiinnostuksen kohteena, kerätään ainoastaan tätä tietoutta ja jätetään kaikki muu pois. Potilaasta voidaan selvästi päättää aika objektiivisesti, mitkä tarkkailtavat piirteet ovat ja mitkä eivät ole sairauteen liittyviä. Oireet kuvataan sen jälkeen ammattikielen käsittein. Tällöin on kuitenkin vältettävä yksityiskohtaisuutta, sillä ammattikielen käsite vain viittaa laajaan, kirjallisuuden kätköistä löytyvään tarkkaan kuvaukseen ja määritelmään, joiden ei voi edellyttää olevan yleisesti tunnettuja ja käytettyjä. (Feer 1987: 6; ks. myös Kendell 1975: 26.)

2. Seuraavaksi eli ammatillisesti ilmaistun ongelman määrittelyn jälkeen asiantuntijan tulisi Lönnqvistin (1999: 30) mukaan priorisoida potilaan keskeiset ongelmat. Erityisesti tulisi huomioida itsemurhariski, väkivallan uhka ja kaikki elimelliset, elämää uhkaavat ulkoiset vaaratekijät, jotka mahdollisesti kohdistuvat potilaaseen. Samaa mieltä on Feer (1987: 6–7): oireiden kokoamisen jälkeen ne ryhmitellään ja tärkeimmät nostetaan esiin. Tähän tarkasteluun ja saadun informaation punnitsemiseen nojaavat objektiiviset kriteerit; oireisiin lisätään vielä tunnusmerkit (esim. arviointi 1:stä 5:een), jotka kertovat niiden merkityssisällön voimakkuudesta. Arvioinnin perusteella voidaan hahmottaa ja kartoittaa oireiden merkityssisältö.
3. Potilaan esitietojen (anamnesin), keskeisten nykyoireiden ja tutkimuslöydösten perusteella on nyt suoritettu esidiagnostinen tarkastelu, jonka tulisi Lönnqvistin (1999: 30) mukaan johtaa melko nopeasti alustavaan diagnoosiin. Ennen seuraavaa vaihetta eli todennäköiseen diagnoosiin päätymistä on huolellisesti suljettava pois elimelliset sairaudet, tarkkailtava potilaan puhetta, ajatustoimintaa, aisteja ja itsensä kokemista. Näiden lisäksi huomiota

kiinnitetään tutkittavan mielialaan, ahdistuneisuuteen, käyttäytymiseen ja sopcutumiscen arkipäivän toimintoihin.

Feer (1987: 6–7) erottaa tässä kolmannessa vaiheessa havaitut ja rekisteröidyt oireet tunnetuista taudinkuvista. Hän painottaa erityisesti, että vasta nyt käytetään olemassa olevaa, psykiatrisen kirjallisuuden ja oppikirjojen sisältämää (esi)tietoutta. Ensimmäisessä vaiheessa tapahtunut oireiden nimeäminen ammattikielen käsitteiden avulla oli vain oikotie, jolla pyrittiin välttämään turhaa yksityiskohtaisuutta. Sen sijaan haluttiin pelkästään viitata tarkempaan kuvaukseen, joka on jonkun toisen tekemä. Feer (1987: 7) korostaa nimeämisen merkitystä viittaamiseen verrattuna (*“notwendig war die Benennung, dieser Verweis nicht”*) ja lisää, että tarkkailija olisi voinut itsekin esittää tarkemman kuvauksen. Vasta tässä kolmannessa vaiheessa erotetaan se, mikä jo tunnetaan, siitä, mikä on tarkkailun tulosta.

Edellä on selostettu varsin seikkaperäisesti psykiatrisen diagnoosin syntyä. Ensimmäinen ja toinen vaihe ovat oireiden havainnointia ja kuvaamista. Vasta näiden kahden erillisen vaiheen jälkeen tehdään ero akuutin tilanteen ja tunnetun perinteen välillä. Tämän viimeisen vaiheen merkitystä Feer (1987: 7) korostaa. Hän pitää virheellisenä näkemystä, jonka mukaan tarkkailijan olisi mahdollista tavallaan muodostaa havainnoitavasta todellisuudesta valokuva ensin päässään ja sen jälkeen kielessään. Tällaista yleistä psykiatrisen diagnoosin syntytapaa ei voi hyväksyä implisiittisesti ja lingvistisesti. Feer (mp.) sanoo: *“Wie fragwürdig dieses Vorgehen ist, wird zuerst bei der Unterscheidung der Symptome von anderen, nicht krankhaften Merkmalen offenbar.”* Menettelytavan kyseenalaisuus näkyy oireiden erottamisessa, ei niiden ilmeisyydessä. Hän kysyy, mistä on mahdollista tunnistaa jokin piirre sairaudeksi tai oireeksi. Kaikista viitteistä huolimatta oireelta puuttuu etiketti. Sairaiden ja ei-sairaiden piirteiden erottamistapahtumassa ovat mukana potilasta tarkkailemalla saadut tiedot. Mutta näihin tietoihin ei perustu ainoastaan oireiden piirteiden identifiointi vaan myös jo aikaisemmin tapahtunut piirteiden tunnistaminen. Henkisen kokemuksen jäsentäminen ja ryhmittely ei ole välitöntä kokemista, kuten usein luullaan, vaan kieleen perustuvaa tietämistä. Feerin (1987: 7) esittämä teci kuuluu: *“Die Wirklichkeit einer krankhaften Person, die wir unmittelbar zu erfahren glauben, ist abhängig von unserem Vorwissen also von der psychiatrischen Sprache.”* Kielen merkitys potilaan oireita tarkkailtaessa ja nimettäessä on erityisen suuri.

Mäkinen (1996: 55–57, 63–64) on analysoinut psykiatrian tulosanelua, joka etenee loogisesti ja kronologisesti tyypillisen kertomuksen tapaan, lopussa jopa alun nykyhetkeen

palaten. Mäkinen (1996: 64) ei käsitä aikaa ja syvempää semanttista tulkintaa vain vaakasuoraan syntagmaattisesti etenevänä vaan tulkitsee tekstiä lineaarisuuden lisäksi orgaanisena kokonaisuutena suhteessa kontekstiin. Hänen semanttiset, diskurssiin liittyvät analyysinsä osoittavat, “kuinka kontekstisidonnaisia ja esiyimmärryksen varassa rakennettuja – – tekstit ovat”. Psykiatrinen tuloteksti kuvaa tilannetta heijastavaa, lähinnä pragmaattisesti sidoksista tapahtumaprosessia, toisin kuin vertailtavana oleva oftalmologinen eli silmätautioppiin liittyvä teksti, jonka Mäkinen osoittaa heijastavan tutkimustilannetta ja fyysistä maailmaa jopa “anatomisesti”. (Ks. tark. Mäkinen 1996: 86–87, 74–78, 105.) Näin ollen on osoitettavissa, että psykiatrian erikoisalain perusajattelutapa on analyttinen ja kertova. Se syntyy implisiittisen hyperteeman lisäksi epäsuorasta ja abstraktista lohkotusta teemasta, joka muodostuu käyttäytymisestä, tunnetilasta ja puheesta (Mäkinen 1996: 106). Potilashaastattelussa kysymyksessä ei voi olla pelkästään välitön henkinen kokeminen toisen ihmisen todellisuudesta, vaan lääkäriltä vaaditaan monenlaista tietämistä, joka perustuu kieleen ja sen konventioihin (Feer 1987: 7).

Potilashaastattelun päätteeksi laaditaan alustava diagnoosi, joka on erittäin tiivistetty loppuarvio kaikesta aikaisemmin sanotusta (Mäkinen 1996: 96). Diagnoosia kirjoitettaessa on lääketieteessä yleensä tavoitteena Hervosen ja Nienstedtin (1979: 158) mukaan kuvata tilanne lääketieteen latinaa käyttäen siten, että lukijalle selviää mahdollisimman tarkasti tilan, sairauden tai vamman luonne (vrt. Lönnqvist 1999: 30). Tyypillisessä diagnoosissa on yleensä kolme pääosaa (Hervonen ym. 1979: 166): sairauden yleisnimi (vastauksena kysymykseen: mikä vikana?), paikkaa ilmaiseva substantiivi (missä paikassa?) ja lopuksi prosessia tarkemmin kuvaava adjektiivi (minkälainen tilanne?). Aikaisemmin käytössä olleessa tautiluokituksessa ICD-9:ssä (1987: 76) on tämän periaatteen mukaisesti muodostettu diagnoosi: *2961E Depressio mentis gravis* eli vakava masennustila, jossa häiriönä on *depressio* eli *masennus*, paikkana mieli tai sielu (*mentis*) ja jossa tilanne on *vakava* (*gravis*). Diagnoosi kuuluu ryhmään *296 Perturbationes mentis affectivae graves* eli vakavat mielialahäiriöt ja sitä tarkennetaan lisänumerolla *1* sekä edelleen kirjaimella *E* (asteikolla *A–G*).

Omaan aineistooni kuuluva, uusin kansainvälisessä käytössä oleva virallinen tautiluokitus ICD-10 (1995) jakaa, ryhmittelee ja nimeää mielialahäiriöt ja niihin kuuluvan masennustilan toisin, kuin edellä on esitetty (ks. liite 8). Uusimmassa tautiluokituksessa ”paikkaa” ilmaistaan mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden nimityksissä termillä *psykye* ja sen eri johdoksilla: *psyko-*, *psykoosi*(*piirteinen*), *psykoottinen*, *psykopaattinen*, *-patia*, *psykykinen*, *psykykkis-* (la *psyche* ‘sielu, mielenlaatu, mieli; ihmisen tiedostettu ja tiedostamaton henkinen elämä: ajattelu ja tunteet’). Noin 15 prosentissa ICD-10:n diagnoosinimikkeistä on psykykeen viittaava ilmaus jossain mainitussa muodossa. Termi *mieli* (*mielenterveys*, *-häiriö*, *mieliala*, *-häiriö*) tai latinan *mens* ‘mieli, sielu’ (*mentali*, *mentalis*, *menti*, *mentis*) esiintyy tämän aineiston mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriö -diagnooseissa vain noin neljässä prosentissa tapauksia. Vertailun vuoksi mainittakoon, että infektioautien tutkitusta termistöstä (Kapiala 1989: 204) noin kolmanneksessa esiintyy paikkaa ilmaiseva, hallitsevan oireen sijaintia kuvaava termi. Suurin osa psykiatrian diagnooseista on muodostettu muulla tavoin; monet niistä ovat oireita kuvaavia metaforia.

Psykiatrian erikoiskieli on sisällöltään ja funktioltaan hyvin spesialisoitunut kielimuoto eli teknolekti, joka on samalla alan ajattelutavan ilmaus (vrt. Laurén ym. 1987). Teoreettisessa lääketieteessä kielenkäytön funktio muistuttaa luonnontieteiden tapaa ajatella, kliinisessä työssä taas päätöksenteolla on keskeinen sija (Wiese 1984: 65). Potilashaastattelua tekevän lääkärin kannalta kertovan tekstin teemat ovat Mäkisen (1996) mukaan voimakkaan abstrahoituja. Ne sisältävät ammattilaisen tietämyksen (informaatiojärjestelmän, kollektiivisen kognitiivisen koodin), mutta niihin tulee mukaan vuorovaikutustapahtuman toisena osapuolena potilas, hänen puheensa, käyttäytymisensä ja tunnetilansa. (Mäkinen 1996: 102–103.)

Termien voi sanoa edustavan haastattelussa informaation kiteytymiä, cräänlaisia jäävuoren huippuja tai oikeastaan huippujen ylintä kärkeä. Kun valtaosa jäävuoresta on vedenpinnan alla piilossa (tieteenalan sisältö), näkyvät pinnalla vain huiput (itse teksti) ja huippujen kärjet (termit), tässä tapauksessa sanakirjamaisesti (vars. tautiluokituksen aakkosellisessa osassa) esitetyt diagnoosit ja niiden luokitukset. (Vrt. Mäkinen mp.) Termien määrä heijastaa Laurénin (1993: 100) mukaan ammattiteksteissä sitä tietämystä ja erikoistumisen

astetta, jonka edellyttään olevan yhteistä kirjoittajalle ja hänen lukijalleen. Tarkoitus on, että diagnoosit tiivistävät potilaan ja lääkärin vuorovaikutuksen tuloksen muita asiantuntijalukijoita varten. Tässä yhteydessä on hyvä muistuttaa psykiatrien omasta havainnosta, jonka mukaan kirjallisuuden neroilla on usein ollut kyky nähdä lääketiedettä selkeämmin sellainen ihmisten välisten suhteiden luonne, joka liittyy psyykkiseen sairautteen tai epänormaaliuteen (ks. luku 1.5.2).

Potilaan näkökulmasta diagnoosit saattavat edustaa maailmaa, joka poikkeaa täysin kliinisiä havaintoja tekevän lääkärin maailmasta. On kuitenkin huomattava, että tieteellinen tutkimus on eri asia kuin hoitoon liittyvät käytänteet. Virve Pohjanpalo (2000: 20) on haastatellut Helsingin yliopiston psykologian laitoksen dosenttia Juhani Ihanusta *Yliopistolehdessä* otsikolla Parantavat tekstit. On havaittu, että ihmiset, jotka sanallistavat traumaattisia ja stressaavia kokemuksiaan, selviävät paremmin kuin ne, jotka eivät kirjoita tunnepitoisista muistoistaan. Sanoilla muokataan maailmaa erilaisissa kertomusterapioissa. Terapiamuotona tervehdyttävä narratiivinen fantasiointi on Ihanuksen mukaan kuitenkin mielenterveyshäiriön marginaalissa. Paljon useammin on potilaan arjessa vastassa "paikalleen seisahdaneiden diagnoosien maailma", tai "Diagnoosi on tyrnä", kuten Pohjanpalo (mp.) otsikoi. Kirjallisuus- ja runousterapian kenttä on Ihanuksen (2002: 7–8) mukaan avoin kaikenlaisille näkemyksille ja vaihtoehtoisille opeille, kun pyritään ymmärtämään itseä ja toisia, löytämään uusia voimavaroja ja merkityksiä sekä hyväksymään muutoksia. Sekä sairaaloiden että avohoidon toiminnan lähtökohtana on potilaan kategorisointi, vaikka hänen elämäntilanteensa saattaisi olla hetkellisesti ongelmallinen tai dynaamisen muuttuva. Kirjallisuusterapiapiirissä ihmisellä on mahdollisuus miettiä, kannattaako itselle annettua määritelmää toistaa. Kysymyksessä on merkityksen neuvottelu, jossa potilaalle toistuvasti muistutetaan, että hänessä on muitakin puolia kuin potilaskertomus. (Ks. *Yliopisto* 4/2000: 20.)

Yliopisto-lehden artikkelissa (4/2000: 20–21) pohditaan *sairaus*-termin tarpeellisuutta mielenterveysongelmien yhteydessä. Terminä *sairaus* assosioituu psykologin näkökulmasta Ihanuksen (mp.) mukaan sellaisiin häiriö- ja ongelmatilanteisiin, joilla on selkeä syy. Mielenterveysongelmilla on tuskin koskaan selvää, yhtä selittäjää. Yksittäisen syyn malli,

joka pohjautuu pelkästään kemiaan ja biologiaan, on ajatustottumuksena huono. Tällainen medikalisointi selittää osan todellisuudesta, samoin kuin käsitys, joka perustuu toiseen ääriasetelmaan eli pelkästään kielen ja tulkintojen varassa rakentuvaan maailman-selitykseen. Kysymys on myös paljolti valtasuhteiden ylläpitämisestä ja yhteiskunnassa vaikuttavien tekstien monimutkaistuneista keskinäisistä suhteista. Kertomuspaljous ei noudata enää ”viimeisen sanan logiikkaa”, vaan niin sanotussa tietoyhteiskunnassa käsitteellistämistapojen ja persoonallisuusmäärittelyjen on tieteen teorioiden tapaan ”perusteltava” itsensä houkuttelevuudella aikaisempaa tehokkaammin. Ihmisellä on kuitenkin mahdollisuus vapautua erilaisista patologisoinneista ja odotuksista sekä ulkopuolisten määritelmien vallasta, vaikka se aiheuttaa hätäännystä. Puhe- ja määrittelytapoja voidaan pohtia, ehkä jopa kehittää. Tässä selostettu artikkeli parantavista teksteistä päättyy sanoihin: ”Laadukas tarinointi on myös hyvinvoinnin ylläpitoa”. (Yliopisto 4/2000: 20–21.) Tarkastelen kieltä psykiatrisen hoidon välineenä tarkemmin luvussa 3.3.3.

Tässä yhteydessä on hyvä mainita ranskalaisen ja anglosaksisen psykiatrian erosta, jota käsittelen myös luvuissa 4.2.3.2 ja 4.4. Näkemyseroa kuvaa Romanovin (1998: 3157) mukaan skitsofrenia-käsite, joka ranskalaisessa koulukunnassa on amerikkalaista paljon rajatumpi. Skitsofreniadiagnoosia ja muita *skitso*-alkuisia diagnooseja ei mielellään anneta, koska potilaat ja heidän ympäristönsä – jopa hoitohenkilökunta – saattavat kokea sanan lannistavana ja paranemisen toivoa vähentävänä. Romanov (mp.) muistuttaa erityisesti, että lääkäri ei ole potilaan lannistaja vaan lohduttaja ja toivon antaja. Ranskalaisessa psykiatriassa puhutaan akuutista psykoottisesta tilasta, jonka anglosaksisesta näkemyksestä poikkeavan, ranskankielisen nimityksen *la bouffée delirante* voisi kääntää suomeksi ”psykoottinen vaihe” (ra *la bouffée* ’henkäys, tuulahdus, lehdus, puuska’) (Romanov 1998: 3158). Termi ei viittaa skitsofreniaan, vaan on kohtelias ja kunnioittava potilasta kohtaan, kuten ranskalaisessa psykiatriassa on tapana: potilas on aina *madame* tai *monsieur* ja lääkäriä teitittelevät jopa hyvinkin psykoottiset potilaat.

Kuten tässä kieltä kommunikaation välineenä käsittelevässä luvussa on käynyt ilmi, diagnoosi sairauden tai psyykkisen häiriön nimityksenä peritään ja opitaan. Se abstrahoidaan yhden tai useamman paradigmaattisen tapauksen stereotypiana (Feer 1987:

37). Sama pätee oireiden ja oireyhtymien nimityksiin ja edelleen niiden luokitteluun (Feer 1987: 34). Semantiikan peruskysymys merkin ja merkityksen suhteesta on psykiatriassa erityisen ongelmallinen. Kielenulkoisen todellisuuden kohteita on tässä tapauksessa vaikea tavoittaa ja tiedostaa. Merkitys muovautuu tilannekohtaisesti sanoman, sen lähettäjän ja vastaanottajan keskinäisessä vuorovaikutuksessa, mitä psykiatriassa ei välttämättä aina oteta huomioon, jos tilannetta katsotaan vain ammatillisesta näkökulmasta.

Psykiatriassa on tärkeänä keinona inhimillinen kieli, sen verbaali ja jossain määrin nonverbaali käyttö, pyrittäessä selvittämään potilaan sisäistä maailmaa ja sen merkityksiä. Ihmisen lähintä vuorovaikutusverkostoa erilaisine ihmissuhdeongelmineen ja syy-yhteyksineen tarkastellaan vuorovaikutuspsykologisen lähestymistavan avulla. Yksilöpsykologinen lähestymistapa puolestaan painottaa persoonallisuuden kehityksen varhais-syntyisen häiriintymisen merkitystä, joka sekin pohjautuu ennen kaikkea vuorovaikutuksellisuuteen. (Furman, Forsman & Saarela 1987: 26–28; Alanen 1994: 40–41.)

Ihmisten välisellä vuorovaikutuksellisuudella on merkitystä myös psykoanalyttisessä teoriassa, jossa se nähdään sisäisten voimien eli vietin ilmauksena, minkä H. Karlsson (1994b: 91–92) mainitsee toisena tämän teorian kahdesta pääsuuntauksesta, kun tarkastellaan psyykkisen kokemuksen lähteitä. Toisen suuntauksen mukaan mielen sisältöjen katsotaan muovautuneen ja olevan ilmausta suhteesta muihin ihmisiin. Kieli toimii psykiatriassa paitsi tutkimuksen myös vuorovaikutuksen monipuolisena, mutta ei täysin ongelmattomana välineenä. Diagnooseista on hyötyä lääketieteelle ja yhteiskunnalle, potilas saattaa kokea diagnoosin saamisen haitallisena ja rajoittavana.

Esitin tämän luvun alussa esimerkkejä sananvaihdosta, joissa kummassakin näkyy lääkärin ja potilaan ajatusmaailmojen kohtaamisen vaikeus. Raevaara (2000) nimeää lääkärin ja potilaan välisessä vastaanottokeskustelussa kaksi relevanttia tulkintakehystä: lääkärin asiantuntijanäkemyistä edustava lääketiede ja potilaan maallikkotietämystä edustava elämämaailma. Kun kysymyksessä ovat somaattiset vaivat, lääketieteen ja elämämaailman tulkintakehykset eivät sulje toisiaan pois. Kumpikin keskustelun osapuoli voi suuntautua samanaikaisesti molempiin kehyksiin. Jotta potilas voisi esittää tietoisuuttaan ja

pätevyyttään kansalaisena ja potilaana, hänen tulee tuntee vastaanoton käytänteet ja lääketieteen tulkintakehys. Sen lisäksi hänen täytyy osoittaa asemansa maallikkona erottamalla oma näkemyksensä vaivan syistä lääkärin näkemyksestä. (Raevaara 2000: 213–214.) Raevaaran (2000: 215) mukaan somaattisista vaivoista kärsivän potilaan toiminnan keskeinen piirre näyttää olevan suuntautuminen näihin kahteen kehykseen.

Psykiatrin vastaanotolla olevan potilaan tuskin on omasta elämismaailmastaan käsin helppo orientoitua lääkärin psykiatriseen tulkintakehykseen, joka teoreettisilta painoituksiltaan saattaa vaihdella ja jäädä potilaalle epäselväksi. On mahdollista, että lääketieteen kehyksen dominanssi ja vuorovaikutuksen epäsymmetria korostuvat psykiatriassa muuhun lääketieteeseen verrattuna (vrt. Raevaara 2000: 214). Aina kun potilas tai lääkäri asettaa vaivansa jompaankumpaan tulkintakehykseen, hän samalla kertomisen ohella ottaa kantaa, tulkitsee, selittää, esittää odotuksia, rakentaa identiteettiä jne. (Raevaara 2000: 214). Toisaalta terapiakeskusteluissa terapeutti pyrkii perustamaan neuvonsa ja ongelmien formuloinnit asiakkaan esittämille tulkinnoille ja käsityksille (ks. tark. Raevaara 2000: 213).

Psykiatrinen tulkintakehys ja maallikon elämään pohjautuva tulkintakehys vaativat erillistä keskusteluanalyyttistä tutkimusta. Yleisesti on kuitenkin todettu (mm. Ben Furman psykoanalyysin kritiikkiä käsittelevässä televisio-ohjelmassa 13.11.2000), että erilaisilla terapiasuuntauksilla ei ole sinänsä hoitotulosten kannalta niin suurta merkitystä kuin asiakkaan ja terapeutin välisen vuorovaikutuksen onnistumisella, niin sanotulla kemioiden yhteensopivuudella. Kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisella on useimmiten ratkaiseva merkitys (ks. esim. Huttunen 1994b: 307, 310, 316). Kieli toimii psykiatriassa perinteisesti myös yhtenä hoidon välineenä, mitä tarkastelen seuraavaksi.

3.3.3 Kieli ja psykiatrinen hoito

Kieli on psykiatriassa pääasiallinen hoidon väline erilaisissa yksilö- ja ryhmäterapioiden. Viimeksi mainittuun ryhmään kuuluvat muun muassa perhe- ja yhteisöterapiat. Somaattisista hoitomuodoista tärkein on nykyään lääkehoito, aikaisemmin käytettiin myös

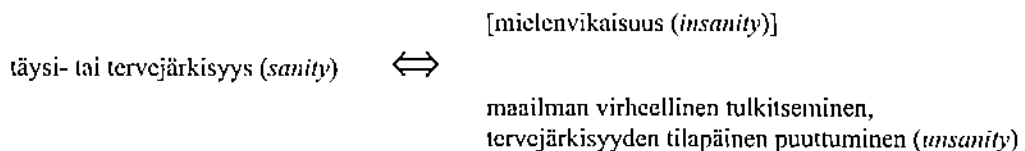
psykokirurgiaa ja sähkösoikkihoitoa, joista jälkimmäinen on otettu uudelleen käyttöön. Terapiat voidaan periaatteessa jakaa kielellisiin ja ei-kielellisiin sillä perusteella, käytetäänkö niissä hoitomuotona verbaalista vai jotain muuta ilmaisumuotoa, esimerkiksi auditiivista tai visuaalista ilmaisua (musiikki- ja taideterapia). (Alanen 1994: 40, 203–286; eri hoitomuodoista ks. tark. Furman ym. 1987: 129–163.)

Keskusteluterapioihin liittyy monenlaisia ennakkoluuloja. Amerikkalainen Barbara Hasan (1986) käsittelee artikkelissaan *General Semantics as a Tool to View Psychiatric Practice* käytännön terapiatilanteeseen liittyviä semanttisia näkökohtia. Hän puuttuu ulkopuolisen tarkkailijan vaikeuteen tarkastella joidenkin terapeuttien tapaa määritellä sitä, mistä he puhuvat. Hänen mukaansa usein joutuu kuulemaan seuraavanlaisia kommentteja: Mutta eiväthän terapeutit tarvitse analyysiä, vaan potilaat, jotka ovat sairaita, ja ovat siksi täällä. Ja sitä paitsi, sinä et ole terapeutti. Et kykene ymmärtämään kliinisiä tilanteita! (Hasan 1986: 178.) Hasan (1986: 175) pohtii sitä, miten paljon psykiatrit ja terapeutit yleensä kiinnittävät huomiota käyttämäänsä kieleen ja termeihin.

Hasanin (1986: 175) semanttinen käsitteistö perustuu Alfred Korzybskin teoksessa *Science and Sanity* (1948) kehittelemiin aristoteliaanisiin ja ei-aristoteliaanisiin orientaatioihin (Korzybski 1948: xxv–xxvii). Jälkimmäisille orientaatioille on tyypillistä jyrkkien vastakkainasettelujen ja kahtiajakojen sijaan muun muassa suhteellisuus, epäsymmetrisuus, dynaamisuus ja asteettaisuus. Persoonallisuutta ei esimerkiksi pyritä jakamaan osiin vaan integroimaan. Aristoteliaanisen näkemyksen mukaisesti kielen rakenne ja orientaatiot ovat intensionaalisia, ei-aristoteliaanisen näkemyksen mukaisesti taas ekstensionaalisia, eli pysyvien rakenteiden sijasta koko ajan syntyy uutta (tapahtuu laajenemista). Kahtiajako tunteisiin ja järkeen korvataan tässä Korzybskin 52-kohtaisessa orientaatioiden erottelussa semanttisilla reaktioilla. Kielen ja todellisuuden välillä on rakenteen yhtenevyyttä epäyhtenevyyden sijaan (*similarity vs. non-similarity of structure between language and facts*). Termejä ei jätetä vaille huomiota, vaan ne nähdään luonteeltaan epämääräisinä (*undefined*) tai yli- tai alimääriteltynä (*over-/under-defined*). (Ks. tark. Korzybski 1948: xxv–xxvii.) Korzybski määrittelee yleisen semantiikkansa (*general semantics*) non-aristoteliaaniseksi orientaatiostysteemiksi, joka koskee kaikkia tieteenaloja ja kaikkea

elämää, mutta erityisen tarpeellinen se on bakteriologian tapaan lääketieteelle, psykiatrialle, mentaalihygienialle ja koulutukselle (Korzybski 1948: xi–xii). *Käsitteiden* ja kahtiajakojen sijaan (ruumis *ja* mieli, tunne *ja* järki, tila *ja* aika) puhutaan *formuloinneista* (Korzybski 1948: xxxv).

Korzybskin tapaan Hasan (1986: 178) ehdottaa täysi- tai tervejärkisyys (*sanity*) vastakohtaksi käsitettä *unsanity* (‘epätervejärkisyys’), joka voidaan määritellä maailmaa koskevaksi virheelliseksi tiedoksi. Tällainen virheellinen tieto johtuu kokemustemme vääränlaisesta tulkitsemisesta. Käsitteellä *insanity* ‘mielenvikaisuus’ Hasan ei tarkoiteta tässä yhteydessä täysijärkisyys vastakohtaa, koska useimmat akuutin hoidon yksikköön tulevat ihmiset eivät ole mielenvikaisia (*insane*). Jos tervejärkisyys vastakohtaksi määritellään mielenvikaisuuden sijaan terve- tai täysijärkisyys puuttuminen (kuvio 4), voidaan väittää, että ei vain potilailla, vaan kaikilla, terapeutit mukaan lukien, on virheellistä tietoa maailmasta ja kaikkien pitäisi toimia alemmilla abstraktiotasoilla. Kielellä on merkitystä, koska kokemukset suodattuvat sen kautta. (Ks. Hasan mp.) Ihminen on suhteessa todellisuuden symbolien ja symbolifunktion kautta, siksi käytettyjä, sekä julkisia että henkilökohtaisia symboleja on tulkittava (Ikonen 1993: 199).



Kuvio 4. Täysi- tai tervejärkisyys ja sen vastakohtat.

Olen edellä käsitellyt psykiatriseen hoitoon liittyviä periaatteellisia, semanttisia näkökohtia ja käsitteitä. Psykiatrian kielen ja termistön käyttö on pulmallista, koska se usein koetaan vieraaksi ja leimaavaksi. Rätty (1987: 114) korostaa Hasanin (1986) ja Rauhalan (1981: 41, 1997) tavoin ongelmien kuvaamisen hyödyllisyyttä käytännön tilanteiden tasolla. Elämäntilanteisiin liittyviä vaikeuksia on mahdollista eritellä ajattelemalla mielenterveyttä myönteisestä, suhteellisesta ja konkreettisten ongelmien näkökulmasta psykiatrisen käsitteistön sijaan. Maallikkojen arkihavaintoina Rätty (1987) kuvaa mielenterveyden ongelmien usein havaittavia piirteitä seuraavasti: käyttäytyminen on “salpautunutta”, epämääräistä,

palautuvaa ja sävyltään melko neutraalia, joka ymmärretään normaalin tavallisena vaihteluna, vaikka vakavampikin patologinen mahdollisuus on olemassa. Kysymyksessä on käyttäytyminen, "jollaista kaikilla on joskus", eikä sen piirteiden kliinistäminen tunnu järkevältä, siitä huolimatta että asiantuntijoiden suhtautuminen on luonnollisesti huolestuneempaa kuin yleisön. (Räty 1987: 114.)

Käsittelin aikaisemmin luvussa 3.1 psykiatrian ja sen ammattikielen erityisluonnetta. Tällöin totesin, että ihminen on yhdeltä ulottuvuudeltaan elämäntilanteeseensa kietoutunut olento Rauhalan (1981, 1997) hahmottelemassa psykiatrian teorian ontologiassa. Tätä ulottuvuutta ihmisessä edustaa hänen suhteensa ympäröivään maailmaan ja siinä vallitseviin normeihin; kahdelta muulta ulottuvuudeltaan ihminen on kehollinen (orgaaninen tapahtuminen) ja tajunnallinen (kokeminen) olento. Tällainen ihmisen olemassaolon kolmijakoisuus on todellista, sen osia ei voida palauttaa mihinkään muuhun. Ihmisen maailmankuva muodostuu, kuten Puhakainen (2000: 46) Rauhalaa tulkitsee, erilaisista kokemuslaaduista, joiden mahdollinen, keskinäinen ristiriita aiheuttaa psyykkisen häiriön (ks. myös Rauhala 1981; 1997; Puhakainen 2000: 59; Alenius 4.9.2000.) Psyykkiset häiriöt ovat Rauhalan filosofiassa elämäntaidollisia ongelmia, ja niitä voidaan ymmärtää analysoimalla ihmisen merkitysmaailman kokonaisuutta (ks. myös Puhakainen 2000: 61). Psykiatrisen hoidon onnistumisen kannalta viimeksi mainitulla eli ihmisen kokemus- ja merkitysmaailmalla ja sen huomioimisella on käsittääkseni ratkaiseva merkitys.

Ihminen voi nimittäin psykoterapiassa Hasanin (1986) mukaan päästä kosketuksiin omien akuuttien tunteidensa kanssa, mutta terapia voi johtaa myös tunteiden jäljittelemiseen. Hasan huomauttaa, että kysymyksessä eivät tällöin ole omat todelliset tunteet, vaan hoitavalta terapeutilta vastaanotetut sanat. Potilas voi yksinkertaisesti oppia omaksumaan hoitoon liittyvän ympäristön semanttisen todellisuuden. Terapeuttinen ympäristö (*therapeutic milieu*) on Hasanin mielestä yksi psykiatrian miltei mystisistä, mutta pääasiallisesti merkityksettömistä fraaseista. Hänen mukaansa on itse asiassa olemassa kokonainen uusi kieli, jonka potilas voi omaksua. Tämä voi uudelleensuunnata (*re-direct*) käyttäytymistään, hyväksyä terapeuttisen hoitojärjestelmän ehdot, muuttua tarkoituksenmukaisemmaksi, kehittää selkeämpiä tunnetiloja (*brighter affect*) tai laatia realistisempia

tulevaisuudensuunnitelmia. Hasan kysyy aiheellisesti, auttaako tällaisten uusien abstraktioiden omaksuminen todella kehittämään mielen ja kehon integraatiota. (Hasan 1986: 178.)

Hasan (1986) perustaa huomionsa Korzybskin (1948) väitteisiin, joiden mukaan lapsena omaksutut sanat ja kieli on opittu ensin ja vasta sitten tulevat tosiasiat ja niiden merkitykset. Järjestys on patologisesti käänteinen, koska sanat eivät ole identtisiä tosiasioiden kanssa. Meidän itsessämme kantama virheellinen tieto ja sen aikaansaama sopeutumattomuus ovat tulosta siitä, että suuntaudumme ja toimimme sellaisten verbaalisten rakenteiden mukaisesti, jotka eivät sovi tosiasioihin. Ideaalitapauksessa ihmisille tulisi opettaa ”luonnollinen” järjestys: ensin tosiasiat ja vasta sitten määritelmät. Ajatuksena on, että kieli ei ole vain kortikaalinen, vaan psykososiaalinen ilmiö: merkitys on yhteydessä tiettyinä hetkenä tiettyyn tapahtumaan tai yksilöön, se on aikaisempien kokemusten värittämää, terveyden tila, hetkittäinen mieliala ja niin edelleen. On olemassa esimerkiksi *kyllä*₁, *kyllä*₂ ja *kyllä*₃, jotka kaikki ovat erilaisia. Mielen sairaus on häiriötä semanttisissa reaktioissa eli psykologisessa reagoinnissa sanoihin ja muihin ärsykkeisiin. Ilmauksista *kyllä*₁, *kyllä*₂ ja *kyllä*₃ tulee *kyllä*, joka kontekstista irrotettuna tarkoittaa kaikissa tapauksissa mielen-terveyden häiriötä. (Korzybski 1948: 14; Hasan 1986: 178–179.)

Kuten tämän luvun alussa mainitsin, Korzybski (1948) on luonut kaksi erillistä orientaatiomenetelmää tervejärkisyyden ja sen vastakohdan (*sanity and unsanity*) tutkimiseksi. Nämä suuntautumisvaihtoehdot ovat intensionaalinen ja ekstensionaalinen ajattelu, joista intensionaalinen ajattelu on aristoteelista, kaksiarvoista. (Ks. Hasan 1986: 179). Hasan vetoaa Korzybskiin (1948) sanoessaan, että useimmat termit ovat toisaalta ylimääriteltyjä intensionaalisesti, verbaalisti ja toisaalta alimääriteltyjä ekstension, tosiasioiden suhteen. *Neuroottinen* ja *psykoottinen* ovat termeinä intensionaalisesti orientoituneita. Ekstensionaalinen orientoituminen on järjestelmänä ei-aristoteelista, se on luonteeltaan epämääräistä. Termi on ekstensionaalisesti alimääritelty niin kauan, kunnes kaikki sen käytännössä esiintyvät tapaukset voidaan osoittaa tyhjentävästi. (Hasan 1986: 179.)

Edellä sanottua havainnollistaa triviaali esimerkki, jonka Korzybski (1948) esittää ja jota Hasanin (1986) siteeraa. Esimerkissä intensionaalisesti suuntautunut henkilö haluaa ostaa talon. Hän etsii sanakirjasta sanan *talo* ('ihmisen haltuunottama, asunnoksi tarkoitettu rakennus'). Tutkittuaan taloa, joka osoittautuu kelvolliseksi, hän muuttaa huonkaluineen sisään. Talo on kuitenkin termiittien tuhoama, ja se sortuu, joten jäljelle jäävät pelkät kuoret (kenties silmää miellyttämään). Tässä tapauksessa *talo* oli intensionaalisesti "ylimääritely" ("by intension – – over-defined"), toisin sanoen määrittely on liian yleistä: kaikki talot ovat soveltuvia asumiseen. Ostaminen on ekstensionaalinen teko, jolla tavallisesti on seurauksia, mutta tässä esimerkissä ostettiin todellisuudessa määritelmä. Talon verbaalinen määritelmä ei vastaa ekstensionaalisia tosiasioita. Ekstensionaalisesti eli ajankohtaisten tosiasioiden suhteen *talo* oli alimääritely ("by extension – – under-defined"): sanakirjamääritelmässä ei ollut (kuten ei koskaan ole) tosiasiallista tietoa termiteistä osana talon ideaa; siten tämä tieto ei voinut olla myöskään osa ostajan käsitettä 'talo'. Monet tärkeät luonnehdinnat jätetään sanakirjojen määritelmistä pois. (Korzybski 1948: xxxviii; Hasan 1986: 179.) Hasan (mp.) kärjistää kysymällä, mahtaisiko käynti potilaan talossa "termiittien" tutkimiseksi lisätä tämän ymmärtämistä enemmän kuin katsominen DSM-III:sta, psykiatrian sanakirjasta. On huomattava, että amerikkalaisessa psykiatriassa DSM-III-luokituksella on "diagnostisen raamatun" asema (ks. Laitinen 1994: 18, 43).

Ongelma, joka liittyy yli- ja alimääriteltyihin käsitteisiin on yleinen. Se koskee Korzybskin (1948: xxxix) mukaan yhtä lailla tiedettä kuin jokapäiväistä elämää. Esimerkiksi veden kemiallinen yhdiste H_2O on intension tai määrittelemisen suhteen liian yleisesti esitetty. Käytännössä eli ekstensionaalisessa mielessä me emme ole tekemisissä oikean tai puhtaan H_2O :n kanssa. Kysymyksessä on vain paperilla oleva symboli, koska todellisuudessa erilaisia epäpuhtauksia on mahdotonta välttää. Korzybski (1948: xxxix–xl) sanoo, että monet psykiatrian ja psykoanalyysin termit ovat liian "raskaita" (mm. *ego* ja *superego*). Ne aiheuttavat loputonta verbaalista kinastelua ja hämmennystä, koska niiden luonnetta yli- ja alimäärittelemisen suhteen sekä riippuvuutta asenteista on vaikea realisoida.

Hasanin (1986) ja Korzybskin (1948) mukaan abstraktioiden liiallisuus ja todellisten tarkoitteiden puuttuminen ihmisen ajattelussa saavat aikaan tervejärkisyyden puutetta (*insanity*) ja todellisuudesta irrottautumista (*removal*). Mutta miten ekstensionaalinen tai faktoihin perustuva orientoituminen on saavutettavissa ja miten alemmilla abstraktiotasoilla voidaan toimia? Yhtenä keinona voidaan suositella negatiivisten tunteiden ”deglobali-sointia”. (Hasan 1986: 178–179.) Tällainen kokonaisvaltaisen ajattelun ja suhtautumisen vähentäminen tapahtuu siten, että käytettyihin nomini- ja verbimuotoihin lisätään erilaisia alaindeksejä ja ajankohtia, Korzybskin (1948: xxxvi) ja Hasanin (1986: 179) esimerkkien mukaisesti: “*Smith*_{Monday}, *Smith*_{Tuesday}, *hurt*₁₉₅₀, *hurt*_{1970, New Orleans}” ja niin edelleen. Tämä on yritys auttaa potilasta tulkitsemaan omaa käsillä olevaa todellisuuttaan oikein crottelemalla toisistaan samanlaiset tapahtumat ja näkemään niiden erilaiset alkuperät.

Indeksejä hyödyntävän menetelmän tavoitteena on sopeuttaa ihmisten ajattelua todelliseen maailmaan sen todellisuuden sijasta, joka on kielen synnyttämää (Hasan 1986: 179). Esimerkiksi intensionaalisesti abstrakti sukupuolisuuden käsite (*sex*) antaa nimen fiktiolle. Ekstension tai tosiasioiden suhteen ‘seksuaalisuus’ vaihtelee yksilöittäin, ei vain eri ikäkausina vaan myös suhteessa loputtomaan määrään muita tekijöitä. Käsitettä voidaan käsitellä – toisin kuin Freud aikoinaan teki – vain käyttämällä edellä mainittuja ekstensionaalisia tekniikoita (esimerkiksi indeksejä: ‘seksuaalisuus₀’ syntymässä, ‘seksuaalisuus₁’ vuoden ikäisenä, ‘seksuaalisuus₂’ kahden vanhana jne.). (Korzybski 1948: xxxiv–xxxv.)

Korzybskin (1948) ajatukset eivät ole vain yritys edistää täysijärkisyyttä semanttisessa mielessä, vaan tavoitteena on Hasanin (1986) näkemyksen mukaan myös saada ihmiset päätyämään omiin lopputuloksiin empiirisen, toisin sanoen havainnointiin perustuvan tutkimisen avulla. Tämä ei hänestä kuitenkaan ole psykiatriassa tavallisesti käytetty menetelmä. Voidaan tietenkin edellyttää, että jotkut ihmiset ovat sairaita ja siksi subjekteja jonkintyyppisessä uudelleen kouluttamisessa (“*subjects for some type of re-education*”). (Hasanin 1986: 179.) Jos näin edellytetään, niin sellaisen näkemyksen suosiminen, johon liittyy etukäteen määritellyjä terapeuttisia modaliteetteja ja psykiatrisen jargonin

jäljittelemistä, ei Hasanin mielestä ehkä ole hyvä ratkaisu.

Todellisuus ja sen kielentäminen ovat kaksi eri asiaa. Psykiatria kirjallisesti selostettaessa voi Hasanin (1986) mielestä harvoin kohdata todellisen käytännön tilanteessa esiin tulevan tunteen, kohteen tai prosessin. Päätelmien ilmaiseminen siten, että viitataan todellisen maailman asioihin, voisi Hasanin mukaan olla aikaa vievää ja osoittautua ristiriitaiseksi terapeuttille hoitojärjestelmälle. Siksi se tarjoaa eräänlaista sanakeskeistä, "käsittele minua -terveyttä" (*hand-me-down wellness*). Yleisen semantiikan keinoja pohtiessaan Hasan (1986) päätyy suosittamaan psykiatrian ajattelun muuttamista kohti moniarvoisuutta. Sellainen ihmisen kehon toiminnan, esimerkiksi polven heijasteen mukainen ajattelu, että 'epätarkoituksenmukaisen' parantuminen on yhtä kuin 'tarkoituksenmukainen', täytyy eliminoida. Ajattelun täytyy suuntautua useammin todellisen maailman faktoihin ja tarjota päätelmien pohjaksi enemmän todellisuuteen pohjautuvaa aineistoa. Psykiatrian on toimittava edellä kuvatuilla tavoilla, jos sen on määrä saavuttaa jotain muuta kuin pelkästään potilaiden suorittamat hoito-ohjelmat. Niiden tuloksena potilaat ehkä tietävät oikeat sanat, mutta eivät ole yhtään lähempänä persoonallisuuden todellista integraatiota kuin ennen hoidon alkua. (Hasan 1986: 180.)

Ihmisellä on tarve tulla kuulluksi ja ymmärretyksi. Erilaisten hoitojärjestelmien vakiintunut semanttinen todellisuus ja ihmisen konkreettinen, ongelmallinen elämäntilanne saattavat joutua keskenään ristiriitaan. Tunteiden todentaminen vaatii aikaa ja tilaa keskustelulle siten, että mahdolliset ja todennäköiset semanttiset reaktiot – myös nonverbaalit – tunnustetaan ja häiriöt selvitetään. Mielenterveyden häiriö menettää usein käsitteenä ja terminä käyttökelpoisuuttaan, koska se ikään kuin alkaa elää omaa elämäänsä ilman kosketusta ihmisen alkuperäiseen konkreettiseen elämäntilanteeseen. Kontekstin kuvaaminen on tärkeää sekä suullisesti terapiatilanteessa että siitä kirjallisesti dokumentoitaessa (vaikkapa ala- ja yläindekseihin) silloin, kun viimeksi mainittu on välttämätöntä. Kielen pintarakenteissa samanlaisilta näyttävät tapahtumat kätkevät taakseen alkuperältään erilaisia ja eri syistä johtuvia tapahtumakulkuja.

Kieli synnyttää omaa todellisuuttaan kuvatessaan ja arvottaessaan olemisen ja tapahtumisen tapoja ja varmuusasteita. Yksi tällainen tapa on näkökulman valitseminen. Sen sijaan, että ihmisen vajavaisuus ja kypsymättömyys nähdään epänormaalina, jopa sairaana, voidaan hyväksyä sen kaltainen olemisen rajallisuus ja maailman ymmärtämisen vaikeus, jota elämän hallitsemattomuus ja monimutkaisuus väistämättä synnyttää. On syytä pohtia, mitä ja miten elämän eri ilmenemismuotoja ylipäänsä voidaan kuvata ja nimetä yksittäisen ihmisen kannalta mahdollisimman oikeudenmukaisesti. Viime kädessä kysymyksessä on aina yksilön konkreettinen, ongelmallinen elämänvaikeus. Ei ole olemassa ongelmia tai sairautta sinänsä, niin kuin ei ole olemassa kieltä tai ihmistä sinänsä. Todellisuudessa on vain erilaisten ihmisten erilaisia sairauksia ja niitä kuvaavia eri kieliä ja kielimuotoja, joita on mahdollista tutkia. Psykiatria pyrkii kuitenkin koko lääketieteen osana tutkimaan, kuinka suuri osa depressioista on eri ihmisille yhteisiä tautitiloja yksilöistä riippumatta. Kieli, ihmisen ymmärrys ja todellisuus ovat keskinäisessä vuorovaikutuksessa käytännön yksittäisissä, välillä pulmallisissa elämäntilanteissa konkretisoituen.

3.3.4 Kielenkäytön funktiot psykiatriassa

Kielen perustehtävänä on toimia ajattelun ja vuorovaikutuksen välineenä ja siten helpottaa ja mahdollistaa maailman hahmottamista, asioiden muistamista ja välittämistä muille ihmisille. Parhaan mahdollisen käsityksen saamiseksi maailmasta tarvitaan kielestä hienosyinen käsitys. Pääkkönen ja Varis (2000: 11) muistuttavat, että kielenkäytön funktiot ovat mahdollisuuksia erilaisten ihmisen tavoittelemien päämäärien saavuttamiseksi. Voidaan pohtia, miten pitkälle kieli pystyy palvelemaan ihmisen pyrkimyksiä tämän yrittäessä ymmärtää ja tulkita lajitoverinsa tunne-elämää ja ajattelua. Tunteiden hallinta ja ajattelukyky muodostuvat J. Siltalan (1999) mukaan yhteispelissä, jossa "toinen antaa vastaanottajana siedettävän muodon toisen ulkoistamille tunteille ja toinen pysyy vastaanottamaan ne ominaan". Tunnevaihdon onnistuessa kokemuksia päästään jakamaan symbolisesti. Tunteiden suggestiivinen vaihto eli nonverbaali viestintä on ajattelukykyyn ja myös verbaalisen viestinnän perusta. J. Siltala lisää vielä, että tunteiden projektiivinen identifikaatio on eläytymisen ja elämän merkki, joka voidaan aina perua, patologiseksi se

tulee vain, jos sitä käytetään ajattelun korvikkeena. (J. Siltala 1999: 492.)

Ennen psykiatriaan liittyviä kielen funktioiden pohdintoja selostan seuraavassa lyhyesti Pääkkösen ym. (2000: 11–13) esittämää kuusikohtaista kielen tehtävien luokittelua, joka perustuu Roman Jakobsonin jaotteluun. Jaottelu on osoittautunut joustavaksi tuodessaan esiin viestinnän kerroksellisuutta ja tilannekohtaista eri funktioiden vaihtelumahdollisuutta. Vaikka viestin osat säilyvät muuttumattomina, kielen avulla voidaan eri tilanteissa tavoitella erilaisia asioita. – Tekstin tarkoitukset jaetaan perinteisesti kolmeen perus-funktioon, joita ovat informatiivinen, ekspressiivinen ja imperatiivinen funktio, sekä kolmeen sekundaarifunktioon, jotka ovat faattinen, esteettinen ja metalingvistinen funktio (Ingo 1990: 188–189). Käytän seuraavassa Jakobsonin kuusikohtaiseen jaotteluun perustuvia kielenkäytön funktioiden nimityksiä; sulkeissa olen maininnut Ingon (1990: 188–189) esittämän tekstin tarkoitusten ryhmittelyn ensi- ja toissijaisiin funktioihin.

Kielenulkoista todellisuutta on mahdollista selostaa ja sen objekteihin viitata kielen viittaussuhteellisen eli referentiaalisen funktion (lähinnä informatiivisen perusfunktion) avulla. Viittauksen kohteet voivat olla paitsi todellisia myös kuvitteellisia ja erilaisiin mahdollisiin maailmoihin kuuluvia, tai ne voivat edustaa mennyttä aikaa. Referentiaalinen funktio suuntautuu kontekstiin ja puheenaiheeseen. Itse viestiin suuntautuu poeettinen funktio (esteettinen sekundaarifunktio), jonka tehtävänä on tuottaa esteettistä nautintoa ja mielihyvää viestin lähettäjälle ja vastaanottajalle. Tämän imaginatiivisen kuvittelufunktion avulla kieltä voidaan manipuloida sanataiteen lisäksi myös asiaviestinnässä. Tunteita ilmaiseva ekspressiivinen eli emotiivinen funktio (ekspressiivinen primaarifunktio) suuntautuu puolestaan viestin lähettäjään, jolloin puhuja ilmaisee asenteensa puheenaihettaan kohtaan. Tyytymättömyyttä ilmaisevat, lähinnä itsetarkoitukselliset huudahdukset ovat tyypillisiä esimerkkejä tämän funktion toteutumisesta. Seuraavan kielen funktion avulla pyritään vaikuttamaan viestin vastaanottajaan. Konatiivisen eli imperatiivisen funktion (imperatiivisen primaarifunktion) mukaisesti voidaan antaa käskyjä ja kehotuksia sekä pyrkiä ohjailemaan vastaanottajan toimintaa esimerkiksi erilaisten kieltotaulujen avulla. Viestintätilanteen osapuolten eli viestin lähettäjän ja vastaanottajan välisten ajatus-yhteyksien ylläpitämisen mahdollistaa kielen sosiaalinen eli faattinen funktio (faattinen

sekundaarifunktio). Kontakti luodaan toiseen ihmiseen esimerkiksi puhuttelemalla. (Ingo 1990: 188–189; Pääkkönen ym. 2000: 11–12.)

Kun kielestä itsestään puhutaan kielen avulla, tyypillisesti juuri lingvistikissa ja loogisessa tutkimuksessa, toteutuu viimeisenä kielen kuudesta tehtävästä metalingvistinen funktio (metalingvistinen sekundaarifunktio), joka suuntautuu viestinnän koodiin. Koodi ohjailee kielen normeja, mutta se myös määrää, millaisia sisällöllisiä tulkintoja viestistä viime kädessä voidaan tehdä. Tällaisena tulkinta- ja muodostussääntönä koodi ihmisten keskinäistä vuorovaikutusta ohjaillessaan vallitsee kaikissa inhimillisen kulttuurin kattavissa, merkityksiä välittävissä järjestelmissä. Metalingvistinen funktio toteutuu paitsi erikoiskielissä myös arkikielessä, kun kysytään esimerkiksi *Mikä on koira?* ja vastataan *Se on ihmisen paras ystävä*. (Ks. Ingo 1990: 188–189; Pääkkönen ym. 2000: 12–13.)

Kun psykiatrian tyypillisessä vuorovaikutustilanteessa sanomia vaihdetaan lääkärin ja potilaan kesken, kysymykseen tulee mahdollisista koodeista ensisijaisesti luonnollisen kielen puhe. Äänen voi ajatella semioottisessa mielessä muodostavan merkkijärjestelmän, jonka ärsykkeet vastaanottajan on mahdollista havaita ja joihin hän voi reagoida. Muista mahdollisista merkkijärjestelmistä psykiatrian yhteydessä mainittakoon – lähinnä terapeuttisessa funktiossa – kirjaimet (kirjoittamis- tai tarinaterapia), piirroukset (taideterapia), sävelet (musiikkiterapia), kosketukset (ns. holding) ja jopa sähkövärähtelyt (sähköhoidot). (Vrt. Veivo & Huttunen 1999: 18–21; Pääkkönen ym. 2000: 11.)

Merkkien lisäksi psykiatrisessa viestinnässä, kuten viestinnässä yleensä, on otettava huomioon yhtä aikaa toimivat rinnakkaiset kanavat. Ne muodostuvat potilashaastattelussa tai muussa kahdenkeskisessä keskustelutilanteessa lähinnä eri aisteista sekä ääni- ja valoaloista. Lääkäri ja potilas eivät vain puhu keskenään ja kuuntele toisiaan, vaan he myös tarkkailevat toistensa käyttäytymistä ja reagoivat siihen. Lääkäri havainnoi sanojen lisäksi potilaan äänensävyjä, eleitä, ilmeitä, liikkeitä, pukeutumista ja niin edelleen. Hän toimii nonverbaalin oheisviestinnän suhteen tietoisesti ja kokonaisvaltaisesti toisin kuin potilas, jonka viestinnällistä asemaa ja tunnetilaa voi luonnehtia monessa mielessä hankalaksi. Viestintäprosessi on aina altis erilaisille häiriöille.

Epäonnistunutta viestintää voivat aiheuttaa ulkoisina häiriötekijöinä muun muassa melu, puhelimen soiminen, epäselvä puhe tai epäedullinen asento kuulijaan nähden. Sisäiset häiriöt liittyvät kummankin viestintäosapuolen tiedollisiin, asenteellisiin ja emotionaalisiin tekijöihin. Lääkärin voi kuvitella olevan esimerkiksi vaikea tavoittaa potilaan käsittejärjestelmän abstraktioastetta, jos se poikkeaa hänen omastaan esimerkiksi konkreettisempaan tai käsitteellisempään suuntaan. Terapeutin ja asiakkaan välisiä vuoropuheluja esiteltiin ja pohdittiin aikaisemmin luvussa 3.3.2. Niistä kävi ilmi käsitteelliset, erilaisiin kompetensseihin liittyvät häiriöt. Ymmärtäminen ja viestintä on vaikeaa sekä tiedon että tunteen ja asenteiden tasolla. Myös kulttuuriset normit ja arvostukset vaikuttavat. Vaikeuksista huolimatta yhteisiä merkityksiä myös pystytään luomaan.

Viestinnän tilannekohtaista kerroksellisuutta osoittaa se, miten tarkastelun näkökulmaa voidaan vaihdella toisaalta lääkäristä potilaaseen ja päinvastoin sekä toisaalta kummastakin itse sanomaan ja edelleen takaisin sen lähettäjään ja vastaanottajaan. Merkitykset syntyvät aina tilanteittaisissa monimuotoisissa prosesseissa, joissa palautteen antamisen mahdollisuus on koko ajan olemassa. Luonnollisessa puhetilanteessa palautetta voidaan antaa ja saada välittömästi.

Tämän luvun alussa esitetyt kuusi kielenkäytön funktiota toteutuvat jossain määrin kaikki, kun tarkastellaan psykiatrista potilashaastattelutilannetta, jossa tarkoituksena on laatia hoitoa varten diagnoosi. Referentiaalisen funktion perusteella lääkäri ja potilas viittaavat todellisen maailman nykyisiin, menneisiin ja mahdollisesti myös tuleviin tapahtumiin, jotka joskus voivat olla täysin kuvitteellisia. Tämä funktio voi suuntautua akuutin ongelman lisäksi myös potilaan viitekehukseen. Jos hänen elämäntilanteensa ja asiantuntijuutensa otetaan riittävässä määrin huomioon, voidaan ajatella viestinnän lopputuloksella olevan paremmat edellytykset onnistua. Kielen imaginatiivista manipuloimista voitaneen pitää esteettisen funktion toteutumana ainakin niissä tapauksissa, kun itse viesti saa aikaan jonkinlaista mielihyvän tunnetta. Puheeseen keskittyvässä tilanteessa näin tuskin tapahtuu ainakaan siinä mielessä kuin kirjallisessa sanataiteessa. Tunnettu, käytännön kokemuksiin ja esimerkkeihin perustuva tosiasia on, että luova lahjakkuus sekä inhimillinen heikkous ja herkkyyys korreloivat usein keskenään. Huttunen (1994a: 223–224) viittaa useisiin

tutkimuksiin, joissa on osoitettu, että kaksisuuntaista masennusalttiutta ilmenee keskimäärin enemmän luovien kirjailijoiden keskuudessa.

Viestin lähettäjinä niin potilas kuin lääkäri ilmaisevat asenteitaan puhumaansa kohtaan. Tällaisen kielen emotiivisen funktion voimakkuus vaihtelee potilashaastattelu- ja hoitotilanteissa. Vaikuttamaan pyrkivä kielen imperatiivinen funktio toteutuu, kun hoitohenkilökunta esimerkiksi yrittää estää potilaan itsetuhoista käyttäytymistä juttelemalla hänen kanssaan rauhallisesti. Kielen faattisen funktion avulla hoitajat ja potilaat ylläpitävät sosiaalisia kontakteja ajatusyhteyksien säilyttämiseksi esimerkiksi puhuttelemalla toisiaan.

Kielen metalingvistinen funktio toteutuu, kun lääkäri tulkitsee potilaan käyttämää koodia ja päinvastoin. Tarkastelen tätä funktiota seuraavassa ammattilaisen eli psykiatrin viestinnässä niin kuin sen lingvistinä hahmotan. Pyrkinessään tunnistamaan potilaan tunnetilaa psykiatri käyttää ammattitaitoonsa perustuvaa kykyään kuunnella kokonaisvaltaisesti puhetta ja siihen liittyvää oheisviestintää. Kyselemällä ja antamalla palautetta hän tarkentaa kuulemaansa ja tulkitsee potilaan viestinnän koodia sisällöllisesti. Tulkinta tapahtuu itse asiassa useiden eri kanavien eli tässä tapauksessa aistien avulla välittyvien koodien kautta. Tunnustellessaan – ikään kuin tuntosarvilla – potilasta lääkäriellä on käytettävissä seuraavat mahdollisuudet. Hän voi käyttää hyväkseen omaa kokemustaan vastaavasta tunteesta – esimerkiksi masennuksesta – tai hän turvautuu ammattikirjallisuuden kuvauksiin tai omiin aikaisempiin kokemuksiinsa vastaavista potilaista. Kaikissa tapauksissa toteutuu kielen metalingvistinen funktio suullisessa tai kirjallisessa muodossa.

Kun kysymyksessä on skitsofreniapotilas, liikutaan oikeastaan vielä edellistä ”korkeammalla” abstraktio- tai metatasolla. Skitsofrenia määrittyy pitkälti kielen kautta. Kielenkäytön poikkeavuudet ovat skitsofrenialle tyypillisiä, joten ne muodostavat käsitteen ominaispiirteen. Kun näihin taudin oireen piirteisiin viitataan referentiaalisen funktion avulla, ollaan termiopillisen ajattelun mukaisessa tilanteessa, jossa ontista, kielenulkoista tasoa hahmotetaan käsitetason ”läpi” kielen tason ilmausten avulla. Myös potilas on puhuessaan käyttänyt kieltä samaan tarkoitukseen; hän on kuvannut omaa käsitte-maailmaansa sen ilmiöihin – todellisiin tai kuvitteellisiin – kielen avulla viitaten.

Psykiatrian kannalta katsottuna tarkoitteessa on mukana ontillisella tasolla, sairautta määrittämässä, kieltä tai oikeastaan kielenkäyttöä. Lääkäri käyttää tällöin skitsofreniapotilaan koodia tulkitessaan tavallaan jo metametalingvististä kielen funktiota. Monet mielen-terveyden häiriöt saavat jonkinasteisen kielellisen ilmenemismuodon, verbaalin tai nonverbaalin, mutta skitsofrenian kohdalla näin hahmotettu funktio toteutuu selvimmin. Myös masentuneen hidas puhe tai täydellinen puhumattomuus voivat olla merkkejä sairaudesta.

Viestinnän kerroksellisuus ja tilannekohtaisuus tulee näkyviin, kun tarkastellaan, mihin eri kielenkäytön funktiot kulloinkin suuntautuvat. Diagnoosin selvittämistilanteessa lääkärin ei ole tarkoitus ilmaista ekspressiivisesti omia kielteisiä tunteita tai asenteitaan potilasta kohtaan. Jos näin kuitenkin tapahtuu, lääkäri käyttää kielen emotiivista funktiota. Suunnatessaan huomionsa viestin lähettäjän sijasta viestinnän koodiin lääkäri toteuttaa meta(meta)lingvististä kielenkäytön tehtävää. Kun hän taas ammattitaitoisena viestijänä pyrkii ylläpitämään viestin lähettäjän ja vastaanottajan välistä yhteyttä, toteutuu kielen faattinen funktio.

Hahmottelemani kielen kerrosteinen metametalingvistinen funktio kattaa onnistuessaan sosiaalisen eli faattisen funktion. Se ei voisi nimittäin toteutua ilman tämän funktion sisältämää vuoropuhelun jatkumista, kuten aikaisemmin luvussa 3.3.2 esitetyt terapeutin ja asiakkaan väliset psykiatrisen vuoropuhelun esimerkit osoittavat. Jos lääkärin ja potilaan näkemykset ja tunteukset jäävät kovin etäälle toisistaan, ei voida puhua potilaan kannalta hyvästä lopputuloksesta. Lääkäri ehkä saa tarvitsemansa diagnoosin, mutta potilas ei välttämättä tule ymmärretyksi ja hoidetuksi. Siinä tapauksessa, että vastaanottaja ei ymmärrä tai kestä projisoituja tunteita, projisoija yrittää J. Siltalan (1999: 492) mukaan "entistä kiivaammin vaikuttaa suoraan toisen olotilaan koska ei muuten tunne saavansa viestiään perille". Jos taas tunnevaihto onnistuu, molemmat osapuolet hyötyvät. Psykiatrian erikoislääkärin ja viestinnällinen valta ja vastuu on suuri.

Viestiessään potilaan kanssa lääkäri käyttää paitsi kieltä kielestä myös kokemusta ja tietoa kokemuksesta eli hän reflektoi potilaan tunnetta ja kokemusta. Kuten aikaisemmin totesin,

lääkärin persoona toimii ammatillisena peilinä tai instrumenttina heijastaessaan sitä, mitä hän asiakkaansa esittämänä näkee ja kuulee. Kun ajatellaan kielenkäyttöä laajasti – sanallista ja sanatonta viestintää – muodostaa tällainen tunnetilojen tulkitseminen metakokemuksena aikaisemmin esitettyjen kuuden kielenkäytön funktion lisäksi tavallaan seitsemännen funktion. Tätä kielen tehtävää tai tarkoitusta voi nimittää, kuten edellä tein, metametalingvistiseksi, tai se voidaan laajasti nähdä kielenkäytön metakokemuksellisena tai **reflektiivisenä funktiona**. Tällainen kielen tehtävä toteutuu psykiatrian käytännöllisessä – ja teoreettisessa – toiminnassa, kun metakokemuksen ja -kielen avulla jäsennetään ja selvitetään toisen ihmisen sisäistä kokemusmaailmaa.

Kielen metakokemuksellinen funktio suuntautuu viestinnän koodiin siten, että painopiste on kielellisen koodin ja kaikkien oheisviestinnällisten koodien sisällöllisissä tulkinnoissa. Psykoterapeuttisessa suhteessa terapeutti ja potilas ovat kehityspsykologisin käsittein ilmaistuna toisiinsa objektisuhteessa: potilas on terapeutille objekti, ja päinvastoin (Lehtonen 1994b: 119). Vaikka potilas ja terapeutti ovat toisistaan täysin riippumattomia henkilöitä, he tuovat Lehtosen mukaan terapiatilanteessa tarkasteltavaksi “yhden ja saman ilmiömaailman”. Potilas tuo sanallisen kommunikaationsa avulla tarkastelun kohteeksi psyykkisen maailmansa sisältöjä, joita terapeutti pyrkii ymmärtämään oman subjektinsa mielentuotteita ja omia tunnereaktioitaan hyväksi käyttäen. Tavoitteena on lisätä itsetuntemusta vuorovaikutuksellisin keinoin sisäisiä tunteja verbaalisti ilmentämällä. (Lehtonen 1994b: 119.)

Psykiatriassa subjektina koetun psyykkisen maailman tulkinnat joudutaan tekemään monikerroksellisesti auki kerien ja monimuotoisia sisäisiä häiriötekijöitä selvittäen ja jäsentäen. Potilaan kielenkäytön muodot, esimerkiksi skitsofreniapotilaan käsittämättömät sanamuodostelmat, ovat koodin tulkinnassa toissijaisia, ensisijaiseksi nousee niihin kätkeytyvä sisäinen logiikka ja kokemusmaailma. Hahmottelemani kielenkäytön reflektiivinen funktio kattaa referentiaalisen eli viittaussuhteellisen funktion. Kun jälkimmäinen viittaa todellisen tai kuvitellun maailman objekteihin informaation hankkimis- ja välittämistehtävässään, edellisen funktion tehtävänä on luoda symboliset edellytykset

sellaisen kokonaisvaltaisen ja -persoonallisen viestinnän onnistumiselle, jossa myös tunteet ja niiden merkitys sekä itsetuntemuksen lisääntymisen mahdollisuus on otettu huomioon.

3.3.5 Voiko sairaus toimia vuorovaikutuksen välineenä?

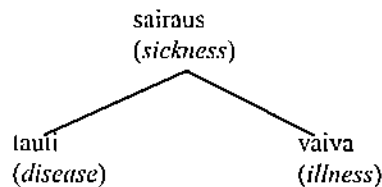
Kielen merkitys potilaan ja lääkärin välisessä vuorovaikutuksessa on monella tapaa ongelmallinen, kuten luvussa 3.3.2 totesin. Kielen ohella myös sairaus voidaan nähdä vuorovaikutuksen välineenä. Sairauksia voidaan laajasti ottaen tarkastella kulttuurisina ilmiöinä (Honko 1983: 41; ks. luku 1.5). Terveystieteiden tutkimukset suorittavat Hongon (1983) mukaan aina tärkeitä tehtäviä kulttuurisena koodina. Tämä koodi, symbolijärjestelmä, vahvistaa ja muuttaa niitä valtarakenteita, joihin ihmisten on erilaisten ryhmien jäsenenä sitouduttava. Koodin avulla voidaan käsitellä ihmisen asemaa ja sosiaalisia suhteita. Puhutaan toisaalta lääketieteen paramedikaalisesta funktiosta ja toisaalta lääketieteen biomedikaalisesta mallista ja sen kriisistä. (Honko 1983: 37.)

Medikalisaatio-käsitteellä tarkoitetaan lääketiedeinstituution kasvua ja lääketieteen vallan laajenemista alueille, joita ei ennen pidetty sairauksina. Poikkeavuudet ja jokapäiväiset elämäntapahtumat lääketieteellistetään aikaisempaa useammin. Medikalisaatiota vastaan on länsimaissa viime vuosikymmeninä esitetty kritiikkiä; sitä on jopa nimitetty aikamme sairaudeksi. Siihen liitetään usein lääkärin vallan kasvu, ja sen sanotaan hallitsevan yhteiskuntaa. Virallisella ja vaihtoehtoisella lääketieteellä on siunaukselliset puolensa, mutta terveyden nimissä voidaan myös edistää yhteiskunnan kovenemista. (Tuomainen, Myllykangas, Elo & Ryynänen 1999: 15–16, 111–112, 115–116.)

Tähkän (1977: 184) ja Engesin (1983: 95) mukaan sairaus voidaan käsittää ihmisen kyvyttömyydeksi normaaliin vuorovaikutukseen ympäristönsä kanssa; voidaan puhua systeemisistä sekä intra- ja intersysteemisistä häiriöistä. Paitsi sairaassa ihmisessä itsessään sairaus ilmenee myös hänen ulkopuolellaan, yksilöiden välisissä vuorovaikutussuhteissa; ihminen voi esimerkiksi yrittää vapautua vastuusta ja stressistä sairastumalla, jos hän kokee yhteisön asettamat vaatimukset liian korkeiksi (Enges 1983: 95; ks. myös Kuikka ym.

1982: 13). Psykiatria on joutunut ponnistelemaan, jotta se ei joutuisi lääketieteen ulkopuolelle, kun se on nähnyt mielisairaudet laajemmin kuin pelkkinä biokemiallisina ja neurofysiologisina tapahtumina (Engel 1977: 129–130; Kleinman 1988: 120). Täten mahdollisuudet kokonaisvaltaiseen näkemykseen ja lääketieteen yhdentymiseen vaikuttavat olevan amerikkalaisen psykiatrin George L. Engelin (1977) mukaan lähinnä psykiatrian ulottuvilla, sen ongelmana on vain ollut keskenään yhteismitattomien paradigmojen ja hoitotieteen runsaus.

Havainnollistan alla olevassa kuvassa sairautta ja sen alakomponentteja, niin kuin ne on tapana esittää hoitotieteellisessä keskustelussa. Hongon (1983: 40–41; 1994: 22–24) ja Kleinmanin (1988: 7) esitysten mukaisesti erotetaan toisistaan yläkäsite sairaus ja sille kaksi alakäsitettä tauti ja vaiva (kuvio 5).



Kuvio 5. Sairaus ja sen komponentit.

Sairaus saa merkityksen, kun potilas – tai hänen sosiaalinen ympäristönsä – ei tyydy lääkärin diagnoosiin, vaan katsoo sairautta oman elämänhistoriansa ja -tilanteensa perspektiivistä. Lääkärin objektiivisesti määrittämästä taudista tulee potilaan subjektiivisesti kokema vaiva. (Honko 1983: 41.) Lipowskin (1969: 1199–1200) mukaan potilas voi arvioida sairauttaan neljällä tavalla: sairaus voidaan kokoa uhkaksi, menetykseksi, hyödylliseksi tai vailla merkitystä olevaksi. Honko (1983: 41) sanoo sairauden käynnistävän meissä ikään kuin kaksi koneistoa: biomedikaalisen, jonka kohteena on tauti (*disease*), ja psykososiaalisen, jonka kohteena on vaiva (*illness*). Kansanparantajien merkitys perustuu siihen, että he eivät pyri parantamaan tautia vaan vaivaa. He ikään kuin elämyksellisesti yhdessä potilaan kanssa muovailevat sairaudelle merkityksen. (Honko 1983: 41; 1994: 23.) Tällaisen kokonaisvaltaisen näkemyksen mukaan ilminen käyttää kipujaan ja vaivojaan kielenä, jonka avulla hän käy vuoropuhelua ympäristönsä kanssa ja

siten tyydyttää välttämättömiä ilmaisutarpeitaan (Honko 1994: 35).

Vaikka potilas olisi pysynyt sisäistämään lääkärin edustaman biomedikaalisen mallin, tosiasia on kuitenkin, että potilaan ja lääkärin välinen kommunikaatio on usein vaurioitunut (Honko 1983: 40–41; Kleinman 1988: 7). Dunn (1983) väittää, että suuri osa asiakkaan tai potilaan itsetunnolle aiheutetusta vahingosta voitaisiin välttää, jos asiantuntijat harjoittaisivat kommunikoidessaan suurempaa varovaisuutta ja herkkyyttä. On todennäköisempää saavuttaa myönteisiä tuloksia, jos vuorovaikutus nähdään kaksisuuntaisena prosessina, jossa rohkaistaan vapaaseen, joustavaan ja avoimeen vastavuoroisuuteen aina, kun tilanne sallii (Dunn 1983: 69).

Sairaus voi toimia eri tavoin vuorovaikutuksen välineenä, mutta merkitystä voi olla myös sillä, että tekeydytään sairaaksi. Dunn (1983: 69), Laitinen (1994: 89) sekä Toivonen ja Kiviaho (1998: 77) viittaavat psykologi David L. Rosenhanin (1984: 119–140 [1973]) tekemään kokeeseen, jossa joukko terveitä ihmisiä lähetettiin skitsofreenikkoina useaan eri sairaalaan. Kahteentoista eri mielisairaalaan hakeutui kolme naista ja viisi miestä, jotka teeskentelivät sairautta kertomalla kuullensa ääniharhan (”tyhjä”, ”ontto” ja ”puuska”), jota ei kuitenkaan ollut kuvattu psykiatrisessa kirjallisuudessa. Yhtäkään eri aloja edustavista henkilöistä, joista yksi oli psykiatri, ei tunnistettu terveeksi. Sairaalaan päästyään lumepotilaat kertoivat äänen kadonneen. He käyttäytyivät täysin normaalisti ja sanoivat tuntevansa itsensä terveeksi. Koe havainnollistaa Dunnin (1983: 69) mukaan, miten epäolennaista kaksiarvoinen jako normaaliuden ja epänormaaliuden, tervejärkisyyden ja mielenvikaisuuden välillä on. Havaittiin, että skitsofreeniksi nimeäminen (*tag*) väritti voimakkaasti muiden tekemiä havaintoja ”potilaista”. Henkilökunnan huomattiin vääristelevän tahattomasti käyttäytymisraportteja, jotta ne olisivat yhtäpitäviä tunnettujen skitsofrenian dynamiikkaa koskevien teorioiden kanssa. Esimerkiksi se, että valepotilaiden oli sovittu pitävän päiväkirjaa, tulkittiin joissakin tapauksissa patologiseksi käyttäytymispiirteeksi. Merkiksi mielisairaudesta tulkittiin myös ”potilaiden” halu päästä pois sairaalasta. Tapaus kuvaa hoitohenkilökunnan ja potilaan vuorovaikutuksen vaikeutta ja vaurioitumista. Muut potilaat pitivät sairaalaan soluttautuneita henkilöitä yleensä terveinä, mutta henkilökunta löysi heistä runsaasti erilaista mielenvikaisuutta, eikä poispääsy

sairaalasta ollut helppoa. Henkilökunnan ennakkokäsityksen mukaan terveet henkilöt olivat sairaita, joten heidän käyttäytymisensä nähtiin sairaana. (Ks. tark. Kendell 1975: 4; Dunn 1983: 69; Rosenhan 1984: 119–140; Toivonen ym. 1998: 77.) Rosenhanin (1984: 140) johtopäätös on, että psykiatrisessa sairaalassa ei voi erottaa tervettä sairaasta, vaan sairaala luo oman todellisuutensa, jossa käyttäytymisen synnyttämät merkitykset ymmärretään helposti väärin. Rosenhanin koetta on kritisoitu sillä perusteella, että psykiatrissa diagnoosia ei ollut tehty (Matti O. Huttunen, henkilökohtainen tiedonanto 21.2.2003). Valepotilaat kertoivat omasta elämästään totuudenmukaisesti, ainoastaan nimi, ammatti ja työpaikka ilmoitettiin väärin ja väitetyt oireet valehdeltiin.

Rosenhanin (1973) koe osoittaa Dunnin (1983: 69) mukaan myös, että tervejärkiset eivät ole tervejärkisiä koko ajan, vaan kaikki käyttäytyvät ajoittain oikullisesti, jopa eriskummallisesti. Tällaista käyttäytymistä neutraloi ja mukauttaa ihmisen sosiaalinen identiteetti ja tämän sosiaalinen tai kognitiivinen esiintymisympäristö. Ihmisen olemuksen kieltävän nimeämisen vaikutukset havaittiin edellä selostetussa kokeessa voimakkaiksi ja depersonalisoiviksi. Valepotilaat kertoivat kokencensa voimattomuuden, näkymättömyyden ja arvottomuuden tunteita. Väheksyvän nimeämisen vaikutukset institutionaalisessa kontekstissa ovat ilmeisesti hieman liioiteltuja siihen nähden, mitä voi tapahtua joka-päiväisessä kokemusmaailmassa. (Dunn 1983: 69.)

Kommunikaatiota psykiatriassa voidaan tarkastella yksilön tai yhteisön kannalta. Ihmisen persoonallisuuden syvänä perustarpeena on Lehtosen (1985: 1642) mukaan pyrkimys tavoitella jotain: lapsena jotakuta henkilöä, myöhemmin jotain muuta objektia. Tavoittelemisen pyrkimykseen liittyy vuorovaikutuksellisuus sekä uusiutumien ja jäykistymisen mahdollisuus (mp.). Yksilön sairastuminen muodostuu yleensä, sairauden syystä riippumatta, osaksi kulloinkin ajankohtaista vuorovaikutusprosessia. Vuorovaikutuspsykologiset ilmiöt ovat olennaisia ja niitä tutkittaessa on painotettu muun muassa kommunikatiivisia ja muunlaisia suhteita sinänsä, niiden säännönmukaisuutta ja prosessinomaisuutta. (Räkköläinen 1985: 1739–1740.) Yksilön tarve ja kyky vuorovaikutukseen tuottaa monenlaisia ilmenemismuotoja. Ammatillisen yhteisön ja yhteiskunnan kannalta ne saavat erilaista merkitystä ja painoarvoa kuin yksittäisen ihmisen kannalta. Konkreettisina ilmentyminä

tällaisista moniarvoisista vuorovaikutuksen tuloksista ovat psykiatrian diagnoosinimikkeet.

3.3.6 Onko kielellä tiedostamattomia ilmencismuotoja?

Käsillä oleva luku muodostaa eräänlaisen tutkimusretken alucelle, joka ei suoraan liity tutkimusaiheeseeni mutta joka havainnollistaa hyvin kielen ja psykiatrisen ajattelun kiinteää suhdetta. Kielen ja psykiatrian suhde näkyy kielenkäytön monissa tiedostamattomissa ilmenemismuodoissa. Seuraavassa esittelen joitakin nykykielessä tiedostamattomaksi katsottavia piirteitä, jotka liittyvät ihmisen seksuaaliseen kehitykseen psykoanalyttisen teorian kannalta tarkasteltuna. Alun perin neuroottisten häiriöiden hoitomenetelmäksi tarkoitettun psykoanalyysin keskeisen elementin muodostaa vapaa assosiointi, eli hoitomenetelmänä psykoanalyysi perustuu puhtaasti kielen käyttöön (Pylkkänen, Aalberg, Toskala, Aaltonen, Lönnqvist, Lauerma, Riikonen & Vataja 1999: 640). Lääkitystä pyritään sen aikana jopa välttämään.

Schalin (1993: 83–112) on pohtinut lapsen psykoseksuaalisen kehityksen fallista vaihetta, joka sijoittuu noin ikävuosiin kolmesta viiteen, ja esittänyt näkökohtia fallisesta viettienergiasta, sen kehityshistoriasta ja käyttömahdollisuuksista aikuisen viettitaloudessa. Hän yrittää saada selville, miten falliset intentiot eroavat aikuisen käyttäytymisessä oraalisisista ja anaalisista intentioista. Tehtävä näyttää Schalinista (1993: 97) vaikealta, mutta “onneksi voimme ottaa avuksemme kielelliset ilmaisut”. Hän jatkaa: “Voimme löytää sellaisia fallisuuden kannalta informatiivisia kielenkäytön muotoja, jotka puhekielessämme ovat menettäneet alkuperäisen sisällön ja intention”.

Schalin (1993: 97–98) referoi länsiafrikkalaisen dogo-kansan parissa 1960-luvulla tehtyä psykoanalyttistä tutkimusta, josta kävi ilmi afrikkalaisten kielenkäytön kaksiselitteisyys ja kaksimielisyyys. Kaikilla ilmauksilla oli virallisen merkityksen lisäksi epävirallinen, usein seksuaalinen merkitys. Myös tästä pikantista, symbolisesta rinnakkaismerkityksestä puhujat olivat tietoisia. Schalinin (1993: 98) mukaan tällainen kaksimerkityksisyys ilmence meillä enää vain vitseissä ja sanaleikeissä: *Voi tätä ihmisen osaa, sanoi ortopedi; Den gamle*

vikingen kände sig högfärdig [Göran Karlssonin Ison ruotsalais-suomalaisen sanakirjan (IRSS 1982) mukaan *högfärdig* ‘ylpeä, kopea, koppava, mahtava, pöyhkeä’].

Schalin (1993: 98) esittää luonteeltaan fallis-oidipaalisia ja fallis-narsistisia eri kulttuuri-kielten ilmauksia, jotka liittyvät vaikutuksen tekemiseen vastakkaiseen sukupuoleen, mutta jotka ilmaisumuotoina ovat tiedostamattomia. Pikku lapsen (oik. pojan, U.-H. K:n huom.) kehitysvaiheista tärkeimpiä on fallisilla suorituksilla imponeeraaminen. Fallis-narsistiset ja fallis-oidipaaliset intentiot yhdistyvät seuraavissa esimerkeissä, jotka tarkoittavat sekä vaikutuksen tekemistä että “sisäänpainaumaa”: latinan *im-ponere*, joka tarkoittaa alunperin ‘panna, asettaa sisälle tai päälle’ ja ruotsin *att göra in-tryck*. Substantiivi *intryck* merkitsee IRSS:n (1982) mukaan ‘painannetta, painamaa, painallusta; vaikutusta, vaikutetta, vaikutelmaa; ärsykettä’. Vastaavat ilmaukset ovat latinaksi *im-pressio*, englanniksi *im-pression* ja saksaksi *Ein-druck*. Kielen ilmauksissa on havaittavissa kumpaankiin sukupuoleen liittyviä fallisia intentioita, esimerkkinä saksan ilmaukset *Er machte einen tiefen Eindruck auf sie* tai kääntäen *Sie machte einen tiefen Eindruck auf ihn* ‘Hän teki häneen syvän vaikutuksen’. (IRSS 1982; Schalin 1993: 98.)

Ruotsin kielen ilmaus *En flicka med huvudet på skaft* kuvaa Schalinin (1993: 98) mielestä fallisella tavalla touhukasta naista. Tämän ilmauksen sisältämän naiskuvan vastakohtana hän (mp.) pitää ilmausta *en intagande kvinna* (IRSS 1982: ‘valloittava, viehättävä, ihastuttava, miellyttävä nainen’) ja lisää vielä: “Kaunein toteamus licnee tämä: ‘*Det som mannen fått till stånd gjorde ett djupt intryck på denna intagande kvinna*’.” Suomeksi ilmauksen voisi kääntää: ‘Miehen aikaansaannos teki syvän vaikutuksen tähän viehättävään naiseen’. IRSS:n (1982) mukaan ilmausten *den flickan har huvudet på skaft* ja *det är huvud på skaft på den flickan* suomenkieliset vastineet kuuluvat ‘se tyttö on nokkela t. nokkelaälyinen, (ark.) sillä tytöllä on hoksottimet paikallaan’. Mielenkiintoista on, että sanakirja antaa edelleen vain feminiinisen muodon myös seuraavasta: *henne undgår ingenting, hon har ögon på skaft* ‘häneltä ei mikään jää huomaamatta, hän on kovin tarkkasilmäinen t. -katseinen’. Lapsista sen sijaan voidaan sanakirjan esimerkein sanoa: *barnen väntade med ögonen på skaft* ‘lapset odottivat silmät pyöreinä, suurina, tapillaan t. pystyssä’ ja *barnens öron stod på skaft* ‘lapset kuuntelivat korvat höröllä’.

Sanoihin liittyvien konnotaatioiden laatu vaihtelee suuresti sekä eri kielten että myös saman kielen puhujien keskuudessa (Ingo 1990: 167–168). Erikoisalan termistön edustajina psykiatrian diagnoosinimikkeisiin liittyy tunnearvoja, joita on konnotaatioiden tapaan vaikea kuvata ja analysoida. Psykiatrian tutkimuskohteiden kohdalla ne ovat usein lisäksi tiedostamattomia, esimerkiksi liittyessään seksuaalisuuteen. Semanttisen tarkkuuden vaatimus korostuu erikoiskielissä, koska niiden pääasiallisena tarkoituksena on informaation välittäminen (Ingo 1990: 42–43). Psykiatriassa ilmaisun täsmällisyyttä ja termien merkitystä on syytä tarkastella erikseen asiantuntijoiden ja maallikkojen kannalta. Sairaus on biologinen, psykologinen ja sosiaalinen sekä lisäksi vielä kulttuurinen ilmiö. Se merkitsee jotain aina sekä yksilölle että yhteisölle.

3.4 Psykiatrian ammattikielen suhde todellisuuteen: kokoavaa tarkastelua

Kolmannen pääluvun lopuksi esitän yhteenvetoa sekä omia ja täydentäviä näkemyksiä tähän mennessä esiin tulleista keskeisistä, sairauskäsityksiin liittyvistä seikoista. Psykiatrian ammattikielen erikoisluonne johtuu siitä, että psykiatriassa tutkittavat kohteet ovat vaikeasti tavoitettavia ja usein riittämättömiä; ne välittyvät kielen ja käyttäytymisen kautta. Lisäksi tutkimus on psykiatriassa historiallisista syistä perustunut toisistaan poikkeaviin teorettisiin viitekehyksiin. Tunteamatonta on vaikea ymmärtää, määrittellä ja nimetä. Käsitteet ovat suhteellisia ja sopimuksenvaraisia sekä kontekstisidonnaisia ja stereotyyppisiä. Voidaan kysyä, mitä toisen ihmisen psyyken tapahtumista on mahdollista tietää, ja vastata: korkeintaan niistä voidaan tehdä päätelmiä.

Psykiatrian perusongelmaa, sen kielen ja todellisuuden suhdetta luonnehtivat seuraavat seikat: vierassieluisuus, subjektiivisuus ja valta-asetelmällisyys. Ammatillaisen ja maallikon asiantuntijuuden luonne saattaa hämärtyä, jos psykiatria verrataan yksioikoisesti muuhun lääketieteeseen ja sen tutkimuskohteisiin ja -menetelmiin. Maallikko on asiantuntija omassa kokemuksessaan, lääkäri on ammatillisen ja tieteellisen kompetenssin lisäksi hänen oma persoonansa ja sen tarjoama asiantuntijuus. Näitä kahta pätevyiden lajiaan hän käyttää vuorovaikutuksen, tutkimuksen ja hoidon välineinä. Potilaan ja lääkärin

väläinen suhde on kahden ihmisen epätavallinen vuorovaikutustilanne, jonka ehkä tärkein vaikuttava elementti on kieli: sanallinen ja sanaton viestintä (Huittinen 1987: 5). Huttusen (1994b: 307) mukaan esimerkiksi ”lääkäri voi äänensävyillään, elcillään, sanoillaan ja lauserakenteillaan sekä helpottaa että vaikeuttaa potilaansa toipumista masennustilastaan ja -alttiudesta.” Totesin luvussa 3.3.4, että metakokemuksen ja -kielen avulla on mahdollista jäsentää ja selvittää toisen ihmisen sisäistä kokemusmaailmaa, jolloin voidaan puhua kielen metakokemuksellisesta eli reflektiivisestä funktiosta.

Käsittelin luvussa 3.2.1.1 kielellistä realismia, jonka mukaan oireiden nimitykset vastaavat luonnossa olevia sairauden oireita todenmukaisesti. Sanoilla on yksiselitteiset vastineensa maailman ilmiöissä; kieli kuvaa todellisuutta samanmuotoisena kuin se on. Tällöin voidaan lääketieteellisen luokittelun filosofisen luonteen mukaisesti puhua ontologisesta sairauskäsityksestä. Käsityksen vahvassa muodossa tauti on historian aikana nähty joko materiaalisena tai henkisenä oliona (esim. lapamato, joka tunkeutuu ihmiseen, tai ”eläväinen, itsenäinen olio” tai ”mato”, joka kalloa poraamalla saadaan ulos). Todellisten sairauslajien täydellisiä edustajia ovat ”klassiset sairaustapaukset”. Ontologisen sairauskäsityksen voi sanoa olevan siltä osin oikeassa, että luokittelun tulee perustua luonnossa todella olemassa oleviin ominaisuuksiin. (Ks. Riikonen ym. 1994: 353.) Päämääränä psykiatrisessa diagnostisessa luokittelussa on potilastapausten täsmällinen kuvaus yhteisesti sovituin kriteerein (Riikonen ym. 1994: 352). Tieteellisessä luokittelussa pyritään kuitenkin myös ilmiöiden ymmärtämiseen, selittämiseen ja ennustamiseen. Kiistely näiden näkemysten välillä on ymmärrettävää, sillä kyse on keskeisestä ihmisen ajattelutoimintaan ja kielenkäyttöön liittyvästä asiasta (vrt. Feer 1987: 8; Riikonen ym. 1994: 352). Realistinen näkemys ei ota huomioon lääkärin ja potilaan välistä kielenkäyttöä (Feer 1987: 8).

Kielellisen nominalismin ja merkityksen käyttöön perustuvan teorian mukaan sanan, esimerkiksi *masennuksen*, merkitys opitaan sanaa käyttämällä – toisin sanoen kielellisesti käyttäytymällä (ks. luku 3.2.1.3). Tämä on kielessä olennaisinta (Feer 1987: 8–9). Kielen systematiikan ja puheyhteisön sopimusten avulla maailma ilmiöineen jäsentyy käsitteiksi ja tulkitaan merkityksinä. Sairaudet jäsentyvät niiden oireita nimeämällä. Kuten luvussa 3.1

kävi ilmi, psykiatrian ammattikielen ongelmana on somaattiseen lääketieteeseen verrattuna sopimuksiin turvautumisen vaikeus.

Nominalistinen näkemys todellisuudesta on sikäli oikea, että ihmisen rooli luokittelussa on merkittävä: yleiskäsitteitä ei olisi olemassa ilman ihmisen kykyä käsitteellistää todellisuutta, joka sinänsä on jäsentymätön (Feer 1987: 7; Riikonen ym. 1994: 353). Mieli kykenee havaitsemaan maailmassa olevien olioiden välillä yhtäläisyyksiä ja pitämään samankaltaisuudet yleiskäsitteinä erillään maailman olioista. Nominalistisen (konstitutiivisen) sairauskäsityksen mukaisesti sairautta ei nähdä itsenäisenä oliona vaan yksilön ja ympäristön välisenä suhteena. (Ks. Riikonen ym. 1994: 353.)

Sekä nominalismin että realismin juuret ovat merkityksen nimiteoriassa, kun taas konseptualismi-niminen suuntaus perustuu merkityksen käsitteeseen (Kangasniemi 1997: 9–10, 31). Kielellisen konseptualismin voi sanoa sisältävän piirteitä molemmista edellä esitetyistä näkemyksistä: luokittelun tulee perustua luonnossa todella olemassa oleviin ominaisuuksiin, mutta kieli on – etenkin psykiatriassa – kaikkien luokittelutapojen perusta. Kun psykiatrisia oireita pyritään tunnistamaan, tarkkailijaa ei voi erottaa tarkkailtavasta (vrt. Riikonen ym. 1994: 355; Rökköläinen 1994: 131). Jos psykiatriset häiriöt ymmärretään DSM-III:n tapaan yksilössä ilmeneviksi oireistoiksi, joita voidaan objektivistisesti tarkkailla, eivät ihmisten väliset ongelmat ole varsinaisesti psykiatrisia (ks. Riikonen ym. 1994: 355). Tällöin vuorovaikutustilanteen toiselta osapuolelta, asiakkaalta, poistetaan asiantuntijuus, joka koskee hänen ongelmiansa luonnetta. Nimeäminen käsittää ongelmia, ei esimerkiksi yksilön ja hänen ympäristönsä voimavaroja (mp.). Diagnostisen kulttuurin ja DSM-III-R:n tyyppisen luokittelun on ajateltu vahvistavan oireita sairauksiksi, jotka ennalta määräten saavat ihmisen elämään esimerkiksi depressiopotilaan elämää (Väisänen & Väisänen 1994: 335). Havaintoja voidaan tehdä monesta näkökulmasta.

Muuttumattomina, esimerkiksi ihmisen menneisyyteen liittyvinä, tosiasioina nähdyn objektivistisen hahmottamismallin rinnalle voidaan nostaa laajennettu näkemys (Riikonen ym. 1994: 353, 356). Diskursiivisen sairauskäsityksen mukaan sairaus nähdään keskusteluun pohjautuvana suhteena, jonka tulee perustua molemminpuoliseen ymmärtä-

miscen: asiantuntija ymmärtää asiakkaan ajattelutapoja ja asiakas ymmärtää asiantuntijan ajattelu-, luokittelu- ja nimeämistapoja (mp.). ”Totuus” kehittyy asiantuntijan (lääkäriin, terapeutin) ja asiakkaan (potilaan, autettavan) välisessä dialogissa. Tärkeää on huomata, että henkisen kokemuksen jäsentäminen ja ryhmittely perustuu psykiatrian ammattikielen käytänteiden tuntemiseen, ei välittömään kokemukseen: diagnoosit opitaan aikaisemmin kirjoitetun perusteella. (Feer 1987: 7). Niiden merkitykset syntyvät kuitenkin sellaisessa tilanteittaisessa keskustelussa ja siitä nousevissa tulkinnoissa, jonka osapuolet vaikuttavat toinen toisiinsa (vrt. Hoikkala 1989: 180–183). Sairaudet herättävät yleensä yksilössä kielteisiä tunteita ja pelkoja, joita tavallisesti hälventää jo se, että tiedetään pahan nimi, kuten Koivusalo (1987: 3) siteeraa Matti O. Huttusta. Kristeva (1998: 113) toteaa pahan nimeämisestä: ”surua voi epäilemättä sulattaa antamalla kärsimykselle nimen, ylistämällä sitä ja leikkaamalla se pieniin osiin”. Huittisen (1987: 6) mukaan lääketieteelliset diagnoosit perustuvat useimmiten moniin syihin; joudutaan pohtimaan riskitekijöitä, perimää, ympäristöä ja käyttäytymistä. Hän siteeraa James Calnania, joka on sanonut seuraavasti: ”Good communication with a patient is always good medicine” (Huittinen 1987: 6).

Käytännössä edellä esitelty diskursiivinen näkemys merkitsee Riikosen ym. (1994: 356) mukaan, että seuraavia seikkoja voidaan hyödyntää psykiatriassa:

1. biopsykososiaalinen moninaisuus
2. näkökulmien moninaisuus
3. kielellinen ja kertomuksellinen moninaisuus.

Ongelmien näkeminen monitasoisina mahdollistaa hoidon monimuotoisen kohdistamisen fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin tekijöihin. Koska eri ihmisillä on erilaiset käsitykset asioista, merkityksiä ei voida kuvata tyhjentävästi ja yksiselitteisesti. Näkökulmat ja tulkinnat voivat olla ongelmia tuottavia ja ylläpitäviä tai niitä poistavia ja vähentäviä. (Ks. tark. Riikonen ym. 1994: 356.) Kertomuksellisuus ihmisen yleisenä ominaisuutena mahdollistaa esimerkiksi minätunteen kokemusten kuvailun, pelkkä luokittelu ja nimeäminen esineellistää.

Kuten luvussa 3.3.2 esitin, psykiatrinen työskentely perustuu potilashaastatteluun, jonka tavoitteena on kirjoittaa diagnoosin muodossa mahdollisimman tarkka tilanteen kuvaus. Diagnoosin tehtävänä on määrittää ja nimetä taudin olemassaolo ja laatu tai sen puuttuminen (LT 1999). Tällainen potilaiden luokittelu ja henkisen kokemuksen jäsentäminen kaavamaisesti institutionaalisessa käytössä, jolloin se voidaan omaksua psykiatrisesta kielestä ja kirjallisuudesta. Potilasluokitus on myös mahdollista laatia neuvotellen potilaan kanssa tai ”oppia” omakohtaisen kokemuksen perusteella. Kaikki mielenterveyden häiriöt eivät ole ehdottoman tarkkarajaisia, erillisiä kokonaisuuksia; niihin liittyy aina myös väärinkäsityksen mahdollisuus (Lönnqvist 1999: 31–32; ks. luku 2.1). Lönnqvist (1999: 32) korostaa, että diagnoosien avulla ei luokitella ihmisiä, vaan heillä esiintyviä mielenterveyden häiriöitä. Avun tarvitsijalle on kuitenkin lääketieteessä tapana antaa diagnoosi, vaikka hänen elämäntilanteensa olisi hetkellisesti ongelmallinen. Sairauteen vertaaminen ja käyttäytymisen poikkeavuuden kuvaaminen ja nimeäminen eivät ole ainoita mahdollisia ajatusmalleja (Rauhala 1981). Inhimillisen kokemuksen voidaan ajatella saavan monia erilaisia ilmenemismuotoja. Elämäntilanteen ainutkertaisuus ja sen merkityksen syväallinen ymmärtäminen kehollisuuden ja tajunnallisuuden ohella on Rauhalan (1981, 1997) kokonaisvaltainen vastaus psykiatrian ongelmallisuuteen.

Käyttäytymisen tutkiminen edellyttää tulkintaa, ja kieli on luonteeltaan jäykkää ja riittämätöntä maailman ja ihmismielen monimutkaisuuteen nähden. Kielen sanat ja ihmisen kyky tajuta ympäröivää maailmaa ovat riippuvaisia toinen toisistaan. Maailmaa kuvataan, merkityksiä annetaan ja käsitteitä luodaan todellisuuden – ja kielen – ehdoilla. Inhimilliset kokemukset psykiatrian tutkimuskohteina suodattuvat kielen kautta. Psykiatrian erityisalaviestinnässä tarkasteltavat kohteet ovat yhtä aikaa abstrakteja merkitystilanteita ja konkreettisia neurobiologisia ilmiöitä, mistä seuraa muun muassa vaikeuksia turvautua kieltä koskeviin sopimuksiin.

Psykiatrian ammattikielen ja todellisuuden välisen suhteen tarkastelu tuo selvästi esiin kielen kahtalaisen luonteen todellisuuden kuvaajana ja synnyttäjänä. Samantapainen tilanne on oikeustieteessä, jossa myös tutkitaan todellisuuden ja sen kuvaamisen välistä suhdetta (Tolonen 1997: 301). Havaintojen teko toisen ihmisen psyyken tapahtumista edellyttää vuorovaikutusta; havaintojen nimeäminen puolestaan edellyttää kieltä – omaan kokemuk-

seen perustuvaa tai opittua. Koska psykiatristen tutkimuskohteiden perimmäistä luonnetta ei tunneta, opitut käsitteet voivat vain selittää sitä. Havaintoja todellisuuden ilmiöistä ja niiden käsitteistyksiä ja edelleen kielellisiä ilmauksia ei tule sikoittaa toisiinsa. Vaarana psykiatriassa on, että sen käyttämät diagnoosinimikkeet vaikuttavat haitallisesti autettavaan, toisin kuin on tarkoitus, mikä lisää negatiivista käyttäytymistä (kehämäinen prosessi 1). Ongelmallisen elämäntilanteen kielteiset piirteet korostuvat ja saattavat predestinoitua luokittelun ja nimeämisen yhteydessä inhimillisten voimavarojen löytämisen sijaan (kehämäinen prosessi 2). Psykiatrian ammattikielen käyttö ja tutkimus nostavat esiin kysymykset diagnoosinimikkeiden käyttötarkoituksesta ja nimeämisen perusteista.

Mielenterveyden häiriö -diagnoosit ovat termeinä liian yleisluontoisia, jos niiden katsotaan olevan yksilön konkreettisen elämäntilanteen kielellisiä ilmauksia. Diagnoosit elävät tavallaan omaa itsenäistä, todellisuudesta irrallista elämäänsä. Kun nimitys on kerran luotu, siihen totutaan ja siitä on vaikea luopua (esim. *neuroosi*). Diagnooseja ei ole kuitenkaan tarkoitettu pysyviksi, vaan tiettyyn tilanteeseen tai elämänvaiheeseen liittyviksi käyttäytymismuodon kuvauksiksi. Kun mieltä ja sairautta sekä niitä kuvaavia termejä tutkitaan abstrakteina käsitteinä, ”sinänsä”, on muistettava, että todellisuudessa on olemassa yhden ihmisen ongelmallisia elämäntilanteita, samoin kuin on olemassa niitä kuvaavia yksittäisiä kieliä. Merkitykseen keskittyvä intensionaalinen ajattelu on luonteeltaan ja rakenteeltaan pysyvää, jyrkän ”kaksinapaista” (Korzybskin aristoteelinen ajattelumalli: ruumis *ja* sielu, järki *ja* tunne, terve *ja* sairas). Ajattelun tarkastelutapa voi olla myös asteittaista ja suhteellista, epäsymmetrisen dynaamista (Korzybskin ei-aristoteelinen ajattelumalli: ihminen on kokonaisuus, persoonallisuutta pyritään cheyttämään, järjen ja tunteen korvaavat semanttiset reaktiot). Vaikka kieli on luonteeltaan konservatiivista ja jäykkää, se mahdollistaa myös uuden luomisen, ekstensionaalisen laajenemisen.

Luvussa 3.3.3 mainitut psykiatriisiin ilmauksiin liitettäviksi ehdotetut erilaiset indeksit ovat yksi mahdollinen tapa käytännön hoitotyössä ilmaista todellisuuden monimuotoisista tarkoitteista saatuja mielikuvia. Liian yleisesti määritellyt diagnoosinimikkeet voisivat näin saada lisätarkkuutta ja konkreettisuutta. Tällaisen menettelyn käyttökelpoisuus jäänee harkittavaksi. Oikean suuntainen on mielestäni tämän tutkimuksen aineistona oleviin

tautiluokituksiin sisältyvien vakiintuneiden diagnoosinimikkeiden esittäminen tarkentavina oirekuvauksina. Kuvaukset vastaavat tarkkuuden, mutta eivät lyhyiden suhteen ihanne-termin ominaisuuksia, joita käsittelem tarkemmin luvuissa 5.4–5.4.3. On hyvä kuitenkin muistaa, että sanat, lyhyinä termeinä tai pidempinä kuvauksina, ovat sanoja, ja ihminen on ihminen. Ja ongelmalliset elämäntilanteet tulevat – ja menevät.

Hongon (1983) mukaan länsimaisen koululääketieteen maailmankuva on jyrkän materialistinen ja ihmisestä vieraantunut. Koska virallisen lääketieteen taudinkäsitys on biologinen ja mekanistinen, se ei ota huomioon potilasta, sairauden kantajaa, ja hänen taustaansa. Psykologiset, sosiaaliset ja ympäristötekijät eivät siten varsinaisesti kuulu lääketieteen piiriin. Potilaan kokonaistilanteen hoitaminen ei ole lääketieteen ensisijainen tehtävä, vaan sen tehtävä on karkottaa sairaus, joka on ihmisruumiista riippumaton, vieras ja autonominen olio. (Honko 1983: 3.6.) Psykiatriassa sairaus, häiriö tai ongelmallisuus on luonteeltaan toisenlaista verrattuna somaattisiin sairauksiin, mikäli käsitys näistä on edellä esitetyn ahdas. Psykiatrian ammattikieltä leimaa ongelma, joka liittyy tarkoitteiden vaikeaselkoisuuteen ja siitä johtuvaan puhumisen vaikeuteen. Kun esimerkiksi masennuksesta ei ole helppo puhua, vaikka tilaa pidetään jo ympäristöön heijastuvana kansansairautena, ongelma jää tunnistamatta ja hoitamatta.

Kaikille ihmisille on mielestäni ominaista tulkita maailmaa – itseä ja muita – vajaasti ja ”virheellisen” yksipuolisesti, inhimillisesti, mutta ihmisen itsensä kannalta ”oikein”. Terve tai täysijärkisyydestä (*sanity*) voi olla puutetta (*unsanity*) ilman, että aina kysymyksessä on mielenvikaisuus (*insanity*) (Hasan 1986: 178; ks. luku 3.3.3, kuvio 4). Täysijärkisyyden puuttumisena pidetty ja hoitamaan pyritty käyttäytyminen voi joskus olla täysin tervettä. Kerrotaan esimerkiksi vanhasta pariskunnasta, jota yritettiin useaan otteeseen kotiuttaa psykiatrisesta hoitopaikasta. Vanhukset kieltäytyivät toistuvasti menemästä kotiinsa, koska siellä oli heidän mukaansa rottia. Kesti pitkään, ennen kuin joku kävi katsomassa ja totcamassa, että asunnossa todella oli rottia. – Kun arkisia havaintoja tehdään käytännön elämäntilanteissa, on mahdollista huomata suurempaa normaalin vaihtelua, kuin jos näitä tilanteita ajatellaan institutionaalisessa kontekstissa abstraktioiden tasolla. Niin maallikot kuin ammattilaiset reagoivat sekä järkipäisesti että tunteenomaaisesti kielen sanoihin ja niiden ilmaisemiin tarkoitteisiin (esim. *rotta*, *skitsofrenia*).

Psykiatrian ammattikielen tutkimuksen avulla on mahdollista hahmottaa kokonaisvaltaisesti todellisuuden monitasoinen ja monitekijäinen luonne. Sairaus tai sen kaltainen epäsuotuisuus voidaan nähdä vuorovaikutuksen välineinä vaihtamalla tarkastelukulmaa ammattilaisen ja maallikon kesken. Ihminen ilmentää itseään ympäristössään muun muassa erilaisia vaivoja kokien. Elämyksinä koetut vaivat nimitään tauteina tai jonain muina institutionaalisina entiteetteinä, eri aikoina eri tavoin. Käytännössä psykiatrian tutkimuskohteen 'mielisairauden' filosofinen status on kuitenkin ristiriitainen (Laitinen 1994: 8). Psykiatri saattaa toimia puhtaasti tilastollisen sairausmallin mukaisesti, jolloin hän näkee sairauden poikkeamana normista tai keskiarvosta. Tai hän tavoittaa, tautiajattelusta huolimatta, *disease*-termin alkuperäisen etymologisen merkityksen: *dis-ease* 'hyvänolontunteen häiriö'. (Laitinen 1994: 8–9.)

Koska sairaudet ja ongelmat ilmenevät sekä yksilössä itsessään että hänen ulkopuolellaan, niiden nimeämistäkin on tarkasteltava ihmisen itsensä ja muiden näkökulmasta. Pelkkä ammatillinen diagnoosinimikkeen käyttäminen saattaa vääristää todellisuutta sekä potilaan ja hoitohenkilökunnan välisiä vuorovaikutussuhteita. Sairaudesta esimerkiksi suomen kielen *masennus(tila)*, latinaksi *depressio*, voi tarkoittaa lääkärin objektiivisesti määrittämää tautidiagnoosia (käytännössä usein *depressio*) tai potilaan subjektiivisesti kokemaa vaivaa (käytännössä nykyään yleensä *masennus*). *Masennus* on näkökulman mukaisesti joko oppi- tai arkitermi.

Tunteiden analysoimiseen käytetään monitieteistä osaamista, mutta sitä voivat toteuttaa intuitiivisesti maallikotkin. Verbaalit ja nonverbaalit viestit toimivat sairauksien määrittäjinä. Termi tarkastelun kannalta diagnoosinimikkeiden voidaan nähdä toimivan käsitteellisten eritelmien kielellisinä ilmauksina, mutta myös puheakteina, kielellisinä tekoina. Kielen ja psykiatrian suhteen tarkastelu kytkeytyy moniin tieteenfilosofisiin näkökulman valintoihin. Näiden valintojen tarkastelu maallikkohavainnoijan perspektiivistä on nostanut esiin kaksi seikkaa: 1) erikoisalan kielenkäytön ja maallikkokielellisen käytön dialektiikan ja siitä nousevat asenteelliset ongelmat maallikkokielellisessä sekä 2) maallikon tulkintatavat, jotka perustuvat yleiskieleen.

4 MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖIDEN YMMÄRTÄMINEN

Psykiatrian tutkimuskohteita, mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöitä, on mielekkästä tarkastella monesta eri näkökulmasta: häiriintyminen liittyy yksilön biologiaan, psyykeen ja sosiaalisiin suhteisiin. Häiriintymisestä kerrotaan ja sitä kuvataan kielen avulla, mutta kielen mahdollisuudet saattavat myös jäykistää ja yksinkertaistaa käsityksiä puheena olevan ilmiön moninaisuudesta. Psykiatristen ilmiöiden ymmärtämisen kannalta tärkeää on käsitteenmuodostuksen tarkastelu ja tutkiminen. Keskeistä on se, millaista tietoa tarkoitteesta on saatavissa ja miten sitä voidaan analysoida ja yhdistää. Haaralan (1981: 15; 1989: 265, 268) mukaan ilmaus kuuluu erikoiskieleen, jos sillä on eksaktiin määritelmään perustuva merkityksen tarkkarajaisuus ja invarianssi, toisin sanoen se on säännönmukainen ja muuttumaton. Monitieteisen psykiatrian mielikuvia herättävät, vaikeasti tutkittavat käsitteet ja niiden kielelliset ilmaukset eivät täytä esitetyn kaltaista erikoiskielen määritelmää. Pilke (2000: 272) on tutkinut muun muassa lääketieteen dynaamisia ammattikäsitteitä ja laatinut mallin, jonka avulla käsitteitä voi yleisellä tasolla järjestellä. En sovelle tässä tutkimuksessa Pilkkeen mallia, vaan kysyn, keitä käsitteellistäjät psykiatriassa ovat ja millaisia ovat käsitteellistämisen tilanteet ja ehdot sekä mitä psykiatriassa on tapana ajatella häiriöiden olemuksesta. Tarkastelen ja vertailen myös psykiatrian nykyisin käytössä olevia tautiluokituksia ja luokitusperiaatteita.

Tarkastelin pääluvussa kolme psykiatrian ja kielen keskinäisiä suhteita. Psykiatriassa on mahdollista hahmottaa kaksi tapahtumasarjaa, joiden voi nähdä vaikuttavan käsitteellistämiseen (ks. kooste luvussa 3.2.2). Ensimmäisessä vaiheessa ammattikielen termien voi katsoa olevan osallisina käsitteitä mallitettaessa, kun diagnoosinimikkeiden herättämät mielikuvat hämmentävät ihmistä ja vaikuttavat edelleen häiritsevästi hänen kokemukseensa ja kielenkäyttöönsä (1. kehämäinen prosessi). Mielenterveyden häiriöt on jo kauan ymmärretty monitekijäisiksi. Pelkkiä biologisia tekijöitä ei enää edes etsitä mielenterveyshäiriöiden ainoiksi syiksi. Uusin biologinen tieto osoittaa, kuinka dynaamisia keskushermoston biologiset tapahtumat ovat ja kuinka karkean yksinkertaistavia ja jopa naiiveja biologiset mallit mielenterveyshäiriöistä olivat vielä 1960-luvun lopulla (Lönnqvist 1985b: 1625). Vaikka mielisairauden perimmäisiä syitä ei tunneta, voidaan Anttisen (1985: 1632)

mukaan yhtenä merkittävänä sairauteen vaikuttavana tekijänä pitää itsetunnon haavoittavuutta. Mielisairauden puhjetessa ja yleensä mielenterveyden häiriintyessä itsetunto vaurioituu lisää, mikä johtaa noidankehään.

Seuraavassa vaiheessa ihmisen käyttäytymisen ja sen tarkastelun negatiiviset piirteet lisääntyvät ja korostuvat muiden näkökulmien kustannuksella (2. kehämäinen prosessi). Ongelmatilanteiden kielteiset puolet tuntuvat saavan oikeutusta (vrt. Riikonen ym. 1994). F. Karlssonin (1988) mukaan on jo kauan tiedetty, että kieli, joka on luonnostaan osa ihmisen kognitiota, vaikuttaa selvästi moniin muihin kognitiivisiin toimintoihin kuten muistiin ja ajatteluun. Kielen osuus on keskeinen myös ihmisen henkilöyden tajussa ja sosiaalisissa suhteissa. Kieli vaikuttaa tietoisuuden rakentumiseen ja monenlaisiin arkisiin kielipeleihin, joissa kielen käyttö kytkeytyy muunlaisiin tekemisiin. (F. Karlsson 1988: 123; Wittgenstein 1981: 27.)

Jotta ongelmat eivät pitkittyisi, ymmärtämiseen pyrkivän tiedon lisääminen on tärkeää. Anttisen (1985) haastattelemista, mielisairauden vuoksi sairaalassa kauan olleista ihmisistä käytännöllisesti katsoen jokainen koki häpeää sairaudestaan ja sairaalaan joutumisestaan samoin kuin siitä, että läheiset tunsivat häpeää heidän vuokseen. Myös muilla on vielä tiedostamattomalle tasolle ankkuroituneena ennakkoluuloja mielisairauksia kohtaan. Ihmiset eivät kuitenkaan aina osoita ennakkoluulojaan suoraan. Yleisesti hyväksytään käsitys jokaisen mahdollisuudesta kärsiä ainakin joskus mielenterveyden häiriöistä. Merkittävää on, että haastatellut arvioivat muiden olevan yleensä ennakkoluuloisia ja varautuneita mielisairaita kohtaan sekä pelkäävän ja uskovan mielisairauksien useimmiten olevan parantumattomia. Eri ammattiryhmien ja väestön tarpeet ja käsitykset poikkeavat toisistaan. Eräät havainnot viittaavat siihen, että ennakkoluuloisia asenteita esiintyy myös hoitavien ihmisten keskuudessa, joskin he näkevät mielisairauden piirteet realistisemmin ja arvioivat mielisairasta ammattityönsä kohteena. (Anttinen 1985: 1633.)

4.1 Onko maallikolla sijaa psykiatrisen käsitteen muodostumisessa?

Psykiatriassa professionaaleina käsitteellistäjinä toimivat erikoisalan asiantuntijat: terveydenhuoltoalaan kuuluvien instituutioiden tutkijat, erikoislääkärit ja terapeutit (vrt. Haarala 1989: 262, 263). Lainlaatijat eivät käsitteellistämiseen osallistu, eikä käsitteitä ole standardoitu. Käsitteellistäjien lähtökohdat ja näkökulmat liittyvät terveyden ja sairauden viitekehykseen. Terveystenhoitojärjestelmän voi nähdä kulttuurisena merkitysjärjestelmänä, jolloin sairaudet ovat muutakin kuin patologisia ilmiöitä; niitä voidaan laajasti nähtynä käyttää kommunikaation välineinä (ks. luku 3.3.5). Lääketieteessä etenkin sen erikoisalaa psykiatriaa on mahdollista tarkastella kapeasta biomedikaalisesta näkökulmasta tai laajemmin yhteiskunnallisia ja kulttuurisia tekijöitä huomioon ottaen.

Riikosen ym. (1994) mukaan moniselitteisyydellä on psykiatriassa sekä hyviä että huonoja puolia. Jo itse tilanne tuntuu turvattomalta, kun asiakas kuvaa esimerkiksi sekavaa olotilaa ja elämän yleistä vaikeutta. Turvattomuus lisääntyy asiakkaan hakiessa apua eri paikoista ja saadessa jokaisesta kohteesta erilaisia vastausehdotuksia. Ongelma voidaan ammatillisesti hahmottaa sairauden kaltaisena häiriönä, esimerkiksi masennuksena, tai kulttuuris-yhteiskunnallisena ilmiönä, vaikkapa roolipaineiden heijastumana. Lääketieteellisesti hahmotettuna ja nimettynä *masennus* saattaa johtua monentyyppisistä tekijöistä: minän kehityshäiriöistä, parisuhteen valtataisteluista, lasten itsenäistymisestä tai aivojen serotoniiniaineenvaihdunnan häiriöistä. Monitulkintaisuuden myönteisenä puolena voi nähdä mahdollisuuden uusien toimintatapojen miettimiseen ja toteuttamiseen. (Riikonen ym. 1994: 349.) Uudelleen orientoituminen perushahmotustapana avaa mielestäni tulkintamahdollisuuden, johon voidaan liittää kokemuksellisuus ja vertaisuus. Ongelmatilanteista saatavaa tietoa on sekä ammattilaisilla että maallikoilla.

Ammattilaisten ja maallikkojen tieto vastaisi tällöin pragmaattisen informaation käsitettä. Niiniluodon (1989: 36–, 40–) mukaan informaatio voi olla semanttista tai pragmaattista. Pragmaattisen informaation käsite liittyy – toisin kuin semanttinen informaatio – kommunikaatioon. Pragmaattinen informaatio on henkilöihin relativisoitua informaatiota, ja pragmatiikan tehtävä on tutkia lähettäjän ja vastaanottajan informaatiota. (Niiniluoto

1989: 40.) Pragmaattisella merkityksellä voidaan ymmärtää kielen ilmausten vaihtelevaa roolia erilaisissa kielipeleissä tai niiden taustalla olevissa kulttuureissa ja elämännuodoissa. Merkitys pragmatiikan mielessä on siten merkittävyyttä tai tärkeyttä jonkun ihmisen tai ihmisryhmän kannalta. (Niiniluoto 1989: 26.)

Räkköläinen (1994) sivuaa käsitteiden merkitystä käsitellessään psykoterapioita. Keskeinen kysymys koskee psykologisten teorioiden luonnetta: pyritäänkö teorian avulla kohti totuutta, jonkinlaista kattavaa maailmanselitystä, vai "onko teoria työkalupakki, joka sisältää käytännön toiminnan kannalta hyödyllisiä ja käyttökelpoisia työvälineitä, käsitteitä?" Räkköläinen pitää ristiriitaa ratkaisemattomana tieteenfilosofisena ongelmana, mutta näkee käsitteiden merkityksellisyyden ja hyödyllisyyden käytännön toiminnan eli psykoterapeuttisten tilanteiden kannalta. Käsitteitä tarvitaan käytännössä joka tapauksessa; ne integroivat aitoja havaintoja ja niiden pohjalta syntyneitä työhypoteeseja. Käsitteiden "toimintamekanismia voidaan yrittää jostain teoreettisesta lähtökohdasta käsin ymmärtää". Räkköläisen ehdotus tällaiseksi kontaminoitumattomaksi eli yksittäiseen koulukuntaan tai teoriaan kuulumattomaksi käsitteeksi on 'hoitoa ohjaava jaettu mielikuva'. Käsite perustuu työnohjaustilanteessa tehtyihin havaintoihin. Työyhteisön jäsenet jakavat potilaaseen liittyviä, eri asteisesti tietoisia mielikuvia, jotka sisältävät olettamuksia potilaan ongelmista ja elämäntilanteesta. Jaetut mielikuvat ovat aina olemassa, niitä voi työstää, tiedostaa ja merkitä muistiin hoidon suunnittelemiseksi ja toteuttamiseksi. (Räkköläinen 1994: 131–132.) Koska vieraan ihmisen psyykkisten tapahtumien hahmottaminen tapahtuu havainnoitsijan omien ajatusten ja tunteiden kautta, syntyy todennäköisesti erilaisia käsitteitä ja mielikuvia.

Voidaan kysyä myös, minkälaisia merkityksiä mielenterveyden häiriintyminen tuottaa ja miten nämä merkitykset ohjaavat ihmisten toimintaa ja päätöksiä sekä muokkaavat arvoja ja ajatuksia. Yleinen merkkiteide eli semiotiikka, joka vakiinnutti paikkansa kansainvälisessä tiedemaailmassa 1960-luvulla, tarjoaa laajan näkemyksen kulttuurin, yhteiskunnan ja luonnon ilmiöihin. Moderni semiotiikka tutkii, miten asiat, ilmiöt, teot ja tapahtumat toimivat merkkeinä sekä miten ne tuottavat merkityksiä ja merkkijärjestelmiä. (Ks. Veivo & Huttunen 1999: 18–21.)

Mielenterveyden häiriön käsitettä on tarkasteltu semiotiikan viitekehyksessä. Vuorion ym. (1994: 175–178) mukaan psykoosia tai skitsofreniaa on mahdollista pitää ainakin siinä mielessä “tarttuvina tauteina”, että hoitavan työyhteisön on etenkin hoidon alkuvaiheessa äärimmäisen vaikea tunnistaa symbolisten, indeksisten ja ikonisten merkkien eroa silloin, kun ne ovat siirtyneet potilaasta tai hänen perheestään osaksi työyhteisön elämää. Skitsofrenia on merkityksenannon häiriö, jolla on taipumus levitä intersubjektiivisesti. Määrittelyjen ulkopuolelle “karkaaminen” vaikuttaa olevan Vuorion ym. (1994: 175) mukaan skitsofrenian spesifin fenomeninen ominaisuus.

Käsitteellisiä, oppitekoisia merkityseritelmiä esiintyy lääketieteellisissä tautiluokituksissa, jotka syntyvät tekstilajeina ammatillisessa kontekstissa. Juuri tietokirjallisuus suosii Niemikorven (1996: 69) mukaan merkityksiä, jotka ovat abstrakteja ja toiminnan kohdetta tai tulosta korostavia. Merkitykset liittyvät tällöin tyypillisesti asioiden passiivisluonteiseen tapahtumiseen, päättämiseen ja toteamiseen. Kielen kehityksen kannalta alkuperäisempiä ja perusluonteisempia ovat kuitenkin sanojen konkreetit merkitykset (esim. verbi *käsittää* ‘ottaa kiinni’). Konkreetteille merkityksille on ominaista, että ne liittyvät ihmisen fyysiseen ja psyykkiseen toimintaan. Vakiintuneissa erikoiskielissä pyritään muodostamaan formaaleja käsitejärjestelmiä ja selvärajaisia, kansainvälisiä termejä. Kaunokirjallisuus taas suosii merkityksiä, joissa yksittäisen toimijan rooli on korostunut. Tällöin yleiskieliset sanat ovat väljärajaisia, omakielisiä ja käsitejärjestelmät joustavia. (Ks. tark. Niemikorpi 1996: 69, 107.)

Kaunokirjallisuuden ja kansanrunouden voi ajatella tuottavan kokonaisvaltaisempia merkityksiä ja käsitteistyksiä kuin tieteen jäykät luokitukset. Käsitteiden ruumiin ja sielun erottamisen problematiikkaa luvussa 2.2 pohtiessani psykiatrian tehtäväkenttää ja suhdetta muihin tieteenaloihin. Haaparanta (2000) löytää kalevalaisesta ajattelusta kielellisiä ilmenemismuotoja, joista näkyy sisäisen ja ulkoisen maailman yhteenkietoutuminen. Hän toteaa merkittävän osan kielten mentaalista sanastosta olevan metaforista alkuperää. Sielullisia toimintoja on kuvattu ulkoisilla, ruumiillisilla toimintoja ja tekoja ilmaisevilla sanoilla: latinan *cogito* ‘ajattelen’ < *cum animo agito* ‘ajan hengityksellä’ ja suomen *ajattelen* < *ajan takaa*. Kalevalan teksteissä säeparin ensimmäisen jäsenen ilmaisema asia

(*mieleni minun tekevi*) toistuu samantapaisena toisen jäsenen ilmauksessa (*aivoni ajattelevi*); toisin sanoen mielen tekemiseen voidaan rinnastaa aivojen ajatteleminen. Sielu sekä sanat ja puhe ruumiillistetaan ja ruumis sielullistetaan. Tällaista ykseyttä kuvaavat esimerkkisäkeet: *sanat suussani sulavat, puhe'et putoelevat, kielelleni kerkiävät, hampahilleni hajoovat*. Voimakas liikutuksen tunne näkyy korostetun ruumiillisena myös Väinämöisen itkun kuvauksessa: *tuota itken tuon ikäni, puhki polveni murehin*. (Haaparanta 2000; Lönnrot 2000: 1, 40.)

Kaunokirjallisuuden ja muiden taidemuotojen joustavuus ja luovuus sekä konkreettisen tekemisen aktiivisuus hyödyntävät yksilöä, tietokirjallisuuden passiivisuonteiset eritelmät tiedeyhteisöä. Psykiatriassa asiakkaan ja erilaisia suuntauksia edustavien auttajien välistä vuorovaikutusta on hankala tutkia. Lääketieteessä yleensä pidetään hoidon onnistumisen kannalta keskeisenä sairauksien syiden tuntemista. Koska psykiatriassa etiologisten ja hoidollisten linjojen suhde ei ole itsestään selvä, ei ongelman syiden ja hoitomenetelmien välille tarvitse edellyttää symmetriää. Useimpia asiakkaita voidaan auttaa monien erilaisten menetelmien avulla; ongelmakielen sijaan voidaan keskittyä myös kompetenssikieleen. (Riikonen 1992; Riikonen ym. 1994: 349.)

Terveiden ja häiriintyneisyyden välinen raja on liukuva ja sopimuksenvarainen, kuten kävi ilmi luvussa 3.3.2 esitetyistä potilaan ja psykiatrin välisistä vuoropuheluista. Rajan epämääräisyyteen vaikuttavat Furmanin ym. (1985: 1649) mukaan arvot, arvostukset ja kulttuurin normit, jotka olisi ilmaistava mahdollisimman selkeästi silloin, kun ne ovat tautiluokituksen perustana. Erittäin tärkeää on myös, että klinikko on omista arvostuksistaan mahdollisimman hyvin tietoinen. Koska psykiatristen oireyhtymien syitä ei vielä tunneta riittävästi, on uusimpien tautiluokitusten nimikkeisiin liitetty nykyiseen tietoon perustuvat kuvailevat kriteerit (Furman ym. 1985: 1653). Esittelen diagnoosinimikkeiden kuvauksia tarkemmin pääluvussa viisi.

Jos käsitteen ajatellaan psykiatriassa syntyvän vuorovaikutuksessa, diskursiivisesti, on käsitteellistäjinä tarkasteltava kumpaakin vuorovaikutuksen osapuolta: tutkijoita ja auttajia (ammattilaisia = AM) sekä potilaita eli autettavia (maallikoita = MA). Esitän seuraavassa

koosteen näistä kahdesta tarkastelijaosapuolesta ja heidän lähtökohdistaan sekä niitä luonnehtivista piirteistä:

(a) AM	MA
ammattillisuus	maallikkomaisuus
institutionaalisuus (yhteisö)	ei-institutionaalisuus (yksilö)
opillisuus	arkisuus
yleisyys (ilmiö)	erityisyys (yksittäinen tapahtuma)
yleistettävyys	tilanteittaisuus
tautikeskeisyys (tauti)	potilaskeskeisyys (vaiva)
objektiivisuus	subjektiivisuus
tietokirjallisuus, tautiluokitukset	kaunokirjallisuus, kansanrunous
abstraktius (yleiset luokitukset)	konkreettisuus (yksittäiset havainnot)
tieteellisyys	esitieteellisyys (arkitieto)
teoreettisuus	kokemuksellisuus, esikielellisyys
oppiminen ja nimeäminen	kokeminen ja kertominen
tietoinen tarkastelutapa	spontaanisuus
toiminnan kohteen tai tuloksen korostuminen	toimijan roolin korostuminen
muodolliset, perinteiset käsitejärjestelmät	joustavat käsitejärjestelmät, kansan- taksonomiat
tieto, ajattelu, järki, tunne, intuitio, arvot ja asenteet	tunne, intuitio, elämyksellisyys, arvot ja asenteet, ajattelu, järki, tieto
ymmärtäminen	ymmärtäminen.

Psykkisiä häiriöitä voidaan pyrkiä erittelemään ja tutkimaan objektiivisina tauteina, jolloin tarkastelun kohteet ja tulokset korostuvat. Tunteita, arvoja ja asenteita yritetään häivyttää ja inhimillistä tietämystä kartuttaa ajattelun ja tiedon avulla. Kokemuksellisina vaivoina psyykkiset häiriöt näyttäytyvät yksittäisen toimijan kautta. Tällöin alkuperäinen, arkinen ja tilanteittainen tieto on mahdollista saada esiin, vaikka määrittelystä ja systematisoinnista joudutaan tieteellisessä mielessä tinkimään. Tarkastelutapa voi olla tautikeskeinen tai potilaskeskeinen, mieluiten kuitenkin molempia; kumpikin näkökulma tähtää ymmärtämiseen.

4.2 Luokittelun ongelmallisuus psykiatriassa

Luokittelu eli tiedon hahmottaminen erilaisin kulttuurisidonnaisiin taksonioiin on lääketieteen perusta. Sairauksien yhteydessä juuri luokittelu on osaltaan ”yksilöittänyt” tauteja. Sairauksien tunnistamisen ja luokittelun kannalta on toisaalta ollut tärkeää kyetä

erottamaan sairaus isännästä eli sairaasta ihmisestä. (Vuori 1979: 125–128.) Vuori (1979: 125) määrittelee luokittelun asioiden järjestämiseksi selvästi erilaisten, objektiivisesti havaittavien mutta ei välttämättä mitattavissa olevien ominaisuuksien perusteella. Jos sairautta ja terveyttä tarkastellaan jatkumona, vaiheettomana siirtymisenä kliinisestä taudinkuvasta toiseen, joudutaan Feerin (1987: 34) tapaan kysymään, miten silloin on mahdollista todellisuutta väärentämättä luokitella psykiatrisia sairauksia.

Psykiatrian kieltä voidaan verrata lääketieteen kieleen yleensä. Luokittelujärjestelmien eli lääketieteen koodijärjestelmien kannalta on Lynchin (1997a: 346) mukaan tärkeää tarkastella erikoiskielen termien rakennetta, koska muodon, merkityksen ja kielen käytön välillä on lääketieteen terminologiassa läheinen suhde. Lääketieteen kielessä on runsaasti kreikan ja latinan kielestä mukautettuja termejä. Tällainen rakenteeltaan tyypillinen lääketieteen termi on aivojen sähköpotentiaalien muutoksia mittaava EEG (aivofilmi), joka on analysoitavissa viitteen osaan: vartalo eli juuri (ELECTR), sidevokaali (O), vartalo (ENCEPHAL), sidevokaali (O) ja suffiksi (GRAPHY). Suomen kieleen mukautettuna termi muodostuu loppuvokaalit *-ia* mukaan lukien seuraavasti: *elekt-r-o-enkefal-o-grafia*. Semanttista kantavuutta on ainoastaan vartaloilla sekä etu- ja jälkiliitteillä, ei konsonanteja toisistaan erottavilla sidevokaaleilla. (Lynch 1997a: 346; 1997b: 162). Rakenteeltaan tyypillisiä lääketieteen termejä muistuttavat oman aineistoni termeistä lähinnä *dysmorfofobia* ja *skitsofrenia*.

Rakenteellisten seikkojen sijaan psykiatria ja sen luokituksia on mielekäästä tarkastella laajemmasta näkökulmasta, koska psykiatrian tutkimuskohteilla ei ole samanlaista konkreettista rakennetta kuin lääketieteen tutkimuskohteilla, joista selkein esimerkki on ihmisen anatomia. Psykykinen terveys ja sairaus on mahdollista nähdä jatkumona, jonka toisessa päässä on terveys ja toisessa patologinen ilmiö, sairaus. Toisaalta terveys ja sairaus muodostavat kaksi vaihtoehtoista olotilaa, jotka käsitetään eri kulttuurissa eri tavoin ja joista jälkimmäistä, sairauteen liittyvää, käsitellään tautiluokituksissa. (Vrt. Enges 1983: 94; Honko 1983: 37; Honko 1994; ks. luku 1.5.)

Psykiatristen tautiluokitusten mielekkyys on usein kyseenalaistettu. Jyrkän kannan mielisairauden luokitteluun ottaa Rosenhan (1984), jonka mukaan luokittelu on hyödytöntä, koska terveitä ei voi crottaa sairaista ainakaan psykiatrisissa sairaaloissa, joissa käyttäytymisen merkitykset voidaan helposti ymmärtää väärin. On syytä korostaa, että väärinymmärtäminen ei johdu henkilökunnan pahansuopaisuudesta vaan sairaalasta hoidollisena ympäristönä. (Rosenhan 1984: 140–142.) Psykiatrisen luokittelun yhteydessä esitetään usein luokittelun taustalla olevien päämäärien käsittämättömyyteen liittyvä huvittava esimerkki. Esimerkki koskee vanhaa kiinalaisesta luokittelua, jossa eläimet jakaantuvat muun muassa seuraaviin ryhmiin: merenneidot, juoksukoirat, hienonhienolla kamelinkarvasiveltimellä piirretyt, juuri nahkansa luoneet ja etäältä karpästä muistuttavat (Riikonen 1992: 43–44.)

Kendell (1975: 5–6) asettuu psykiatrisen luokittelun eli nosologian kannalle lähtemällä tarkastelussaan kolmesta erilaisesta oiretyypistä. On olemassa oireita, jotka ovat kaikille potilaille yhteisiä, ja on oireita, jotka ovat yhteisiä vain joillekin potilaille. Kolmannen ryhmän muodostavat oireet, joita esiintyy vain yhdellä ainoalla potilaalla ja joita hän ei siis jaa muiden potilaiden kanssa. Jos kaikkien potilaiden ajatellaan kärsivän samoista häiriöistä, heitä on mahdoton erottaa toisistaan eikä heitä myöskään voi hoitaa yksilöllisesti. Heitä kohdellaan huomaamatta samalla tavoin. Jos taas potilaalla on vain yksilöllisiä oireita, häntä kohdellaankin yksilöllisesti. Kokemusperäinen oppiminen muodostuu kuitenkin tässä tapauksessa mahdottomaksi. Koska jokainen potilas on aina uusi tapaus, aikaisemmista kokemuksista ei ole hyötyä. (Kendell 1975: 5–6; ks. myös Feer 1987: 34.)

Jos oletetaan, että on olemassa joillekin potilaille yhteisiä oireita, voidaan potilaita Feerin (1987: 34) mukaan käsitellä yksilöinä ja samalla ottaa oppia aikaisemmista kokemuksista. Tällainen periaatteellinen ajattelutapa pätee muihinkin kuin psyykkisiin kokemuksiin. Jos maailma ja ihmisen kokemukset siitä ajatellaan täysin ainutkertaisiksi, ei ole mahdollista luokitella eikä vertailla erilaisia ilmiöitä. Kieli on tavallaan turhaa. Mutta kun kokemukset toistuvat edes osittain, järkevä kieli on mahdollista. Koska on olemassa järkevää kieltä, viimeisen oletuksen täytyy pitää paikkansa. Psykiatrinen diagnoosi siis määrittelee ihmisluokan, jolla on yhteisiä piirteitä. Piirteet muodostavat stereotypian, jota on käytän-

nössä täydennettävä kunkin potilaan henkilökohtaisten oireiden luettelolla. Diagnoosiin olisi siten liitettävä kuvaus, jossa otettaisiin huomioon potilaan ainutkertaisuus. (Feer 1987: 34; ks. myös Kendell 1975: 5–6.) Kendellin (1975) mukaan yksityiskohtainen, henkilökohtainen kuvaus ei ole diagnoosin vaihtochto. Diagnooseja tarvitaan potilasryhmien tilastointiin. Mutta potilaan pulmallisen tilanteen todellinen ymmärtäminen ja tehokkaan hoidon suunnittelu edellyttävät usein välttämättä sanallista kuvausta, joka ottaa huomioon potilaan ja hänen ympäristönsä ainutlaatuiset piirteet. (Kendell 1975: 6.)

Aikaisemmin tutkimuksessani on käynyt ilmi, että kaikki tutkijat eivät pidä psykiatrisia häiriöitä varsinaisina sairauksina: se, mikä jossain sosiaalisessa kontekstissa on haitallista ja sairasta, voi jossain toisessa olla hyödyksi (Feer 1987: 34–35; ks. luvut 2.2 ja 2.4). Kendell (1975) yhtyy tähän näkemykseen. Uhkarohkeaa ja aggressiivista henkilöä voidaan jossain ympäristössä pitää psykopaattina ja toisaalla häntä voidaan ihailia nerona. Aitoja sairauksia ovat ruumiilliset sairaudet, koska niitä voidaan, toisin kuin psyykkisiä häiriöitä, määritellä esimerkiksi laboratorionkokein. Jos vaikkapa homoseksuaalisuutta tarkastellaan biologisin kriteerein, se on lisääntyvyyden kannalta vaikea sairaus, ainakin vaikeampi kuin skitsofrenia. (Kendell 1975: 15; Feer 1987: 35.) Psykiatriset diagnoosit ovat myös epäluotettavia. Ne muuttuvat vuosien kuluessa, ne vaihtelevat eri maissa, suggestiot vaikuttavat diagnostiseen prosessiin ja tämä prosessi puolestaan suggeroi poikkeavaa käytöstä (Feer 1987: 35). Esimerkiksi depressiota käytetään diagnoosina Englannissa useammin kuin Yhdysvalloissa, ja lisäksi psykiatrisia diagnooseja saatetaan käyttää eri tavoin saman maan eri sairaaloissa (Huttunen 1979: 27).

Dramaattinen muutos on tapahtunut juuri *homoseksuaali*-nimikkeen kohdalla. Patologisen käyttäytymisen kategoriasta on siirrytty normaalin käyttäytymisen piiriin, mitä on helpottanut moraalikäsitteiden muuttuminen amerikkalaisessa yhteiskunnassa. USA:n psykiatrien yhdistys pitää homoseksuaalista toimintaa, jos ei toivottavana, niin vähintään hyväksyttävänä käyttäytymisenä, kun se ennen vuotta 1973 luokiteltiin psyykkiseksi häiriöksi. Uusi määritelmä ei perustunut millään tavoin yhtäkkiseen uuteen tieteelliseen tietoon. Arvioimisen voidaan tässä tapauksessa nähdä perustuvan määrittelyyn, joka ei kerro homoseksuaalisuuden implisiittisestä luonteesta tai olemuksesta. Sen sijaan se kertoo

sosiaalisista rakenteista, jotka tulevat esiin havainnoitsijoiden projisoitujen, moraalisten käsitysten kautta. (Dunn 1983: 70–71.) Myös Suomessa homoseksuaalisuus luokiteltiin vielä 1980-luvun alkuun asti psyykkiseksi sairaudeksi ja sitä ennen rikokseksi. Nyt, 2000-luvun alussa, keskustellaan samaa sukupuolta olevien parien liittojen rekisteröimisestä ja adoptiomahdollisuudesta.

Lääketieteessä sairauksia on joka tapauksessa ollut pitkään tapana luokitella. Luvussa 1.5.3 kävi ilmi, että luokituksilla on todettu olevan psykiatriassa sekä etuja että haittoja. Lönnqvistin (1999: 32) mukaan oirekriteereihin perustuvalla diagnostiikalla on pääasiassa merkittäviä etuja, vaikka myös väärinkäsityksiä voi syntyä. Psykiatriassa on Feerin (1987) mukaan mahdollista löytää ainakin näennäisesti objektiivisia perusteluja kaikille mielipiteille. Ristiriitaisia näkemyksiä ei voida ratkaista tukeutumalla tosiasioihin, vaan joudutaan turvautumaan kielellisiin selityksiin, koska tosiasiat voidaan aina valita siten, että ne tukevat jo olemassa olevaa mielipidettä. Radikaali, antidiagnostinen näkemys on loppujen lopuksi erittäin nominalistinen ja nihilistinen. Toisin sanoen psykiatristen ilmiöiden kielellistäminen ja nimeäminen on tällöin mahdotonta, koska luokittelu, abstrahointi ja yleistäminen on mahdotonta. Psykiatrinen maailmaa jää kaoottisuudessaan tuntemattomaksi, ja se, joka yrittää käyttää kieltä, käyttäytyy täysin mielivaltaisesti. Semanttinen perusongelma eli kysymys merkkien ja merkitysten suhteesta korostuu psykiatriassa silloin, kun tarkastellaan luokittelua. (Feer 1987: 34–35.)

Tarkasteltava ilmiö joudutaan jakamaan osiin ja luokittelemaan, jotta siitä voidaan luoda yleiskatsaus. Feerin (1987: 35) mukaan kaikki luokittelu, myös sairauksien, tapahtuu periaatteessa kahdella tavalla: voidaan toimia induktiivisesti, jolloin toisiaan muistuttavia ilmiöitä yhdistetään kokemusperäisesti, tai luokitukset voidaan oppia. Jokapäiväisessä sosiaalisessa kanssakäymisessä tapahtuu samantyyppisten ihmisten ja asioiden typologisointia, joka on epäsystemaattista, subjektiivista ja kielellisesti vajaata. Feer (1987: 36) korostaa, että jokaisen on omaksuttava ihmistuntemuksensa itse eikä tätä kokemusta voi välittää muille.

Toinen luokittelutavoista eli oppimisen perustuva on kaksivaiheinen. Ensin opiskelijan täytyy oppia tuntemaan alan vakiintuneet käsitykset häiriöiden oireista ja oireyhtymistä sekä käytössä olevat nimitykset ja ammatti-ilmaukset. Tämä tapahtuu opettajan johdolla siten, että hän käyttää kuvailuun yleispuhekielen sanastoa. Seuraavaan vaiheeseen oppimisessa siirrytään, kun opiskelija käyttää oppimaansa tietoa. Hän on saattanut tunnistaa itsessään tai muissa esimerkiksi hajanaista ajattelua tai pakkomielleitä, joten hän tietää, mitä kuvailulla tarkoitetaan. Mutta jos hänellä ei ole tällaisia kokemuksia, hänelle on näytettävä oire tai oireyhtymä ja samanaikaisesti nimettävä se. Joka tapauksessa sanan merkitys perustuu henkilökohtaiseen kokemukseen eli yksittäistapaukseen, mikä on usein heikosti perusteltua. Potilasaineiston yksittäisistä, monimuotoisista tapauksista muodostetaan kuva, joka abstrahoidaan stereotyyppiä, jolla on kaikissa tapauksissa yhteiset, tyypilliset ominaisuudet. Tapausaineistojen valintaperusteet vaihtelevat, joten myös stereotyypit vaihtelevat ja rajoittavat psykiatrien välisen kommunikaation mahdollisuuksia. Esimerkiksi näkemykset skitsofreniasta ja depressiosta vaihtelevat sen mukaan, painotetaanko sairauden oireita vai syntymekanismeja. Nimitys tapahtuu ensimmäisen kerran näyttämällä tai kuvailemalla tarkoite, ja sen jälkeen nimitys siirtyy henkilöltä toiselle, eikä sitä ole enää mahdollista määrittellä uudelleen. Voidaan ottaa esimerkiksi somaattinen sairaus, vaikkapa tulirokko, jonka tyypillisiä oireita ovat angiina ja ihottuma, jotka voivat kuitenkin ilmetä myös epäspesifeinä ja epäselvinä. Mahdolliset oireet on tarpeellista ja tärkeää tietää vain tietämisen kannalta, episteemisesti. Jos taas kuumeen ja angiinan on aiheuttanut jokin muu bakteeri kuin streptokokki, ei kysymyksessä ole koskaan tulirokko. Sairauden määrittäminen ei aina ole sama asia kuin sen tieteellinen merkitys. (Feer 1987: 36.)

Tarkoitteiden nimitykset syntyvät kuvailemalla tarkoitetta ja sen jälkeen nimitykset ikään kuin periytyvät. Sanan merkitys viittaa tähän periytymiseen. Määritelmä vakiinnuttaa tarkoitteen, joka ensimmäisen kerran sai nimen "kastessa". Tällainen operationaalinen määrittäminen on hyödyllistä ja tarpeellista, mutta kovin tarkasta ilmiöstä ei ole kysymys. Samoin kuin on olemassa tulirokkostereotyyppiä, on olemassa skitsofrenia-, masennus- ja sairaalloinen mustasukkaisuus -stereotyyppiä. Nimitykselle ei siten voida täysin vapaasti valita tarkoitetta. Vaikka jakomielitaudin stereotyyppiä on häilyvä, se ei tarkoita sitä, että jokainen voi oman mielensä mukaan nimittää jakomielitaudiksi sitä, mikä eniten vastaa

hänen henkilökohtaisia kokemuksiaan. (Feer 1987: 36; ks. myös Kendell 1975: 25–26.)

Esimerkiksi depressioiden kohdalla sairauden todellista luonnetta ei vielä kovin hyvin tunneta. On vain erilaisia käytännön potilastapauksia, tietoa sairauden oletetusta alkuperästä sekä omia ja muiden kliinisiä huomioita, joiden varassa määrittelemine on. Voidaan myös kysyä, mitä skitsofreniat todella merkitsevät. Perinteissä eli oppikirjojen käsityksissä on ainakin jossain määrin pitäydyttävä. Silti voidaan pohtia, onko skitsofrenian kohdalla kysymyksessä psykiatriaan liittyvä erehdys, todellinen sairaus, joukko eri sairauksia vai sosiaaliseen käyttäytymiseen kuuluva vaihtelu. Tutkimuksen kautta saadaan lisää tietoa, tarkoitteet muuttuvat hitaasti ajan kuluessa. Yksityiselle ihmiselle ja hänen elämänsä nimityksillä on kuitenkin merkitystä. (Feer 1987: 36.) – Sairauden syiden selvittäminen auttaisi tuntemaan sairauden luonteen. Psykiatriassa häiriöiden perimmäistä etiologiaa ei yksiselitteisesti tiedetä, mutta perimän, ravinnon ja ympäristön osuutta selvitetään. Aivojen neurologiaan liittyvät selitykset näyttävät joka tapauksessa selvästi vähentävän vuorovaikutukseen liittyvien selitysten aiheuttamaa syyllisyyttä.

Vaikka jokin käsite, esimerkiksi 'skitsofrenia', on ehkä jopa mahdoton ja se olisi viisainta poistaa käytöstä, se ei käsitteenä kuitenkaan ole sisällötön. Jos se poistettaisiin käytöstä, olisi tilalle löydettävä parempi, tarkoituksenmukaisempi nimitys. Se, että nimitys ei merkitse mitään, tarkoittaisi käytännössä, että keitä tahansa ihmisiä, joilla on jonkin sattumanvaraisen strategian mukaan valittuja käyttäytymistapoja, voitaisiin nimittää skitsofrenikoiksi. Tällöin käsitteen ala olisi yhtä kuin inhimillinen käyttäytyminen. Psykoosia puolestaan voidaan pitää korkeintaan erilaisten patologisten kehityskulkujen yhteisenä lopputilana. Lisäksi psykiatriset oireet ovat usein moniselitteisiä, ja vaikka tutkijat käyttäisivät standardoituja tutkimusmenetelmiä, he saattavat päätyä ristiriitaisiin tuloksiin. Niinpä kaikki epäselvät ja intuitioon perustuvat, todistamattomat lähtöoletukset olisi psykiatriassa tietoisesti selvennettävä. (Feer 1987: 37, 39–42.)

Psykiatriassa tiedon vajavuus näkyy siten, että on vaikea jakaa sairaudet alaluokkiin (Feer 1987: 38). Esimerkiksi vuoden 1987 tautiluokituksen skitsofrenisten häiriöiden yksi alalaji on skitsoaffektiivinen psykoosi, jonka yhtenä diagnostisena kriteerinä nimenomaan

mainitaan, että skitsofrenia on suljettu pois (DSM-III-R 1991: 25; ks. myös Kendell 1975: 1; Laitinen 1994: 20). Feer (1987: 38) pitää sairauksien luokittelua erilaisiin alalajeihin onnettoman kehityksenä ja sanoo sen johtuvan komiteoiden välisistä sopimuksista ja siitä, että nimistöihin on todennäköisesti paljon yksinkertaisempaa lisätä uusia luokkia kuin poistaa niitä. Hän esittää kysymyksen, ovatko lehdelliset tammet kesällä ja lehdettömät tammet talvella kaksi mielekästä alalajia. Kendell (1975: 20) vertaa tautiluokitusta vanhaan kartanoon, joka on kalustettu moneen kertaan uudelleen, mutta aina jättämällä vanhat antiikkihuonekalut uusien modernien kalusteiden joukkoon.

Erilaiset käsitykset psyykkisten häiriöiden luokittelusta perustuvat toisistaan poikkeaviin, sanallisesti selvittämättömiin hypoteettisiin edellytyksiin (Feer 1987: 43). Psykiatriset diagnoosit eivät ole diagnooseja samassa mielessä kuin muut lääketieteen diagnoosit, vaan ne ovat sosiaalisen kontrollin välineitä, niiden avulla ohjataan terapiaan, jotta yhteiskunnassa voitaisiin kontrolloida poikkeavaa käytöstä. Kielen luonteeseen kuuluu luokittelu, myös diagnosointi, olkoon se sitten häiriintyneen sosiaalisen käyttäytymisen luokittelua. Jonkinlaista diagnosointia tarvitaan, ja jos perinteisen psykiatrian diagnoosit ovat riittämättömiä, on etsittävä uusia luokittelutapoja. (Feer 1987: 34–35.)

4.2.1 Kategorinen vai ei-kategorinen luokittelu?

Luokitukselle on (Riikosen ym. 1994) mukaan hahmotettavissa kolme perusmuotoa. Jos luokan jäsenillä on vähintään yksi yhteinen ominaisuus, on kysymyksessä perinteinen ja selkeältä vaikuttava malli. Tällainen representaatiomalli on pääasiallisesti käytössä psykiatriassa ja muussa lääketieteessä. Siitä luopuminen on kirjoittajien mukaan vaikeaa, koska sairauksien erillisyyttä korostavasta, kategorisesta mallista ja sen arvovallasta ei haluta luopua. Häiriökäsitysten yhteydessä olisi kuitenkin mahdollista, jopa välttämätöntä, käyttää myös ei-kategorisia luokituksia. Tällöin ei määritellä selkeästi yhteisiä ominaisuuksia, vaan jäsenten ”perheyhdennäköisyyttä” verrataan luokan tyyppiedustajaan, prototyyppiin. Luokkia voidaan tarkastella myös keskustelullisesta ja strategisesta näkökulmasta. Tällöin otetaan huomioon muun muassa luokkiin liittyvät valta-ascemat.

(Riikonen ym. 1994: 348–349; ks. myös Saugstad 1989: 93–94.)

Psykiatrinen luokittelu jaetaan käytännössä kategoriaaliseen ja dimensionaaliseen luokitukseen. Menetelmänä kategoriaalinen luokittelu pohjautuu tietoteoreettiseen perustarpeeseen luokitella ja jaotella hierarkkisesti. Dimensionaalinen diagnostiikka taas on saanut alkunsa empiirisestä neuvottomuudesta, jonka taustalla on patologisen käyttäytymisen moni-ilmeisyys ja vaihtelevuus. Kategoriaalisen jaottelun avulla luokitellaan nosologisia tautiyksiköitä, joilla on selkeä syy. Dimensionaalinen jaottelu keskittyy muuttuviin oireyhtymiin, jotka ovat seurausta useista eri tekijöistä. (Feer 1987: 42–43.)

Voidaan pohtia, kumpi psyykkisten häiriöiden luokittelutavoista on parempi: luokkiin perustuva kategoriaalinen vai erilaisiin ulottuvuuksiin perustuva dimensionaalinen. Tutkijoiden mielipiteet menevät ristiin. Kategoriaalinen luokittelu perustuu ajatukseen, että tieto, johon pitäydytään ja jota siirretään eteenpäin sanallisessa muodossa, on vain silloin mahdollinen, kun ilmiöiden määrää supistetaan ja sen jälkeen ilmiöt yhdistetään luokiksi. Kaikista kokemusten alueista voidaan luoda yleissilmäys yksittäisiä kokemuksia hierarkkisesti järjestelemällä. Näin voidaan menetellä myös psykiatriassa. Kansainvälinen ICD-luokitusjärjestelmä perustuu tällaiseen malliin. On mahdollista laatia diagnooseja, joita tarvitaan käytännön terapiaa ja ennusteita varten. (Feer 1987: 42–43.)

Erilaiset dimensiot puolestaan eivät muodosta sairaus- vaan oireluokkia, joista saadaan dimensionaalisen systeemin akselit. Jokainen dimensio tai akseli on kuitenkin luokka, siksi dimensionaalinen systeemi edellyttää kategoriaalista luokittelua. Koska viimeksi mainittu edellyttää psykiatriassa sairausluokkien olemassaoloa, kategoriaalisen luokittelun kannattajat pitävät dimensionaalista jaottelua mahdottomana. Vaikka sairausyksiköitten rajat ovat epäselvät erilaisine välimuotoineen ja siirtymineen, yksiköt voidaan kuitenkin erottaa toisistaan. (Feer 1987: 42–43.)

Kendellin (1975) mukaan kategoriaalinen luokittelu tukee ajattelua, että erilaiset kliiniset kuvat ovat toisistaan erotettavissa olevia sairauksia, joilla on omat syynsä. Kategoriaalinen luokittelu joudutaan kuitenkin kyseenalaistamaan, kun otetaan huomioon, että eri syyt

voivat aiheuttaa samanlaisen taudinkuvan ja samat syyt puolestaan voivat johtaa toisistaan poikkeaviin lopputuloksiin (Feer 1987: 43). Psykoottisella käyttäytymisellä näyttää esimerkiksi olevan joitakin perusmuotoja, joita erilaiset syyt aktivoivat. Tästä seuraa johdonmukaisesti, että sairauden syyt eli etiologia ja ilmenemismuodot on erotettava diagnoosia laadittaessa toisistaan. Päädytään multiaksionaaliseen eli dimensionaaliseen luokitteluun. Tällaisen diagnostiikan avulla voidaan systeemiin ottaa huoletta mukaan epätyypilliset väli-, seka- ja rajatapaukset, kuten skitsoaffektiivinen psykoosi ja erilaiset tarkemmin määrittelemättömät häiriöt. Kliinisen kuvan ja etiologian täydellisestä erottamisesta seuraa edelleen johdonmukaisesti sairaus, jota voisi kutsua kokonaisvaltaiseksi psykoosiksi: kaikki voi edellyttää kaikkea. (Feer 1987: 43.)

Kategoriaalisen tai dimensionaalisen diagnostiikan valitsemisella on muutakin kuin vain käytännön merkitystä. Kategoriaalinen jaottelu johtaa periaatteessa nosologisiin sairausyksiköihin, joilla on pysyvät syyt, kun taas dimensionaalinen jaottelu perustuu muuttuviin oireistoihin, jotka ovat monin tavoin keskenään ehdollisia. Kumpikaan menetelmä ei ole täysin tyydyttävä, ja päätös noudattaa jompaakumpaa johtaa edelleen monenlaisiin implisiittisiin valintoihin. Käytännössä on ehkä vain valittava jompikumpi menetelmästä, kummallakin on joka tapauksessa hyvät puolensa. ”Oikeitten” sairausyksiköitten lisäksi on nimittäin myös olemassa aivojen epäspesifejä reagoititapoja. (Feer 1987: 44.)

Psykiatrian diagnoosinimikkeistä koostuvat luokitukset eivät ole termistöjä eivätkä nimistöjä – vaikka ne niitä muistuttavat – vaan luokituksia, joiden puuttet ja epäloogisuudet tunnetaan ja tunnustetaan. Luokitukset ryhmittelevät tarkkuudeltaan vaihtelevia lääketieteellisiä diagnooseja, joita käsittelen tarkemmin luvussa 4.2.3. Luokitusten tautinimikkeiden kohdalla ei yleensä määritellä yksityiskohtaisesti, miten sairauksia kuvaavia nimikkeitä tulisi käyttää. Terminologiaa ei siis esitetä käyttöön otettavana ohjeena. Diagnoosiryhmien alaryhmät ovat otsikkotekstien tarkennuksia ja on siksi liitettävä niihin; alaryhmät puolestaan tarkennetaan muun muassa adjektiivien avulla.

4.2.2 Psykiatrisen ajattelun liukuvarajaisuus

Edellisessä luvussa esiteltyjen periaatteellisten ja käytäntöön liittyvien näkökulmien lisäksi luokitusjärjestelmiä voidaan tarkastella myös kielen variaation ja prototyyppiajattelun kannalta. Psykiatriassa joudutaan myös kysymään, mikä on tervettä ja normaalia, mikä taas sairasta ja epänormaalia.

Vaikka merkitysjärjestelmät ovat yleiskielessä kielikohtaisia, eli ne vaihtelevat kielestä toiseen, erikoiskielissä rakenne on verraten prototyyppistä (Niemikorpi 1996: 107, 109–110). Väliin jää kuitenkin harmaa vyöhyke (Karihalme 1996: 78). Lääketiede on yleistieteellisenä ja historiallisesti vakiintuneena alana kansainvälistä ja standardoitua, mutta siinä on olemassa alakohtaisia konventioita (Niemikorpi 1996: 110, 108). Kuten on käynyt ilmi, psykiatria poikkeaa erikoisalana oleellisesti muusta lääketieteestä; syitä erilaisuuteen ovat teoriataustan monimuotoisuus ja ristiriitaisuus, tutkimuskohteiden vaikeaselkoisuus ja niiden kiinteä suhde kieleen.

Erilaisten ihmisyyhteisöjen kieleen muodostuu työnjakoa. Feer (1987) erottaa toisistaan asiantuntijat, jotka tuntevat jonkin nimen tarkoitteen tarkasti, ja muut, joilla on siitä vain summittainen mielikuva, stereotypia. Jotta kommunikaatio on mahdollista, täytyy kaikilla kielen käyttäjillä olla tällaisia ylimalkaisia, epätarkkoja käsityksiä, joilla on joitakin yhteisiä, paradigmaattisiin tapauksiin perustuvia ominaisuuksia. Nämä ominaisuudet tai piirteet voivat olla selvästi nähtävissä, tai ne ovat piileviä. Esimerkiksi yleiseen mielikuvaan tiikeristä kuuluu, että se on raidallinen ja nelijalkainen. On kuitenkin ajateltavissa, että on olemassa myös albiinotiikereitä ja vaikkapa kolmijalkaisia, yhden jaloistaan menettäneitä tiikereitä. Raidallinen turkki ja nelijalkaisuus ovat piirteinä pinnallisia, havaittavissa olevia. Muniva eläin sen sijaan ei koskaan voi olla tiikeri, vaikka se muuten muistuttaisi sitä täysin. Elävien poikasten synnyttäminen on piilevä mutta välttämätön tiikeristereotypian tunnusmerkki. Piilevät ominaispiirteet ja kätkössä oleva rakenne määräävät yhdessä sen, mitä luonnolliseen lajiin kuuluu – eikä ainoastaan todellisessa maailmassa, vaan kaikissa mahdollisissa maailmoissa. Psykkisissä sairauksissa sairaus-

stereotypian piilevä struktuuri eli taudin synty ja kehitys jää muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta tuntemattomaksi. Stereotypia on siten tunnistettavissa vain pintapuolisten piirteiden avulla, jotka nekin voivat myöhemmin tiedon lisääntyessä osoittautua vääriksi. (Feer 1987: 26.)

Konkreettinen, elävä eläin ja abstrakti ilmiö, sairaus, poikkeavat oleellisesti toisistaan. Sanaluokkajärjestelmän kannalta on todettu, että oliota, joka on erillinen, konkreettinen, kolmiulotteinen ja ajallisesti pysyvä, ilmaistaan perusmuotoisella, prototyyppisellä substantiivilla: prototyyppisimmillään kysymyksessä on ihmisolento. Tunnetta ilmaiseva prototyyppinen substantiivi, esimerkiksi vilha, on metaforisessa käytössä. (KK 1998: 53.) Psykiatrissa käsitettä ja sitä ilmaisevaa termiä voi pitää metaforana, ikään kuin -sairautena, jonka sisällöt muodostuvat kokemuksista, tunteista ja käyttäytymisestä.

Käsitteiden rajojen epämääräisyydellä eli prototyyppisellä ajattelulla on vastineensa kielellisten merkitysten tutkimuksessa. Melko yleisesti ajateltiin 1800-luvulla merkityksen kuuluvan kielen sijasta kielenulkoiseen maailmaan, kun taas viime vuosikymmeninä on päädytty semantiikan ja kognition eli ihmisen psykologisen käyttäytymisen tutkimuksen lähentymiseen (ks. luku 3.2.1.2). Mullistavaa on ollut 1970-luvulla syntynyt käsitys, jonka mukaan kielen merkitykset ymmärretään prototyyppisten tapausten kautta. Tämän teorian mukaan sanat ja lauseet luokittelevat maailmaa prototyyppisesti. (KK 1998: 51, 59–60.) Kun puhutaan esimerkiksi mielenterveyden häiriöistä yleisesti, useimmille ihmisille tulee ensimmäiseksi mieleen skitsofrenian tyyppinen vakava sairaus eikä esimerkiksi jokin persoonallisuuden häiriö tai älyllisten toimintojen vajavuus.

Prototyyppiajattelun mukainen monipuolisen väljä lähestymistapa on mahdollinen pyrittäessä luomaan kuvaa mielenterveyden häiriön olemuksesta; tyydyn tässä kuitenkin esittelemään prototyyppiajattelua ylimalkaisesti. Kielten nähdään ilmentävän yleisiä merkitysalueita, jolloin on mahdollista puhua kielten notionaalisista kategorioista. Maailman ulottuvuuksiin katsotaan kuuluviksi esimerkiksi ajan, tilan tai osallisen roolin ilmaiseminen ja puhetilanteeseen viittaaminen. (Ks. KK 1998: 139–140.) Merkitysrakenteen kokonaisuuksia tarkasteleva strukturalistinen kielenkuvaus ottaa lähtökohdakseen

sanojen suhteet muihin sanoihin. Antropologinen tutkimus puolestaan on tuonut merkityksen kuvaukseen piirreanalyysin. (Ks. KK 1998: 59.) Välttämättömiä ja riittäviä ehtoja ilmaiseva semanttinen piirre olisi esimerkiksi termin *psykoosi* kohdalla <KESTO VÄHINTÄÄN 2 TUNTIA> (ks. tark. Lönnqvist 1985a: 719; Tirkkonen 1985: 1688).

Suomen kieleen kognitiivista kielioppia soveltanut Pentti Leino (1983: 204) tähdentää kielen systeemi luonteen ulottuvan kaikille kielen tasoille, sekä muodon että merkityksen. Näistä tasoista semanttiset sisällöt ovat primaareja, ja lisäksi niiden rakenteen ajatellaan olevan suhteessa ihmisen yleisempään tietorakenteeseen ja inhimilliseen käsitteenmuodostukseen. Muodon ja merkityksen kiinteitä yhdistelmiä ovat kielen symbolit. Samoin kuin ihmisen tajunnan myös kognitiivisen kieliopin kategoriat ovat rajoiltaan epämääräisiä. Kukin kategoria määritellään siihen kuuluvien edustavien, kaikki kriteerit täyttävien tapausten perusteella. Selvistä jäsenistä siirrytään asteittain rajatapauksiin. (Ks. KK 1998: 51–52.) Esimerkiksi psykiatrian tutkimuskohteista prototyyppisyysjärjestyksessä maallikko voisi luetella *psykoosin*, *rajatilan* ja *neuroosin* tuntematta näiden käsitteiden todellista luonnetta ja vakavuusastetta tarkemmin. Puhujan tieto sanan merkityksestä ei rajoitu vain prototyyppiin, perusmerkitykseen, vaan ulottuu myös rajatapauksiin (KK 1998: 52).

Leksikaalisten kategorioiden epämääräisyys, strukturoituneisuus ja ainakin osittainen konventionaalisuus on ilmeistä (Leino 1983: 204; KK 1998: 52). Kategoriat muodostavat Leinon (1983) mukaan toisistaan riippuvaisia laajempia kokonaisuuksia, osajärjestelmiä. Osittaisesta konventionaalisuudesta huolimatta sanastolla ja sen rajaamalla kognitiivisilla kategorioilla on yleensä perusta ympäröivässä luonnossa ja kulttuurissa. Kielen sanasto muuttuu nopeasti kulttuurin ja yhteiskunnan muuttuessa, mutta toisaalta jotkut kieli-systeemiin lujasti ankkuroituneet sanaston osa-alueet (esimerkiksi vuosi- ja vuoro-kausijärjestelmä) ovat melko riippumattomia tällaisista muutoksista. (Leino 1983: 204.) Kognitiiviseen kielioppiin liittyväkin oletus merkitysten kielikohtaisesta jäsentymisestä, johon kulttuuritekijät ovat vaikuttaneet (KK 1998: 52). Prototyypit varioivat kuitenkin Leinon (1983: 196) mukaan eri kielissä ympäristön vaikutuksesta vähemmän voimakkaasti kuin kielen kategoriat yleensä. Pohtiessaan suomen kielen tapaa ajatella Leino (1983: 207) päätyy toteamaan, että kieli sietää usein epäyhtenäisyydessään ja moniarvoisuudessaan

paljon; monet abstraktit ulkoisen todellisuuden osa-alueet jäsennetään ja arvotetaan eri tavoin. Ideologinen käsitejärjestelmä tai tieteellinen selitysmalli ohjaa “käyttäjäänsä (tai uhriaan) tunkemaan havaintoaineksen” tarjoamiinsa kategorioihin, mutta toisaalta nämä mallit opitaan kielen avulla. Kieli ja kulttuuri ovat toisistaan riippuvaisia ja lisäksi molemmat moniarvoisia. (Leino 1983: 207.) Edellä sanottu havainnollistuu psykiatriassa. Kysymyksessä on kulttuuriin ja kieleen kiinteässä suhteessa oleva, muuttuva erikoisala, jossa oleellista on käsitteiden ja luokitusmallien epämääräisyys ja niiden omaksuminen kielen avulla. Psykiatrian keskeisiä käsitteitä ja termejä on pyritty kansainvälisesti yhtenäistämään tutkimuksellisiin ja hallinnollisiin tarpeisiin, mutta käytännön kliinisessä työskentelyssä tukeudutaan myös paikallisiin käsitteistöihin ja terminologiaan.

Kognitiivinen alue, johon sanan merkitys asettuu, voi koskea esimerkiksi aistihavaintoa, käsitettä tai tietojärjestelmää. Käsitteellinen kategoria sisältää sekä selviä että hämäriä alueita. Lisäksi semanttiseen rakenteeseen kuuluvat merkityksen tarkkuus, täsmällisyys ja kattavuus sekä lauseen tasolla merkityspiirteinä tilanteen näkeminen tietystä näkökulmasta ja tilanteessa mukana olevien keskinäinen asema. (KK 1998: 52.) Kun mielenterveyteen liittyvää häiriökäsitystä tarkastellaan keskustelullisesta tai toiminnallisesta näkökulmasta, se ei kategoriana perustu yhteisten ominaisuuksien etsimiseen (vrt. Riikonen ym. 1994: 349). Kysymyksessä on pikemmin tilanteessa mukana olevien eri näkökulmien esiin tuominen ja valta-asemien tiedostaminen. Vaikka ongelmia ja oireita on vaikea ymmärtää ja ne on usein vaikea voittaa, on huomattava, että ne eivät ole persoonattomia voimia, joihin ei voi vaikuttaa (vrt. Riikonen ym. 1994: 350). Kun henkilö saa – tai kuvittelee saavansa – oireistaan negatiivista palautetta, häntä voidaan tukea, jotta hän ei omaksu itseensä kohdistuvaa kielteistä leimaa. Ammatillisen arvioinnin työkaluina psykiatriset diagnoosit ovat erityisascmassa; ne vaikuttavat maallikon käsitteellistämistapaan. Siksi ammatillisessa vuorovaikutustilanteessa diagnoosinimikkeiden käyttöön ja käytön perusteluun tulisi kiinnittää erityistä huomiota.

Käsittelin psykiatriseen tietoon liittyviä kysymyksiä aikaisemmin luvussa 3.2.1.2. Ongelmien kanssa kamppailevan ihmisen kannalta ei ole yhdentekevää, millaisesta tiedollisesta näkökulmasta diagnoosiehdotus esitetään. Niiniluoto (1989: 64) määrittelee

tiedon informaation erikoistapaukseksi, johon liittyy jonkinlainen menestyksen, totuudenmukaisuuden ja perusteltavuuden lisäehto. Klassinen käsitys tiedosta hyvin perusteltuna totena uskomuksena on ideaali, jota kohti inhimillinen tiedonmuodostus pyrkii, vaikka ei sitä koskaan täysin saavuta. Voidaan erottaa erilaisia tiedon asteita ja lajeja, joita ovat piilevä eli ei-kielellinen tieto, esimerkiksi osaaminen, sekä kielellinen eli propositionaalinen tieto. (Niiniluoto 1989: 49–53, 64.)

Tieto edellyttää yleensä luonnollista kieltä, puhetta ja kirjoitusta, mutta sitä voidaan ilmaista myös esimerkiksi piirrosten avulla (Niiniluoto 1989: 54). Taide on usein käytetty ilmaisumuoto ihmismielen sisältöjä koskevan tiedon esiintuomisessa ja erilaisissa terapioissa. Inhimilliseen kieleen perustuvan viestinnän moniulotteisuus tulee ilmi, kun tarkastellaan erilaisia tiedon ja merkityksen lajeja sekä diagnoosinimikkeitä niiden kantajina ja kategorioina. Niiniluoto (1989) jakaa perustyyppisen eli indikaatiivilauseiden ilmaiseman tiedon singulaariseen ja yleiseen tietoon sekä niiden väliin sijoittuvaan tilastolliseen tietoon. Singulaarinen tieto voi olla kuvailevaa: millaista esimerkiksi potilaan käyttäytyminen on. Se voi olla myös tulkitsevaa, ymmärtävää: mitä potilas tarkoittaa, mikä käyttäytymisen merkitys on. Yleinen tieto muodostuu väitteistä ja koskee yleisiä tosiseikkoja, säännönmukaisuuksia ja syysuhteita. Lauseilla voi olla tiedollista, kognitiivisesti mielekästä merkitystä ja emotiivista, tunteiden ilmaisemisen tai herättämiseen liittyvää merkitystä. Metafora, vertaukseen perustuva ”ikään kuin” -merkitys voidaan ymmärtää vertauksena, jolla on tiedollista sisältöä, vaikka sen on ajateltu vetoavan ensisijaisesti tunteisiin. Metaforia käyttävällä kielellä voi olla tärkeä kognitiivinen merkitys, kun sen avulla viitataan eri asiantilojen yhteisiin ominaisuuksiin. Faktuaalisia merkityksiä sisältävällä väitclauseella voi päämerkityksensä ohella olla erilaisia sivu- ja vihjemerksityksiä, konnotaatioita; tietoa esittävän lauseen ei siis tarvitse olla kylmää ja tunteetonta. (Vrt. Niiniluoto 1989: 55–57.) L. Hakulisen (1970) mukaan kielen tehtävistä juuri voimakkaiden tunnetilojen eli affektien purkaminen on ajatusten ilmaisua alkuperäisempi. Affekteilla on pyrkimys liittyä määrämielteisiin ja vahva-affektiset sanat ovat käytössä yhteiskunnassa, kunnes niiden tunnejännitys laskee (L. Hakulinen 1970: 57–59). Psykiatriset termit ovat voimakkaan tunnepitoisia ilmauksia varsinkin kuvatessaan seksuaalisuutta ja erilaisia kehitysvammoja. Tiedollisten näkökulmien moninaisuuden

tiedostaminen ja prototyypiajatteluun perustuva kategorioiden liukuvarajaisuus auttavat ymmärtämään psykiatrisen luokittelun luonnetta ja diagnoosien laatimisen ja käytön vaikeutta.

Luokittelun yhteydessä on tarkasteltava, millaisiin sairauskäsityksiin ne perustuvat. Luvussa 3.4 kävi ilmi, että lääketieteen filosofisessa tarkastelussa voidaan puhua toisaalta ontologisesta, itsenäisiin olioihin perustuvasta ja toisaalta nominalistisesta, yksilön ja ympäristön välisiin suhteisiin perustuvasta sairauskäsityksestä. Kummankin näkemyksen mukaan sairauksien ja häiriöiden oireet ilmenevät yksilössä. Nykyiset luokitukset perustuvat tällaiseen näkemykseen. Diskursiivisen sairauskäsityksen mukainen näkemys sen sijaan laajenee käsittämään myös vuorovaikutuksen ja molemminpuolisen ymmärtämisen. Viimeksi mainittu syntyy opituista, ammatillisista käsitteistä ja välittömästä kokemuksellisuudesta. Tällöin sairaudella tai häiriöllä ei ajatella olevan itsenäistä, potilas-lääkärisuhteen ulkopuolelle olevaa eksistenssiä. Sairaus ja terveys muodostavat jatkumon, joka koostuu biopsykososiaalisesta ja kielellisestä moninaisuudesta sekä erilaisista näkökulmista. Kysymys on suhteellisista ilmiöistä.

Sairauden ja terveyden ohella psykiatriassa muodostuu jatkumo normaaliuden ja epänormaaliuden välille. 'Normaali' on 'epänormaalin' vastakohta, ja sairaus on yleensä epänormaalia (Feer 1987: 27). Psykiatrian tehtävä on parantaa mielen sairauksia, jotain, mikä ei ole normaalia (*psykiatria* = la *psych-* 'mieli-' + *iateria* 'parannustaito'). Normaalius on siten psykiatrian keskeinen käsite, jota ei voi ohittaa. Jokaisella terapeutilla on joko implisiittinen tai eksplisiittinen käsitys siitä, mikä on normaalia, muuten hän ei voi toimia terapeutina (Feer 1987: 27). Seuraavassa on koostettu neljä eri tutkijoiden esittämää normaaliuden määritelmää (Kendell 1975: 14; Feer 1987: 27):

1. **Normaalius terveytenä.** Kaikki se, mikä ei aivan selvästi ole sairasta, on normaalia. Vain silmiinpistävät, vahvistetut oireet ovat sairauden merkkejä. Suurin osa väestöstä on normaalia. Tällainen normaaliuden käsite muodostaa lääketieteellisen psykiatrian tradition.
2. **Normaalius utopiana.** Kaikilla ihmisillä on piileviä patologisia oireita, normaalius on harvinainen poikkeus. Tätä mieltä ovat Freudin seuraajat, ennen kaikkea psykoanalyttikot. Ihmisen yleisinhimillisenä kohtalona on olla tietynasteisesti sairas.

3. **Normaalius keskiarvona.** Normaalius sijoittuu Gaussin käyrän keskialueelle. Psykologit käyttävät tätä määritelmää psykologisissa testeissä.
4. **Normaalius transaktionaalisena systeeminä.** Normaalius on järjestelmien keskinäisen vuorovaikutuksen tulos ja järjestelmien kehittymistä esimerkiksi evoluution ja ihmisen historian kuluessa. Normaalius on yhteydessä kulloiseenkin kehitysasteeseen, eikä se ole kuten kolmessa ensimmäisessä tapauksessa pysähtynyt tila, vaan se on aikaan liittyvää toimintaa.

Näkemykset on esitetty, jotta yksittäisillä tutkijoilla olisi paremmat mahdollisuudet valita, mikä edellä esitetyistä määritelmistä sopii parhaiten niihin uskomuksiin, kiinnostuksen kohteisiin tai tieteellisiin kysymyksenasetteluihin, joita heillä on. Tarkoitus ei ole väittää, että jokin näkemyksistä on parempi tai lähempänä totuutta kuin muut. Ne täydentävät toisiaan, ja niitä voi käyttää erikseen tai yhdistellen. Tavoitteet ja kulloisetkin tilanteet ratkaisevat: tavoitteet voivat olla hoidollisia tai poliittisia, tilanteet lääkärin vastaanottoon tai lausuntojen kirjoittamiseen liittyviä. Tämä on erityisen relevanttia huomata, sillä normaaliuden käsitteeseen tulisi aina lisätä kysymys: normaalia kenelle, missä tilanteessa ja millä ehdoilla sekä mihin tarkoitukseen. (Feer 1987: 27–28.)

Psykiatrian semantiikkaa tutkinut Hasan (1986) ottaa esiin tarkoituksenmukaisuuden käsitteen (*appropriate vs. inappropriate*) psykoterapiatilanteessa. Terapeutti kuvaa potilasta esimerkiksi seuraavasti: ”Hänellä oli vaikeuksia kohdata tunteensa tarkoituksenmukaisella tavalla.” Voidaan esittää vastaavat kysymykset kuin edellä: tarkoituksenmukaista kenelle, missä kontekstissa, milloin ja missä paikassa. Hasan väittää, että psykiatrit ovat muiden ihmisten tapaan kasvaneet kaksiarvoiseen joko–tai–ajatteluun ja että he eivät ole saaneet erityistä harjoitusta siitä vapautuakseen. Hän kysyy lisäksi, mitä tarkoittaa esimerkiksi ’heikko käsitys itsestä’ (*poor self-concept*). Ja miten, milloin, miksi tai mihin tarkoitukseen oletetaan, että potilas saavuttaisi ’hyvän käsityksen itsestään’? Hasanin mukaan asiantuntijalla on ylhäältä annettuja vastauksia tällaisiin kysymyksiin. Ei ole olemassa mitään kriteeriä, jolla ilmaukset *tarkoituksenmukaisuus* tai *epätarkoituksenmukaisuus* voitaisiin perustella. Eivät vain nämä lausumat, vaan myös kuvatut käyttäytymiset ovat ilmiöitä, joilla ei ole yhdenmukaista, eri ihmisten keskenään sopivaa merkitystä. (Hasan 1986: 177.)

Edellä esitetyn kaltainen on myös sairauden käsite. Näyttää olevan mahdotonta ajatella, että sairauksilla olisi jonkinlainen itsenäinen olemassaolo. Käsitteet sairauksista ovat konstruoituja, ja niihin kietoutuu vanha filosofinen kysymys kielen ja todellisuuden suhteen nominalistisesta tai realistisesta luonteesta. Sairauksien luokitteluprosessi alkaa sen päättämällä, mikä on termin *sairaus* keskeisin luonne. Tällöin luokittelun ensimmäinen vaihe olisi: luontaisesti mielivaltaisen. Ei ole olemassa oikeata fokusta, on vain useita vaihtoehtoja. Päätös siitä, millä määritelmällä aloitetaan, on tehtävä käytännön näkökulmasta, ja valintaan vaikuttaa se, mitä halutaan. (Feer 1987: 27–28.)

Luvussa 3.2 käsittelin kielen, todellisuuden ja tajunnan keskinäisiä suhteita. Psykiatriset nimitykset ja kuvaukset ovat osoittautuneet mielivaltaisiksi sopimuksiksi. Voidaan ajatella, että tarkoitteet, joihin ne viittaavat, ovat todellisuuden osia. Osat ovat ikään kuin palapelin palasia, joihin kieli viittaa ja jotka se sitten yrittää sovittaa yhteen. Esimerkiksi valuuttojen nimet (euro, dollari) ovat sopimuksenvaraisia, mutta ne viittaavat kuitenkin johonkin todelliseen: rahaan. Tarkoitteiden todellista luonnetta on pyrittävä selvittämään. (Vrt. Feer 1987: 33.) Konseptualismi-nimisen käsityksen mukaan maailma jakaantuu luokkiin (esim. koirien luokka, talojen luokka), jotka ovat ajattelun avulla erotettavissa todellisessa ympäristössä mutta jotka eivät ole maailmassa valmiina (ks. Kangasniemi 1997: 31). Käsitteen ja todellisuuden suhdetta koskeva semanttinen kysymys muodostaa psykiatrian perusongelman, joka tosin ei ole Feerin (1987: 31) mukaan semantiikan ratkaistavissa. 'Sairaus' ja 'terveys' sekä 'epänormaalius' ja 'normaalius' voivat olla käsitteinä suhteellisia, mutta niitä ei voida määrittää ilman sosiaalisten ja kulttuuristen seikkojen huomioon ottamista (Feer 1987: 29). Voidaan kysyä, ovatko psykiatrian kliinikon tai analyytikon tai psykologin normaalia ja tervettä koskevat käsitykset lähempänä totuutta kuin muiden. Normaalius ja terveys kytkeytyvät lääketieteessä toisiinsa. Kysymyksessä on tilastollinen käsite, jolla ei ole ekstensiota eikä intensiota. Bleuler ja Freud havaitsivat aikoinaan jotain, jonka todellista luonnetta me emme vielä tunne. (Feer 1987: 30–31.)

Psykiatrian ja sen ammattikielen erityisluonnetta käsittelevässä luvussa 3.1 kävi ilmi, että monilla psykiatrian termeillä – itse asiassa koko psykiatrian kielellä – on vaikeutena se, että sen tarkoitteita ei ole helppo osoittaa. Psykiatrian tilanne on paljon vaikeampi kuin

luonnontieteiden, jotka kuvailevat näkyviä ja jokaisen koettavissa olevia tarkoituksia. Siksi luokittelu on psykiatriassa erityisen ongelmallista.

4.2.3 Psykiatrisen luokitusjärjestelmän kehittyminen

Olen aikaisemmin käsitellyt aineiston esittelyn yhteydessä tautiluokitusten yleisiä periaatteita luvuissa 1.5.1–1.5.3. Kokoan käsillä olevaan lukuun ja sen kahteen alalukuun keskeiset seikat psykiatrisen luokitusjärjestelmän historiasta, luokitusperusteista, intressiryhmistä ja käyttötarkoituksista. Lääketieteen nosologiset eli tautiopilliset luokitukset ovat syntyneet historian kuluessa ilman tietoista termityötä palvelemaan tilastollisia ja informatiivisia tarpeita. Ensimmäisenä sairauksia yritti luokitella systemaattisesti Francois Bossier de Lacroix (1706–1777), joka tunnetaan paremmin nimellä Sauvages. Hänen laaja tutkielmansa julkaistiin nimellä *Nosologia Methodica*. Sauvagesin aikalainen oli kasviopin tutkija ja luokittelija Carl von Linné (1707–1778). (ICD-9 1977: VIII–.)

Suomessa tilanne on ollut ainutlaatuinen maailmassa, sillä meillä on koko valtakuntaa koskevaa kuolinsyytilastoa pidetty 1700-luvun puolivälistä saakka. Suomen sisäisiä kuolinsyytilastojen vertailuja voidaan tehdä melko luotettavasti, mutta kansainväliset vertailut ovat sitä vaikeampia, mitä suurempia erot taloudellisissa, sivistyksellisissä ja terveydenhuollon organisaatioon liittyvissä oloissa ovat. (ICD-8 1969: III.)

Psykiatrian osalta tautinimikkeitä luokiteltiin ensimmäisen kerran vuonna 1889. Pariisin kansainvälinen mentaalitieteiden kongressi yritti luoda yksimielisyyttä eri maiden välille nimeämällä psykiatrisia sairauksia. Luokituksessa esiintyy seuraavasti nimettyjä sairauksia: *mania, melankolia, periodinen hulluus, progressiivinen systemaattinen hulluus, dementia, orgaaninen ja seniili dementia, yleinen halvaus, hulluusneuroosit (hysteria, kaatumatauti, luulosairaus), toksinen hulluus, moraalinen ja impulsiivinen hulluus, idiotia* jne. (Kendell 1975: 88; Furman ym. 1982: 301.) Melko nykyaikaiseen luokitukseen päätyi jo 1900-luvun vaihteessa Kraepelin, joka yhdisteli omia havaintojaan sen ajan tutkimuksiin. Nimitykset *maanis-depressiivinen psykoosi* ja *dementia praecox* ('nuoruuden tylsistyminen') ovat

hänen käyttöön ottamiaan. (Kaila 1966: 125; Furman ym. 1982: 300–301.) Jälkimmäisen sveitsiläinen psykiatri Eugen Bleuler (1857–1939) nimitti myöhemmin *skitsofreniaksi*, kun 1900-luvun alkupuolella huomattiin, etteivät kaikki potilaat olleet parantumattomia ja sairauden puhjetessa nuoria (Kaila 1966: 126; Alanen 1994: 47). Kraepelinin psykiatrisen tautiluokituksen nimikkeet poikkeavat edellä esitetystä nimikkeistä: *maanis-depressiivinen psykoosi, dementia praecox, paranoia, dementia, delirium, psykogeeniset neuroosit ja psykopaattiset luonteet* (Furman ym. 1982: 301).

4.2.3.1 Kansainvälinen ICD-järjestelmä

Vuodesta 1900 lähtien on noin kymmenen vuoden välein julkaistu tarkistettua kansainvälistä kuolinsyyluetteloa. Suomen kannalta on ollut mielekkäintä verrata sairauksia ja kuolemansyitä muiden Pohjoismaiden vastaaviin oloihin. Kansainvälisen, vuonna 1929 hyväksytyn kuolinsyynimistön pohjalta laadittu ICD-tautiluokitus (ICD-4) otettiin Suomessa käyttöön vuonna 1936 ja tautiluokituksessa kiinnitettiin erityistä huomiota yhteispohjoismaiseen vertailtavuuteen. Kolme vuotta myöhemmin tilastotieteilijöiden muodostama komissio luonnosteli ehdotuksen kansainvälisen kuolinsyyluettelon viidenneksi uusintapainokseksi (ICD-5). Vuonna 1948 vastuun kuolinsyyluokituksesta otti WHO. Se hyväksyi ICD-nimistön kuudennen laitoksen, jossa psykiatristen tautien luokittelu oli vielä puutteellista. Englanniksi julkaistun laitoksen ottivat sellaisenaan käyttöön vain muutamat maat, Suomi mukaan lukien (Kendell 1975: 91). Luokitus laajeni käsittämään kuolinsyiden lisäksi myös tautien luokituksia. Tämä nimistö on laadittu latinaksi ja kotimaisille kielille se on käännetty vain osittain. ICD-6:een perustuva Suomessa ilmestynyt tautinimistö oli ensimmäinen versio, jossa suomen kieli on mukana. Myöhemmin hyväksyttiin vähäisin korjauksin seitsemäs kansainvälinen luokitusjärjestelmä ICD-7. (Ks. ICD-8 1969: IV–V; ICD-9 1977: XII–XV.)

WHO:n vuonna 1967 hyväksymä kahdeksas laitos, ICD-8, korjattiin perusteellisesti: Suomessa siirryttiin muun muassa kolmen sijasta viisinumeroiseen koodaukseen. Luokitus otettiin meillä käyttöön vuonna 1969. Latinan- ja ruotsinkielinen nimikkeistö oli

uusimmassa luokituksessa täysin identtinen Ruotsin vastaavan kanssa, mutta Suomen luokitukseen lisättiin tarpeellisiksi katsotut suomenkieliset vastineet. Merkillepantavaa on, että tämä luokitus oli luonteeltaan edellistä radikaalimpi, vaikka yleiseen filosofiaan ja perusteisiin ei puututtu: sairaudet luokiteltiin niiden alkuperän, ei ilmenemismuotojen, perusteella. (Ks. ICD-8 1969: IV–V; ICD-9 1977: XII–XIII.) Tämänkin luokitus on psykiatristen häiriöiden osalta vanhentunut: depressioiden jaottelua on yleisesti pidetty epäonnistuneena ja eräät keskeiset häiriöt (mm. *anorexia nervosa*) puuttuvat kokonaan. Suurin ongelma on diagnostiikan epäyhtenäisyys, koska diagnostisia käsitteitä ei ole määritelty tarkasti. (Furman ym. 1985: 1645.) Luokittelu ei vastannut kliinistä käytäntöä ja tieteellisen tutkimustyön tarpeita. Kysymyksessä ei ollut tautinimistä vaan luokittelu, jonka tarkoituksena on ryhmitellä käytössä olevat diagnoosit. (ICD-8 1969: IX.)

ICD-järjestelmää kehitettiin edelleen. Seuraavaan versioon lisättiin huomattavasti pääluokkien ja yksittäisten häiriöiden määrää. Kansainväliseen käyttöön vuonna 1979 otettua ICD-9:ää ei alettu kuitenkaan käyttää maailmanlaajuisesti, vaikka muun muassa englantilaiset psykiatrit pitivät sitä käyttökelpoisena. Amerikkalaiset asiantuntijat olivat pitäneet tautiluokitusta jo etukäteen puutteellisena. Syynä oli ainakin osittain se, että luokitus soveltui huonosti tieteelliseen tutkimustyöhön, jossa vaaditaan yksiselitteisiä kriteerejä. Häiriöitä ei ollut määritelty tässäkään versiossa, kustakin yksittäisestä häiriöstä oli vain laadittu ohjeellinen – ja usein moniselitteinen – luonnehdinta. Kansainväliseen ICD-9-järjestelmään (1977) perustuvan luokituksen Suomi otti käyttöön vuoden 1986 alussa. Kolmikielistä (latina, suomi ja ruotsi) luokitusta, jossa käytettiin DSM-III:ssa (1982) ilmaistuja diagnostisia kriteerejä, oli kehitetty Suomen oloihin sopivammaksi. (Furman ym. 1982: 301; Furman ym. 1985: 1646.)

WHO:n kansainvälistä diagnoosijärjestelmää on siis uudistettu moneen kertaan tarkistamalla se kymmenvuosittain. ICD-9-luokituksessa mielenterveyden häiriöitä käsittelevä luku sisältää sairauksien kuvauksen lisäksi katsauksen alan erityisvaikeuksiin. Tämän kolmikielisen version mielenterveyden häiriöitä käsittelevän pääryhmän luokitus on laadittu siten, että jokaiselle häiriölle on olemassa omat kriteerinsä. Nämä on julkaistu erillisenä liiteosana (*Tautiluokitus 1989, osa 3. Mielenterveyden häiriöiden diagnostinen ja tilastolli-*

nen ohjeisto). (Ks. ICD-9 1977: XII–XIII; ICD-9 1987: 7.) Suomessa nykyisin käytössä oleva luokitus perustuu ICD-10:een, joka on Suomessa otettu käyttöön vuonna 1995. Myös siitä on julkaistu täydennysosa (1996).

Suomen ICD-10-tautiluokitus (1995) on tehty tiiviissä yhteistyössä Uppsalassa olevan pohjoismaisen WHO:n luokituskeskuksen kanssa. Pohjoismainen yhtenäisyys ja vertailukelpoisuus on pyritty säilyttämään, ja mielenterveyden häiriöiden ryhmässä vastaavuus WHO:n luokituksen pätee vähintään neljän merkin tasolla. (Ks. ICD-10 1995: 3.) Suomalainen käännös on laadittu englanninkielisestä laitoksesta ja se on edellisten meillä käytössä olleitten luokitusten tapaan kolmikielinen: suomi, ruotsi ja latina. Luokituksen esipuheessa mainitaan, että peruskäännöstä tehtäessä on oltu yhteydessä eri alojen asiantuntijoihin (ICD-10 1995: 3).

Uusimmassa ICD-järjestelmän mukaisessa luokituksessa (ICD-10 1995: 185–245) ja sen täydennysosassa (1996) mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt jaetaan 11 pääluokkaan:

1. Elimelliset aivo-oireyhtymät
2. Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt
3. Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt
4. Mielialahäiriöt (affektiiviset häiriöt)
5. Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt
6. Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät
7. Aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt
8. Älyllinen kehitysvammaisuus
9. Psykkisen kehityksen häiriöt
10. Tavallisesti lapsuus- ja nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt
11. Määrittämätön mielenterveyden häiriö.

Suurin luokista on lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt (147 häiriötä). Seuraaviksi suurimmat ryhmät ovat neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt (136 häiriötä) sekä elimelliset aivo-oireyhtymät (102 häiriötä). Picnin ryhmistä on viimeinen eli määrittämätön mielenterveyden häiriö ja sen alakohtina tarkemmin määrittämätön mielenterveyden häiriö ja tarkemmin määrittämätön mielen sairaus. Muiden luokkien koot vaihtelevat 40:n (älyllinen kehitysvammaisuus) ja 95:n (aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt) välillä.

Mielenterveyden häiriöt luokiteltiin ICD-9:ssä 24 luokkaan. Alun perin kolminumeroisten häiriöiden tai häiriöryhmien kohdalla on kahden viimeisimmän ICD-luokituksen kohdalla tapahtunut muutoksia. Esimerkiksi alkoholi ja tupakka eivät enää ICD-10:ssä näy otsikkotasolla omina, muista päihhteistä erottuvina aivo-oireyhtymien tai riippuvuuksien aiheuttajana. Vakavat mielialahäiriöt ovat muuttuneet nimitykseltään pelkiksi mielialahäiriöiksi. Luokkia on vähennetty yhdistämällä esimerkiksi lapsuus- ja nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt samaan ryhmään.

4.2.3.2 Amerikkalainen DSM-järjestelmä

1900-luvun puolivälissä lääkintäviranomaiset ryhtyivät USA:ssa yhdessä maan psykiatriyhdistyksen kanssa laatimaan parempaa luokitusta kuin kansainvälinen ICD-järjestelmä oli. Vuonna 1952 valmistui diagnostinen ja tilastollinen ohjeisto *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-I). (Furman ym. 1982: 301.) Ohjeiston kehittelyä jatkettiin myöhemmin. Vuonna 1956 julkaistiin Suomessa ICD-6:n pohjalta *Muutokset ja lisäykset Tauti- ja kuolinsyynimistöihin*, joka oli häiriönimikkeiden osalta edelleen täysin latinankielinen (pääluokka V *Morbi mentis, Psychoneuroses, Personae pathologicae*).

1970-luvun puolivälin paikkeilla, viisi vuotta ennen ICD-9:n kansainvälistä käyttöönottoa amerikkalainen psykiatriyhdistys oli nimittänyt työryhmän, jonka tehtävänä oli laatia uusi, mahdollisimman ajanmukainen luokitus. DSM-III valmistui ja hyväksyttiin vuonna 1979. Suomessa tämä luokitus on ollut epävirallisessa ammatillisessa käytössä vuodesta 1982, siitä lähtien, kun sen suomenkielinen kriteeristö ilmestyi. (Furman ym. 1982: 301; Furman ym. 1985: 1646.) Ohjeistossa käytetyistä mielenterveyden häiriöiden nimikkeistä huomautetaan esipuheessa, että ne on suomennettu lääkärikunnan ja kielenhuoltajien yhteistyönä (DSM-III-R 1991: 3). Lisäksi mainitaan, että latinaa on käytetty niiden yksittäisten nimikkeiden kohdalla, joissa on olemassa vanhoja perinteitä tai joissa uusi latinankielinen ilmaisu on vaikuttanut sovelialta.

Amerikkalaisen DSM-III:n valmistamiseen osallistui aikoinaan asiantuntijatyöryhmän lisäksi toistakymmentä erityisalueiden työryhmää, paikallisten yhdistysten edustajista

koottu yhteistyöryhmä, yhdistyksen tieteellisen työn neuvosto ja yksittäiset konsultoidut asiantuntijat. Luokituksen muotoutumiseen vaikuttivat myös monet muut yhdistykset ja yhteisöt. Vuonna 1977 aloitettiin myös laaja kenttäkokeilu, johon osallistui 1200 potilasta ja 500 klinikkoo, joista ylivoimaisesti suurin osa – teoreettisesta viitekehuksesta riippumatta – piti DSM-III:a käyttökelpoisena. Erityisesti skitsofrenian ja affektihäiriöiden kohdalla diagnoosin reliabiliteetti eli toistettavuus oli aiemmin ollut heikohko, nyt se todettiin varsin hyväksi. Amerikkalainen tieteellinen kirjallisuus samoin kuin oppi- ja käsikirjat sekä psykiatriset aikakauslehdet siirtyivät kokonaan DSM-III:n mukaiseen käsitteistöön ja luokitukseen. Tällä luokituksella ja sen uusimmalla versiolla, DSM-IV:lla, on tärkeä kansainvälinen merkitys ja johtavan diagnoosijärjestelmän asema kliinisessä psykiatriassa. (Furman ym. 1982: 301; Lönnqvist 1999: 33, 35.) Psykiatriaan erikoistuvien lääkäreiden pääasiallisena oppikirjana käytetty *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (toim. Kaplan, Freedman & Sadock 1980) omaksui myös uudet diagnostiset käsitteet.

Edellä esitetystä käy ilmi, että DSM-järjestelmää on kehitelty pitkälle, mutta kaikissa maissa sitä ei ole otettu käyttöön. Voidaan sanoa, että Suomessa vallitsee nykyään amerikkalais-englantilainen psykiatria, joka poikkeaa kuitenkin esimerkiksi ranskalaisesta psykiatriasta, jonka perustana on maan oma perinne ja jaottelu (Romanov 1998: 3157). Romanovin (1998: 3158) mukaan ranskalaiset eivät käytännössä hyväksy DSM-III-järjestelmän mukaista luokittelua, koska se ei heistä toimi Ranskassa, vaan sopii ainoastaan kansainvälisen tutkimustoimintaan.

DSM-III perustuu viiteen eri akseliin, jotka muodostavat pitkällisen kompromissien tuloksena psykiatrisen diagnoosin kulmakiven. Nykyisin käytössä olevaan ICD-10:een suunniteltiin sovellettavaksi samanlaista multiaksaalijärjestelmää, joka samalla toimisi systematisoituna arviointimenetelmänä. Tällainen muutos ei kuitenkaan toteutunut. DSM-luokitusten ensimmäiselle akselille kirjataan mielenterveyshäiriön päädiagnoosi ja mahdolliset muut oireyhtymät. Toisella akselilla ilmaistaan mahdollinen persoonallisuushäiriö, josta suomen kielessä on aikaisemmin käytetty vanhentunutta termiä *psykopatia* ja nykyisin nimitystä *luonnehäiriö*, sekä spesifiset kehityshäiriöt. Kolmannella akselilla ilmaistaan ruumiilliset sairaudet tai vammat ja neljännellä akselilla psykososiaalisten

stressitekijöiden vaikeusaste asteikolla 1–7. Neljännen akselin tarkoituksena on kiinnittää huomiota mielenterveyden häiriöihin liittyviin tekijöihin, jotka koskevat avioliittoa, vanhemmuutta, muita ihmissuhteita, ammattia, elämänoloja ja taloutta. Viidennellä akselilla ilmaistaan potilaan paras suoritustaso viimeisen vuoden aikana vähintään muutaman kuukauden ajan (asteikko 1–7). (Furman ym. 1982: 303–304; DSM-III-R 1991: 7–12; Riikonen ym. 1994: 355.)

Akselijärjestelmä sopii hyvin osaksi niin sanottua ongelmakeskeistä sairauskertomusta (*problem oriented record = POR*), jonka suuntaan myös suomalainen psykiatrinen sairauskertomusjärjestelmä on kehittynyt ja joka perustuu systemaattiseen haastattelutekniikkaan. Viimeksi mainittu puolestaan on monella tavalla riippuvainen hoidon tavoitteista ja eri hoitomuotojen suhteellisesta merkityksestä. (Furman ym. 1982: 304.)

Kaikkien sairauksien, myös mielenterveyden häiriöiden, ryhmittely- ja nimeämiskäytänteet ovat vaihdelleet historian kuluessa. Kansainvälisen luokituksen lisäksi on käytössä ollut myös toisentyypisiä luokituksia, joista tärkein on amerikkalainen järjestelmä. Kuten DSM-III-R:n (1991: 3) alussa todetaan, kaikki luokitustyytit ovat tarpeellisia ja toisiaan täydentäviä psykiatrisen tutkimuksen ja hoidon kannalta. Koska yhteiskuntataloudelliset taustatekijät vaikuttavat ainakin osittain moniin sairauksiin, on luonnollista, että pitkän ajan kuluessa laaditun tilaston tekijöiden ja lääkärikunnan käsitykset psykiatrisista sairauksista ovat vaihdelleet suuresti. Psykiatristen luokitusten sisältöön vaikuttaa se teoreettinen viitekehys, jonka pohjalta ihmisen käyttäytymisen häiriintyneisyyttä kulloinkin yritetään ymmärtää ja kuvata. Luokitusperusteita ovat esimerkiksi 1) ihmisen käyttämien mielen sisäisten puolustusmekanismien ja sopeutumiskeinojen luokitus, 2) psykososiaalisten stressitekijöiden ja toiminnallisen kyvykkyyden arviointi sekä 3) deskriptiivinen eli kuvaileva luokitus. Väheksymättä muita luokitusperusteita voidaan sanoa, että edellä esitetyistä ainoastaan viimeksi mainittu eli deskriptiivinen luokitus on nykyisellään reliabiliteetiltaan ja validiteetiltaan sillä tasolla, että sitä voidaan käyttää osana yleistä mielenterveyden häiriöiden tautiluokitusta. (DSM-III-R 1991: 3–4.)

Käytännössä psykiatristen häiriöiden luokittelulla tarkoitetaan diagnoosien asettamista, jotta voitaisiin kuvata potilaiden häiriöiden luonnetta. Diagnostiikkaa on mahdollista tarkastella kolmen eri intressiryhmän näkökulmasta. Kysymykseen tulevat intressiryhmät ovat

1. lääkärit (psykiatrit)
2. viranomaiset
3. väestö (etenkin potilaat).

Kullakin mainitulla etupiirillä on erilaisia diagnostiikkaan kohdistuvia ulkoisia ja sisäisiä tarpeita. Psykiatrien kohdalla kyse on normaalista ammattikäytännöstä. Väestön luonnollisena edustajaryhmänä toimiville potilaille on merkityksellistä, minkälainen diagnostinen järjestelmä on ja miten sitä käytetään. Viranomaisten tehtävänä on puolestaan olla yhteistyössä terveydenhuollon kanssa ja osallistua sen hallintoon, jolloin diagnostiikka painottuu kansainvälisesti käytettävänä tilastollisena järjestelmänä. (DSM-III-R 1983: 1.)

Paitsi että luokitusjärjestelmän tulisi tyydyttää eri intressiryhmiä, sen tulisi sopia erilaisiin spesifisiin käyttötarkoituksiin, joita ovat häiriöiden ymmärtäminen, niihin vaikuttaminen ja niistä kommunikointi. Tautiluokituksilla on tärkeä asema kaikessa lääketieteellisessä tiedonkäsittelyssä. Koska erilaisiin käyttötarkoituksiin tarvitaan erilaisia luokitusjärjestelmiä, on ymmärrettävää, että kattavaa järjestelmää on erittäin vaikea luoda. (DSM-III-R 1983: 1.) Suomessa käytettäviin virallisiin ICD-järjestelmän tautiluokituksiin ovat terveydenhuollon ammattilaiset ainakin aikaisemmin olleet tyytymättömiä. Siksi mielenterveyden häiriöiden kuvailevat kriteerit on DSM-III-R:n (1987) ja myöhemmin DSM-IV:n (1997) pohjalta sovellettu suomalaiseen käyttöön.

Yhdysvaltojen psykiatrinen yhdistys (APA) jakaa mielenterveyden häiriöt 16 luokkaan (KI 1992: 40–41). Suomen lääkintöhallitus (nyk. STAKES eli Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus) käyttää APA:n luokitukseen perustuvassa DSM-III-R-ohjeistossa (1991) 24:ää luokkaa, joista neljä ensimmäistä luokkaa ja luokka 18 käsittävät elimelliset mielenterveyden häiriöt. Nämä aiheutuvat elimellisestä tai fysikaalisesta vauriosta, joita ovat aiheuttaneet päihteet, sairaudet tai ikääntymisen rappeuttavat vaikutukset (KI 1992: 40). Suurimman luokan APA:n luokituksessa muodostaa neljäs luokka eli muut elimelliset

aivo-oireyhtymät, joihin suomalaisessa versiossa kuuluu kahdeksan häiriötä. Yhteensä diagnoosinimikkeitä DSM-III-R:ssä on 176, ja sen luokat ovat seuraavat:

1. Seniili ja preseniili dementia
2. Alkoholin aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät
3. Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät
4. Muut elimelliset aivo-oireyhtymät
5. Skitsofreeniset häiriöt
6. Vakavat mielialahäiriöt
7. Harhaluuloisuushäiriöt
8. Muut psykoottiset häiriöt
9. Varhaislapsuuden psykoosit ja lapsuuden laaja-alaiset kehityshäiriöt
10. Neuroottiset häiriöt
11. Persoonallisuushäiriöt
12. Sukupuoli-identiteetin häiriöt sekä seksuaaliset kohde- ja toimintahäiriöt
13. Alkoholi-riippuvuus (psykoaktiivisen aineen käytöstä aiheutuvat häiriöt)
14. Päihderiippuvuus (psykoaktiivisen aineen käytöstä aiheutuvat häiriöt)
15. Päihtymystilat ja tupakkariippuvuus
16. Muualla luokittelemattomat oireyhtymät
17. Sopeutumishäiriöt
18. Aivovaurion aiheuttama elimellinen mielenterveyshäiriö
19. Käytös- ja hillitsemishäiriöt
20. Lapsuuden tai nuoruuden emotionaalisina oireina ilmenevät muualla luokittelemattomat häiriöt
21. Tarkkaavaisuushäiriöt
22. Kehityksen erityisvaikeudet
23. Psykkiset tekijät elimellisiin sairauksiin ja oireisiin liittyneinä
24. Älyllinen kehitysvammaisuus.

Suurimman ryhmän tässä järjestelmässä muodostavat sukupuoli-identiteetin häiriöt sekä seksuaaliset kohde- ja toimintahäiriöt, joita on nimetty 21, esimerkiksi *itseä häiritsevä homoseksuaalisuus, eläinkohteinen ja lapsikohteinen seksuaalihäiriö*. Näistä ainoastaan viimeksi mainittu, pedofilia, löytyy ICD-10:stä. Seuraavaksi suurimmat ryhmät ovat neuroottiset häiriöt (19 häiriötä) ja persoonallisuushäiriöt (14 häiriötä).

Yli sadan vuoden ajan on yritetty luoda yksimielisiä kriteerejä psykiatristen käsitteiden luokitteluksi. Viralliset luokitukset ovat pitkän kehittämistyön ja erilaisten kompromissien tuloksia. Luokittelun vaiheisiin ja periaatteisiin tutustumalla on mahdollista ymmärtää, mistä mielenterveyden häiriöiden kaltaisissa ilmiöissä on kysymys. Ei vain lääkäreiden ja viranomaisten vaan myös väestön kannalta on tärkeää, minkälainen diagnostinen, oireiden kuvailuun perustuva luokitusjärjestelmä on ja miten sitä käytetään. Vuosituhannen vaihteessa voimakkaasti aktivoitunut keskustelu osoittaa, että häiriöistä halutaan keskustella ja niihin halutaan vaikuttaa.

4.3 Ihmisen ja diagnoosin suhde

Kaikessa onnistuneessa viestinnässä on vuorovaikutuksen avoimuus ja joustavuus tärkeää; psykiatrian asiantuntijat joutuvat kiinnittämään näihin seikkoihin erityistä huomiota. On käynyt ilmi, että ammattikielen käyttö ja leimaaminen muodostavat ongelman psykiatriassa. Totesin aikaisemmin luvussa 3.3.5, että kommunikaation vaurioitumista voidaan pyrkiä välttämään kiinnittämällä huomiota vuorovaikutusprosessin kaksisuuntaisuuteen, varovaisuuteen ja herkkyyteen. Englantilainen Christine Dunn (1983) on artikkelissaan *The Implications of General Semantics for the Diagnosis of "Mental Illness"* demonstroinut yleisen semantiikan periaatteisiin perustuvan tiedon merkitystä sellaisille ihmisille, joiden aseman mukainen rooli sisältää toisten ihmisten käyttäytymisen ja persoonallisuuden luokittelua. Kirjoittajan lähtökohtana on ajatus, jonka mukaan sanat ovat siinä mielessä maagisia, että ne vaikuttavat käyttäjänsä mieleen (Dunn 1983: 67). Selostan seuraavassa näkemyksiä, joita Dunn on lingvistinä esittänyt psykiatriasta.

Luokitusjärjestelmiä tarvitaan, mutta länsimaisen maailman rationalisoituminen on Dunnin (1983) mukaan johtanut kasvavaan huoleen tieteen ja objektiivisuuden koteloitumisesta siihen kieleen, jota filosofit, papit tai eri alojen asiantuntijat käyttävät. Kieli on omalta osaltaan tuomassa objektiivisen tarkastelun kohteeksi maailman ääretöntä kompleksisuutta supistamalla sitä tunnistettaviin ja ymmärrettäviin mittasuhteisiin. Tähän tarkoitukseen niin sanotut eri tieteen- ja ammattialojen asiantuntijat ("– – so-called 'experts' – –") käyttävät luokittelujärjestelmiä. (Dunn 1983: 67.)

Ihmisellä on kyky abstrahoida eli crottaa yleiset ilmiöt yksittäisistä. Dunn (1983) toteaa, että kieli tuottaa järjestystä siinä määrin, kuin se helpottaa havaintojen, merkitysten ja tulkintojen jakamista, jota ilman kommunikointi olisi meidän ymmärtämässämme mielessä mahdotonta. Hän huomauttaa kuitenkin, että sosiaalisen elämän saattamisessa tajuttavaan muotoon yksilöt väistämättä vääristävät rakenteiden särmiä. Ihmisiä luokittelevat järjestelmät, samalla kun ne ovat välttämättömiä jonkinasteiselle älykkäälle diskurssille, paradoksaalisesti myös edistävät virheellisiä, "kohtuuttomaan (*undue*) identifioimiseen" liittyviä käsityksiä. (Dunn 1983: 67–68.) Korzybski (1948: xxvi) on esittänyt tällaisen

olettamuksen vetoamalla absoluuttisen samanlaisuuden myyttiin. Yksilöiden tai jonkin luokan kategorisointi ja määrittäminen voi eräässä mielessä vakuuttaa luokittelijan. Näin hänessä syntyy vastahakoisuutta ja kielteistä, usein tiedostamatonta asennoitumista sellaisen lisäinformaation suhteen, joka ei ole yhtäpitävää kategorian piirteiden kanssa. (Ks. myös Dunn 1983: 67–68.)

Dunn (1983) kiinnittää huomiota vuorovaikutustilanteisiin, joissa yksilöitä on hallinnollisista syistä kohdeltava ikään kuin heidän identiteettinsä voitaisiin jakaa tiettyihin kategorioihin. Jonkinasteinen arvioiminen kuuluu monien ammattien normaaleihin, päivitäisiin rutiineihin. Tällaisia ammattiryhmiä ovat esimerkiksi psykiatrit ja lääkärit yleensä sekä sosiaalityöntekijät, opettajat, juristit ja poliisit. Luokittelu tapahtuu stereotypioimalla ja käyttämällä erilaisia nimikkeitä. Tällainen virallinen kategorisointi silloin, kun se tapahtuu hallinnon tarpeisiin, ei välttämättä ole yksilöä ajatellen kovin vahingollista. (Dunn 1983: 68.) Psykiatristen nimikkeiden käytöstä voi kuitenkin olla yksittäisille ihmisille erityisen haitallisia seurauksia, koska nimeämiseen liittyy tässä kontekstissa väistämättömästi stigmatisointia (Riikonen ym. 1994: 348). Joissakin yhteyksissä, joissa ammattilaisten on asemansa ja roolinsa nojalla arvioitava muiden ominaisuuksia ja piirteitä, on myös Dunnin (1983: 68) mukaan olemassa selvä vahingon tapahtumisen mahdollisuus. Tällainen tilanne on silloin, kun toisen osapuolen itsekäsitykseen sisältyy suhteellisesti vähän valtaa ja toisella osapuolella on asiantuntijan status, uskottavuutta ja laillinen asema. Diagnostiseen nimeämiseen liittyy selkeä laillisuuden aspekti, koska se kuuluu lääke- ja luonnontieteelliseen diskurssiin (Dunn 1983: 68; Eskola 1982: 73).

Suomessa psykiatrit toimivat useimmiten kunnallisina virkamichinä, jolloin he voivat Pylkkäsen (1999: 698) mukaan roolissaan kunnallisen hierarkian jäseninä ”helposti joutua ristiriitaan potilaan hoidossa keskeisen kliinisen autonomian vaatimuksen kanssa”. Myös terveydenhuollon säästöt ja potilaiden oikeuksia poissulkeneet priorisointipäätökset ovat Suomessa kohdistuneet 1990-luvulla erityisesti psykiatriaan. Psykykkisesti sairaan autonomia ja kyky kommunikoida ympäristön kanssa saattaa olla vaikeutunut, joten tämän seikan tulisi olla erityinen priorisointiperiaate. (Pylkkänen 1999: 699, 702.) Käytännössä mielenterveyttä tarkastellaan voittopuolisesti häiriöistä ja ongelmista käsin (Lehtonen ym.

1999: 13). Mielenterveyden olemuksen ja tunnusmerkkien hahmottamisen vaikutus tekee psykiatrin ammattin harjoittamisesta usein miltei mahdottomalta tuntuvan tehtävän. Toisaalta mielenterveyden ymmärtäminen on haaste, joka liittyy psykiatrian kiehtovuuteen aivojen, mielen ja sosiaalisen ympäristön keskinäisen vuorovaikutuksen pohjalta (Lehtonen ym. 1999: 15).

Feerin (1987) tapaan myös Dunn (1983: 68) muistuttaa, että käytännössä useimpia psykiatreja ohjaa diagnoosin teossa koulutuksen aikana hankittu teoreettinen lähestymistapa. Psykiatrit ovat myös taipuvaisia luottamaan vahvasti oireita kuvaileviin oppikirjoihin. Näissä kirjoissa ja koulutuksen aikana luokitusmielessä esitetyt kliiniset taudinkuvat yhdenmukaistavat yksilöiden heterogeenistä käyttäytymistä. Näin syntyy tunnistettavia ryhmiä ja niille alalajeja. Tällainen alun alkaen täysin subjektiivinen luokittelu johtaa vakiintuneiden käyttäytymis- tai oiremallien uudelleentunnistamiseen (*reification*). Ajan oloon luokittelu saa aikaan vääränlaista objektiivisuutta, jossa jollekin näkymättömälle ja tuntemattomalle tilalle on annettu konkreettinen olemassaolo. (Dunn 1983: 68.)

Kielen avulla on helppo konstruoida erilaisia ihmiskategorioita, koska kieli mahdollistaa jokapäiväisen kokemuksen korkeatasoisen abstrahoinnin. Toisaalta kielen avulla voidaan ”tuoda takaisin” sen omat symbolit, ottaa ne käyttöön ja esitellä objektiivisesti jokapäiväisen elämän todellisina elementteinä. Tällä tavoin yksilön subjektiivista kokemusta koskeva luokittelu, joka on väistämättä spekulatiivista ja intuitiivista, kiteytyy ja muuttuu objektiivisesti merkitykselliseksi ja oikeutetuksi. Nimike on saanut automaattista voimaa, kun havainnoitsija tai tunnistaja todennäköisesti katsoo nimikkeellä varustetun yksilön omaavan tiettyjä piirteitä, jotka johtuvat pikemmin *sanan* (esim. *skitsofreeni*) esiintuomasta ärsykkeestä kuin itse asian eli nimikkeellä varustetun henkilön olemuksesta. Tällä tasolla on suuri vaara tehdä rajattomasti yhä abstraktimpia päätelmiä ja yleistyksiä. Termi *skitsofreeni(kko)* voi saada muissa aikaaan reaktioita pikemminkin henkilön saaman luokituksen kuin hänen käyttäytymisensä perusteella. Koska nimike on staattinen, se ehkäisee uusien ja innovatiivisten reaktioiden syntymistä. Luokiteltava objekti eli ihminen tulisi pyrkiä ymmärtämään henkilönä, jolla on yksilöllisiä, suoraan kohdattavissa olevia käyttäytymispiirteitä. Jos tunnistaja uskoo, että hänellä on nimittämästään henkilöstä

kattava kuvaus, hän sortuu semanttisen väärinarviointiin, mikä on vahingollista tehokkaalle vuorovaikutukselle ja siihen perustuvalla terapialla. Mikään nimi tai nimike ei voi adekvaatisti kuvata sitä, mitä sen on tarkoitus merkitä, vaan nimitykset ovat väistämättä yksinkertaistavia ja reduktionistisia. (Dunn 1983: 69–70.) Huttunen (henkilökohtainen tiedonanto, 21.2.2003) muistuttaa, että psykiatrissa ei suositeta *skitsofreenikko*-tyyppistä termiä, koska se leimaa ihmisen koko persoonaa.

Lingvistinen koneisto tavallaan vääristää havainnoitsijan käytössä olevia arviointikykyjä, ja kaikki vuorovaikutus ”normaalien” ja lingvistisesti ”devalvoitujen” ihmisten välillä on todennäköisesti voimakkaasti heikentynyt. Henkilö, joka samastaa sanan ja asian – tässä tapauksessa henkilön – ei ehkä sitoudu sellaisiin tilanteisiin, jotka toisivat esiin lisätietoa tai päinvastaista tietoa. Lingvististen vääristymien mallit näyttäisivät olevan vaikutuksiltaan erityisen tuhoisia silloin, kun ne liittyvät harhauttavien nimikkeiden käyttämiseen yksilöstä – varsinkin psyykkisen sairauden yhteydessä. Psyykkisen terveyden (*health*) tai huonon terveyden (*ill health*) määrittäminen on olennaisesti subjektiivista tulkintaa. Tämä olemassaolon alue on kuitenkin psykiatrian ja lääketieteen ammattikunnan dominoimaa, mikä on pahentanut taipumusta luokittelun avulla hankkia viralliseen statukseen perustuvaa objektiivista legitimitettä. Negatiivisen nimittämisen tuhoisa vaikutus voidaan nähdä vielä pysyvämpänä ja syvällisempänä, kun se perustuu näennäisesti empiiriseen tieteelliseen tietoon. Tällainen ”tieto” mystifioi subjektiivista alkuperää olevia psykiatrisia nimikkeitä, joiden kuitenkin usein ajatellaan perustuvan tieteellisen tiedon salattuun ytimeen. Tämä käsitys on suonut psykiatrille miltei maagisia voimia siinä, että hänellä on käytössään valta laatia muita koskevia määritelmiä tieteen objektiivisuuteen verhottuina. (Dunn 1983: 70–72.)

Psyykkisen patologian alalla on Dunnin (1983) mielestä olemassa suuri väärän tiedon ja loukkausten mahdollisuus. Alalla on myös tarve pikaisesti hyödyntää yleisen semantiikan ehdottamia kognitiivisia menetelmiä ekstensionaalisen suuntautumisen ja arvioinnin joustavuuden kehittämiseksi, jotta vältettäisiin halventavien diagnostisten nimikkeiden ajattelematon käyttö (ks. luku 3.3.3). Erilaisten hakemisto- ja päiväystekniikoiden käyttö voi auttaa tiedostamaan, että *skitsofreenikko 302* ei ole *skitsofreenikko 531* ja että yksilön

varustaminen jonain vuonna jollain nimikkeellä ei ehkä päde enää seuraavana vuonna. Olisi myös hyödyllistä hylätä virheellinen käsitys, jonka mukaan *skitsofreenikko* ja *neurootikko* ovat objektiivisesti mitattavia luokituksia. Sen sijaan olisi hyväksyttävä se, että näiden tyypittelyjen käytössä on paljolti kysymys prosessista, joka liittyy tiedostamattomaan projisointiin. Tämä havahduttaisi huomaamaan, että määrittelijän hermosto tai hänen tietyt, omat psykologiset piirteensä saattavat stimuloida arvostelevia lausumia. (Dunn 1983: 71.)

Dunnin (1983) mukaan psykiatristen ja yleensä kaikkien pejoratiivisten nimikkeiden jäykällä ja dogmaattisella käytöllä on vaaransa. Käyttö saattaa olla vahingollista siinä mielessä, että nimikkeen saanut ihminen voi sisäistää nimen siten, että se toimii itseään toteuttavana ennusteena. Muiden yksilöön liittämä identiteetti on väistämättä yksinkertaistava ja kapea-alainen, koska se ei voi koskaan kuvata adekvaatisti ihmisen persoonaa ja olemusta. Nimikkeellä varustettu ihminen ehkä hyväksyy saamansa identiteetin ja muuttaa käytöstään yhteneväksi sanan käytön esiintuoman ennakkokäsityksen kanssa. Jopa lyhytaikainen poikkeaminen yhteisön normeista voi kiteytyä psykiatrisen nimikkeen käytöksi, ja ihmisen tulee tulla lukituksi mielenterveyspotilaan rooliin. Nimeämisen vahingolliset vaikutukset manifestoituvat entisestään, kun nimetty henkilö havaitsee muiden reagoivan juuri saadun nimikkeen mukaisesti. Nimike on saanut valtaa, joka uhkaa henkilön aikaisempaa identiteettiä. Jos nimetyllä tai muilla hänen elämänsä tärkeillä ihmisillä on päättäväisyyttä kieltää nimikkeen pätevyys, nimike todennäköisesti sedimentoituu henkilön käsitykseen itsestään. Näin se anastaa entistä suuremman, käyttäytymistä määräävän roolin, ja kierre jatkuu. (Dunn 1983: 72–73.)

Vaikka diagnoosi saattaa toimia itseään toteuttavana ennusteena, psyykkisten sairauksien diagnostinen nimeäminen on jossain määrin väistämätöntä. *Skitsofreenikko*-, *maanis-depressiivinen*- tai *neurootikko*-nimikkeiden poistaminen psykiatrian diskurssista ei johtaisi vastaavanlaiseen häviämiseen elämään liittyvien ongelmien kohdalla. Toisaalta joitakin nimeämisen vahingollisia sivuvaikutuksia voidaan vähentää ja joissakin tapauksissa ehkä jopa välttää tiedostamisen astetta lisäämällä. Näennäisesti irrationaalinen käytös voi osoittautua täysin mielekkääksi, jos olisi mahdollista oivaltaa ja omaksua se viittechys ja ilmiökenttä, joka käyttäytymisen on aiheuttanut. (Dunn 1983: 73.)

Korzybskin (1948) tutkimus on Dunnin (1983: 73) mielestä antanut uskoa siihen, että on mahdollista saada aikaan tietynlaista strukturaalista yhtäpitävyyttä kognitiivisen ”kartan” ja sellaisten ihmisten todellisuuden välille, joiden kanssa olemme vuorovaikutuksessa (ks. luvut 3.3.3 ja 3.4). Toivonen ym. (1998: 13–14) muistuttavat, että jokaisella ihmisellä on oma todellisuutta kuvaava karttansa eikä kartta eli miellejärjestelmä ole koskaan samanlainen kuin sen kuvaama maasto eli todellisuus. Auktoriteettiasema ja didaktinen rooli eivät helpota suoraa ja avointa kommunikaatiota vaan haittaavat todellista toisen ongelmien ymmärtämistä (Dunn 1983: 73).

Dunn (1983) korostaa vielä, että kääntyminen virallisen psykiatrian puoleen sulkee potilaalta aivan liian usein pois mahdollisuuden ymmärtää omaa itseään. Humanistisen psykologian ja Korzybskin perusfilosofian suunnasta voidaan odottaa vähemmän kauhistuttavaa tulevaisuutta niille, joiden kommunikointivaikeudet tuovat esiin kaikkein kohtuuttomimpia lingvistisiä määrittäyksiä. On väitetty, että psykiatrinen diagnoosi on kuin vankilatuomio, pysyvä leima, joka seuraa ihmistä kaikkialle. Jokaisen ihmisen, olipa hän psykiatri tai potilas, on lopulta myönnettävä, että vaikka sanat voivat loukata meitä ja auttaa meitä, ne eivät ole me. (Dunn 1983: 73.)

Ihminen ei pelkästään kuvaa todellisuutta käyttämiensä sanojen avulla, vaan valitut sanat myös vaikuttavat hänen mieleensä. Pyrkinessään hahmottamaan todellisuuden loputonta monimutkaisuutta kielen käyttäjällä on mahdollisuus sanojen avulla, olemassaoloa karsimalla tiivistää äärettömyys jokapäiväisiin, tuttuihin mittoihin. Lääketieteessä ja psykiatriassa käytetään luokitusjärjestelmiä, joihin tieto ja objektiivisuus yritetään pakata. Normaalista poikkeaviksi katsottavat käyttäytymisen muodot saadaan järjestetyiksi, ja niistä voidaan keskustella. Samalla todellisuuden kompleksisuus ja yksilöiden heterogeenisuus vääristyvät: ihmisten luokittelu tuottaa ihmisten stereotyyppioita. Syntyy toisin sanoen kaavamaisia käsityksiä aidoista, todellisuudessa olemassa olevista ja erillisistä persoonista. Tällaisten stereotyyppioiden nimitykset vaikuttavat käyttäjiensä mieleen ja ajatteluun.

Alun alkaen intuitiivinen ja spekulatiivinen luokittelu voi epäsymmetrisissä, ammatillisissa valta-asetelmissa synnyttää vääränlaista merkityksellisyyttä ja objektiivisen oikeutuksen

tunnetta. Vakiintunut luokittelu ja siihen perustuva nimeäminen johtavat ajattelemaan, että on olemassaolon muotoja, jotka ovat konkreettisia. Suurin osa psykiatrian tarkastelemista tiloista on kuitenkin alkuperältään näkymättömiä ja tuntemattomia. Kun itse tilojen perimmäistä luonnetta ei tunnetta, niitä kuvaavat ja nimeävät sanat saavat ylimääräistä painoarvoa.

Diagnoosinimikkeiden synnyttämät ärsykkeet saattavat olla voimakkaampia kuin itse henkilön todelliset ominaisuudet. Masentunut, uupunut tai hajanaisesti ajatteleva ihminen on jokaiselle tuttu ilmiö, mutta psykiatrisella diagnoosilla varustettuna hänessä tuntuu olevan jotain objektiivisen pysyvää ja konkreettista. Lisäksi *skitsofrenian*, *manian* tai *maanis-depressiivisyyden* kaltaiset vierassanat saattavat herättää ”oikeita”, tieteellisiä assosiaatioita. Skitsofreniapotilaalle ja hänen omaisilleen tarkoitettussa oppaassa (Alanen 1989: 5) kerrotaan, että skitsofrenialla on monen mielestä tarpeettoman pahamaineinen kaiku. *Jakomielitauti* on oppaan mukaan nimityksenä yksipuolinen eikä anna oikeaa kuvaa sairaudesta. Siksi psykiatriassa ei suosita nykyään käännöslainaa *jakomielitauti* vaan vierassanaa *skitsofrenia* (< kr *skhizein* ’jakaa, halkaista’ + kr *phren* ’mieli’).

Mielialahäiriöihin kuuluva *masennus* näyttää olevan omaperäisenä terminä tutumpi ja helpompi hyväksyä ja käyttää, kuten suomalaisessa yhteiskunnassa käynnistynyt keskustelu osoittaa. Masennuksesta ja uupumuksesta monet uskaltavat jo puhua omalla nimellään. Skitsofreniapotilas on vielä julkisuudessa usein nimetön tai hänellä on vain etunimi ja ikä (Pentti 46 v, Sirpa 30 v). Psykiatriset nimitykset ovat termeinä kohdettaan yksinkertaisia, pelkistäviä ja vajaita. Ne voivat toimia itseään toteuttavina ennusteina ja mystifioida ihmistä ja hänen ongelmiaan – erityisesti silloin, kun käytetään vierasperäisiä termejä.

4.4 Tilastollisen käsitteen ja hoidettavan taudin suhde

Käsittelin edellisessä luvussa ammattikielen käyttöön ja leimaamiseen liittyviä seikkoja. Psykiatriassa on ongelmallista se, että alalla tarvittavat nimikkeet, esimerkiksi ihmistä luokitteleva *skitsofreeni*, ovat alkaneet elää omaa elämäänsä, ne ovat saaneet ikään kuin

automaattista voimaa. Jotta asialle voisi tehdä jotain, on ymmärrettävä psykiatrisen diagnoosin historiallista luonnetta ja sen suhdetta hoidettavaan tautiin. Huttusen (1999) mukaan puhutaan yleisesti ”skitsofreenikoista” eikä nähdä oudosti puhuvia tai käyttäytyviä miehiä ja naisia, jotka erilaisista syistä kokevat harhaluuloja tai kuulevat harhaääniä. ’Skitsofrenia’ on muiden psykiatristen diagnoosien tavoin yleiskäsite, jolla ei välttämättä ole kovinkaan paljon tekemistä ihmisen todellisuuden kanssa. Samanlainen maailmoja syleilevä yleiskäsite on ’lintu’; maailmassa on todellisuudessa vain istuvia variksia ja pyrstöään heiluttavia töyhtöhyppiä. Ei ole syytä puhua skitsofreenikosta, vaan ihmisestä, jolla on skitsofrenia, tai ihmisestä, joka kärsii skitsofreniasta. Muuten on vaarana, että ympäristö reagoi voimakkaammin henkilön saamaan luokitukseen kuin hänen käyttäytymiseensä. (Huttunen 1999: 105.)

Räty (1987: 107) viittaa edellä kuvattuun ilmiöön puhuessaan mielisairauteen asennoitumisen yhteydessä toisaalta itseriittoisesta sairauskategoriasta ja toisaalta virheellisten sosiaalisten määrittelyjen kautta syntyvästä suhteellisesta ilmiöstä. Yleisiin kategorioihin on ruvettu uskomaan, ja siitä on seurannut, että käsitteitä on ryhdytty käyttämään väärin. Keskustellessani Matti O. Huttusen kanssa hän totesi, että monet lääkäreistä uskovat skitsofrenia- ja masennustaudin olemassaoloon eli että on olemassa tietty, selvästi määritelty tauti, joka on nimeltään *skitsofrenia* tai *masennus*. On huomattava, että nämä ilmiöt ovat olemassa käyttäytymistapoina. Sopimuksenvaraisina luokkina ilmiöt muuttuvat kuitenkin sopimuksenvaraisista ’linnuista’ tarkoin määriteltyiksi ’variksiksi’, vaikka ne eivät ole luonteeltaan näin selkeitä. Se, että psykiatrisille tiloille annetaan tai yritetään antaa nimi, ei sinänsä ole ongelma. Tilastoinnin ohella nimet ainakin yrittävät palvella näiden tilojen syiden, kulun ja ennusteen sekä hoitojen tehon tutkimusta. (Viitatessani jatkossa käymäämme keskusteluun käytän seuraavaa lähdeviitettä: Huttunen 21.2.2003). Huttunen (1999: 107) on käsitellyt kielen, käsitteen ja todellisuuden keskinäistä suhdetta puhuessa psykiatrisen diagnostiikan kielipelistä.

Romanovin (1998: 3157–3158) mukaan ranskalaisessa psykiatriassa tunnetaan anglo-saksisesta luokituksesta poiketen esimerkiksi sellaisia tautitiloja kuin *bouffée délirante* (suomeksi lähinnä *psykoottinen vaihe*), *les formes masquées* (su *naamioitunut skitsofrenia*)

ja la *psychose hallucinatoire chronique* (su krooninen hallusinatorinen psykoosi), joka käytännössä poikkeaa tyypillisestä skitsofreniasta. Termit eivät kuvaa tilastollista yleiskäsitettä skitsofrenia, vaan noudattaessaan ranskalaista luokitustapaa ne viittaavat pikemminkin sairauden käytännön ilmenemismuotoon, jota Ranskassa pidetään luokituksen lähtökohtana.

Tautiluokitukset perustuvat sopimuksiin, jotka muuttuvat kaiken aikaa niin psykiatriassa kuin lääketieteessä. Skitsofrenian käsite on esimerkiksi USA:ssa ollut laajempi kuin Euroopassa, ja ranskalaisessa psykiatriassa käsite on edelleen laajempi kuin sen ”strasbourgilaisessa koulukunnassa” (Romanov 1998: 3157). Tutkimukseni aineistona olevien tautiluokitusten historiallisen katsauksen yhteydessä kävi ilmi, että eurooppalainen ja amerikkalainen luokitus ovat lähentyneet toisiaan. Amerikkalaisen DSM-III-luokituksen tiukennetuilla skitsofreniakriteereillä on pyritty yhtenäistämään diagnostiikka Atlantin valtameren molemmin puolin; samalla on pyritty reliabiliteetin eli luotettavuuden parantamiseen (Laitinen 1994: 18, 43; Huttunen 21.2.2003).

Hoito yleensä ja crilaisten hoitomuotojen etsiminen ovat kuitenkin käytännön psykiatriassa auttamistyössä se, mihin pyritään. Ongelmana on, että hoito vaatii nimcn. Terapia ja siihen liittyvä vuorovaikutus vaikeutuvat, jos psykiatrisen häiriön tunnistaja uskoo kattavaan, objektiivisesti mitattavaan kuvaukseen ihmisestä ja mahdollisuuden nimetä tällainen kuvaus lyhyesti. Luokituksen olemassaolon sijaan olisi nähtävä olemassa olevana entiteettinä yksilö, jolla on suoraan kohdattavissa olevia käyttäytymispiirteitä.

Psykiatrisessa diagnostiikassa kysymyksessä on kieleen liittyvä ongelma. Tiettyyn tarkoitukseen kehitetty diagnoosi on ymmärretty väärin. Tämän väärinymmärtämisen selventämiseksi on tarkasteltava kahta käsitettä erikseen: ’kielellistä ilmiötä’ ja ’tautia’. Psykiatrian historiallisten vaiheiden myötä on syntynyt seuraavanlainen, kolmivaiheinen tapahtumaketju: tilasto → tauti → hoito. (Huttunen 21.2.2003.) Kuten aikaisemmin kävi ilmi, diagnoosiluokat syntyivät alun alkaen tilastollisista tarpeista 1800-luvulla. Koska kansainväliset yritykset kohentaa diagnoosien luotettavuutta eli reliabiliteettia toistuvasti epäonnistuivat (Kendell 1975: 27–39), kehitettiin Yhdysvalloissa korkeamman reliabiliteetin

omaava diagnostinen ja tilastollinen ohjeisto DSM-III (1979) ja sen seuraaja DSM-IV (1997). DSM-III laadittiin konsensusperiaatteella: pyrittiin mahdollisimman suureen yksimielisyyteen siten, että tutkijoiden ja kliinikkojen teoreettiset käsitykset ja mieltymykset eivät vaikuttaisi luokitukseen (Laitinen 1994: 18). Tilastoinnin ja hoidon tarpeiden välille on kuitenkin kehittynyt jännite, joka on käytännössä osoittautunut hoitopäätösten kannalta problemaattiseksi. Esimerkiksi depressiot ovat osoittautuneet olemukseltaan ja taustaltaan hyvin heterogeenisiksi. Nykyiset tautiluokitukset palvelevat metodisesti paremmin yksinkertaisia lääketutkimuksia, joissa verrataan vaikuttavaa lääkettä ja lumelääkettä saavia potilaita toisiinsa. Koska psykiatria on osa lääketiedettä, on edellisestä ollut seurauksena psykiatrian medikalisoituminen. Tautiluokitukset ovat alkaneet elää lääkäreiden mielissä omaa elämäänsä itsenäisinä ja sielun liikkeistä riippumattomina, biologisina ja spesifeinä tauteina. Näin on ainakin osittain käynyt lääkäreiden ja psykiatrien mielissä, vaikka se ei ole ollut tautiluokitusten kehittäjien tarkoitus. (Huttunen 21.2.2003.)

DSM-III:n yhtenä päämääränä oli laatia luokitus, jonka kieli olisi mahdollisimman ymmärrettävää. Tavoitteena oli objektiivinen määrittäminen siten, että pyrittiin pois asiantuntijavallan käytöstä. Taustalla oleva konsensusperiaate riisui psykiatrien oireyhtymien kuvauksista viittauksen oireyhtymien syihin, jotka ovat valtaosin hämärän peitossa (Laitinen 1994: 18). Laitinen toteaa, että ”jos ’skitsofreniaa koskevassa tieteellisessä keskustelussa on jotakin absoluuttista, niin teoreettisten lähtökohtien runsaslukuisuus ja vaihtelevuus”. Etiologisten oletusten erityisen ankara karsinta on merkinnyt sitä, että oireyhtymien kriteerit on luokituksessa muotoiltu puhtaasti deskriptiivistä esitystapaa noudattaen (Laitinen 1994: 19–20). DSM-III ja -IV syntyivät, jotta diagnoosia ei voisi käyttää vallan välineenä, vaan jokainen voisi itse tarkistaa, täyttääkö hän jonkin yksittäisen diagnoosin ehdot. Nykyisin käytössä olevien luokitusten päämäärä on ollut hyvin perusteltu: on yritetty määritellä hoidon ja hallinnollisten toimenpiteiden kohteena olevat tilat riittävän luotettavasti esimerkiksi sairauslomatoistuksia varten. Ainoa keino luotettavuuden saavuttamiseksi on ollut määritellä kunkin luokan oireet mahdollisimman selkeästi ja yleiskielillä. Jotta tilastoja ja vertailuja voidaan tehdä, asiantuntijoiden on eri maissa voitava tarkoittaa samalla diagnoosinimikkeellä edes suurin piirtein samaa. (Huttunen 21.2.2003.) Objektivistiseksi luokitukseksi DSM-III-tyyppinen luokitus on

Riikosen (1992: 171) mukaan kommunikaatiota helpottava, luettava ja suhteellisen selkeä.

Amerikkalainen DSM-luokitus oli aikaisemmin kansainvälistä ICD-luokitusta eksplisiittisempi ja demokraattisempi, mutta nykyisellään luokitukset ovat lähentyneet toisiaan. Uusin kansainvälinen luokitus eli ICD-10 on syntynyt DSM-III:n pohjalta. Merkillepantavaa on, että psykiatrinen diagnostiikka on luonteeltaan valtaosin verbaalista, vuorovaikutuksen tarkkailun kuvausta. Kysymyksessä on psykiatrin terminologinen ”työkalupakki”. Tällaisena aparaattina, käsitteistönä, se poikkeaa oleellisesti muun lääketieteen työkaluista, esimerkiksi laboratoriokokeista.

Psykiatria eroaa biologiaan pohjautuvasta lääketieteestä siinä, että sen tutkimuksen kohteena on koko ihmillisen käyttäytymisen kenttä (Sapir 1970: 143). Sapir (1970: 144) toteaa lisäksi, että psykiatrian ja muun lääketieteen väliset ongelmat eivät johdu niinkään psykiatriasta itsestään kuin lääketieteen sille antamasta roolista. Erityisesti Yhdysvalloissa virisi 1980-luvulla keskustelu siitä, tarvitaanko psykiatriaa erikoisalana ylipäänsä. Seurauksena oli, että psykiatrit alkoivat korostaa sitä, että he ovat lääkäreitä. Tästä seurasi edelleen, että 1990-luvulla alkoi pyrkimys tieteellistää ja medikalisoida psykiatriaa. Tuloksena tästä kehityksestä on ollut biologian ylikorostaminen. Yhtenä tekijänä voidaan nähdä myös ihmisenä olemiseen liittyvä perusongelma: epävarmuutta on vaikea sietää. Siksi tarvitaan tautiluokkia, joihin tukeutua. Tautiluokitukset ovat puutteellisia, mutta ilman niitä on vaikea elää ja tutkia. Vika ei ole kuitenkaan tautiluokituksissa, vaan siinä tavassa, jolla niiden sopimusvaraiset luokat alkavat elää ihmisten mielissä. (Huttunen 21.2.2003.) Kendellin (1975: 3, 25) mukaan me käytämme erikoiskieltä tuottaaksemme käytännöllisiä mutta merkityksettömiä selityksiä asioille, jotka ovat monitekijäisiä ja epätarkkoja ja joita emme todella ymmärrä.

Mielenterveyteen ja käyttäytymiseen liittyvät ongelmat eivät häviä luopumalla niitä kuvaavista nimikkeistä. Diagnoosinimikkeet kuuluvat psykiatriseen diskurssiin, on vain pyrittävä tiedostamaan tilastointitarpeen synnyttämien nimikkeiden yleisluonne suhteessa hoitoon ja sen vaatimiin kuvaileviin nimityksiin (ks. luku 4.2). Kendell (1975: 8) näkee luokittelun etuna sen, että se mahdollistaa kommunikaation. Suurin osa potilaista ei

kuitenkaan mukaudu oppikirjojen hyvin järjestettyihin, stereotyyppisiin kuvauksiin (Kendell 1975: 3). Lääkäreitä kouluttamalla tulisi Kendellin mukaan (1975: 8) vähentää nimitysten synnyttämiä vääriä oltuksia sairauksien syistä ja luonteesta mieluummin kuin luopua nimikkeistä. Hän muistuttaa vielä, että psykiatrisen potilaan rooliin joutuminen saattaa loukata enemmän kuin diagnoosin saaminen.

Psykiatristen ongelmien ydin on Huttusen (21.2.2003) mukaan ihmisten vuorovaikutukseen liittyvissä ongelmissa ja niiden tutkimisessa. Ihmisellä on häiriö, jos hän ei tule toimeen muiden kanssa, toisin sanoen hänen vuorovaikutuskykynsä on häiriintynyt. Juuri tämä on psykiatriselle ilmiölle ominaista. Nykydiagnostiikassa ei siten ole ensi sijassa kyse psyykestä tai sielusta, vaan käyttäytymisestä. Käyttäytymiseen fokusoivat ammattilaiset eivät ota kantaa psyyken olemassaoloon, toisin kuin monet psykoterapeuttisesti ajattelevat. Psyyken hoito ei ole perusluonteeltaan sama asia kuin käytöksen ongelmien hoitaminen. ICD-10-luokituksessa (1995) pääluokan nimenä onkin Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt. DSM-III ja -IV edustavat käytösdiagnostiikkaa, mikä tarkoittaa: ”minä kärsin” tai ”vuorovaikutukseni kärsii”. Ei ole syytä puhua taudeista tai sieludiagnostiikasta vaan käytösdiagnostiikasta. Käyttäytyminen ja vuorovaikutus liittävät ihmisen osaksi ympäristöään, jolloin keskeiseksi näkökulmaksi ja hahmottamistavaksi nousee kokemuksellisuuteen perustuva, vastavuoroinen ymmärtäminen.

Mielenterveyden häiriöt on tilastollisten ja tutkimuksellisten tarpeiden vuoksi usein pakko määritellä oirekuvina ja yksilön toimintakyvyn häiriöinä (Huttunen 1999: 11). Psykkinen terveys voidaan kuitenkin Huttusen (1999: 11–12) mukaan ymmärtää tilastoista vapaana ideaalina, mielen eheytenä ja sen merkityssuhteina. Tällöin kysymyksessä ei ole staattinen tila vaan päämäärä, jonka ihminen voi saavuttaa elämänsä aikana asteittain ja yleensä vain osittain.

4.5 Termiopillinen ja tieteenteoreettinen tarkastelu

Tarkastelen seuraavaksi tutkimuksen kohteena olevaa käsitettä ’mielenterveyden häiriö’ kahdesta näkökulmasta. Ensimmäinen näkökulma liittyy itse substanssiin, psykiatriaan (a),

ja toinen tutkimusmetodiin, termiopilliseen analyysiin (b). Psykiatria (a) on lääketieteen osa-alueena perinteiden muovaamaa ja sosiaalisesti määriteltyä. Se perustuu ja rajautuu tieteellisiin teorioihin, jotka liittyvät biologiaan, psykologiaan ja sosiologiaan. Näkökulmia psykiatriaan tarjoavat myös hoitotiede ja kulttuurintutkimus. Näiden seikkojen lisäksi olen esittänyt, että psykiatriassa kielellä on suurempi merkitys kuin muissa tieteissä ja että alan keskeinen tutkimuskohde 'mielenterveyden häiriö' on olemukseltaan toisaalta suhteellinen ja muuttuva, toisaalta kaavamainen ja negatiivisen varautunut. Termiopillinen analyysi (b) perustuu luvussa 1.3 esitettyyn tetraedrimalliin (kuvio 1).

Kuten tämän tutkimuksen lähtökohdissa totesin, psykiatrialla, termiopilla ja kielentutkimuksella on paljon yhteistä. Seuraavassa tarkastelun kohteena ovat psykiatrian kieli ammattikielen erikoistapauksena ja psykiatriset diagnoosit, viimeksi mainittuja käsitteiden tarkemmin pääluvussa viisi. Tarkastelun viitekehystenä on ammatillinen ja osittain myös maallikkojen mielenterveyskulttuuri. Kaksi tetraedrimallin (kuvio 1) alemmista kulmista havainnollistaa terminologian teoriassa käsitteiden kielellisiä ilmentymiä: ammattiyhteisössä sovittuja tunnuksia eli termejä ja niiden lisäksi käsitteiden määritelmiä. Kolmas alakulma havainnollistaa tarkoitetta, jotain mikä on käsitteistyksen kohteena ja johon termillä viitataan. Nelitahokkaan neljäs, ylin kulma on varattu käsitteelle, termiopillisen analyysin lähtökohdalle.

Tieteenteoreettisessa tarkastelussa kielen voidaan psykiatriassa ajatella sijoittuvan viestinnän, tutkimuksen ja terapian instrumenttina tieteellisen tutkimuksen ja sen teknisen sovelluksen tasolle (taso 2 taulukossa 2 luvussa 3.2.1). Samalla kun 'kieli' metakäsitteenä kuuluu terminologisessa analyysissä omalle tasolleen (ilmaisun taso), sitä voidaan psykiatrian tapauksessa tarkastella myös käsitetasolle sijoittuvana metakäsitteenä, koska kielenkäyttö on oleellinen osa käsitteen muodostumista. Aloitan seuraavan tarkastelun terminologian traditiosta poiketen ilmaisun tasosta, sen jälkeen siirryn tarkastelemaan käsitetasoa ja edelleen näiden metatasoa, tieteenteorian tasoa.

4.5.1 Ilmaisun taso

Tarkastelen lyhyesti 'mielenterveyden häiriön' nimityksiä oppi- ja ammatteisanoina sekä niihin liittyviä termityyppejä. *Mielisairaus* kuuluu ilmauksena yleiskieleen kuten monet yleisimmät taudinnimet (*vesirokko, syöpä*). Erikoisalan kieleen kuuluvat *mielisairauden* vierasperäinen synonyymi *psychosis* ja sen suomen kieleen mukautettu versio *psykoosi*. (Vrt. Haarala 1989: 265.) Erikoiskielen kuulumisen perusteena pidetään usein sitä, että ilmauksella on tarkka merkitys ja määritelmä. Yksiselitteisyyden ja tarkkuuden vaatimus korostuu erityisesti silloin, kun erikoisalan tekstiin liittyy huomattavia inhimillisiä arvoja. Lääkärinlausunnot tulisi esimerkiksi voida tulkita yhdellä ainoalla ja oikealla tavalla. (Ks. Haarala 1989: 263.) Siksi psykiatristen diagnoosien suomentamiseen on tarvittu lääkärin ja kielenhuoltajien yhteistyötä.

ICD-10-luokitus (1995) jakaantuu kahteen osaan: systemaattiseen ja aakkoselliseen. Jälkimmäisessä osassa *mielisairautta* ei terminä mainita lainkaan (ICD-10 1995: 621). Sen sijaan yhden kerran mainitaan *tarkemmin määrittelemätön mielen sairaus* (F99). Kaikkien muiden diagnoosinimikkeiden kohdalla tähän liittyvät termit ovat seuraavia eri tyyppejä: *mieleltään häiriintynyt* (1 maininta), *mielenterveyden häiriö* (6 mainintaa), *mielenterveys- (ja käytös)häiriö* (6 mainintaa) tai *mielialahäiriö* (24 mainintaa). Eli voisi päätellä, että kysymyksessä ovat yllä mainittua (*tarkemmin määrittelemätöntä*) *mielen sairautta* lukuun ottamatta varsinaista psykoottista sairautta lievemmat häiriöt. – Psykoosi eli mielisairaus määritellään mielenterveyden häiriöksi, johon liittyy todellisuudentajun häiriö (Furman ym. 1987: 47). Mielenterveyden häiriöihin voi liittyä lisääntynyt kuolemanriski tai riski menettää itsemääräämisoikeus. Pelkkä poikkeuksellinen reagointi johonkin yksittäiseen tapahtumaan, esimerkiksi läheisen kuolemaan, ei kuulu mielenterveyden häiriöiden piiriin. Ristiriidat yksilön ja yhteiskunnan välillä tai poikkeava poliittinen, uskonnollinen tai seksuaalinen käyttäytyminen eivät myöskään kuulu näihin häiriöihin. (DSM-III-R 1991: 3.)

Suomen kielen termistä *mielisairaus* on psykiatrian ammattikielessä luovuttu käytännöllisesti katsoen kokonaan. Vuoden 1969 tautiluokituksessa mielisairaus esiintyy mielenterveyden häiriöiden alaryhmänä. Uusimmissa luokituksissa sitä ei tässä muodossa

enää esiinny. Käyttöön on otettu eufemistinen muoto *mielenterveyden häiriö*, joka sisältää vaikeusasteeltaan kaikki erityyppiset psyykkisen sairauden muodot. – Rädyn (1987: 76) mukaan psyykkiset häiriöt voidaan esittää mielenterveydestä mielisairauteen joltavalla ulottuvuudella, jolloin mielisairaudet eroavat mielenterveyden häiriöistä laadullisesti, suhteellisina ja määrällisesti voimistuvina (ks. luku 2.3). Joensuulaiset psykologian opiskelijat liittivät haastateltaessa mielisairauteen sellaisia ominaisuuksia kuin pysyvyys, vakavuus ja palautumattomuus. Tavoitteena haastattelussa oli selvittää mielenhäiriöiden kansanomaista teoriaa. Mielenterveyden häiriön katsottiin kuuluvan selvästi terveyden puolelle: ilmiöitä pidettiin tavallisina, ohimenevinä ja lyhytkestoisina. (Räty 1987: 64, 76.)

Kokonaiskuvan saamiseksi termiä *mielisairaus* olisi mahdollista tarkastella pragmaattisesti kielenkäytön kannalta eri tilanteissa, joita havainnollistin luvussa 1.5.1. Tällöin kysymykseen tulisivat seuraavat ammattilaisten teoreettiset (AM) ja maallikkojen kansanomaiset (MA) viestintämahdollisuudet:

(b)	AM → AM:	erikoisalan sisäinen ammattikieli tieteenalan sisäinen ammattikieli tieteenalojen välinen ammattikieli
	AM → MA:	yleistajuinen ammattikieli
	MA → AM:	yleistajuinen ammattikieli
	MA → MA:	kaunokirjallisuuden kieli.

Viestinnän suunta esitetään tässä yksisuuntaisena, vaikka todellisuudessa sanoman lähettäjä ei käytä kieltä pelkästään viestintävälimeenä, vaan hän tarkkailee samalla vastaanottajan ajatuksia, tahtoa ja tunteita. Merkitys syntyy aina viestin lähettäjän, vastaanottajan ja itse sanoman toinen toisiinsa vaikuttavan prosessin tuloksena.

Viestinnän elementtinä lääketieteellinen diagnoosi on vain osa sairauden tulkintaa (ks. Honko 1994: 23). Vaskilammen (1983: 66) mukaan kansanparantaja esimerkiksi kuuntelee potilaan omakohtaisen ja tunnepitoisen kertomuksen eikä luokittele sairautta lääketieteen neutraalein ja persoonattomin käsittein. Vertailevan kulttuuritutkimuksen avulla on

osoitettu, että vaivoihin liittyvät merkitysverkostot ulottuvat muun muassa ihmissuhteisiin, sosiaalisiin statuksiin ja rooleihin sekä taloudellisiin seikkoihin. Niillä on myös yhteys riippuvuuteen yliluonnollisista olennoista ja voimista. (Honko 1983: 41.) Käsitteen ilmaisun tasoa eli psykiatrisia diagnooseja tarkemmin pääluvussa viisi.

4.5.2 Käsitetaso

Tetraedrimallin (kuvio 1 luvussa 1.3) ylin eli käsitteitä kuvaava kulma muodostaa termiopillisen analyysin lähtökohdan. Kun tarkastelun kohteena on psykiatria, käsitteiden tasolla yhtyvät tutkimus ja psykiatristen potilaiden hoito eli teoria ja käytäntö (ks. kuvio 3 ja taulukko 2 luvussa 3.2.1). Viimeksi mainittua säätelevät Suomessa hoitoa koskevat lait ja asetukset. Psykiatrian käytännöllisestä puolesta mainittakoon tässä yhteydessä olemassa oleva hoitojärjestelmä (esim. mielenterveystoimistot, yliopistolliset psykiatriset klinikat, avohoito) ja erityyppiset hoitomuodot. Tieteenteoreettisessa tarkastelussa käsitetaso edustaa tieteellistä tutkimusta ja sen käytännön teknistä soveltamista; käsitetaso tutkii psykiatrisen todellisuuden tasoa ja on siten viimeksi mainitun metataso (ks. luku 3.2.1).

Psykiatrian käsitetason tarkastelussa on mukana 'kieli' tai oikeastaan 'kielenkäyttö' tutkimuksen ja vuorovaikutuksen sekä hoidon välineenä. Tutkimuskolteiden, psyykkisten häiriöiden luonne, pyritään selvittämään, määrittämään ja nimeämään kielen avulla, ja erilaiset terapiat perustuvat vuorovaikutukseen. Terapiat jaetaan periaatteessa kielellisiin ja ei-kielellisiin sillä perusteella, käytetäänkö niissä hoitomuotona verbaalista vai jotain muuta ilmaisumuotoa, esimerkiksi auditiivista tai visuaalista ilmaisua (musiikki- ja taideterapia). Kieli toimii hoidon apukeinona erilaisissa yksilö- ja ryhmäterapiassa. Hoitomuotojen rajat eivät eri terapiatyyppeiden välillä ole jyrkkiä, vaan yksilöterapeuttisia periaatteita sovelletaan myös muissa hoitomuodoissa kuten perhe-, ryhmä- ja taideterapiassa (Alanen 1994: 40).

Tarkoitteita koskevalla tasolla tarkastellaan todellisuuden aineellisia ja aineettomia ilmiöitä ja kuvataan niiden ominaisuuksia. Käsitetasolla tutkimuskohde on sama, näkökulma vain vaihtuu. Nuopposen (1994: 60) mukaan tarkoitteiden ominaisuuksien selvittäminen ja

näihin ominaisuuksiin perustuvien käsitepiirteiden teoreettinen analysointi eivät sulje toisiaan pois, vaan ne ovat menetelminä toisiaan täydentäviä. Kuten tähän mennessä on käynyt ilmi, mielenterveyden häiriön tarkasteluun liittyy olennaisesti toisistaan poikkeavia, erilaisia näkökulmia sekä historiallisia perinteitä, jotka synnyttävät mielenkiintoisen tilanteen. On olemassa useita erilaisia mielenterveyden häiriön käsitteitä ja näiden muodostamia käsitejärjestelmiä. Merkityksen tutkimisen kannalta voidaan puhua erilaisista semanttisista kentistä.

Voidaan kysyä, millaisena entiteetti-luokkana mielenterveyden häiriö tajutaan, millaisia mielikuvia ja dimensioita eli tosiasioita, arvoja ja asenteita siihen liittyy. Lisäksi on mahdollista hahmottaa mielenterveyden häiriön ominaisuuksia ja käsitepiirteitä. Viitekehyksenä tarkastelussani on mielenterveyskulttuuri: mielenterveyden häiriö suhteessa toisaalta muihin sairauksiin ja toisaalta mielenterveyden menetykseen (vrt. *Duodecim* 1985: 17–). Esittelen myös lyhyesti terveyskäyttäytymisen kokonaisuutta, toisin sanoen erilaisia käsityksiä sairaudesta ja terveydestä, ja samassa yhteydessä analyyttistä jakoa koululääketieteeseen ja kansanlääkintään. Olisi mielenkiintoista hahmottaa mielenterveyden häiriön käsitteen historiallista muuttumista, mutta tällainen tarkastelu jää mahdollisesti myöhemmin tapahtuvaksi. Luvussa 2.1 käsittelin mielenterveyden häiriön ymmärtämistä eri aikoina. Tällöin kävi ilmi, miten häiriöiden syyt ja kytkennät ympäristöön on käsitetty eri aikoina eri tavoin.

Mielenterveyteen ja sen häiriintymiseen liittyvä tutkimus voi olla joko psykiatriaan liittyvää, jolloin kysymykseen tulevat ennen kaikkea biolääketieteellinen, psykologinen ja käyttäytymistieteellinen tutkimus, tai tutkimus voi olla termiopillista. Viimeksi mainittu on tällöin tarkoitteiden laadullisiin ominaisuuksiin perustuvien käsitepiirteiden, käsitteiden ja niiden välisten suhteiden tarkastelua. Termiopilliseen tutkimukseen vaikuttaa erityisesti se, että psykiatrian teoriat historiallisista ja käytännön syistä kilpailevat keskenään ja johtavat siten moniulotteisiin ja usein jopa keskenään ristiriitaisiin tulkintoihin. Edellä mainittujen psykiatrisen ja termiopillisen tutkimuksen lisäksi kysymykseen voivat tulla muutkin, yleensä monitieteiset lähestymistavat, esimerkiksi medikaaliantropologinen tutkimus, jota

Suomessa ei vielä ole, mutta joka Hongon (1994: 39) mukaan voisi täälläkin syntyä. Terveystieteen liittyvää aktiivista tutkimusta Suomessa jo on.

Psykiatriassa on – kuten lääketieteessä perinteisesti – luokiteltu sairauksia erilaisiin kategorioihin. Tautiopillisen luokittelun (la *nosographia*) ongelmia ja mahdollisuuksia sekä historiaa tarkastelin aikaisemmin luvuissa 1.5 ja 4.2.3. Käsitteenä 'mielenterveyden häiriötä' ja sen käsittepiirteitä voidaan tarkastella seuraavasti jaotellen: kysymykseen voivat tulla maallikkojen (MA) subjektiivinen näkökulma tai objektiivisuuden pyrkivä ammatillinen (AM) näkökulma. Painopiste tarkastelussa on erikoisalan ammatillisessa käsitteistössä, sen luonteessa ja suhteessa kieleen. Viimeksi mainittua voidaan tarkastella virallisen koululääketieteen tai epävirallisten kansanlääkinnän ja vaihtoehtolääketieteen (nyk. usein uskomuslääketiede) kannalta. Kun tarkastellaan sairauden havaitsemista, luokittelua, parantamista ja seuranta, on sairaus medikaaliantropologian mukaan kulttuurisesti sidoksissa tiettyyn ammattiparantajien ryhmään (Honko 1994: 21–22). Voidaan erottaa luvun 3.3.5 kuvion 5 mukaisesti toisistaan ammattilaisen hahmottama 'tauti' ja potilaan kokema 'vaiva'. Jälkimmäisessä käsitteessä on mukana elämyksellisyys ja yhteisöllisyys. Honkasalo (1994) lähtee sairauksien ja lääkärin merkityksiä etsiessään potilaan kokemuksellisesta vaivasta tai tuntemuksesta, joka on arkielämän merkitysten lataama. Toisaalta on olemassa lääketieteen näkemä tauti, joka on "läpinäkyvä olio" ja jolla on kausaalinen syy (Honkasalo 1994: 127).

Käsite määritellään mielikuvaksi tarkoitteesta, joten se on konstruktio, ajattelun tuotetta. Ei ole yhdentekevää – ainakaan mielenterveyden häiriöstä kärsivän ihmisen kannalta – minkälaisen konseptin tai järjestelmän "tuotetta" hänelle ajateltu tai hänen itsensä ajattelema ilmiö edustaa. Kokonaisvaltaisen näkemyksen mukaan ihmisellä on välttämättömiä ilmaisutarpeita; hän voi käyttää vaivojaan ympäristön kanssa tapahtuvan vuoropuhelun kielenä (Honko 1994: 35). Psykkiset sairaudet eivät ole ilmiöitä, jotka voi kiistatta objektiivisesti todentaa, vaan ne herättävät mielikuvia niin parannettavissa kuin parantajissa ja niille annetaan erilaisia merkityksiä. Tarkoitteiden antamiin mielikuviin, käsitteisiin, vaikuttavat psykiatriassa sekä tarkastelijan että tarkasteltavan arvomaailma, koulutus, tietämyksen taso ja erilaiset muodit (vrt. Furman ym. 1987: 129–130).

Luonnontieteellisen objektivisuuden ideaalin mukaan oletetaan, että on olemassa maailma, joka on kulttuurin ja kielen ulkopuolella, joka on kielestä riippumaton ja jota tiede pyrkii nimeämään (Honkasalo 1994: 128). Tällaisessa pirstoutuneiden objektien maailmassa kunnioitetaan Honkasalon mukaan autonomiaa ja yksilöllisyyttä, mutta samalla sen ihmiskäsitys kertoo yksinäisyydestä, esineellistymisestä ja vieraantumisesta. On myös käsityksiä, jotka näkevät tieteiliset käsitteet ja teoriat osana todellisuutta, kielen avulla muovautuvina (Honkasalo 1994: 128). Koska viisastenkiveä ei toistaiseksi ole löydetty, on Furmanin ym. (1987: 129–130) mukaan syytä suhtautua kriittisen kunnioittavasti kaikkiin teorioihin ja hoitomalleihin. Ihmiskuvaan ja sairauden käsitteeseen liittyvä holistinen näkemys puuttuu toistaiseksi. Kokonainen kuva viipyy, kuten Honkasalo (1994) toteaa, ja saattaa jäädä unelmaksi, jonka ”tavoittelu kertoo mahdollisesti eniten tavoittelijasta”. Tärkeintä on näkökulmien etsiminen ja vaihtaminen, tarinoiden luominen ja kertominen. Sairaus ja terveys jäsentyvät ja saavat merkityksensä tarinoiden ja sanojen välisistä suhteista ja vuorovaikutuksesta. (Honkasalo 1994: 134.) Keskeistä on monipuolisuus, ennen kaikkea symbolisen todellisuuden parantavien elementtien etsiminen.

Terminologisen analyysin mallin, nelitahokkaan (kuvio I luvussa 1.3) vasemmalle osoitettava kulma kuvaa erityisalan ilmiötä eli tarkoitteita. Tarkoitteiden luonnetta ja ominaisuuksia selventääkseni käytän seuraavassa esimerkkinä skitsofreniaa. Lähteinä ovat Alasen (1994) esittämä yhteenveto skitsofrenian syitä ja luonnetta koskevista lähestymistavoista sekä Furmanin ym. esittämät näkökulmat teoksessa *Psykiatrian perusteet* (1987). Havainnollistan lisäksi tämän luvun lopussa Nina Louhijan suomeksi toimittaman *Perhelääkärin* (Rothenberg 1985) käsityksiä skitsofrenian tunnusomaisista piirteistä. Skitsofrenia on valittu tässä edustamaan mielenterveyden häiriön ongelmallisinta aluetta ikään kuin sen prototyyppisintä muotona.

Alanen (1994: 40) esittää eri mielen sairauteen liittyvien lähestymistapojen keskeiset väittämät ”hieman kärjistetyin iskulausecin”. Psykiatriassa on hahmotettavissa seuraavat viisi näkökulmaa ja luonnehdintaa:

1. Biolääketieteellinen lähestymistapa:
"Sairaus perustuu lautiprosessiin aivoissa".
2. Yksilöpsykologinen lähestymistapa:
"Sairaus perustuu persoonallisuuden kehityksen varhaisentyiseen häiriytymiseen".
3. Vuorovaikutuspsykologinen lähestymistapa:
"Sairaus on syy-yhteydessä lähimmän vuorovaikutusverkoston ihmissuhdeongelmiin".
4. Sosiaalinen ja ekologinen lähestymistapa:
"Sairasta on tuettava yhteisön jäsenenä".
5. Integroiva lähestymistapa:
"Kaikilla esitetyillä lähestymistavoilla on oikeutuksensa. Niiden merkitys ja keskinäinen suhde painottuu eri tapauksissa eri tavoin".

Furman ym. (1987: 11–32) tarkastelevat puolestaan psykiatrisia häiriöitä kuudesta näkökulmasta, jotka ovat 1) biologinen ja 2) intrapsyykkinen näkökulma, 3) oppimisen näkökulma, 4) elämäntapa- ja elämäntapainäkökulma sekä 5) vuorovaikutukseen perustuva ja 6) sosiaalipsykiatrisen näkökulma. Edellisissä näkökulmissa ovat mukana myös muut psykiatriset häiriöt kuin psykoottiset häiriöt, joita skitsofrenia edustaa. Yleistäen voidaan puhua psykiatrian biologisesta ja psykologisesta lähestymistavasta, jälkimmäisen kohdalla erotetaan toisistaan yksilö- ja vuorovaikutuspsykologia. Näiden lisäksi kysymykseen tulevat sosiaalinen, ekologinen ja integroitu lähestymistapa.

Skitsofrenian syihin liittyvät, eri näkökulmia valaisevat lausumat voivat käsittääkseni pääpiirteissään edustaa yleensä mielenterveyden häiriöihin liittyviä seikkoja. Esitän kuitenkin seuraavaksi häiriöiden oireisiin liittyviä piirteitä, jotka koskevat vain skitsofreniaa. Skitsofrenia on Alasen (1994) mukaan mielisairaus, joka alkaa tavallisesti nuoruudessa tai nuorella aikuisiällä joko äkkiä tai vähitellen. Sairauden oireet voivat parantua tai pitkäaikaistua. Tunnusomaista skitsofrenialle on kehityksellinen taantuminen ja persoonallisuuden toimintojen eheän kokonaisuuden osittainen hajautuminen. (Ks. tark. Alanen 1994: 29.)

Skitsofreniapotilaita pidetään usein herkkinä ja hauraina suhteessa toisiin ihmisiin. Älykkyystasoon sairausalttiudella ei ole yhteyttä. Sairastuneilla on taipumus eristäytyä ihmissuhteista ja vetäytyä omaan sisäiseen miellemaailmaansa, jota aistinharhat ja harhahuulot sävyttävät. Todellisuudentaju on häiriintynyt ja elämän ahdistavien puolien

kestäminen voi olla ylivoimaista. Eräiden tutkijoiden mukaan skitsofreniapotilaat pyrkivät mitätöimään ja kieltämään todellisuuden merkitystä. Näin he epätoivoisella ja epärealistisella tavalla yrittävät suojautua kaiken kattavalta ahdistusentunteelta. (Rothenberg 1985: 524; Alanen 1994: 29–32.) Kuten aikaisemmin olen todennut, juuri skitsofrenialle on tyypillistä lisäksi sen kiinteä suhde inhimilliseen kielteen. Salokangas (1994) korostaa, että psykiatrisessa tarkastelussa merkkien ja merkitysten välinen suhde on aina läsnä. Skitsofreniapotilaalla tämä suhde on usein vaikeasti häiriintynyt ja potilaan myötä häiriintynyt suhde voi siirtyä hoitoyhteisöön. Virheellisyyteen puuttuminen ja tilanteen paraneminen on mahdollista esimerkiksi merkkien ja merkitysten suhteita tutkivan semioottisen analyysin avulla. (Salokangas 1994: 17.)

Skitsofrenian tunnusomaisia piirteitä voidaan havainnollistaa seuraavasti neljän ”a”:n avulla, joista ensimmäinen on selkein osoitus sairauden kielellisestä ilmenemismuodosta (ks. Rothenberg 1985: 524; Alanen 1994: 29–32):

1. ajatustoimintoihin liittyvät assosiaatiohäiriöt: erilaiset sana- ja käsitteetytymät sekä käsittämättömät uudismuodosteet
2. ambivalenssi eli vastakkaisia tunteita samaan asiaan kohdistuneina
3. affektihäiriöt eli sairaalloiset tunteenpurkaukset
4. autismi eli itseensä vajonneisuus.

Palaan näihin skitsofrenian oireisiin myöhemmin, kun tarkastelen mielenterveyshäiriön käsitteen ominaisuuksia luvussa 4.6.2. Kun hahmotetaan mielenterveyden häiriön tai mielisairauden käsitteen taustalla olevia tarkoitteita, näkökulmina merkittäviksi osoittautuvat periaatteessa kaikki Dahlbergin (1978a, 1978b) esittämät aristoteelisen olioluokituksen alaluokat (ks. luku 1.3):

- a. oliot (*entities*): periaatteet (*principles*), aineettomat kohteet (*immaterial objects*) ja aineelliset kohteet (*material objects*)
- b. ominaisuudet (*properties*): määrät (*quantities*), laadut (*qualities*) ja suhteet (*relations*)
- c. tapahtumat (*activities*): toiminnot (*operations*), tilat (*states*) ja tapahtumasarjat (*processes*)
- d. ulottuvuudet (*dimensions*): aika (*time*), asema (*position*) ja avaruus (*space*).

Nuopponen (1994: 55–56) selventää filosofisessa, tieteenhistorisessa ja terminologisessa kirjallisuudessa käytettyä saksankielistä termiä (*Bezugs*)*gegenstand* sekä sen suomen- ja ruotsinkielisiä vastineita *referent* ja *tarκοite*. Käsitteenä tarkoite on Nuopponen ja *Terminologian sanaston* (1986: 23–24) mukaan ”*väsende, skeende eller egenskap som betraktas*”. Mainitussa sanastossa esiintyvä suomenkielinen määritelmäluettelo mainitsee vielä erikseen esineet. Esineiden, olioiden (lähinnä periaatteiden), ominaisuuksien ja tapahtumien lisäksi Aristoteleen/Dahlbergin neljäs luokka dimensiot eli ulottuvuudet ovat relevantteja tarkastelukohteita mielenterveyden häiriön käsitteitä ja tarkoitteita hahmotettaessa. Kysymykseen tulevat mainittujen luokkien erilaiset yhdistelmät. (Vrt. Nuopponen 1994: 55–56.)

Puurosen (1995) mukaan ei ole tarkoituksenmukaista yrittää verrata toisiinsa aineettomia ja aineellisia, esimerkiksi dynaamisia ammattikielen käsitteitä, koska ne poikkeavat oleellisesti toisistaan. On parempi tarkastella erilaisia käsitteitä itsenäisinä kokonaisuuksina, joilla on omat erityisominaisuutensa ja joita siksi on mielekästä tutkia eri tavoin. Keskinäisiä vertailuja voidaan silti tehdä. (Puuronen 1995: 22.) Kaikki käsitteet ovat viime kädessä abstrakteja (Pilke: 2000: 103). Mielenterveyden häiriön tyyppinen käsite on ongelmallisuudessaan mielenkiintoinen. Sitä on mielekästä tarkastella monesta eri näkökulmasta erikseen ja näkökulmia yhdistäen. Kysymykseen tulevat seuraavat tarkastelutahot: potilas (asiakas), omainen, laillistettu lääkäri, epävirallinen parantaja, yhteisö, yhteiskunta sekä vallitseva terveydenhuoltojärjestelmä ja -kulttuuri.

Ammatillisesta näkökulmasta nähty abstraktin tarkoitteen käsite ’muodollinen tarkoite’ on kohde, josta voidaan Felberin ym. (1989: 2) mukaan valitun tarkastelutavan mukaisesti muodostaa erilaisia käsitteitä (ks. luku 1.2). Vaikka tarkoite on sama, ei muodollisen tarkoitteen ja käsitteen välttämättä tarvitse aina olla sama (ks. Nuopponen 1994: 56, 143–144). Mielenterveyden häiriötä on abstraktina ja konkreettina kohteena mahdollista tarkastella erilaisista ammatillisista ja teoreettisista näkökulmista, kuten psykiatriassa on perinteisesti tehty. Ammatillisten, opittujen näkökulmien rinnalle on mielekästä ottaa maallikkojen kokemukseen perustuva asiantuntijuus ja siihen pohjautuva käsitteistys.

Kuten olen todennut, mielenterveyden häiriö on nähtävissä biologisena, psyykkisenä, sosiaalisena ja tilanteittaisena kokemuksellisenä epäsuotuisuutena.

Terminologian teoriassa on ollut tapana erottaa toisistaan yksilö- ja yleistarkoitteet, jotka molemmat voivat olla aineellisia tai aineettomia (Haarala 1981: 18–19; Nuopponen 1994: 57). Yleistarkoitteet ovat epämääräisiä, ajasta ja paikasta riippumattomia, kun taas yksilötarkoitteet on nähty määrättyinä, aikaan ja paikkaan sidottuina (Nuopponen 1994: 57). Mielenterveyden häiriön käsitteen piirteenä situationaalisuus näyttäisi viittaavan yksilökäsitteen olemassaoloon. Todellisessa maailmassa esiintyvänä, aikaan ja paikkaan sidoksissa olevana luokkana mielenterveyden häiriöstä ei kuitenkaan ole varmaa tietoa. Pikemminkin ihmisen mieli ja hänen käyttämänsä kieli jäsentävät maailman monimuotoisuutta erilaisiin luokkiin. Tarkoitteiden ominaisuudet, esimerkiksi juuri tilanteittaisuus, on mahdollista käsittepiirteiden avulla kytkeä vastaaviin käsitteisiin ja edelleen nimityksiin (vrt. Nuopponen: 1994: 57).

On myös tapana erottaa toisistaan metakäsitteet 'ilmiö' ja 'referentti' (Nuopponen 1994: 57–58). Kielenulkoinen ilmiö (*ru ting, objekt, föremål, fenomen, entitet, företeelse*) on maailman varustukseen kuuluvana asiana – ainakin periaatteessa – inhimillisestä ajattelusta ja kielestä riippumaton (Nuopponen 1994: 58). Psykiatristen tarkoitteiden kohdalla tällaisina todellisuuden ilmiöinä nähdään aivot, keskushermosto, yksilö, perhe ja yhteisö (ks. taso 1 taulukossa 2 luvussa 3.2.1). Referentti on Nuopponen (1994: 58) mukaan asia, josta käsite on muodostettu ja johon sillä (tietoisesti) viitataan. Psykiatrian referentteinä hahmottuvat näin ollen aineellisina kohteina ihminen kokonaisuudessaan, mutta erityisesti hänen aivonsa ja hermostonsa, sekä aineettomina kohteina yksilölliset kokemukset ja erilaisista näkökulmista tarkasteltavat ihmissuhteet. Psyykkinen häiriö tarkoittaa tautiprosessia aivoissa tai ongelmia persoonallisuuden varhaisessa kehityksessä. Häiriö tarkoittaa myös myöhemmin ilmeneviä, lähiympäristön ongelmiin liittyviä syy-seuraussuhteita. Käytännössä aivoprosessien, persoonallisuushäiriöiden ja ihmissuhdeongelmien merkitykset ja keskinäiset suhteet painottuvat eri tapauksissa eri tavoin ja edellyttävät yhteisön osallisuutta.

Kieltä voidaan tutkia abstraktina systeeminä tai tämän systeemin käytännön konkreettina sovelluksena. Ihmisen fyysinen ja psyykinen kehittyminen sekä ihmisten väliset suhteet ovat alttiita erilaisille häiriöille. Kokemukselliset epäsuotuisuudet ja ihmissuhdeongelmat synnyttävät mielikuvia, joita ajattelun avulla konstruoidaan. Se, millaisia ilmauksia käsitteistä psykiatriassa sovitaan käytettävän, vaatii paneutumista, koska kielelliset tunnukset, termit, sisältävät eri puhujien erilaista, kielenulkoisia ilmiöitä koskevaa tulkintaa. Kuten puheaktiteoria esittää, lauseet ovat tekoja: sanomalla jotain tehdään jotain.

4.5.3 Tieteenteorian taso ja psykiatrian sairausmallit

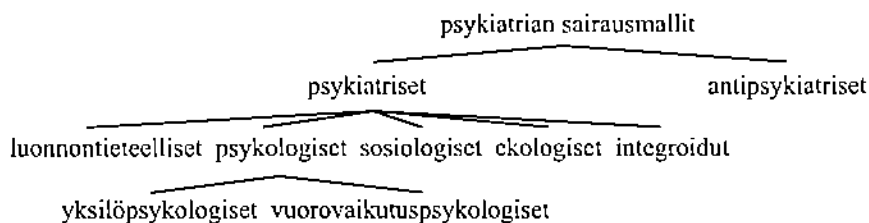
Psykiatriaan liittyviä terminologisen analyysin tasoja, joita ovat kielenulkoisen taso sekä käsitteiden ja ilmaisun taso, voidaan tarkastella tieteenteoreettisesti. Tällöin kysymyksessä on ilmaisun ja käsitetason metatase ja tavallaan ontisen tason metametase (ks. taulukko 1 luvussa 3.2.1). H. Karlsson (1994b: 83) on todennut, että biologian, psykologian ja sosiologian tieteenteoreettisia lähtökohtia on mahdollista tutkia erikseen, mutta näiden osateorioiden risteyskohdassa sijaitseva psykiatriatiede on tieteenteoreettisesti vaikeaa aluetta. Vaikeus näkyy käytännön kliinisessä toiminnassa ja monien erilaisten psykiatristen sairausmallien olemassaolona.

Psykiatrian käytännön toiminta perustuu ainakin osittain tieteellisiin teorioihin eli tieteen keinoin saavutettuun tietoon. Nämä teoriat viittaavat olettamukseen todellisuudesta ja siitä saatavasta tiedosta sekä pohjautuvat käsityksiin ihmisistä ja heidän sairauksistaan. Näitä olettamuksia ja käsityksiä psykiatrian tieteenteoria yrittää selvittää. Se kysyy esimerkiksi, miten biologiset, psykologiset ja vuorovaikutukselliset teoriat suhtautuvat toisiinsa tai minkälaista päättelyn psykiatriatieteessä tulisi olla. Psykiatriassa on suosittu perinteisesti monien muiden tieteiden tapaan reduktiivista lähestymistapaa, eli tietyn teorian palauttamista toiseen, perustavampaan teoriaan (ks. luku 3.2.1.2). Uudemmat tieteelliset mallit pyrkivät ei-reduktiivisiin, emergenssin käsitteeseen perustuviin lähtökohtiin. (H. Karlsson 1994b: 83–84.) Filosofissa emergenssillä ymmärretään uudenlaisen kvaliteetin syntymistä aikaisemmasta (NSS).

Tieteenteoreettinen tarkastelu voidaan ulottaa käsittämään psykiatrian ontologian ja epistemologian lisäksi myös terminologinen tutkimus. Terminologia tieteenalana tutkii erikoiskielten käsitteitä ja termejä eli ainakin käsitteiden osalta tieteenteorian perinteistä tutkimuskohdetta. Tältä osin tieteenteoreettinen ja terminologinen ajattelu tutkimuskohteineen yhdistyvät. Ne sijaitsevat samalla abstraktiotasolla, varsinkin kun otetaan huomioon todellisuuden taso, jonka ilmiöiden laadullisiin ominaisuuksiin perustuvat niin psykiatrian kuin terminologian koko toiminta: teoreettiset mallit ja niiden soveltaminen käytäntöön.

Mielenterveyden häiriöiden tarkoitteiden laadullisten ominaisuuksien – käytännössä syiden ja oireiden – selvittämisen avulla päästään hahmottamaan käsitepiirteitä, joita analysoimalla ja yhdistämällä voidaan muodostaa käsitteitä. Käsitteiden kielellisinä ilmentyminä toimivat erilaiset termityypit ja määritelmät, joiden tilannekohtaista käyttöä voidaan tarkastella. Samalla kielelliset ilmaukset ovat käsitteiden ja tarkoitteiden kanssa yhdessä terminologian ja tieteenteorian tutkimuskohdetta monimuotoisine abstrakteine sairausmalleineen, etenkin kun on puhe psykiatrian kaltaisesta tieteidenvälisestä oppialasta.

Psykiatriassa on samantyyppinen ongelma kuin terminologisessa analyysissä: aina ei ole helppo huomata todellisuuden ilmiöiden ja niistä tehtyjen havaintojen sijaitsevan eri tasolla kuin niistä käytettyjen käsitteiden ja ilmausten (vrt. H. Karlsson 1994a: 22; Nuopponen 1994: 63–65). Selvyyttä psykiatrian tieteenteoreettisiin sitoumuksiin yritetään saada erilaisilla sairausmalleilla, jotka voidaan karkeasti esittää seuraavan puudiagrammin (kuvio 6) avulla (vrt. Alanen, Rökköläinen, Laakso & Rasimus 1982: 33–38; Alanen 1994: 39–42; H. Karlsson 1994a: 22–23):



Kuvio 6. Psykiatrian sairausmallit.

Käytännön työskentely näyttää Räcköläisen (1994: 128) mukaan psykiatriassa toisinaan jopa kaoottiselta, eri koulukuntien taistelukentältä: ”kaikki käy, kunhan se toimii” on periaate, jota sen näiviudesta huolimatta usein tarjotaan ratkaisuksi. Furman ym. (1987: 5) vertaavat psykiatriaa politiikkaan: psykiatria ei ole esimerkiksi silmätautien tapaan yhtenäinen lääketieteen haara, vaan eri koulukunnat poliittisten puolueiden tapaan esittävät toisistaan poikkeavia näkemyksiä siitä, mistä epäkohdat johtuvat ja miten niitä pitäisi pyrkiä korjaamaan.

Antipsykiatrinen lähestymistapa on halunnut kieltää kokonaan psykiatristen häiriöiden sairausluonteen. Mielenterveyden häiriöistä esimerkiksi skitsofrenia on Alasen (1994) mukaan tulkittu yritykseksi säilyttää yksilöllisyys, silloin kun ihminen ei ole halunnut sopeutua ympäristön elämänmuotoon, jonka hän on kokenut ahdistavana ja yksilöllisyyttä tuhoavana. Lähestymistavan ansioksi on kuitenkin katsottava, että se onnistui 1960-luvulla vähentämään psykiatrian työkentän laitoskeskeisyydessä piilevää väkivaltaa ja ihmisoikeusloukkauksia. Alanen siteeraa opettajaansa Theodore Lidziä, joka on sanonut, että jollei skitsofreniaa olisi, joku sen pian keksisi. Yksilön sulkeutuminen ympäristöltä omaan mielikuvamaailmaan ei kuitenkaan perustu vapaaehtoiseen valintaan, vaan sisäiseen pakkoon. Alanen pitää leimautumista psykiatriassa sekundaarina ilmiönä. Se johtuu ensisijaisesti sairaan rooliin joutumisesta, mutta vaikuttaa kuitenkin haitallisesti ennusteeseen ja sosiaaliseen selviytymiseen. (Alanen 1994: 42; ks. myös Juul Jensen 1985: 127, 270–.)

Luvussa 3.2.1. käsittelemme kielen ja todellisuuden kehämäistä suhdetta. Riikosen ym. (1994: 348) mukaan sekä ”leimaajien” että kohteen itsensä on vaikea välttää erilaisia stigmoja. Jos henkilö saa toistuvasti negatiivista palautetta, hän ainakin jossain määrin hyväksyy itseensä kohdistuvan kielteisen leiman. Voidaan kuvitella esimerkiksi, että hänen psyykkistä tilaansa arvioidaan ammatillisesti. Hänelle määritellään psykiatrinen häiriö tai sairaus, joka ilmaistaan diagnoosinimikkeen avulla, kuten tapana on. Tällainen ammattikielen termi ja kulttuuriin integroitumisen myötä omaksuttu leimaava ja myyttinen suhtautuminen mielenhäiriöön ja sen pelottavaksi koettuun voimaan yhdessä saavat henkilön reagoimaan psyykkisesti. Reaktio voi olla kielteisellä tavalla niin voimakas, että sillä on vaikutuksia aineellisiin, fyysisiin toimintoihin, mikä taas edelleen vaikuttaa henkilön ajatteluun ja

tunne-elämään sekä mahdollisesti kielenkäyttöön. Kehämäisyys syvenee, ja leimat tuntuvat oikeutetuilta, kun ympäristö antaa palautetta negatiivisista käyttäytymispiirteistä. On ymmärrettävää, että vuorovaikutus eri osapuolten välillä tällöin monimutkaistuu ja vaikeutuu. Tapahtumakulkua voi pitää leimautumiseen ja sitä kautta maallikon käsitteellistämiseen vaikuttavana sairausmallina. Jos vallitseva kulttuuri olisi painottanut myönteisiä piirteitä korostavaa luokitusta tai ajattelutapaa, olisivat positiiviset piirteet korostuneet. Tämä olisi mahdollisesti oikeuttanut toisenlaisen luokituksen tai ajattelutavan. – Honkasalo (1994: 134) viittaa Platonin teoksiin, joissa traakialainen lääketiede kykeni parantamaan kauniilla sanoilla, toisin kuin kreikkalainen parannustaito, joka oli kadottanut sanat ymmärtäessään osan ja kokonaisuuden suhteen väärin. Honko (1994: 31) viittaa näkemykseen, jonka mukaan ihmisen symbolitoiminnat heijastuvat orgaanisiin prosesseihin jopa solutasolle asti.

Edellä esitetty käsitteellistämisen malli voimistuu, jos tarkasteltavat tilanteet nähdään erillisinä kohteina irrallaan tarkastelijan käsityksistä ja tulkinnoista. Voimistuminen koskee sekä kielteisiä että myönteisiä piirteitä korostavia luokituksia. Objektivististen sairauskäsitysten mukaan taudit ovat vaarallisia olioita tai haitallisia suhteita (ks. tark. luku 3.4), tai niitä voidaan ihannoida: ”hulluus on luovuuden edellytys”. Räcköläisen (1994: 131) mukaan ihmisen elämä todentuu ja voi tulla ymmärretyksi vain siitä eri tilanteissa tehtyjen havaintojen kautta. Tällöin keskeistä on havainnoitsijan omaan kokemukseen perustuva ymmärtäminen; tällainen ymmärtäminen voi rakentua ja välittyä vain kieleen pohjautuvan vuorovaikutuksen avulla. Ammattikieltä käyttävän rooli korostuu näkökulman valinnassa. Näkökulman valintaan puolestaan vaikuttavat olemassa olevat kielelliset ilmaisut. Kehittynein mahdollinen sairausmalli ottaa huomioon ammattilaisen ja maallikon näkökulmat ja asiantuntijuuden – myös kielen tasolla. Kummatkin käsitteistävät todellisuutta omilla ehdoillaan. Mitään varmaa tietoa todellisuudesta ja sen rakenteesta kummallakaan tuskin on, joten joudutaan tyytymään suhteellisiin ja neuvoteltaviin totuuksiin (vrt. Michelsen 2000: 53–59).

4.6 Psykiatrian tutkimuskohteet ja niiden ymmärtäminen

Termiopillisen ja tieteentoreettisen tarkastelun yhteydessä kävi edellä ilmi, että psykiatria on luonteeltaan verbaalista ja sen termiopillisissa tulkinnoissa on syytä pitää mielessä taustalla olevien teorioiden monimuotoisuus, suhteellisuus ja ristiriitaisuus. Jotta psykiatrian tutkimuskohteita voisi ymmärtää, niitä on tarkasteltava käsitteinä ja käsitteiden ”takana” olevina tarkoituksina. Inhimilliset kokemukset ja tapahtumat voidaan Riikosen ym. (1994: 356) mukaan nähdä muuttumattomina tosiasioina, jolloin on tapana puhua objektivistisesta mallista. Kokemusten ja tapahtumien merkitykset voivat riippua myös erilaisista tulkinnallisista kehyksistä; tällöin malli on ei-objektivistinen. Kirjoittajat pitävät tulkinnallista osuutta merkittävänä, mutta sen suuruus on vaikeasti määriteltävissä ja erotettavissa ongelman objektiivisesta osasta. (Riikonen ym. 1994: 356.)

Esimerkiksi perhe- ja lyhytterapioissa on mahdollista hyödyntää kielellisten merkitysten moninaisuutta ongelmia kuvaamalla. Sanat ja tarinat synnyttävät jatkuvasti uusia merkityksiä; erilaisten ilmausten moniselitteisyyttä pystytään käyttämään hyväksi. Ihmisten erilaisilla käsityksillä asioista on vaikutusta. Toiset näkökulmat ja tulkinnat ylläpitävät tai tuottavat ongelmia, toiset poistavat tai vähentävät niitä. (Ks. Riikonen ym. 1994: 356.) Kielenkäyttö vaikuttaa ongelmien käsitteistykseen siltä osin, kuin kysymyksessä on ongelmatilanteen ymmärtäminen erilaisista tulkinnallisista lähtökohdista. Kielellinen moniselitteisyys ja -tulkintaisuus on käytännön psykiatrisessa toiminnassa hyödyllinen lähtökohta. Riikonen ym. (1994: 356) toteavat kuitenkin, että on vaikea perustella näkemystä, jonka mukaan suurin osa psykiatrisista häiriöistä olisi pelkästään keskustelullisia tai sosiaalisia. Ongelmia on tarkasteltava biopsykososiaalisesta ja kielellisestä monitasoisuudesta käsin. Esitellessäni luvussa 3.3.2 lääkärin ja potilaan välisiä vuoropuheluja kävi ilmi, että moraaliset käsitykset ja tunteet vaikuttavat opittujen konventioiden ohella siihen, mitä pidetään psykiatrisena ongelmana.

Vain muutama tutkimassani aineistossa esiintyvistä käsitteistä viittaa konkreettisiin tarkoitteisiin, esimerkiksi aivoihin: ’aivoruhjeen jälkeinen aivosairaus’, ’elimellinen aivo-oireyhtymä’. Psykiatrian keskeiset käsitteet ovat häilyviä, suhteellisia ja kuvaannollisia.

Viime kädessä mitään muuta ehdottoman varmaa niistä ei voida tietää, kuin että niitä käytetään ja niiden edustamista tarkoitteista on havaintoja: eri aikoina eri tavoin miellettyä, normaalista poikkeavaa käyttäytymistä.

Mielenterveyden häiriö on käsitteenä paitsi hajanainen, usein myös negatiivisesti varautunut ja leimaava. Se on usein stereotyyppinen ja asiantuntijan kompetenssia tukeva, mutta asiakkaan toimintaa ja aktiivisuutta lamaava. Luonnontieteellisenä, kartoittamiseen ja nimeämiseen keskittyvänä se yksilöllistää ja esineellistää ongelmatilanteessa olevaa ihmistä. (Ks. Riikonen ym. 1994.) Psykiatristen häiriöiden luokittelussa on kiinnitetty huomiota kolmeen seikkaan: luokittelussa 1) ongelmat eli tarkastelun kohde ja ongelmia koskevat käsitykset eli tarkastelijan tulkinnat erotetaan toisistaan, 2) kielen todellisuutta muodostava merkitys ohitetaan ja 3) psykiatristen häiriöiden semanttisuus jää tiedostamatta. Tällöin asiantuntijoiden tavoitteiden merkitys korostuu asiakkaiden tavoitteiden ja toiveiden kustannuksella sekä arvojen ja ongelmien väliset yhteydet sivuutetaan. (Riikonen ym. 1994: 347, 351.)

Koska psykiatrian diagnoosinimikkeiden käyttöön liittyy yksittäisen ihmisen kannalta ongelmia, esimerkiksi leimaamista, on mielekäästä pohtia mahdollista vastakäsitettä. Tällöin ongelmatilanne nähdään käsitteenä, joka on myönteinen ja toiveikkuutta herättävä. Se ottaa huomioon asiakkaan vahvuuksia ja tukee hänen kompetenssiaan, esimerkiksi uusiutumiskykyä, ja luo voimavaroja sekä asiakkaalle ja hänen lähipiirilleen että yhteiskunnalle (Riikonen 1992; Riikonen ym. 1994: 358). Mahdollinen myönteinen käsite on luonteeltaan keskustelullinen, diskursiivinen ja viittaa Rauhalan (1981: 42; 1997) käsittein 'kokemuksen epäsuotuisuuteen' tai 'subjektiivisen maailmankuvan epäsuotuisaan kehitysvaiheeseen'.

Käsittelen seuraavaksi tarkemmin mielenterveyden häiriöiden ominaisuuksia, jotka perustuvat psykiatrian teoreettisiin lähtökohtiin sekä terminologisiin ja tieteenteoreettisiin näkemyksiin eri tasoista (ks. luvut 2.2 ja 3.2.1). Se, miltä kannalta ilmiötä tarkastellaan eli millainen tarkoitejoukko valitaan tarkastelun kohteeksi, vaikuttaa siihen, millaisin jakoperustein käsitteet jaetaan alakäsitteisiin (Nuopponen 1994: 143–144). Onttisella tasolla sijaitsevat tarkoitteiden ominaisuudet eivät ole sama asia kuin käsittepiirteet, jotka

ovat ajattelun tuotetta ja sijaitsevat käsitetasolla (ks. taulukko 4). Kielellisellä tasolla puolestaan sijaitsevat termit, määritelmät ja käsitepiirteiden kielelliset ilmaukset eli se, mitä tarkoitteiden ominaisuuksista sanotaan (Nuopponen 1994: 60–61; ks. luku 3.2.2).

Taulukko 4. Terminologisen ja tietenteoreettisen analyysin tasot psykiatriassa.

1.	Terminologisen analyysin tasot, kun tarkastelun kohteena on mielenterveyden häiriö	
1.1.	Onttinen taso mielenterveyden häiriö (tarkoite)	OMINAISUUDET – syyt ja oireet
1.2.	Käsitetaso ' mielenterveyden häiriö ' (käsite)	KÄSITEPIIRTEET – syyt ja oireet
1.3.	Ilmaisun taso	
1.3.1.	Termitaso mielenterveyden häiriö 1 (termi)	TERMITYYPIT
1.3.2.	Pragmatiikan taso mielenterveyden häiriö 2 (termi kielenkäytön kannalta)	TERMIT ERI TILANTEISSA
1.3.3.	Määritelmätaso mielenterveyden häiriö (määritelmä)	MÄÄRITELMÄT
2.	Terminologian ja tietenteorian tasot	
2.1.	Tietenteorian taso (= terminologian tutkimuskohde) mielenterveyden häiriö (tarkoite) ' mielenterveyden häiriö ' (käsite) mielenterveyden häiriö 1, mielenterveyden häiriö 2 (termi) mielenterveyden häiriö (määritelmä)	KÄSITEJÄRJESTELMÄT TERMISTÖT
2.2.	Tietenteorioiden taso mielenterveyden häiriö (malli)	SAIRAUSMALLIT

Terminologian teoriassa käsitepiirteet määritellään sellaisiksi tarkoitteeseen liittyviksi ominaisuuksiksi, jotka voidaan havaita tai mitata, tai jotka yleisesti hyväksytään tarkoitteeseen kuuluviksi, eli niistä voidaan yleisesti väittää jotain tai ne on standardoitu (SFS 50-1989: 26; Nuopponen 1994: 61). Kansainvälisesti tarkastellen lait eivät sisällä

määritelmää mielisairauden käsitteestä eikä tautiluokitus anna siitä tarkkaa kuvausta. Määrittäjinä toimivat alan ammattilaiset, joille yhteiskunta on antanut oikeuden arvioida, kuka on mielisairas. (Furman ym. 1985: 1647; ks. luku 2.3.) Mielenterveyden häiriöiden ymmärtämistä helpottaa se, että tiedostaa niiden sijoittuvan tutkimuksellisesti eri tasoille, mitä taulukon 4 on tarkoitus havainnollistaa. Käsitteiden seuraavaksi mielenterveyden häiriö-käsitteen erilaisia ominaisuuksia.

4.6.1 Käsitteiden biologiset ja psykologiset ominaisuudet

Psykiatrisen häiriön käsitteen ominaisuutena on, että häiriölle pyritään kuten sairauksille yleensä löytämään syy. Psykiatrian tapauksessa on periaatteessa löydettävissä useita eri tutkimuksellisilla tasoilla ilmeneviä syitä. Toisena käsitteen ominaisuutena on, että psykiatrisilla häiriöillä on erilaisia ilmenemismuotoja eli oireita, jotka eivät esimerkiksi skitsofrenian kuvauksissa poikkea toisistaan kovinkaan paljon, vaikka tulkinnat sairauden syistä vaihtelevat (Rothenberg 1985: 524–525). Käsitteen kohdalla voidaan siten puhua sekä syy-ominaisuuksista että oire-ominaisuuksista. Esittelin lyhyesti luvussa 4.5.2 skitsofrenian tyypillisiä oireita, joista osa ilmenee kielen avulla. Seuraavassa tarkastelussa en kuitenkaan puutu häiriöiden oireisiin, vaan keskityn erilaisista näkökulmista hahmotuviin syihin. Sairauksien syiden löytämistä pidetään lääketieteessä yleensä keskeisen tärkeänä.

Mielenterveyden häiriön muodollisen tarkoitteen syihin viittaava käsitteen ominaisuus on biologisesta näkökulmasta se, että ihmisellä on aivojen toiminnan häiriö, jonka taustalla saattaa olla perinnöllistä alttiutta ja rakenteellista poikkeavuutta. Vuorovaikutuspsykologisesta näkökulmasta tarkoitteen ominaisuudet liittyvät erilaisten ympäristötekijöiden vaikutuksiin. Yksilö- ja vuorovaikutuspsykologiset näkökulmat yhdistäen voidaan sanoa, että mielenterveyden häiriön muodollisen tarkoitteen syihin viittaava käsitteen ominaisuus on se, että ihmisellä on minän toiminnan häiriö. (Vrt. Alanen 1994: 40, 174, 201.) Tarkoitteen ominaisuus liittyy tällöin virheellisen yksilönkehityksen kannalta persoonallisuuden kehityksen varhaisentyiseen itseobjektisuhteiden häiriintymiseen. Vanhempien

persoonallisuudella on tärkeä merkitys lapsen kehitykseen, mutta myös lapsella on synnynnäisiä ominaisuuksia, joilla on oma osuutensa perheensisäisen psykodynamiikan muodostumisessa. (Vrt. Alanen 1994: 174, 181.)

Mielenterveyden häiriön syy nähtynä aivojen toiminnan häiriönä on yksi jäsentelymalli, samaan tapaan, kuin jos syynä pidetään minän toiminnan häiriötä. Kummankin merkitykseen liittyy eriasteinen tulkinnallinen osuus; kokemus ei ole objektivistisen mallin mukaisesti puhtaasti muuttumaton tosiasia, vaikka se selitetään orgaanisen elimen eli aivojen toiminnan ja rakenteen avulla. Riikonen ym. (1994: 357) korostavat, että ongelmien objektivistinen jäsenysmalli ei yksin riitä käytännön hoitotyössä. Ensisijaisena ja tärkeänä sitä on heidän mukaansa syytä kuitenkin pitää joissain tilanteissa. Esimerkkeinä he mainitsevat syvät masennustilat, maaniset tilat ja akuutit skitsofrenian tyyppiset tilat sekä erilaiset orgaaniset psykoosit.

Tarkennan ja perustelen seuraavassa sitä, mitä edellä sanoin psykiatrisen käsitteen syihin liittyvistä ominaisuuksista. Tarkoitteiden ominaisuuksiin viittaavat syytekijät ymmärretään psykiatriassa teoreettisesti toisistaan poikkeavin tavoin. Häiriöiden syyt voidaan hahmottaa aivoihin ja psyykeen liittyvinä tai myös systemiteoreettisesti (ks. luku 3.2.1.2). Puhtaasti biologisesta näkökulmasta mielenterveyden häiriön tarkoitetta tarkastellaan aivojen ja keskushermoston toiminnan kannalta. Toimintaongelmia pyritään ja niitä pystytäänkin aikaisempaa paremmin ja yksityiskohtaisemmin kuvantamaan erilaisin menetelmin. Perinnöllistä alttiutta ja aivojen rakennetta tutkitaan, ja neuro- ja psykofysiologisia ilmiöitä mitataan. (Ks. tark. Alanen 1994: 66–69.) Esimerkiksi välittäjäaineita voi olla aivoissa liikaa, liian vähän tai niiden keskinäinen suhde voi olla epäedullinen (Furman ym. 1987: 13). Erilaiset kuvantamismenetelmät ja geenitutkimus sekä ravintoon liittyvät seikat avaavat varmasti aivojen toiminnan tutkimiseen ja ymmärtämiseen uusia näköaloja.

Psykiatrisen tarkoitteen ominaisuudet voidaan hahmottaa biolääketieteen ja sen empiiristen ja tilastollisten menetelmien kannalta. Vastaavanlaisia menetelmiä käytetään myös psykologisesti ja sosiologisesti suuntautuneessa psykiatrisessa tutkimuksessa. Pääpaino on tällöin tapauskohtaiseen ymmärtämiseen pyrkivässä suhtautumistavassa. Tapauskohtaiseen

syventymiseen pohjautuvat havainnot voidaan, kun ne toistuvat samansuuntaisina, yleistää yhteiseksi tiedoksi. Lähestymistapa on yksilöpsykologinen, jolloin tarkastellaan persoonallisuuden kehittymistä, tai vuorovaikutuspsykologinen, jolloin tarkastelun kohteena ovat ihmissuhdeongelmat. (Furman ym. 1987: 26–28; Alanen 1994: 40–41; ks. luvussa 4.5.3 kuvio 6.) Eri tieteenalojen rajalla toimii esimerkiksi psykoanalyysi, josta on sanottu, että sen käsite 'vietti' ankkuroituu sekä biologiaan että psykologiaan. Käsite 'objektisuhde' pohjautuu puolestaan toisaalta psykologiaan ja toisaalta vuorovaikutukseen ja sosiaaliseen todellisuuteen. (H. Karlsson 1994b: 91–92.) On myös todettu, että psykodynaaminen psykiatria on aivotonta ja biologinen psykiatria mieletöntä (ks. luku 2.2). Viimeaikaiset tutkimustulokset ovat kuitenkin kuroneet tätä eroa umpeen. Psykiatria ei voi H. Karlssonin (1994b: 102) mukaan olla suhteetonta, vaan ”myös vuorovaikutus, suhteessa oleminen, ja sen merkitys on otettava huomioon.”

4.6.2 Käsitteiden integroivat ja symboliset ominaisuudet

Furman ym. (1987: 14) muistuttavat, että ihminen on vuorovaikutussuhteessa elinympäristönsä kanssa. Hän elää biologisessa maailmassa, johon kuuluvat esimerkiksi taudinaiheuttajista virukset, bakteerit ja sienet. Toisaalta hän elää sosiaalisessa maailmassa, joka muodostuu muun muassa vuorovaikutussuhteista, stressitekijöistä ja kulttuurista. Ympäristövaikutukset aiheuttavat muutoksia myös ihmisen biologisissa toiminnoissa: stressi esimerkiksi voi aiheuttaa verenpaineen kohoamista tai hormonitoiminnan muutoksia. (Furman ym. 1987: 14.) Alanen (1994: 40–41) pitää sosiaalista ja ekologista lähestymistapaa psykiatriassa teoreettisesti biologista ja psykologista lähestymistapaa pragmaattisempänä: painopiste ei ole sairauden etiologiassa eli sen syissä, vaan lähdetään siitä, että sairasta on tuettava ja hoidettava mielenterveystyön keinoin yhteisön jäsenenä.

Syytekijät ovat psykiatriassa monitasoisia: ne muodostavat ajallisen jatkumon, missä varhaisilla psykodynaamisilla vuorovaikutustekijöillä on yhtä lailla merkitystä kuin perhedynaamisten tekijöiden jatkuvuudella erityisesti murros- ja nuoruusiässä (Alanen 1994: 170, 200–201). Perinteisessä psykiatrisessa ajattelussa yksilö nähdään kokonai-

suutena, kun taas systeemiteorian mukaisessa perheterapiassa yksilö on osa kokonaisuutta eli perhesysteemiä, jolla puolestaan on yhteyksiä ympäristöön. Tällöin voidaan puhua ekologisesta näkökulmasta. (H. Karlsson 1994b: 97; 1996: 67–68.)

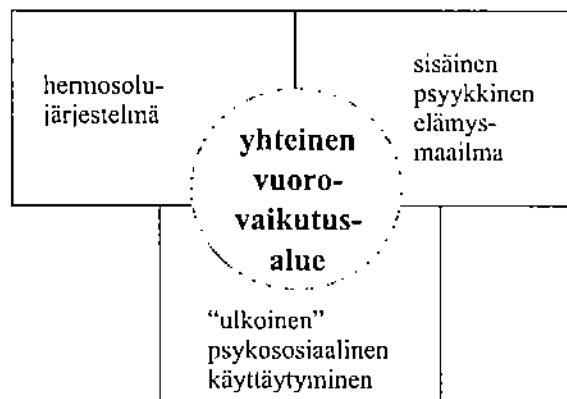
1990-luvulla nousi selvästi esiin tarve integroivaan, kokonaisvaltaiseen näkemykseen. Pyrittiin ottamaan huomioon kaikki psykiatriassa relevantit tasot, vaikka niissä on sekavuuden vaara ja eräiden tieteenteoreetikkojen aiheellisten varoitusten mukaan myös vaara joutua valetieteellisiin harhapäätelmiin ja spekulointeihin (ks. Alanen 1994: 16, 170; H. Karlsson 1994b: 105–107). Apuna integroinnissa ovat aikaisemmin mainittu, biologiasta lähtöisin oleva systeemiteoria sekä siihen pohjautuvat affektilogiikka ja Engelin (1977: 132–133) biopsykososiaalinen malli (ks. myös H. Karlsson 1996: 67–68). Esittelen seuraavassa Alasen integraatiomallia ja affektilogiikkaa sekä Engelin malliin liittyviä Hongon, Engesin ja Kleinmanin näkemyksiä.

Alasen (1994: 167) pyrkimystä psykiatrian kokonaisvaltaiseen, biopsykologiseen ymmärtämiseen kuvaa näkemys, jonka hän esittää seuraavasti:

”Myös vuorovaikutussuhteet toisten ihmisten kanssa kuuluvat ihmisen biologiaan. Ne omaavat keskeisen sijan hänen psykologisessa kehityksessään – ja myös tälle perustan muodostuvassa aivotointojen kehityksessä.”

Vuorovaikutussuhteet ovat ihmisen persoonallisuuden kehityksen välttämätön edellytys, minkä niin sanottuja susilapsia koskevat havainnot ovat todistanneet. Systeemisiä lainalaisuuksia ja homeostaattisia, tasapainon säilyttämiseen pyrkiviä voimia voidaan nähdä niin fysiologisella kuin yksilön ja perheen tasolla. (Alanen 1994: 167–169.) Toinen biologiaan ja psykososiaalisiin lähtökohtiin perustuva teoria on affektilogiikka, joka on sveitsiläisen psykiatrin Luc Ciompin (1988) kehittämä. Hänen ajatuksensa on, että affektiiviset eli voimakkaisiin tunnetiloihin liittyvät ja kognitiiviset toiminnat muodostavat aina erottamattoman kokonaisuuden eli ne vaikuttavat kaikissa ilmiöissä yhdessä. Affektit eräänlaisina osoittimina vaikuttavat syntyviin ratkaisuihin ja myös korkeammalla tasolla tapahtuvien abstraktien käsitejärjestelmien muotoutumiseen. (Ks. Alanen 1994: 169–170.)

Hermosolujärjestelmä ja ”ulkoinen” psykososiaalinen käyttäytyminen sekä sisäinen psyykinen elämysmaailma muodostavat Alasen (1994: 170) mukaan kolme erillistä fenomenologista aluetta. Näillä alueilla on oma rakenteensa ja organisaationsa, ja ne säätelevät itse itseään. Alueita myös tutkitaan, kuten edellisessä luvussa olen esitellyt, toisistaan poikkeavin metodein. Niiden välillä on kuitenkin olemassa seuraavanlainen, kuviossa 7 hahmotettava vuorovaikutusalue, ”missä (ja ainoastaan siinä) ne vaikuttavat toisiinsa ja siten mahdollistavat vastavuoroisen muuntumisen” (Alanen 1994: 170):



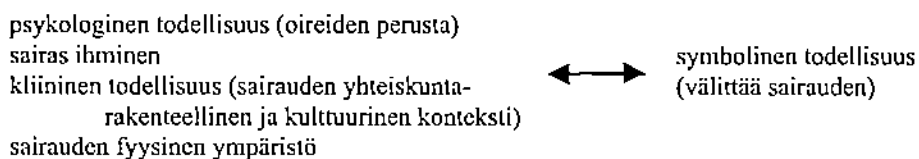
Kuvio 7. Biopsykososiaalisen ajattelun mukainen yhteinen vuorovaikutusalue.

Yksinkertaistaen voidaan todeta, että neurofysiologisten, psykologisten ja sosiaalisten ja alueiden välillä vallitsee läheinen yhteys, kun puhutaan ihmisen käyttäytymisen kokonaisuudesta. Kun käyttäytymisen katsotaan muuttuvan patologiseksi, on mielestäni mahdollista sanoa integroidusta näkökulmasta, että mielenterveyden häiriön muodolliseen tarkoitteeseen viittaava käsitteen keskeinen ominaisuus on biopsykososiaalisen vuorovaikutusalueen toiminnan häiriö. Esittelin aikaisemmin, edellisessä luvussa 4.6.1, kaksi muulla tavoin hahmotettavaa käsitteen syyhyn viittaavaa ominaisuutta, jotka olivat toisaalta aivojen ja toisaalta minän toiminnan häiriö.

Näkökulmaa on mahdollista laajentaa edellä esittämästäni integroidusta tarkastelutavasta edelleen. Lääketieteellisen koulutuksen saanut antropologi Arthur Kleinman (1980, 1988) on pohtinut yhteyttä fyysisen ympäristön ja ihmisen psykobiologisten prosessien välillä. Hän valitsee peruskäsitteekseen kliinisen todellisuuden, joka muodostaa sairauden ja

hoidon yhteiskuntarakenteellisen ja kulttuurisen kontekstin (Kleinman 1980: 42; 1988: 115, 119–120; Honko 1983: 42–43; 1994: 27). Tämä useisiin teorioihin perustuva käsite kattaa sairauteen liittyvät uskomukset, odotukset ja normit sekä käyttäytymiskaavat ja viestintätapahtumat. Edellisten lisäksi käsitteen piiriin kuuluvat hoitoon hakcutuminen, parantaja- ja potilassuhteet, terapeutitiset toimenpiteet ja hoitotulosten arviointi. (Honko 1983. 43.)

Kliinisen todellisuuden käsite vastaa potilaan sosiaalista todellisuutta siten, että se joko sisältää kliiniset ilmiöt tai se syntyy niistä (Honko 1994: 26). Sosiaalisten suhteiden ja kulttuuristen merkitysten sekä ihmisen persoonallisten kokemusten ja fysiologian välisenä siltana toimivat Kleinmanin (1988: 131) termein merkityksillä ladatut symbolit (ks. kuvio 8). Tätä symbolista todellisuutta tai siltaa ei ole Hongon mukaan tarkemmin selvitetty, mutta hänen mielestään sen olemassaoloa tuskin tarvitsee epäillä. Symbolinen silta välittää sairauden ja hoidon eli luo kulttuuribiologista integraatiota. (Honko 1983: 42–43; 1994: 26–27; Kleinman 1980: 41–43; 1988: 119–120, 131–132.) Sairaus ja sen hoito voidaan ikään kuin potilaan kokemana vaivana projisoida biopsykokulttuurisen hierarkian eri tasoille (ks. kuvio 5 luvussa 3.3.5). Myös johtavat semiootikot näkevät yhteyttä toisaalta vuorovaikutuksellisten koodien kehittymisen ja toisaalta sekä solutason että psykologisen ja käyttäytymisen tasojen välillä. (Kleinman 1988: 132.)



Kuvio 8. Kulttuuribiologiseen integraatioon liittyvää käsitteistöä (vrt. Kleinman 1980: 28, 42; Honko 1994: 27).

Hongon (1983, 1994) mielestä Kleinmanin näkemystä voi pitää oikeansuuntaisena, mutta samalla se voi johtaa useiden kliinisten todellisuuksien mahdollisuuteen. Eri hoitomuodot hahmottavat potilaan ja hänen ympäristönsä kukin omalla tavallaan symbolivarastoltaan toisistaan poikkeavien ”kielten” avulla. Jokin hoitomuodoista voi tulla niin hallitsevaksi, että sen kielellä käsitellään kaikki mahdolliset sairaudet, esimerkkinä tästä on juuri

biomedikaalista paradigmaa noudattava länsimainen lääketiede. (Honko 1983: 43; 1994: 26–27.) Monitieteisellä medikaaliantropologisella tutkimuksella on esittää esimerkkejä kulttuureista, joissa länsimainen tautiluokitus ei päde. On myös yhteisöjä, jotka antavat länsimaisen lääketieteen tunnustamille taudeille täysin toisenlaisen selityksen: kiinalainen kulttuuri antaa mielisairaudesta somaattisen taudinselityksen sosiaalisen stigman pelossa. (Kleinman 1980: 135–136; Honko 1983: 42.)

Edellä esitetystä voi johtaa kaksi käsitteparia, jotka toimivat ikään kuin toistensa variantteina, nimittäin ruumis ja sielu sekä ihminen ja ympäristö (vrt. Honko 1994: 26). Oikeastaan nämä kahtiajaot kumoutuvat, koska ihminen on kokonaisuus, joka on tajunnallisesti sidoksissa ympäröivään kulttuuriin. Tämä kulttuuribiologinen yhdentyminen muodostaa tavallaan sidoksen, joka toimii symbolien varassa: ihminen luo ympäristönsä ja eräällä tavalla ympäristö luo hänet. (Honko 1994: 26.) Mikäli edellä kuvatut merkityksillä ladatut symbolit eivät jostain syystä toimi siltana ympäröivän kulttuurin kannalta relevantilla tavalla, voidaan mielestäni ajatella, että ihmisellä on **symbolisen todellisuuden toiminnan häiriö**. Symboliseen toimintaan eli merkityksenantoon liittyvä häiriö viittaa käsitteen ominaisuutena terminologisen ja tieteenteoreettisen analyysin kannalta ilmiöiden tasolle, jota voidaan tarkastella käsitetason ”läpi” ja jonka olemassaoloa voidaan pohtia. Käsitteenä merkitysintensiivinen symboli havaitaan kokemuksellisenä vaivana, ja se on tarkoitteen syyhyyn viittaavana ominaisuutena kvaliteetiltaan mahdollisimman kattava. Käytännössä kysymyksessä on tällöin erilaisten merkitysten tönnääminen toisiinsa.

Kaikkein syvällisintä integraatiota edustaa ekologinen taudinkäsitys, jota edusti jo itse Hippokrates (synt. n. 460 eKr.). Ekologinen näkemys ei pysähdy yksilöön, vaan ulottuu muiden ihmisten lisäksi eläimiin, kasveihin ja esineisiin. Taudit nähdään luonnollisina ja jokapäiväisenä seurauksina ihmisen avoimesta sulhteesta luontoon ja sosiokulttuuriseen ympäristöön. Ihminen kamppailee luonnon voimien kanssa ja on ikään kuin aina taudeissaan. Voidaan kysyä, millä erityisellä tavalla hän on juuri tiettyinä ajankohtana sairas. Onko kysymyksessä luonnollinen takaisku vai sopeutumishäiriö, joita voi mielivaltaisesti nimittää välillä sairaudeksi, välillä joksikin muuksi? Taudit eivät tämän näkemyksen mukaan ole ruumiiseen lokalisoituneita ilmiöitä, tarttuvia esineitä tai erillisiä

tiloja, joihin mennään ja joista poistutaan (vrt. *mennä psykoosiin*). Lisäksi jokaisella ihmisellä on ainutkertainen tautien ja vaivojen kirjo, mikä korostuu sairauselämysten psykologisella ja sosiaalisella tasolla. (Honko 1983: 44–45; Vaskilampi 1983: 63.) Siksi Engel vaatikin (1977: 129–135) biomedikaalisen mallin korvaamista biopsykososiaalisella mallilla.

Kattavan kuvan saamiseksi mielenterveyden häiriö -käsitteen ominaisuuksista tarkastelen seuraavaksi sairauteen liittyviä kulttuurisia tekijöitä. Varsinkin länsimaiset sosiaali-psykiatrit ovat olleet valmiita tunnustamaan, ettei parantaminen onnistu ilman kulttuurisen todellisuuden tuntemista, koska eri kulttuurimuotojen toisistaan poikkeavat tautikäsitteet leimaavat kaikkea terveystietämistä. (Honko 1983: 28; Vaskilampi 1983: 63.) Kun keskustellaan koululääketieteen ulkopuolisen yhteisön terveystaloudesta, tutkijat käyttävät erilaisia termejä. Furman (1983: 73) puhuu *epävirallisesta lääketieteestä*, jonka lukemattomista suuntauksista monet ovat jäänteitä lääketieteen historiasta. Vaskilammen (1983: 61) käyttämä termi on yksinkertaisesti *kansanlääkintä*, jolla hän tarkoittaa yhteisöllistä kokemusperustaa terveyden ja sairauden hoidossa. Kansanlääkintä on osa kliinistä todellisuutta. Sen useille hoitomuodoille yhteisen arvoperustan muodostavat luonnonmukaisuus, kokonaisvaltaisuus ja yksilöllisyys, jotka ovat toisiinsa monin tavoin sidoksissa. Keskeisiä arvoja ovat myös humanisuus, lempeys ja hyvyys sekä näihin läheisesti liittyvä vitalisuus. Tieteellisistä mystisiin vaihtelevat selitysmallit pitävät henkeä tärkeämpänä kuin ainetta. Kansanlääkintään kuuluu myös puhtauden korostaminen. Luetellut arvot toimivat kyllä tiedon alueella, mutta niiden sisältö on ennen kaikkea tunnepitoinen ja epämääräinen. Ne ovat tärkeä osa symbolista todellisuutta; niiden mainitseminen tuo mieleen mielihyvän symboleita. Ne antavat lisäksi rikkaita ja monivivahteisia tulkintamahdollisuuksia. (Vaskilampi 1983: 62–65.)

Kansanlääkinnän emotionaalisuus ja epämääräisyys luovat turvallisuutta; parantajaa ja asiakasta yhdistää lisäksi usein kriittisyys ja vihamielisyys virallista lääketiedettä kohtaan. Empiiristen tutkimusten perusteella jälkiteollistuneissa yhteiskunnissa vaikuttaa olevan kaksi kansanlääkinnän alakulttuuria: kaupunkilaisten uuskansanlääkinnän alakulttuuri ja toinen ryhmä, joka koostuu perinteisistä vanhoista hoitomuodoista. (Vaskilampi 1983: 66.)

Perinteentutkijat tarkoittavat kansanlääkinnällä yleensä talonpoikaisyhteisöön kuuluvaa, luonteeltaan supranormaalia, magiaan ja taikuuteen liittyvää parannustaitoa. Jotkut kansanlääkinnän osa-alueet ovat säilyneet elinvoimaisina lääketieteen kehityksestä huolimatta, tällaisista mainittakoon kansanomainen psykoterapia. (Enges 1983: 99; Honko 1977: 90.)

Uskomuksellista mutta silti modernia epävirallisen lääkinnän näkemystä edustavat monet terapeuttiset uususkonnot, esimerkiksi psychiana ja scientologia (Räsänen 1983: 156). Kun kansanparantajien ja nykyaikaisten psykoterapeuttien hoitomenetelmien yhtymäkohtia on selvitetty, on Achtén & Schakirin (1983: 149) mukaan päädytty korostamaan itse terapeuttisen suhteen ja terapeutin henkilökohtaisten ominaisuuksien tärkeyttä. Hoitoa tukevat tällöin etenkin emotionaalinen ilmapiiri, huomion kiinnittäminen potilaaseen ja hänen vaikeuksiinsa sekä kummankin osapuolen maailmankuvan yhteneväisyys. Siihen, mitä pidetään virallisena ja mitä epävirallisena lääketieteenä, vaikuttavat Furmanin (1983) mukaan maailman- ja ihmiskuvan muutokset. Mitä todennäköisimmin moni epävirallisista hoitokeinoista muuttuu vuosien varrella viralliseksi (esim. akupunktuuri ja kiropraktiikka) ja päinvastoin. Kun epävirallinen hoitomenetelmä kuitenkin virallistuu, se menettää samalla huomattavan osan tehokkuudestaan. (Furman 1983: 75.)

Lehtosen (1985) mukaan on syytä kysyä, säilyykö lääketiede ehjänä vai pirstoutuuko se tulevaisuudessa erilaisiin koulukuntiin ja palautuu kenties keskiajan ja uuden ajan alun oloihin. Kokonaisvaltaisuus ja vaihtoehtoisten hoitomuotojen hyväksyminen – ei niinkään avoimesti vaan kätkeytyä – sisältävät näkemyksen potilaasta psykofyysisenä kokonaisuutena. Teoreettinen kysymys sielun ja ruumiin välisestä suhteesta hyvin perusteltuna ja yleisesti hyväksyttynä on jatkuvan mielenkiinnon ja pohdinnan kohteena. Mielenterveys on voimavarana täysin riippuvainen ihmisestä itsestään. (Lehtonen 1985: 1637.)

Terveyskäyttäytyminen muodostaa kokonaisuuden: mielisairaus on suhteessa muihin sairauksiin ja mielenterveyden menetykseen. Mielä ja sen terveyden menetystä on syytä tarkastella myös laajemmin ottamalla huomioon eri kulttuurien toisistaan poikkeavat suhtautumistavat sairauteen yleensä. Ihmisellä on Engesin (1983) mukaan periaatteessa kaksi vaihtoehtoista olotilaa: terveys ja sairaus. Nämä olotilat käsitetään eri kulttuureissa eri

tavoin. Myös yhteisön ja sairauden suhteita säätelevät järjestelmät vaihtelevat kulttuurittain. Tällaiset järjestelmät koostuvat muun muassa tautiluokituksista ja eritlaisista parannusmenetelmistä. (Enges 1983: 94.) Länsimaiset psykiatrit ovat esimerkiksi jo pitkään myöntäneet, että parantaminen on mahdotonta ilman kulttuurisen todellisuuden tuntemusta. (Hongon 1983: 28–29; 1994: 32–39.)

Kun tarkastellaan edellä esitettyjä psykiatrisia ilmiöitä ja niiden ominaisuuksia eri koulukuntien ja hahmotustapojen kannalta, on havaittavissa selviä eroja käsitteiden ja tarkoitteiden luonteissa. Biologisen koulukunnan tutkimat kohteet, neurofysiologiset ilmiöt ja niihin liittyvät ominaisuudet – aivojen toiminnan häiriöt – ovat luonteeltaan aineellisia: aivot ovat materiaa, esineitä, joita voidaan konkreettisesti tutkia, leikata, mitata, jopa säilöä. Psykologisen näkökulman mukaiset tutkimuskohteet, psyykkiset ilmiöt ja vuorovaikutussuhteet sekä niihin liittyvät ominaisuudet – minän toiminnan häiriöt – perustuvat psyko- ja perhedynaamisiin teorioihin. Psyykkiset ilmiöt ovat tarkoitteina pääosin aineettomia; niitä voidaan yrittää ymmärtää ja selittää, mutta mitään varmaa tietoa esimerkiksi niiden rakenteesta tai toiminnasta ei ole. Integroidusta ja symbolisesta näkökulmasta aineettomuus ja teoreettisuus lisääntyvät käsitteen ominaisuuksina entisestään.

Mielenterveyden häiriön käsitteen taustalla oleva käsite ja tarkoite on luonteeltaan yhtä aikaa aineellinen ja aineeton. Kysymyksessä on moniulotteinen ja monitasoinen prosessi, jonka tarkastelussa relevantteja ovat eri tavoin keskenään risteävät dimensiot: terveys–sairaus, sooma–psykye, yksilö–lähiympäristö–kulttuuri, virallinen–epävirallinen, määrällinen–laadullinen ja subjektiivinen–objektiivinen. Mielenterveyden häiriön käsitteen ominaisuuksista syytekijät ovat monimutkaisia tapahtumasarjoja, toiminnan häiriöitä konkreettisesti keskushermoston tasolla tai abstrakteja teorioita ja malleja, joiden avulla mielenterveyden häiriön syitä yritetään hahmottaa ja kuvata.

Kokoan taulukossa 5 yhteen ilmiöt, joihin mielenterveyden häiriö käsitteenä viittaa. Kuvaan käsitteen luonnetta ja häiriöiden syitä ilmaisevia käsitepiirteitä. Taustalla olevana esimerkkihäiriönä taulukossa on skitsofrenia, jonka oireita ilmaisevat käsitepiirteet ovat

kaikissa kohdissa seuraavat: autismi, affekti- ja assosiaatiohäiriöt sekä ambivalenssi (ks. Rothenberg 1985: 524 ja luku 4.5.2).

Taulukko 5. Ilmiöt, joihin mielenterveyden häiriö käsitteenä viittaa, näiden käsitteiden luonne ja häiriöiden syitä ilmaisevat käsittepiirteet.

ILMIÖ, JOHON KÄSITE VIITTAÄ	KÄSITTEEN LUONNE	KÄSITTEEN OMINAISUUS (syy)
neurofysiologinen ilmiö	aineellinen (= "esine": aivot)	aivojen toiminnan häiriö
psykkinen prosessi	aineeton (= teoria: psyko-dynaaminen teoria)	minän toiminnan häiriö
vuorovaikutussuhde	aineeton (= teoria: perhe-dynaaminen teoria)	
sosiaalinen todellisuus	aineeton (= teoria: systeemi-teoria)	biopsykososiaalisen vuorovaikutus-alueen toiminnan häiriö
biopsykososiaalinen vuorovaikutusalue	aineeton (= teoreettinen malli: biopsykososiaalinen malli)	
symbolinen todellisuus	aineeton (= teoreettinen kulttuuri-biologista integraatiota luova malli)	symbolisen todellisuuden toiminnan häiriö

Symbolisen todellisuuden toiminnan häiriönä nähty, mielenterveyden häiriön tarkoitteen syyhyn viittaava käsitteen ominaisuus on ajattelun malli, teoreettinen käsite, joka muodostuu erilaisista dimensioista ja niihin sisältyvistä symbolijärjestelmistä ja vuorovaikutustapahtumista. Tarkoite ominaisuuksineen on mielenterveyden häiriön tapauksessa mielenkiintoinen: se on konkreettinen ilmiö, fysiologinen "esine", elin, joka on kielestä ja ajattelusta enemmän tai vähemmän riippumaton (vrt. Nuopponen 1994: 58). Samalla se muodostuu erilaisista käsitteistä, joista yksi on kieli. Kielen tai oikeammin kielen käytön funktio psykiatriassa on keskeinen: kieli toimii paitsi kommunikaation välineenä (ilmaisun taso), myös ajattelun, tutkimuksen ja hoidon välineenä (käsitetaso). Samalla kieli on tavallaan ontittisen tason ilmiö: "olioluokkana" sen symbolivaraston avulla on mahdollista hahmottaa tarkoitteen monitasoisia syitä. Kielen monitahoinen merkitys tulee psykiatriassa

esiin, kun tarkastellaan 'mielenterveyden häiriön' ominaisuuksia eli oireita, jotka yleensä ilmenevät kielen välityksellä.

Esitän lopuksi yhteenvedon mielenterveyden häiriön käsitettä luonnehtivista ulottuvuuksista. Esitetyt dimensiot on tässä hahmotuksessa nähty laajasti; ne liittyvät mielenterveyskulttuuriin ja terveyskäyttäytymisen kokonaisuuteen sekä analyyttiseen jakoon koulu- lääketiede–kansanlääkintä (ks. Honko 1977, 1983 ja 1994; Räsänen 1983: 155).

- (c) suljettu järjestelmä – avoin järjestelmä
 biomedikaalinen – paramedikaalinen
 rationaali – uskomuksellinen, supranormaali, magia, taikuus
 perinteinen – moderni
 psyyke ja fysiologia – kulttuuri ja ympäristö
 biomedikaalinen – (bio)psykososiaalinen
 kapea-alainen (reduktionistinen) – kokonaisvaltainen
 tauti (disease) ja sen biokemialliset ja neurofysiologiset selitysmallit, ”merkitysverkostot” – vaiva (illness) ja sen merkitysverkostot (ihmissuhteet, riippuvuus yliluonnollisista olennoista ja voimista, taloudelliset seikat, sosiaalinen status ja roolit)
 sairauden ja hoidon 1) fyysinen ympäristö – 2) kliininen todellisuus (kattaa sairauteen liittyvät uskomukset, odotukset, normit, käyttäytymiskaavat ja viestintätapahtumat, hoitoon hakeutumisen, parantaja-potilassuhteet, terapeuttiset toimenpiteet ja hoitotulosten arvioimisen) – 3) psykobiologinen todellisuus
 biomedikaalinen – ekologinen
 koululääketiede (tieto, materia) – kansanlääkintä [luonnollisuus, kokonaisvaltaisuus, yksilöllisyys, humanisuus, lempeys, hyvyys, vitalismi (voima, energia), puhtaus; tunne, mystiikka, irrationaalisuus, henki, mielihyvä, monivaihteisuus, emotionaalinen ja tulkinnallinen rikkaus; kriittisyys virallista lääketiedettä kohtaan]
 perinteiset hoitomuodot – uuskansanlääkintä.

Pyrkimykseni on edellä ollut hahmottaa mielenterveyden häiriö -käsitteen tarkoitteessa havaittavia ominaisuuksia, joista voi puhua myös yleisemmin komponentteina, dimensioina eli ulottuvuuksina tai faktoreina eli tekijöinä. Näiden piirteiden pohjalta, niistä saatavaa tietoa analysoimalla ja yhdistämällä syntyy tarkoitteesta mielikuva, käsite (vrt. Haarala 1989: 268).

4.7 Mielenterveyden häiriö -käsite asiantuntijan ja maallikon kannalta

Tarkastelen seuraavaksi psykiatrian keskeisimmän tutkimuskohteen sisältöä biopsyko-kulttuurisena kokonaisuutena ammattilaisen ja maallikon kannalta. Eli pyrin psykiatrisen

tiedon hahmottamiseen kokonaisvaltaisesta näkökulmasta pitämällä mielessä käytännön tason toimijat, kielen käyttäjät, ja heidän lähtökohtansa. Erikoisalan oppitermejä voidaan tarkastella ja tutkia vasta sen jälkeen, kun niiden käsitteellinen rakenne on selvitetty. Eli on määriteltävä käsitteen sisältö ja tehtävä käsiteanalyysi. (Ks. soveltavan terminologian periaatteista *Sanastotyön käsikirja* 1989.) Kuten aikaisemmin tässä tutkimuksessa on käynyt ilmi, 'sairaus' 'terveyden' vastakohtana ja 'epänormaalius' 'normaaliuden' vastakohtana ovat suhteellisia, muuttuvia käsitteitä. Niitä määriteltäessä ja niiden sisällöistä ja käyttötavoista sovittaessa on otettava huomioon ympäristöön liittyvät käytännön tarpeet. 'Mielenterveyden häiriön' eli 'mielenvikaisuuden' vastakohtana, normaalina, on pidetty 'mielenterveyttä' tai 'täysijärkisyyttä' (ks. luku 3.3.3). Mielenterveys-käsitteen vastakohtana on perusteltua nähdä paitsi mielenterveyden häiriö sairautena, myös mielenterveyden häiriö maailmaa koskevana puutteellisena tai virheellisenä tietona (ks. kuvio 4 luvussa 3.3.3). Kuten Hasan (1986: 178) toteaa, niin ammattilaisilla kuin maallikoilla on kokemusten tulkinnasta johtuvaa virheellistä, kielen kautta suodattuvaa tietoa. Psykiatrisena, yksittäisenä käsitteenä mielenterveyden häiriön tarkastelun voi nähdä rajautuvan mielen häiriintymisen puuttumiseen, muihin mielenterveyden häiriöiden tyypeihin, somaattisiin sairauksiin ja lisäksi vielä kielen välittämiin tulkintoihin maailmasta.

Kuten monet yhteiskunnan alat myös lääketieteen virallinen terveydenhoitojärjestelmä on suljettu järjestelmä. Lääketieteessä järjestelmän pohjana on tieto, jonka oletetaan pätevän suurin piirtein samalla tavoin kaikkiin ihmisiin. Systeemiä säätelevät lisäksi erilaiset lait ja määräykset. (Enges 1983: 97.) Myös kommunikaatiossa yleisön ja asiantuntijoiden välillä on näillä aloilla rakenteellisia ja näkökulmien erilaisuuteen perustuvia esteitä. Esimerkiksi terveysvalistuksen viestillä ja tiedotuksella yleensä on rajansa. (Räty 1987: 114–116.) Organisoituneen lääketieteen on väitetty olevan jopa ihmisen terveyden pahin uhka (Heikkilä 1976: 17).

'Mielenterveyden häiriötä' voidaan tarkastella kahdesta tietoon liittyvästä näkökulmasta. Kysymyksessä on toisaalta lääkärin ja hoitohenkilökunnan tieto, joka opittuna ja perittynä on pääasiallisesti sitoutunut ammatilliseen mielenterveyskulttuuriin. Kaikki ne mahdollisuudet, joita ihmisellä on käytettävissään sairauksiensa parantamiseksi, muodostavat

erilaisia terveydenhoitojärjestelmiä, joita on virallisia ja epävirallisia (ks. Honko 1983: 46–47). Kuten luvussa 4.6.2 kävi ilmi, edellisistä käytetään usein nimitystä koululääketiede ja jälkimmäisistä kansanlääkintä tai erilaiset vailtoehtolääkinnän muodot. Raja näiden kahden välillä ei aina kuitenkaan ole selvä (Enges 1983: 98).

Toisaalta on otettava huomioon potilaan ja yhteisön oma, jatkuvasti muuttuva, maallikkojen mielenterveysskulttuuriin pääasiallisesti sitoutunut tieto ja kokemus. Tätä kokemusta kuvaavat arkikielen sanat, kun taas termit edustavat Laurénin ym. (1987: 81–82) mukaan abstraktiota, ajatuksen avulla muodostettua käsitystä ympäröivästä reaali maailmasta. Ammatillinen tieto on määrittelemällä ja rajaamalla syntyntä, ja kokemuksellisiin merkityksiin verrattuna sen merkitykset ovat suppeahkoja. Kokemus on kuitenkin jotain, joka on totta yksilöllisesti, yhden ihmisen kokemana. Se ei voi toteutua sinänsä, abstraktion, jonka perimmäinen olemus on kenen tahansa ulkopuolisen tutkittavissa, ja joka on yleisesti totta. Eskola (1982: 68–69) on pohtinut 'yleisen yksilön' ongelmaa. Hän kysyy, voiko idea 'yleisestä persoonallisuudesta' merkitä yhtään mitään, ihminenhan on persoona vain erottamalla muista yksilöistä. Vaarana on, että tärkein eli yksilöiden erityislaatu häviää, kun siirrytään abstraktille tarkastelun tasolle. Ratkaisuna Eskola (1982) näkee tarkastelun painopisteen siirtämisen ihmisen sisältä hänen ulkopuolelleen. On mielekkäämpää tutkia yksilöiden ja tilanteiden ominaisuuksien sijaan niiden välisiä suhteita. Voidaan tutkia yleisesti kieltä ja merkityksiä sekä konkreettisesti esimerkiksi elämäkertoja. Tutkijan tulisi kyetä "teoreettisesti ymmärtämään sitä historiallista ajankohtaa, jossa kyseinen yksilö elämänkaarensa eri vaiheet elää, jossa hänen sosiaaliset ja yhteiskunnalliset suhteensa muodostuvat". Psykiatrisessa tutkimusperinteessä esimerkiksi Freud asettaa kehittämänsä käsitteet teoreettisiin suhteisiin toistensa kanssa luonnontieteilijöiden tapaan. Määritelmät eivät ole kirkkaita ja teräviä, vaan hermeneuttisen tulkintaprosessin mukaisesti ilmiöitä kuvaavia ja sitä kautta käsitteiksi tarkentuvia. (Eskola 1982: 70–73.)

Ammatillinen näkökulma tarkoittaa psykiatriassa sitä, että lääkäri tai hoitohenkilökuntaan kuuluva tarkkailee sekä potilasta että itseään. Tällöin mukana olevina käsitteellisinä ominaisuuksia ovat dimensiot, jotka rajaavat seuraavasti: a. tiedolliset eli kognitiiviset tekijät

ja b. kognitiivis-emotionaaliset käsitykset. Tiedolliset tekijät voivat olla temporaalisia, jolloin tarkastellaan häiriön ajallista jatkuvuutta, äkillisyyttä tai pitkittymistä (ks. esim. Lönnqvist 1985a: 719). Esimeriksi skitsofreniadiagnoosi vaatii oireiden jatkumista yli kuuden kuukauden ajan ja reaktiivinen psykoosi saisi kestää korkeintaan kaksi viikkoa (mp.; ks. luku 2.3). Tiedolliset tekijät liittyvät dimensioina myös paikkaan eli ne ovat kulttuurisidonnaisia (ks. esim. Kleinman 1988: 49, 183). Syihin liittyvät etiologiset tekijät nähdään monin tavoin: psykiatrian lähitieteiden viitekehyksessä, ravintoon liittyvinä, toistaiseksi tuntemattomana tai monia syitä käsittävinä. Mielen järkkyminen ilmenee aina psykologisten, sosiaalisten ja biologisten tekijöiden keskinäisen vuorovaikutuksen muodostamana kokonaisuutena (Furman ym. 1985: 1651). Puhutaan lapsuuden traumaattisista kokemuksista, äiti-lapsisuhteen vääristymistä, elimellisistä aivojen kehityshäiriöstä tai ylipäänsä reaktiivisuudesta johonkin ulkoiseen tekijään, esimerkiksi stressiin.

Ammatilliseen diagnostiikkaan luettavat tiedolliset tekijät liittyvät myös potilaiden käyttäytymiseen. Ulkoisia, havaittavissa olevia käyttäytymisoireita ovat esimerkiksi mielialojen vaihtelu, puheen hitaus, käyttäytymisen järjestäytymättömyys, passiivisuus, väkivaltaisuus, aggressiivisuus tai sosiaalinen avuttomuus. Intellektuaalisuus saattaa ilmetä ympäristöön verrattuna yllättävällä tavalla, samoin reaali- ja fiktiomaailmaan viittaaminen. Potilaan omaan kokemukseen liittyvät ominaisuudet ovat siltä osin sisäisiä, kuin ne koskevat vaikkapa persoonallisuuden hajoamisen tunnetta. Lääkärin tekemien havaintojen ja vuorovaikutuksessa saadun tiedon lisäksi käyttäytymiseen liittyviä tekijöitä edustavat oppimalla omaksutut oirekuvat. (Ks. esim. Tirkkonen 1985: 1687, 1695.)

Ammatilliset kognitiivis-emotionaaliset käsitykset ja niihin liittyvät dimensiot kuvaavat asenteita, arvostuksia ja tunteita. Asenteet voivat olla ennakkoluuloisia, ihmistä ja sairautta esineellistäviä, tai ne ovat realistisen hyväksyviä, kauhistelemattomia. Tunteisiin liittyvät ulottuvuudet asettuvat jatkumolle, jonka toisessa päässä ovat kielteiset, esimerkiksi inhon tunteet ja toisessa päässä myönteiset, hoivaamisen ja auttamisen haluun liittyvät tunteet sekä yleisöä huolestuneempi suhtautuminen (ks. luku 2.2). Esimerkiksi psykoottinen potilas saattaa Tirkkosen (1985: 1694–1695) mukaan herättää voimakkaita kielteisiä vasta-reaktioita kuten ahdistusta, pelkoa, avuttomuutta, epävarmuutta, halveksivia ja vähätteleviä

puheita ja asenteita. Normaalista poikkeavan käyttäytymisen kliinistäminen ei kuitenkaan Rädyn (1987: 114) mukaan tunnu järkevältä. Hän suosittaa mieluummin positiivisen mielenterveyden suhteellisuus- ja tilanneajattelua psykiatrisen käsitteistön ”salakuljettamisen” sijaan. Rätty toteaa, että terminologian avulla voidaan välttää ensireaktion kielteisyys, vaikka mikään taikakeino asennemuutoksiin se ei ole (ks. myös Rätty 1987: 76).

Olen edellä käsitellyt ammatillista näkökulmaa. Maallikkonäkökulmasta katsoen tarkkailijoina ovat potilas ja yhteisö, johon hän kuuluu. Potilaan tarkkailun kohteina ovat toisaalta hän itse ja toisaalta hänen lähipiirinsä ja koko terveydenhoitojärjestelmä. Kognitiivis-emotionaalisina hahmottuvat dimensiot perustuvat siten tunteisiin, asenteisiin ja käsityksiin a. potilaasta itsestään ja hänen häiriöstään sekä b. ympäristöstä. Itseä ja häiriötä kuvaavat dimensiot liittyvät ennakkoluuloihin, vääristyneisiin mielikuviin itsestä ja häiriöstä, ”sairaudentuntoon” tai sen puuttumiseen sekä kokemukseen hoitoon joutumisesta tai ”tuomitsemisesta” (vrt. Tirkkonen 1985: 1687). Tunteet, asenteet ja käsitykset ympäristöstä liittyvät itsetunnon haavoittuvuuteen: itsetunto on aina suhteessa johonkin (ks. Anttinen 1985: 1632). Ympäristöä koskevat käsitykset liittyvät esimerkiksi skitsofrenikoilla tavallista suurempaan, usein kriisitilanteessa ilmenevään haavoittuvuuteen. Suhteessa ympäristöön ilmenevät myös häpeän tunne ja pelot muiden ajatuksista sekä käsitykset elämäntilanteen vaikeudesta. Vuorovaikutussuhteilla, elämäntilanteella ja koko elinympäristöllä on tärkeä merkitys. Uhkaksi koettu ympäristö voi saada aikaan voimakkaan puolustautumistilan, tai se voi synnyttää eriasteisia ajatteluun, tunteisiin ja fyysiseen reagointiin liittyviä noidankehäjä. Maallikkonäkökulmaa edustavat lisäksi yhteisöön liittyvät sosiaaliset tekijät, jolloin kysymykseen tulevat yhteisön käsitykset. Mielenterveyden häiriöitä voidaan pitää parantumattomina, ja niihin liitetään voimakkaita tunteita. (Anttinen 1985: 1633.) Mielisairaus on Rädyn (1987: 115) sanoin alkoholismien tapaan ”lukuisten sosiaalisten merkitysten läpikäymä kategoria”. Lisäksi laitos, joka hoitaa yhteisössä riittävän suureksi koettua ongelmaa, joutuu väistämättä syytetyksi.

Psyykinen kokemus ja sitä koskeva yhteisön tieto on muuttuvaa, ja sen käsitteellistäminen ja nimeäminen saatetaan kokoa keinotekoiseksi ja vieraaksi. Rätty (1987: 113) puuttuu mielenterveydestä tiedottamisen yhteydessä kliinisen käsitteistön käytön ongelmiin: sanat

saattavat olla jopa tekoja kielteisempiä (ks. luku 4.3). Omien havaintojeni mukaan käsitteellinen tieto diagnoosinimikkeiden muodossa saa oikeutuksen heti, kun se muuttuu konkreettiseksi eli kun psyykkisen kokemuksen epäsuotuisuudelle löytyy fyysinen syy. Tällöin häiriöt (esim. dementia, Aspergerin ja Touretten oireyhtymä) näyttävät siirtyvän psykiatrian kentän ulkolaidalle kohti neurologiaa (vrt. Lönnqvist 1985b: 1625). Samalla vaikeisiin kokemuksiin liittyvä syyllisyys neutraloituu. Ammatilliseen ja maallikkojen tietoon ja kokemuksiin liittyvät painotukset vaihtelevat lisäksi eri aikoina.

Ammatillisena ja maallikkojen terveystaltuurin käsitteenä mielenterveyden häiriö muodostuu erilaisista ajallisista prosesseista, jotka pohjautuvat vuorovaikutukseen ja sen osapuolten välisiin viestinnällisiin suhteisiin. Kysymyksessä on toisin sanoen prosessi, jolla on ajallisia ja yhteisöllisiä ulottuvuuksia. Luokitellessaan käsitejärjestelmiä Nuopponen (1994) jakaa ne niiden sisältämien suhteiden laadun perusteella loogisiin ja ontologisiin järjestelmiin. Käsitejärjestelmien rakenteeseen perustuu jako hierarkkisiin, sekventiaalsiin ja heterarkkisiin järjestelmiin. Käsite on systeemi tai maailman jäsentämisen väline, jonka avulla maailmaa voidaan ymmärtää. (Nuopponen 1994: 28, 52–53). 'Mielenterveyden häiriön' voi nähdä prosessina, joka muistuttaa ontologisiin käsitejärjestelmiin kuuluvaa temporaalista käsitejärjestelmää (Nuopponen 1994: 176–177). Käsitteiden keskinäisiin suhteisiin liittyy erilaisia kausaalisia ja funktionaalisia piirteitä. Käsitteet muodostavat hermeneuttisen spiraalin tyyppisiä ketjuja: psykiatrin potilasta koskevia tulkintoja seuraa analyysi, joka perustuu ammattikirjallisuuteen ja josta muodostetaan toimintaan johtavia yleisiä tulkintoja, näistä edelleen yksittäisiä tulkintoja ja niin edelleen. (Ks. Nuopponen 1994: 179, 211.) Lähimpänä 'mielenterveyden häiriötä' tai 'kokemuksellista epäsuotuisuutta' käsitteiden välisten suhteiden kuvauksena on Nuopposen (1994: 214) esittämä verkostomainen, erilaisiin kontakteihin ja riippuvuussuhteisiin perustuva symbolisuhde, jolle on vaikea osoittaa lähtökäsitettä.

Käsitepiirteitä käytetään terminologisessa ajattelussa muun muassa siksi, että voidaan määrätä ja kuvata käsitteen sisältö ja jotta voidaan identifioida tietyin kriteerein ilmiö, joka kuuluu johonkin ryhmään (Nuopponen 1994: 60–61; SFS 50-1989: 26; Haarala 1981: 19–21). Nykyisin valalla olevan oireisiin perustuvan diagnostiikan avulla monimutkaisista

ilmiöistä saadaan suuri määrä oleellista, lyhyesti kerrottua ja keskustelua helpottavaa tietoa. Diagnoosien erottelemat häiriöt muodostavat kokonaisjärjestelmän, jolla on merkitystä sekä yksilö- että väestötason tutkimuksessa, kun halutaan tietoa esimerkiksi häiriön yleisyydestä ja hoidettavuudesta. Psykiatrisen diagnostiikan etuna on myös se, että häiriöiden tunnistaminen sekä hoidon suunnittelu ja toteuttaminen helpottuvat (ks. tark. luku 1.5.3). (Ks. Lönnqvist 1999: 32.)

Etuna pidetään edellä mainittujen lisäksi häiriöiden syitä koskevan tutkimuksen kehittymistä (Lönnqvist 1999: 33). Koska etiologinen tieto on kuitenkin toistaiseksi riittämätöntä, diagnoosien pätevyys saattaa jäädä alhaiseksi. Mielenterveyteen liittyvän tutkimuksen myötä käsitteen ala tarkentuu, kun myös etiologisia kriteerejä voidaan hyödyntää. Tällöin diagnoosien pätevyys kasvaa. Lääketieteen kannalta ongelmaksi näyttävät muodostuvan mielenterveyden häiriöihin liittyvät laajat yhteiskunnalliset ulottuvuudet.

Mielenterveyden häiriö on käsitteenä toisaalta dynaaminen ja toisaalta staattinen. Psykiatriassa reaali maailman ilmiöt ovat keskushermostoa ja ihmisiä lukuun ottamatta käsitteinä abstraktisia: ihmismielen psykoanalyttinen, hierarkkinen strukturointi; kompleksiset vuorovaikutussuhteet; sosiaaliset mallit. Luonteeltaan psykiatriset käsitteet ovat erilaisia prosesseja, inhimillistä toimintaa ja tapahtumia, joihin liittyy ja jotka synnyttävät monenlaisia ajatuksia, tunteita ja asenteita. Mielenterveyden häiriö on käsitteenä monimuotoinen: häiriölle on osoitettavissa altistavia tekijöitä, se puhkeaa, jatkuu aikansa, mahdollisesti paranee ja siitä voi jäädä jonkinasteinen jälkitila. Dynaaminen kehityskulku voi jättää jälkeensä myös staattisen leiman.

Puuronen (1995) on tutkinut dynaamisia käsitteitä filosofiselta, lingvistikelta ja terminologiselta kannalta. Hän jakaa dynaamiset käsitteet toisaalta tapahtumaan (ru *händelse*) ja toisaalta toimintaan (ru *handling*) pohjautuviin. Viimeksi mainittujen filosofisessa jaottelussa tilat (ru *tillstånd*) muodostavat oman alaryhmänsä, mutta näitä Puuronen (1995: 22, 32, 45) ei ota mukaan dynaamisten käsitteiden joukkoon, vaan pitää niitä staattisina ilmiöinä. Mielenterveys muutoksineen on dynaaminen prosessi, pitkän kehityskulun tulosta

ja oleellinen osa inhimillistä elämää. Mutta kun mielenterveyden häiriö tai mielisairaus kerran on diagnosoitu, tilalla on usein taipumus saada pysyvyyden leima. Diagnostisoinnissa huomio joudutaan kiinnittämään ihmisen psyykkisen toimintakyvyn puutteisiin, ei sen vahvuuksiin. Mutta vaikka käsitteen synnyttämät, oireisiin kohdistuvat mielikuvat ja niitä kuvaavat diagnoosinimikkeet ovat leimaavia ja staattisia, ei käsitteen takana oleva ilmiö, ihmismieli, ole sitä. Häiriintyneimmässäkään ihmisessä on terveitä puolia, joilla on mahdollisuus kasvaa ja kehittyä ja joita voidaan tukea. Käsitteen ja tarkoitteen välisen eron pohtiminen nouseekin keskeiseksi kysymykseksi psykiatrian terminologisessa analyysissä.

Lääketieteessä – kuten luonnontieteissä yleensä – luokittelulla on perinteisesti ollut keskeinen asema tiedon strukturoinnissa ja hallitsemisessa. Terminologisen analyysin aloittaminen mieluummin käsitteestä kuin kielellisistä ilmauksista on siten ollut käytännössä luontevaa (vrt. Nuopponen 1994: 53). Lääketieteen teknolektille on leimaantavaa synonyymien runsaus. Terminähtöinen tarkastelu saattaa johtaa käsitykseen, jonka mukaan erilaiset termivariaatiot nimeävät eri käsitteitä, mikä ei välttämättä pidä paikkaansa (Nuopponen 1994: 53). Viestinnän kannalta termeillä on käsitteiden kielellisinä symboleina tietenkin ensiarvoisen tärkeä merkitys (ks. esim. Sager 1990: 22), mutta kuten Laurén ym. (1992a: 8) ja Puuronen (1995: 19) toteavat: käsitteet ovat olemassa niitä edustavista termeistä huolimatta, eikä päinvastoin.

Käsitteen määrittelemisen ei aina ole ollut helppoa eikä yksinkertaista sen enempää filosofiassa kuin muissakaan tieteissä (ks. esim. Ozeki 1987: 12, 17; Laurén ym. 1992a: 8–9). Ozekin (1987: 13) mukaan ihmisen ajattelussa on objektiivisuutta, koska ajattelu on pitkän kehityksen tuloksena sopeutunut ainakin jossain määrin ympäristöönsä. Pelkkään subjektiiviseen tietoon perustuva käsitteen määrittelemisen sulkee objektiivisuutta sisältävän ajattelun pois, joten on tarkoituksenmukaista yhdistää toisaalta ajattelu ja toisaalta tieto, kun käsitettä määritellään. Tähän Ozekin (1987: 12) kantaan yhtyy myös Pilke (2000: 50) dynaamisia ammattikäsitteitä tutkiessaan.

Ajatteluun ja tiedon prosessointiin kuuluvat olennaisesti myös tunteet. Ihminen on ruumiin ja sielun muodostama kokonaisuus, joka on erilaisten symbolien avulla tajunnallisesti

yhteydessä ympäröivään kulttuuriin (ks. Honko 1994: 26). Affektiiviset ja kognitiiviset toiminnot vaikuttavat yhdessä ja tunneraatioilla on osuutta myös abstraktien käsittejärjestelmien muotoutumisessa (Ciompi 1988: 60; Alanen 1994: 169–170). P. Siltalan (1986: 112) mukaan affektit yhtä aikaa sekä psyykkisinä että fyysisinä ilmiöinä ovat rajakäsitteitä ruumiin ja psyyken välisessä vuorovaikutuksessa. Maailma voidaan hahmottaa ja käsittää vapaavalintaisesti, joten tarkoitteet voivat olla periaatteessa mitä tahansa: aineellisia tai aineettomia, havaittavaan tai kuvitteelliseen maailmaan kuuluvia (DIN 2342 1992: 1; Puuronen 1995: 20).

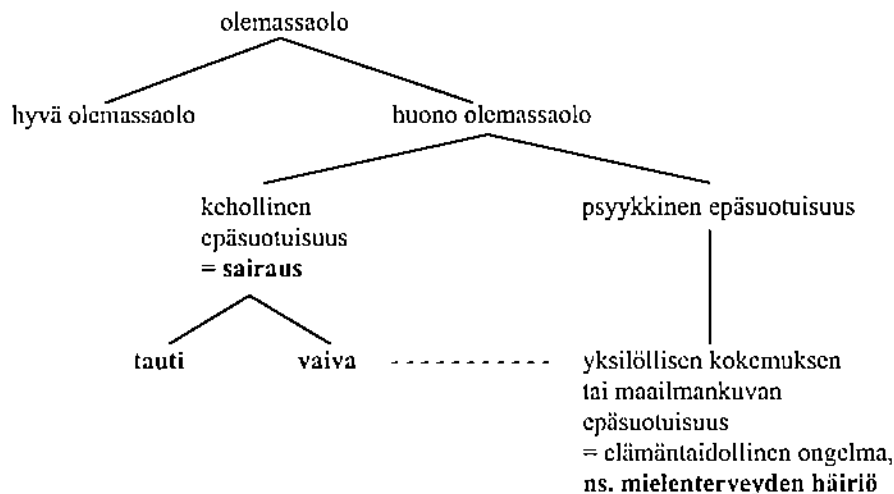
Sairauden käsitettä määritellessään Juul Jensen (1984) erottaa toisistaan ideaalikäsitteen ja käytännön käsitteen. Ideaalikäsite on kiinteästi sidoksissa käytännön käsitteeseen ja edellyttää sitä. Kullakin erikoisalalla on omat tyypilliset menettelytapansa ja rutiininsa, jotka on hallittava ja joita voidaan kuvata. Viime kädessä ei ole mahdollista määritellä sairautta yleispätevästi, yhdellä ainoalla oikealla tavalla, on vain kliinisen ammattiyhteisön käytänteisiin perustuvia sitoumuksia. (Juul Jensen 1984: 116, 132–136, 146, 148.) Szaszin (1975) mukaan psykiatrian ymmärtämä psyykkisen sairauden käsite on jäännös, jolla ei enää ole todellisuuspohjaa. Hänen kritiikkinsä perustuu ajatukseen, jonka mukaan sairaus johtuu ihmisruumiin virheellisestä toiminnasta. Koska psyykkisissä sairauksissa ei hänen mielestään ole tästä kysymys, ne eivät ole sairauksia, vaan lähinnä inhimillisen elämän ongelmatilanteita. (Ks. luku 3.1; Juul Jensen 1985: 254.) Juul Jensenin (1985: 255–256) kumoaa Szaszin ajatuksen. Erilaiset sairaudet ovat hänen mukaansa tapahtumasarjoja ihmisen elämässä. Näitä tapahtumasarjoja voidaan tarkastella erillisinä tiloina ja niitä voidaan kuvata fysiologisesti ja biokemiallisesti. Konkreettiset sairaustapahtumat (ru *sjukdomsförlopp*) rajataan ja kuvataan kuitenkin käyttämällä apuna standarditapauksia eikä fysiologisia määritelmiä (Juul Jensenin 1985: 255–256; vrt. Feer 1987).

Mielenterveyden häiriön käsite on ajattelua, tunteita, tietoa ja asenteita eri näkökulmista ja tilanteista tarkasteltuna. Se on kokemuksellisuutta ja abstraktiona sen muotoutuminen on läheisessä yhteydessä kielellisiin ilmauksiin. Olen edellä pohtinut, mitä mielenterveyden häiriö on ammattilaisten ja maallikkojen kannalta katsottuna. Se tajutaan nykyään lääketieteellisenä ”entiteetti-luokkana”, joka synnyttää mielikuvia ja jonka ulottuvuuksia –

tosiasioita, arvoja ja asenteita – voidaan tarkastella. Sillä on ominaisuuksia, joiden avulla itse käsite määritellään ja nimetään eri aikoina eri tavoin. Määrittely ja nimeäminen vaikuttavat myös käsitteen muotoutumiseen.

4.8 Käsitteellistämisen vaihtoehdot psykiatriassa: kokoavaa tarkastelua

Psyykkiset ongelmat ovat vuorovaikutussuhteessa fyysisiin ongelmiin: kummallekin on yhteistä ”epäsuotuisuus asianomaisen ja yhteiskunnan kannalta”, kuten Rauhala (22.5. 2000) on filosofian ja soveltavan psykologian näkökulmasta todennut. Olen laatinut puukuvaimen (kuvio 9), joka havainnollistaa olemassaoloon ja sen ongelmatilanteisiin liittyviä käsitteitä ja niiden keskinäisiä suhteita. Kuvio perustuu Rauhalan (1981, 1997, 1998, 1999, 2000), Hongon (1983, 1994) ja Kleinmanin (1988) näkemyksiin, joita esitin aikaisemmin luvuissa 3.3.3 ja 3.3.5.



Kuvio 9. Olemassaoloon ja sen ongelmatilanteisiin liittyvää käsitteistöä.

Rauhala (2000) pitää fyysiseen sairauteen rinnastettavaa, yksilölliseen kokemukseen liittyvää tautiajattelua ja -luokittelua edistyksen kannalta lähes olemattomana, suorastaan tieteen museoon kuuluvana muinaisjäänteenä. Enää ei ole asiallisia perusteita ylläpitää keinoitekoista, yhtenäistävää luokittelua tai tutkimus- ja auttamismenettelyä, koska maailmankuvan merkityksen vääristymät eroavat radikaalisti kehon sairauksista.

Kraepeliniläinen harhasuuntautuminen on hänestä kuitenkin ymmärrettävää, kun otetaan huomioon tautiajattelun ja yhtenäistävän tautijärjestelmän syntyäikojen tietämys. (Rauhala 22.5.2000.)

Rauhala (1999: 41) huomauttaa, että jokin olmassaolon muoto ja sitä edustava käsite ovat eri tasoilla: "käsitteisällön ja mikromaailman tapahtuman välillä on looginen kuilu, joka on ikuisesti silloittamaton". Yleisesti hyväksytyyn tieteelliseen näkemykseen mukaan kokemismahdollisuus on olemassa aivotoimintojen avulla, mitä eivät neurotieteet tosin ole toistaiseksi kyenneet ratkaisemaan. Merkitystajunnalla on joka tapauksessa tieteessä keskeinen funktio. (Rauhala 1999: 43.) Yksilön kohdalla kysymyksessä on hänen henkilökohtainen maailmankuvansa, joka muodostuu kokemusten kokonaisuudesta ja sen mahdollisesta epäsuotuisuudesta. Tätä epäsuotuisuutta tarkoitetaan, kun perinteisesti puhutaan sielullisista sairauksista. (Rauhala 1981: 13, 40, 42; 22.5.2000.)

Jos yksilöllisen maailmankuvan epäsuotuisuus näkyisi psyyken sairauksien nimissä, ihmisiä ei Rauhalan (2000) mielestä johdettaisi harhaan. Näin ymmärretty epäsuotuisuus olisi myös syytä ottaa ongelmien peruskategoriaksi, koska se vastaa niiden perusluonnetta. Tutkimuksen ydinkysymys kuuluisi tällöin: miten kokemuksen epäsuotuisuus maailmankuvassa olisi ymmärrettävissä. Monenlaisten selvitysten joukosta tärkeäksi nousee ensinnäkin kokemus itse: jo olemassa oleva kokemus tulkitsee uutta kokemusta. Esimerkiksi *paranoiaksi* (< kr 'järjettömyys') eli *vainoharhaisuudeksi* nimetty häiriö on nähtävissä kokemukskieroutumana. Lapsen luottamuksen väärinkäyttö jättää hänen maailmankuvaansa ihmisiin kohdistuvan epäluottamuksen, joka toistuessaan ja asteittain vahvistuessaan aiheuttaa kyseisen vääristymän. Toinen maailmankuvan epäsuotuisuuden osaselitys on elämäntilanne. Jos ihmisen elämäntilanne antaa aiheita hankaliin kokemuksiin, maailmankuvaan kehkeytyy monenlaista huolta, pelkoa, ahdistusta, epätoivoa ja katkeruutta. Medikalisoituina tällaista merkityskokemusta nimitetään sielulliseksi sairaudeksi. (Rauhala 22.5.2000.)

Tauti- tai *sairaus-*nimeä voidaan Rauhalan (2000) mukaan pitää edellä kuvatuissa tapauksissa epäonnistuneena, jälkikäteen alkuperäiselle kokemukselle annettuna. Häiriöistä

ei voi myöskään syyttää aivoja, jotka ovat edellytys kokemukselle ja jotka toimivat hienosti tuottaessaan elämäntilanteen kurjuutta vastaavan onnettoman kokemuksen. Kokemuksellisia perusvireitä, esimerkiksi masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta, tosin voidaan nykyisin säädellä kokonaisvaltaisesti aivolääkkeillä, joista on kuitenkin vain vähäistä apua, kun pyritään oikaisemaan yksityisiä kokemussisältöjä. Tämän ovat oivaltaneet esimerkiksi uskonnolliset ja poliittisen käännyttäjät. (Rauhala 22.5.2000.)

Kamppinen (1999: 65) arvioi kognitiotieteen filosofina ja uskontotieteilijänä Rauhalan ajatuksia, joita tämä esittää teoksessa *Ihmisen ainutlaatuisuus* (1998). Rauhala (1998: 20) perustele ihmisen ainutlaatuisuutta eläimiin ja koneisiin verrattuna sillä, että vain ihmiset kantavat aitoja merkityksiä ja siten kykenevät käsitteellistämään todellisuutta. Eri fenomenologian ajattelijoihin (mm. Edmund Husserl, Jaakko Hintikka) vedoten Kamppinen (1999) toteaa merkitysten olevan sieni- ja muurahaislajeihin verrattavia tavanomaisia "otuksia", ilman turhaa mystifiointia. Ihmisen ontologinen asema ei poikkea muiden olioiden asemasta; merkitykset ovat ihmisen ominaisuuksia samassa mielessä kuin kosteus on sienien ominaisuus. Aivojen funktioita ovat ajattelu, merkitysten prosessointi ja erilaiset mentaaliset aktit, jotka voi rinnastaa suoliston funktioon eli ruoansulatukseen. (Kamppinen 1999: 60.)

Psykofyysiset ongelmatilanteet mahdollistavat ihmiselämän monipuolisen tarkastelun. Ihminen on luonnon osana yhtenäinen kokonaisuus, jota ihminen itse yleensä kykenee ymmärtämään intuitiivisesti ja kuvaamaan erilaisten polarisaatioiden ja analogioiden avulla. Mentaalisia, sisäisiä tiloja kuvataan esimerkiksi Kalevalassa ruumiillisilla, "ulkoisilla" substantiiveilla ja verbeillä (ks. luku 4.1). Lääketieteellisen analogian mukaan psyykinen epäsuotuisa kokemus yksinkertaistuu yksilön sairaudeksi ja nimetään sen mukaisesti, nykyään *mielenterveyden häiriö* -termiä käyttäen. Sairaus-metaforasta poikkeavana selitysmallina voi pitää yksilöllistä maailmankuvaa ja sen tilanteittaista epäsuotuisuutta, jonka syntymiseen ja arviointiin vaikuttaa ihmisaivojen kyky muodostaa ja tulkita merkityksiä. Vääristyessään merkitykset vaikuttavat uusien kokemusten tulkintaan. Yksilöllisen maailmankuvan tilanteittaista epäsuotuisuutta voi verrata somaattisen sairauden kokemukselliseen puoleen, jota on nimitetty *taudin* sijasta *vaiivaksi* (ks. kuvio 9 edellä ja

kuvio 5 luvussa 3.3.5). Tällöin kokijan asiantuntijuus epäsuotuisuudesta nousee esiin.

Häiriöiden nimitykset, todellisuus ja käsitykset todellisuudesta ovat keskenään monimutkaisessa vuorovaikutussuhteessa. Sairaudesta puhuttaessa ihmisillä on Rädyn (1987: 75) mukaan taipumus käyttää konkreettista syy-seuraus-jäsennystä, joka ei oikein sovi psykiatriseen sairauteen, koska mielisairaus ei ole ristiriidattomasti perinnöllinen tai aivojen toiminnan häiriöön perustuva. Psykiatrian kielen tutkijana Feer (1987) on erityisesti kiinnittänyt huomiota alan luokitusten ja nimitysten ammattikirjallisuuden välityksellä tapahtuvaan oppimiseen. Nimitykset saavat poikkeuksellisen suurta painoarvoa verrattuna tilanteeseen, jossa ilmausten taustalla olevat todellisuuden syy-seuraussuhteet voidaan todentaa yksiselitteisemmin kuin psykiatrian tutkimuskohteiden tapauksessa on mahdollista. Kielenkäytön merkitys korostuu psykiatriassa paitsi tutkimuksen, myös kommunikaation ja siihen perustuvan hoidon välineenä. Yksittäisen ihmisen ongelmalliseen elämäntilanteeseen vaikuttavat lisäksi yhteiskunnalliset arvostukset ja vaatimukset. Henkilön omat ja auttavien tahojen tunteet ja käsitykset korostuvat, kun käsitteistetään vaikeaa ja monitekijäistä ongelmatilannetta. Turvautuminen olemassa oleviin ja vakiintuneina pidettyihin kielen ilmauksiin on ymmärrettävää ja välttämätöntä, kunnes pystytään osoittamaan ja vakiinnuttamaan toisenlaisten ajattelu- ja nimeämistapojen mielekkyyttä. Feerin (1987: 39) mukaan on olemassa erilaisia psykiatristen häiriöiden stereotypioita, jotka saattavat olla epätäydellisiä ja vääriä. Skitsofrenia-käsite voi olla jopa mahdoton, ja koko käsitteestä olisi kenties luovuttava, mutta sisällötön se ei ole. Jos se ei merkittäisi mitään, oppikirjoissa skitsofrenian yhteydessä tarkoitettaisiin mitä tahansa käyttäytymistä. Tällaista käsitystä eivät Feerin (mp.) mukaan edusta edes äärimmäisyyksiin menevät antipsykiatrit.

Tautiluokitukset tukeutuvat ontologiseen sairauskäsitykseen, jonka mukaan häiriöluokat viittaavat olemassa oleviksi ajateltuihin ilmiöihin (ks. Riikonen ym. 1994: 355). Vaikka asiakkaan perheeseen ja muihin ihmissuhteisiin viitataan, oireiden ajatellaan sijoittuvan yksilöön eikä ympäristön kanssa tapahtuvaan vuorovaikutukseen. Asiantuntijoiden tavoitteiden merkitys korostuu asiakkaiden tavoitteiden ja toiveiden kustannuksella. Myös arvojen ja ongelmien väliset yhteydet sivuutetaan. Ammatillinen asiantuntijuus on

korosteisempaa kuin maallikkoasiantuntijuus (Riikonen ym. 1994: 355). Elämänolojen sekä ammatillisten ja taloudellisten tekijöiden stressiä aiheuttava merkitys arvioidaan DSM-III:n (1991: 8) ohjeistuksessa käyttämällä viitteenä ”keskivertoihmistä”, jolla on potilaan kanssa samanlainen sosiaalinen ja kulttuurinen tausta. Tällaisia keskivertoihmisen kuvitteelliseen kokemukseen viittaavia stressitekijöitä ei tautiluokituksessa kehota mielellään kirjaamaan neljää enempää.

Sairauden ja häiriöiden tyyppiset ongelmakäsitykset on perinteisesti nähty selkeinä, erillisinä luokkina, tosin psykiatriassa on pyritty myös ei-kategorisiin, ulottuvuuksiin perustuviin luokituksiin (ks. luku 4.2.1). Jos mielenterveyden häiriön käsite nähdään elämäntilanteen kokemuksellisenä epäsuotuisuutena, on ongelmakäsitetä mahdollisuus lähestyä myös myönteisestä näkökulmasta. Vastakäsitteenä hahmottuu tällöin toiveikkuutta herättävä, asiakkaan ja hänen ympäristönsä voimavaroja huomioon ottava, uusiutumiskykyä luova, yhteisöllinen käsite. Ongelmatilanteessa asiakkaan henkinen kompetenssi saadaan käyttöön. Häiriöstä kärsivää ihmistä, hänen lähipiiriään ja yhteiskuntaa voidaan tarkastella kokonaisuutena, vaikka mielen tasapainon häiriintyminen on yksilötasolla ongelmallisuuden ilmenemismuoto. Tällöin kartoittamisen ja nimeämisen sijaan keskitytään keskusteluun sekä vaihtoehtojen ja näkökulmien etsimiseen. Uudenlainen diagnostinen ajattelu ei yksilöllistä ja esineellistä ongelmia, vaan keskittyy vuorovaikutuksen lisäämiseen, helpottamiseen ja oppimiseen sekä erilaisten toimintamallien löytämiseen. Maallikkoasiantuntijuudesta tulee tasavertainen, toimiva komponentti ongelmatilanteita ratkaistaessa, tai ainakin eri osapuolten asemaan liittyvä epäsymmetria otetaan huomioon. (Vrt. Riikonen ym. 1994.)

Kuten on käynyt ilmi, mielenterveyttä ja sen häiriintymistä voidaan käsitteinä tarkastella periaatteessa kahdesta näkökulmasta: kielteisestä ja myönteisestä. Historian kuluessa muotoutunut näkemys ihmisen poikkeavaksi katsotusta mielenterveydestä ja käyttäytymisestä on negatiivinen ja leimaava. Yhteiskunnalliset instituutiot edellyttävät kuitenkin kartoittamista ja nimeämistä. Käsitteen hahmottumiseen negatiivisena ja hajanaisena ovat vaikuttaneet psykiatrian pääosin synkkä menneisyys, hoitokeinojen vähyys ja teoreettisten koulukuntien moninaisuus. Sisäisten ja ulkoisten tekijöiden rajapintaan asettuminen tekevät

lisäksi käsitteestä käytännössä vaikeasti lähestyttävän ja vaikeasti ymmärrettävän. Luonnontieteen mekanistiseen perinteeseen kuuluva luokittelu synnyttää stereotyyppisiä käsityksiä. Vaikka mielenterveyden häiriötä on viime vuosikymmeninä pyritty käsitteellä normalisoimaan, sisältyy siihen edelleen monia ristiriitaisia piirteitä. Keskeinen merkitykseen liittyvä käytännön ongelmallisuus koskee käsitteen vertaamista ruumiilliseen sairauteen. Erikoisalalla kaavamaiset, yleistä pätevyyttä tavoittelevat ajattelun mallit perustuvat ammattilaisten asiantuntijuuteen, jota psykiatriassa leimaa metaforisuus.

Tarkkailtavat ilmiöt ovat psykiatriassa vaikeasti tavoitettavia; ne voidaan tulkita väärin tai ainakin puutteellisesti. Ilmiöt voidaan nimetä eri tavoin, vaikka kohde on sama. Tarkkailija saattaa myös vaikuttaa tarkkailtavaan, jolloin tämä muuttaa ilmaisuaan ja tieto tutkittavasta ilmiöstä hämärtyy. (Ks. luku 3.1.) Ongelmiin keskittyvän käsitteistyksen rinnalle mahdollisesti nouseva ”voimavarakeskeinen diagnostiikka” ja sen onnistumiskertomukset voivat luoda onnistumista, ei vain löytää sitä. Myös myönteisiä olosuhteita ja tulevaisuusvisiota voidaan luoda ja analysoida. (Riikonen 1992; Riikonen ym. 1994: 351.) Mielenterveyden häiriön käsite on analysoitavissa kuvaamalla sen sisältöä. Tiedon lisääntyessä ja näkökulmia vaihtamalla voidaan luoda uudenlaista mielenterveyteen liittyvää ymmärtämistä. Riikosen ym. (1994: 347, 357) mukaan psykiatrian nykyinen tapa luokitella häiriöitä on liian kapealla pohjalla. Muiden kuin lääketieteellisten auttamiskeinojen käyttäminen saa vähemmän huomiota. Kirjoittajat painottavat uusien psykososiaalisten hoitomuotojen kehittämisen ja maallikkojen voimavarojen ja toimintamahdollisuuksien hyödyntämisen tärkeyttä. Asiakkailta ja heidän lähipiiriltään on asiantuntijuutta, jolla ei kuitenkaan ole virallista asemaa.

Ihmiseen ja luontoon liittyy myös korjaavien ja uusien mahdollisuuksia synnyttävien voimien olemassaolo. Tällaisten voimavarojen esiin saaminen edellyttää useasta näkökulmasta tapahtuvaa, luovaa ja monitieteistä sekä myös arkista keskustelua. Inhimillisenä tarpeena kertomuksellisuus mahdollistaa dynaamisia, lukkiutumista ja leimaamista estäviä toiminta- ja tarkastelutapoja. Ammatillisen diskurssin kannalta nimeäminen ja luokittelu on välttämätöntä; samoin on välttämätöntä pohtia nimettävien ilmiöiden perusluonnetta.

Uusi, aikaisempaa laajempi ja myönteisempi ongelmakäsite on ehkä jo olemassa, se saattaa olla syntymässä, tai se voidaan tietoisesti luoda, mutta sillä ei ole yleisessä käytössä kielellistä ilmausta. Voidaan kysyä, viitataan tällaisella käsitteellä samaan tarkoitteeseen kuin perinteisellä mielenterveyden häiriön käsitteellä. Yhteisenä välttämättömänä olennaispiirteenä voidaan nähdä 'olemassaolon epäsuotuisuus', jolloin kysymyksessä on vanhan ja uuden käsitteen välinen polysemia. Psykiatria on tekemisissä psyyken sisäisten, vain epäsuorasti havaittavissa olevien mutta ongelmallisten tapahtumien kanssa. Ongelmakäsitteet voidaan nimetä metaforan avulla. Tällöin ongelmia verrataan esimerkiksi alentuneeseen toimintakykyyn (*depressio, masennus*), hajaantumiseen, jakaantumiseen ja sairauteen (*skitsofrenia*) tai kiihtyneisyyteen (*mania*). Voidaan myös kysyä, tarvitaanko hankaliksi koetuissa elämäntilanteissa nimeämistä ylipäänsä ja voidaanko ongelmista puhua ammatillisesti nimeämättä niitä yhdellä lyhyehköllä termillä. Yhteiskunnan ja työelämän hallinnolliset ja tilastolliset tarpeet näyttävät edellyttävän ja ylläpitävän nykyisenlaisia luokituskäytänteitä. Ongelmatilanteissa keskeistä on kuitenkin kohtaaminen ja ymmärrettävyksi tuleminen.

5 MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖIDEN NIMEÄMINEN

Olen käsitellyt kolmessa edellisessä pääluvussa psykiatria tieteenalana, sen suhdetta kieleen, luokittelua ja sitä, miten psykiatriassa on tapana ajatella. Viidennessä pääluvussa siirryn käsittelemään nimeämistä yleensä ja psykiatrian termejä eli käsitteiden kielellisiä tunnuksia. Selostan teorrettisia näkemyksiä, jotka liittyvät eri abstraktiotasoilta tapahtuvaan havainnointiin, nimenantoprosessiin ja metaforan luonteeseen psykopatologisten tapahtumien yhteydessä. Tarkastelun kohteena ovat psykiatrian keskeiset diagnoosit ja yksisanaisten termisanaston ominaisuudet tieteen kielen perinteiden ja piirteiden näkökulmasta. Tutkimukseni alussa esitetyt nimeämistä koskevat kysymykset kuuluivat: miten psykiatriassa on tapana nimetä tutkimuskohteita eli miten erilaiset ajattelutavat näkyvät psykiatrian termeissä ja millaista termistö on luonteeltaan, esimerkiksi abstraktisuusasteeltaan.

Tähän mennessä on käynyt ilmi, että psykiatriset diagnoosit perustuvat pääasiassa oireisiin ja kliiniseen kuvaan. Useimmat psykiatriset häiriöluokat edustavat oireyhtymädiagnostiikkaa, tyyppiesimerkkeinä metaforat *depressio* 'masennus' ja *skitsofrenia* 'jakomielisyys'. Lääketieteessä opittiin runsas sata vuotta sitten tekemään taudin etiologiaan perustuvia diagnooseja, mutta psykiatriassa joudutaan häiriöitä tarkastelemaan toiselta pohjalta: häiriöt ovat useimmiten monitekijäisiä ja moniulotteisia (ks. luku 2.1). Somaattisessa lääketieteessä oireisiin perustuvia metaforadiagnooseja kuten *diabetesta*, *tuhkarokkoa* ja *syöpää* on mahdollista käyttää, koska sairaudelle on osoitettavissa syy ja sairaus sijaitsee tietyssä konkreettisessa paikassa ihmisen anatomiaa. Tekniikan, lääketieteen ja oikeustieteen dynaamisia ammattikäsitteitä koskeva tutkimus on osoittanut, että tapahtumia koskevissa käsitteissä ainoan spesifin käsitepiirreluokan muodostaa vaikuttava tekijä eli se, mikä tapahtuman aiheuttaa (Pilke 2000: 157, 237, 314). Lääketiede perustuu käytännössä sairauksien syiden etsimiseen ja sitä kautta niiden ymmärtämiseen ja parantamiseen. Psykiatristen häiriöiden yksiselitteisiä syitä ei tunneta, vaan niihin vaikuttavat samanaikaisesti biologiset, psyykkiset, sosiaaliset ja kielelliset tekijät, joten niiden nimeämistä on tutkittava monella eri tasolla.

Kuten on käynyt ilmi, sairaus on sekä psykosomaattinen että sosiokulttuurinen ilmiö. Amerikkalainen psykoanalyttikko Harry Stack Sullivan (1892–1949) loi psykoanalyysin sisälle 1900-luvun alkupuolella niin sanotun dynaamis-kulttuurisen koulukunnan, joka painottaa sekä sosiaalisten että tämänhetkisten tapahtumien merkitystä. Toisaalta muun muassa Griesinger oli aikaisemmin 1800-luvulla käyttänyt käsitettä '*Einheitspsychose*' (jakamaton psykoosi), jonka mukaan kaikki psyykkiset oireet ovat yhden psykoosin ilmentymiä eikä niitä pystytä luokittelemaan. (PsS 1995: 91, 230) Nykyajan maailmassa elävien nuorten tilannetta kehityopsykologian tutkijat kuvaavat Pylkkäsen (25.1.2002) mukaan ”subjektin kriisinä”. Taustalla olevina tekijöinä kirjoittaja luettelee globalisaation, kansainvälisen median ja perherakenteiden nopean muuttumisen, jotka ovat mullistaneet perinteisiä sosiaalisia rakenteita. *Kiehtova ihmismieli* -teoksen (= KI 1992: 40) mukaan mielenterveyden häiriön tai sairauden määrittäminen ja nimeäminen, diagnosointi, on vaikea tehtävä, joka toisinaan muistuttaa yhtä paljon taidetta kuin tiedettä.

Karihalme (1996: 77–78) on tutkinut, minkä tyyppisiä informaatioyksiköitä ilmaukset ovat muotoiludiskurssiin osallistuvien mentaalissa leksikossa. Monitasoisen arvioinnin kohteena ovat leksikaalisten käsitteiden vakaus ja erikoistuneisuus; kysymyksessä on käsitteympäristöjen, käsitteiden ja niiden nimien analyysi ja ymmärtäminen. Karihalmeen (1996: 79) tutkimat muotoiluteoria ja sen sanasto muistuttavat psykiatrian vastaavia siinä, että kumpikin ala on psyykkisesti eläytyvää, ja käsitteiden ilmaisemisessa turvaudutaan usein metaforiin. Metaforakäsitteet ovat kontekstiaalttiita, eikä niiden yleensä ole katsottu täyttävän tieteen termien vaatimuksia kuten vaikkapa tarkkarajaisuutta ja yksimerkitysisyyttä (mp.; Haarala 1989: 265). *Depression* ja *skitsofrenian* tyyppiset psykiatriatieteen termit muistuttavat muotoilutieteen metaforatermejä siinä, että molemmat tuovat kielen tasolle kielettömiä, visuaalisia ja spatiaalisia mielikuvia (vrt. Karihalme 1996: 134), *skitsofrenian* yhteydessä kysymyksen tulevat myös auditiiviset mielikuvat.

Luvussa 4.1 kohdassa (a) esitin koosteen, jonka tarkoituksena oli luonnehtia ammattilaisia (AM) ja maallikoita (MA) vuorovaikutuksen osapuolina sekä heidän lähtökohtiaan auttajina ja autettavina. Ajatuksena oli, että kummallakin saman ilmiön tarkastelija-osapuolella on pyrkimyksenä mieleen liittyvien ongelmatilanteiden ymmärtäminen sekä

yksilö- että institutionaalisella tasolla. Vastaavan dikotomian voi hahmottaa osapuolten käyttämään kieleen liittyvänä. Tarkastelunäkökulmat ovat tällöin seuraavat:

(d)	AM	MA
	erikoiskieli	yleis-/arkikieli
	erikoissanakirja	(yleis)sanakirja
	termi	termisana
	kryptisyys	delfisyys
	oppitermi	arkitermi
	kielellinen tarkkarajaisuus, invarianssi	kielellinen väljyys, tulkinnallinen konteksti- sidonnaisuus
	erikoismerkitys	yleismerkitys.

Viestinlajeista tietokirjallisuus ja sen sanasto viittaavat Niemikorven (1996: 61) mukaan ”ihmisen ajattelun kautta tapahtuviin kuvitteellisiin asiantilojen yleistyksiin ja teoreettiseen asioiden järjestelyyn”. Karihalme (1996) kuvaa deskriptiivissä leksikaalisessa semantiikassa tehtyä eroa sana- ja tietosanakirjamäärittelyn välillä. Sanakirjojen määritelmät ovat tietosanakirjojen vastaavista poiketen sanaspesifejä. Sanaspesifyteen kuuluu, että satunnaiset piirteet saattavat määrittää kohdetta tarkoitteen tieteellisen tarkkailun sijaan. Kun kohdetta kommentoidaan sanallisesti, saattaa sellainen selite fokusoida piirteitä, jota ei muuten pidettäisi tärkeänä. Tarkoitteen piirteinä esimerkiksi naisen kohdalla hiusten väri on epäolennainen, mutta silti se fokusoituu termiä *blondi* käytettäessä. (Karihalme 1996: 140.) Käsite rakenne, järki ja tieto, luonnehtivat erikoissanakirjojen termejä; sanaspesifit ominaisuudet, tunne ja intuitio, luonnehtivat yleissanakirjojen termisanoja (Cruse 1988: 73–83).

Yleissanakirjan ja tietosanakirjan määrittelyero ilmenee selvästi masennuksen kohdalla. Reponen (1931: 446) luettelee 1930-luvun alussa masennuksen taustalla oleville verbeille *maseta, masentaa, masentua* merkitykset ’tyytyä, väsyttää, väsyä, vähetä’. *Nykysuomen sanakirja* tuntee vielä *Perussanakirjasta* poiketen *maseta*-verbin (’raueta, sortua, kukistua, lannistua, luhistua, murtua, kuihtua’), tosin harvinaiseksi luokitellen. Emotionaalisen ilmapiirin kuvaajina ’väsyminen’, ’tyyntyminen’ ja ’raukeaminen’ ovat piirteinä myönteisempiä ja helpommin hyväksyttäviä kuin sanapari *väsymys ja tehottomuus* seuraavassa *Psykiatrian Sanaston* (1995: 77) kuvauksessa (kursivointi U.-H. K:n):

(5) **masentuneisuus**

kliininen oireyhtymä, johon kuuluu mielialan lasku, mielenkiinnon ja mielihyvän menetys, psykomotorinen retardaatio tai agitaatio sekä ajattelu- ja keskittymisvaikeudet; *väsymys ja rehottomuus* ovat tavallisia oireita samoin kuin arvottomuuden ja syyllisyyden tunteet; toistuvia kuoleman ajatuksia ja itsemurhayrityksiä; biologisina oireina unihäiriöitä, päivittäistä mielialan vaihtelua, ruokahalun menetys, painonlasku, ummetus, sukupuolisen halun puute ja naisilla kuukautisten puuttuminen.

Kilpailua, tuloksia ja määrällisiä ominaisuuksia korostavassa nyky-yhteiskunnassa ei 'väheneminen' ja 'tyyntyminen', vaikkapa työmäärän vähentämisen ja pysähtymisen tarvetta ilmaisemassa, tule ensimmäisenä mieleen *masennus*-termin taustalla (vrt. NS:n aineskokoselma: *Täytyipä lumisateen maseta, kun aurinko suilahti näkymään*).

5.1 Psykiatrisen käsitteen nimeämisen teoriaa

Psykiatriset häiriöt johtuvat monista eri tekijöistä, ilmenevät monella eri tasolla ja ovat vaikeita ymmärtää, joten käsittelen seuraavaksi psykiatrian tutkimuskohteiden nimeämiseen liittyviä teoreettisia näkemyksiä. Aikaisemmin luvussa 3.1 kävi ilmi, että toisen ihmisen kipua ja tuskaa koskeva ongelma voidaan kohdata kuvittelun ja empaattisuuden avulla. Kipu, kärsimys, halu ja esimerkiksi kyky nähdä erilaisia värejä ovat Feerin (1987: 23) mukaan ymmärrettävissä olevia psyykkisiä tapahtumia, joita on kuitenkin vaikea yleispuhekielen avulla kuvata ja nimetä. Vaikeus johtuu siitä, että ihmisellä on aikomuksia ja päämääriä ainoastaan konkreettisessa, havaittavissa olevassa ympäristössä, ja ainoastaan tällaisia intentioita varten kielessä on nimityksiä. Luvussa 3.3.5 kävi lisäksi ilmi, että kokonaisvaltaisesti tarkasteltuna ihmisen voi ajatella käyttävän kipujaan ja vaivojaan vuorovaikutuksen välineinä ilmaisutarpeidensa tyydyttämiseksi. Tällöin näkökulma ongelmiin on kokonaan toinen.

Ympäröivän maailman ilmiöitä on mahdollista tarkastella monelta eri tasolta. Toivonen ym. (1998) kuvaavat eriasteisia käsitteellisiä abstraktiotasoja, joiden perustasona voidaan pitää jokapäiväisten esineiden ja toimintojen tasoa. Se, millä yleisyydellä liikutaan, kuuluu yleensä ihmisten käyttämistä puheenvuoroista, siitä miten tarkasti tai yleisesti he kuvaavat vaikkapa omaa asuntoaan tai autoaan. Elämän tai olemassaolon kokonaisuuteen liittyy

esimerkiksi paikasta toiseen liikkuminen, jonka yhtenä muotona on tavaroiden ja ihmisten kuljettaminen. Tämä voi tapahtua erilaisia liikennevälineitä käyttäen (autot, junat, lentokoneet), joista autot edustavat jotain tiettyä merkkiä. Yleisemmiltä tasoilta voidaan edetä aina vain yksityiskohtaisemmille tasoille, tietynmerkkisen auton erilaisiin osiin. Perustason tässä esimerkissä muodostaa konkreettisten esineiden taso: autot, junat jne. (Toivonen ym. 1998: 241–242.)

Psyykkiset ilmiöt poikkeavat edellä esitetyistä konkreettisista, havaittavissa olevista tapahtumista. Aikaisemmin on käynyt ilmi, että kieli jäsentää ja erittelee ihmisen aikeita ja päämääriä samaan tapaan kuin ympäristössä esiintyviä yksittäisiä asiantiloja. Toisen ihmisen psyyken tapahtumat eivät kuitenkaan ole Feerin (1987) mukaan intentionaalisuuden lopullinen kohde. Vaikka johonkin asiaan asennoidutaan yhteiseksi miellityllä psyykkisellä tavalla, tarkoituksellisuuden varsinaisena kohteena eivät ole toisen ihmisen psyyken tapahtumat. Kun toista ihmistä esimerkiksi ilahdutetaan, ei päämääränä ole vain toisen ilo, vaan myös oma mukana iloitseminen. Samoin kun toista osapuolta loukataan, etsitään ennen kaikkea omalle vihalle tyydytystä. Toisen ihmisen psyykkiset tapahtumat ovat intentionaalisuuden perimmäisenä päämääränä vain psykiatriassa ja psykologiassa. Näissä tieteissä ne ovat erilaisten käsitysten ja kielen objekteja. Tällainen kieli Feerin mukaan kuitenkin vielä toistaiseksi puuttuu. Psyykkisistä tapahtumista puhuttaessa ja niitä nimettäessä on turvauduttava arkikielestä saatuihin analogioihin ja käytettävä käsitteitä, jotka ovat tuttuja mutta vieraassa merkityksessä. Kokellinen psykologia voi määritellä omia käsitteitään operationaalisesti, mutta patologisuuden kanssa toimimaan joutuva psykiatria ei siihen vielä yleensä pysty. Sairauden tai häiriön syntymiseen vaikuttavia tekijöitä on vaikeampi kontrolloida kuin normaalipsykologiaan kuuluvien tapahtumien ehtoja. Siksi monet psykiatrian käsitteet ovat metaforisia. (Feer 1987: 23.)

Feer (1987) selvittää metaforan käsitettä. Metafora vertaa toisiinsa kahta asiaa, A:ta ja B:tä, jotka ovat peräisin täysin erilaisilta todellisuuden alueilta ja joita ei voi rinnastaa keskenään. A on yleisesti tunnettu asia, B taas tunnetaan huonosti, ja sitä on vaikea kuvailla. Psyykkiset ja varsinkin psykopatologiset tapahtumat edustavat tyyppiä B, koska ne eivät kuulu ei-psykiatrisen arkipäivän toiminnan ja mielenkiinnon kohteisiin. Jos A ja B

vastaavat toisiaan jonkin oleellisen ominaisuuden suhteen, vaikka ne muuten ovat perustaltaan erilaisia, voidaan A:ta käyttää B:n kuvaamiseen. Käsite *depressio* ('painaa alas') vertaa tilassa alaspäin tapahtuvaa muutosta ("– – eine Verschiebung im Raum nach unten – –") crityisellä tavalla supistuneeseen ihmisen toimintaan. Kielikuvana *depressio* on valaiseva ja helposti muistettavissa oleva, asiantilan lyhyt kuvaus. (Feer 1987: 23.)

Kuvauksen tulisi perustua asian aikaisempaan, seikkaperäiseen kuvaukseen, joka on kuitenkin laajuutensa ja pituutensa vuoksi epäkäytännöllinen. Nykyisenlainen *depressio*-käsite on Kraepelinin (1856–1926) käyttöön ottama. Hän olisi voinut luoda tälle käsitteelle myös kielellisen uudismuodosteen, joka olisi toiminut analogiana toisen saksalaisen psykiatrin Karl Ludwig Kahlbaumin (1828–1899) luomalle käsitteelle *katatonia* [LT: latinan *catatonia* < kr *kata* 'alas' + *tonos* 'jännitys' = '(etenkin skitsofrenialle ominainen) lihasjäykkyytila']. Metafora on kuitenkin helpompi omaksua ja nopeampi ottaa käyttöön kuin neutraali uudismuodoste. (Feer 1987: 23–24.)

Psykiatriassa on Feerin (1987) mukaan vaikea turvautua matemaattisiin menetelmiin. Psykopatologisen tilan nimeäminen tai "kastaminen" (sa *eine "Taufe"*) tapahtuu tapausaineiston ja nimenannon avulla. Nimeäminen noudattaa tapauskohtaista nimenantoa siten, että henkilöiden $P_1, P_2 \dots P_n$ patologinen käyttäytyminen nimetään X:ksi. Tämän tyyppisen kastetapahtuman (sa *ein Taufakt*) avulla jokin uusi saa alkunsa, mutta menetelmän heikkous on siinä, että se on riippuvainen yksittäisistä tapauksista. On syytä kysyä, löytyykö todellinen, luonnollinen sairausyksikkö – mikäli sellainen on olemassa – rajatusta joukosta keskenään samantyyppisiä tapauksia. Vaarana saattaa olla, että luonnollisen sairauden oleelliset oireet jäävät huomaamatta, ja sen sijaan tutkitaan satunnaisia yhtäläisyyksiä taudille tunnusomaisina erityispiirteinä. Feer kysyy, voidaanko luonnollista sairausyksikköä ylipäänsä etsiä. (Feer 1987: 24.) Samaa asiaa pohti Santeri Ingman Suomessa 1800-luvun puolivälissä kysyessään, ovatko taudit itsenäisiä ja eläviä olentoja ja voidaanko niitä nimetä ulkoisten tunnusmerkkien avulla (ks. luku 1.5.2).

Matemaattisin menetelmien ja analyysien avulla on mahdollista muodostaa oire- ja tapausryhmiä, jotka ovat yksiselitteisesti määriteltyjä. Pistokokeiden laajuuteen ja laatuun vaikuttavat kuitenkin subjektiiviset ennakkopäätökset. Lisäksi havaitut oireet eivät ole olemassa sinänsä (*an sich*), vaan ne syntyvät usein vasta potilaan ja lääkärin eli havainnoitsijan keskinäisen suhteen tuloksena. Tarkkailutilanteessa on mukana intuitio. Matemaattiset metodit saattavat antaa ymmärtää, että oireiden nimitykset ovat lyhennemuotoja ominaisuuksien muodostamista joukoista. Nimen merkitys ei ole kuitenkaan identtinen sen kokeellisen määritelmän kanssa. Määritelmä on vain nimen ekstensio eli luokan viittausala (sa *ein Klassenumfang*). Nimellä on myös merkitys (*ein Sinn*), intensio. Oletetaan, että endogeeninen (sisäsyntyinen) depressio voitaisiin tunnistaa patologisin testein ja siten hahmottaa kaikki tapaukset sekä määrätä käsitteen ekstensio. Endogeeninen depressio on kuitenkin enemmän kuin patologinen testi. Tämä ”enemmän” on yhtä kuin käsitteen intensio. (Feer 1987: 24.)

Kripke (1972) on esittänyt nimeämisteorian, joka poikkeaa aikaisemmasta käsityksestä. Nimet nähtiin 1970-luvun alkuun asti vain lyhennettyinä muotoina luetteloista, joita saadaan yksilöiden tai ryhmien erilaisista tunnusmerkeistä. Maantieteessä jonkin paikan, vaikkapa kaupungin, tarkka sijainti voidaan ilmoittaa esimerkiksi pituus- ja leveysasteiden avulla, jolloin nämä seikat määrittävät kyseisen paikan ja ainoastaan sen. Kaupungin nimi ja siitä saadut, sijaintia koskevat tiedot näyttivät näin ollen olevan synonyymejä. Samoin näyttää olevan lajinnimitysten kohdalla: skitsofrenia on sairaus, joka ilmenee ajatushäiriöinä ja harhaluuloina. (Ks. Feer 1987: 25.)

Kripken (1972: 253–355) mukaan nimet merkitsevät luonnollisen maailman asioita, eivät ominaisuuksien kimppuja. Raamatun Mooses ei ole ‘mies, joka johti kansansa Israeliin’, vaan hän olisi voinut myös jäädä Egyptiin ja olla silti nimeltään Mooses. Samoin Leonardo da Vinci ei ole ‘mies, joka maalasi Mona Lisan’, vaan hänkin olisi voinut valita jonkin täysin toisen ammatin ja olla siitä huolimatta samanniminen. Kokeellisten määritelmien tai ominaisuuksien kimppujen tapaisia seikkoja käytetään tarkoittamatta, että ne olisivat kohteidensa synonyymejä. Nimet nähdään pikemminkin jähmeinä, luonnon esineille ja asioille annettuina designaattoreina, jos niiden tunnuspiirteistö on riittävä. (Kripke 1972:

258–259; Feer 1987: 25, 36; ks. myös Wittgenstein 1981: 72.)

Feer (1987) päätyy toteamaan, että on olemassa selityksiä, jotka ovat tosia; ne ovat metafysisesti, olemassaolon luonteen kannalta välttämättömiä kaikissa ajateltavissa olevissa maailmoissa. Mutta on myös lausumia, jotka syntyvät ainoastaan episteemisestä, tietoa koskevasta välttämättömyydestä. Vesi esimerkiksi on jokaisessa mahdollisessa maailmassa H₂O, ja se, mikä ei ole H₂O:ta, ei ole missään tapauksessa vettä, vaikka sillä olisi kaikki muut veden ominaisuudet. Vaikka vesi on koostumukseltaan, redusoituna, happi- ja vetyatomeja, sillä on myös rakenne. Koostumuksesta ja rakenteesta seuraa, että vedellä on sellaisia ominaisuuksia kuin juoksevuus, läpinäkyvyys jne. Nämä ominaisuudet ovat niin sanotusti emergentejä eli sellaisia järjestelmän ominaisuuksia, joita ei ole yhdelläkään sen rakennusosalla. Vaikka vesi epistemologisesti redusoidaan sen kemialliseen rakenteeseen, se ei redusoidu siihen ontologisesti, vaan juoksevuus ja muut vastaavat ominaisuudet säilyvät. (Feer 1987: 25; ks. myös H. Karlsson 1994b: 88–89; 1996: 65; Kamppinen 1994: 44–49.) Kaunokirjallisen teoksen henkilönä Sherlock Holmes on kaikissa ajateltavissa olevissa maailmoissa kuvitteellinen. Jos jossain toisessa maailmassa olisi henkilö, joka muistuttaisi täysin Sherlock Holmesia, ei hän kuitenkaan olisi tämä. Conan Doylen luoma hahmo ei voi olla missään maailmassa todellinen henkilö. (Feer 1987: 25.)

Nimenanto ei tapahdu siten, että laaditaan kaikista ominaispiirteistä luettelo ja korvataan piirteet nimellä. Pikemminkin seurataan kastetapahtuman kulkua. Päätös nimestä voi tapahtua eksplisiittisesti tietystä, tunnetussa historiallisessa tilanteessa. (Feer 1987: 25.) Tällaisesta tilanteesta on esimerkkinä sveitsiläisen psykiatrin Eugen Bleulerin (1857–1939) vuonna 1911 ennenaikaiselle dementialle (*dementia praecox*) antama nimitys *skitsofrenia* (PsS 1995: 45). Nimestä ”päättäminen” voi tapahtua myös nimen vähittäisen leviämisen tai vakiintumisen kautta. Kun nimi mainitaan, siihen liitetään samat viittaussuhteet, kuin se henkilö on liittänyt, jolta nimi on opittu. Nimen viittaussuhde, referenssi ulottuu henkilöltä toiselle ja palaa lopulta takaisin henkilölle tai henkilöryhmälle, joka oli osallisena nimen antamisessa. Nimityksen referenssi vakiintuu ja siitä sovitaan kielellisen tradition ja sosiaalisen kanssakäymisen avulla. (Feer 1987: 25.)

Eksplisiittisen nimenannon yhteydessä nimen viittaussuhde määräytyy ensin tunnuspiirteiden kuvailemisen ja määrittelymisen avulla. Nimen kiertäessä henkilöltä toiselle ei sen kuvaus kuitenkaan kulje mukana. Nimi ei välttämättä enää myöhemmin merkitse nimenantajan kuvaamia ominaisuuksia vaan asiaa, jota sillä alun alkaen tarkoitettiin. On jopa mahdollista, että asialla on myöhemmin aivan toisenlaisia ominaisuuksia, kuin mitä alunperin otaksuttiin. Tästä huolimatta nimi viittaa samaan kohteeseen. Intiaanit eivät ole aikoinaan saadusta nimestään huolimatta Intian asukkaita, eikä heistä sellaisia voi tullakaan. (Feer 1987: 25–26.)

Nimenanto tapahtuu samalla lailla yksilön ja lajin kohdalla. Lajia nimettäessä lajin ala, ekstensio, on riippuvainen niiden asioiden todellisesta luonteesta, jotka muodostavat paradigman. Laji määräytyy siten muutaman tyyppilliseksi katsotun tapauksen perusteella. (Feer 1987: 25–26.) Psykiatrian tautiluokitusten yksittäisiä häiriöitä ja oireyhtymiä voidaan pitää tällaisina prototyyppeinä tapauksina. Hoffmannin (1988: 103) mukaan termi nimeää käsitteen, joka kuuluu erikoisalan ilmiöiden luokkaan ja josta muodostuu tietoisuuteen mielikuva. Luvussa 3.3.3 esittelin Hasanin (1986: 179) esimerkin talon ostamisesta. Kysymyksessä oli teko, joka muodostuu tosiasioista ja jolla on myös seurauksia. Verbaalinen määritelmä ei aina vastaa ekstensionaalaisia tosiasioita, vaan jää väistämättä vajaaksi, ikään kuin mielikuvaksi. Tunteisiin liittyvissä asioissa oleellisia luonnehdintoja ihmisen vaikeista kokemuksista saattaa jäädä kokonaan piiloon. Kaikkia kokemuksia ei ainakaan voida kirjata tautiluokituksiin eikä ilmaista diagnoosien avulla.

Mielenterveyden häiriö on käsitteenä kaavamainen, ei vain maallikkojen vaan myös asiantuntijoiden mielestä. Oireet ja niiden nimitykset opitaan käyttämällä niitä, ja samalla tavalla niistä tulee käsitteitä. Furmanin ym. (1985) mukaan lääkärit ovat harjoittaneet ammattiaan ammoisista ajoista siten, että he ovat pyrkineet saavuttamaan potilaan luottamuksen ja aiheuttamaan positiivista suggestiota. Apukeinona tähän on käytetty häiriöiden nimeämistä. Psykiatrian kuten yleensä lääketieteen diagnoosinimikkeet perustuvat latinaan ja kreikkaan. Vierasperäiset tautinimikkeet voivat saada potilaan uskomaan, että asiantuntija todella tuntee sairauden syyn, kulun ja hoidon. Kun luokittelevia diagnooseja käytetään itsestäänselvyyksinä, ne voivat aiheuttaa pettäviä

mielikuvia, mystifioida tarpeettomasti psyykkisiä häiriöitä, estää tiedon syventämistä ja ylläpitää vääriä ennakkoluuloja. (Furman ym. 1985: 1647.)

Vielä nykyään sellaiset nimitykset kuten *psykiatrinen potilas*, *kroonikko* sekä psykiatriset tautinimikkeet ja niiden kansankieliset vastineet sisältävät kielteisen leiman (Tirkkonen 1985: 1689). Kapeaan biolääketieteelliseen näkemykseen nojaavalla psykiatrisella diagnoosilla on Furmanin ym. (1985) mukaan aina leimaava ja esineellistävä vaikutus. On arvosteltu sairauskäsitystä, jossa ei hoideta tuntevaa ja kokevaa ihmistä, vaan hänen sairastamaansa tautia, esimerkiksi skitsofreniaa. Lisäksi kiinnitetään huomiota vain yksilön heikkoihin ja kielteisiin ominaisuuksiin. Kielteinen leima ei kuitenkaan johdu itse diagnooseista, vaan se heijastaa usein käyttäjän omia kielteisiä tunnereaktioita ja ennakkoluuloja tai jopa pysyvää asennetta psyykkisiä häiriöitä kohtaan. Diagnosoinnin kehittäminen objektiivisemmaksi ja luotettavammaksi – ei häiriöiden olemassaolon kieltäminen – oletettavasti vähentää ennakkoluuloja. (Furmanin ym. 1985: 1647.) Psykiatristen häiriöiden nimeämiseen liittyvien vaikeuksien vuoksi on mielestäni tärkeää esitellä nykyinen diagnoosisto ja suorittaa siitä alustava analyysi myöhempiä, mahdollisesti tarkempia tutkimuksia varten.

5.2 ICD-10-tautiluokituksen keskeiset mielenterveyden häiriö -diagnoosit

Olen aikaisemmin käsitellyt psykiatristen tautiluokitusten historiaa ja luokittelun periaatteita. Tästä eteenpäin esittelen ja analysoin uusinta eli ICD-10-luokitusta, joka on syntynyt DSM-III-ohjeiston pohjalta. Maailman terveysjärjestön kymmenennestä tautiluokituslaitoksesta on vuonna 1995 laadittu suomalainen versio, joka on ilmestynyt kahtena julkaisuna. Ensimmäisen, systemaattinen osa koostuu eri lääketieteen alojen tautiluokituksista; näistä 21 luvusta psykiatria sijaitsee viidentenä. Toinen osa on aakkosellinen hakemisto, jonka tarkoituksena on helpottaa kutakin diagnoosia vastaavan tautiluokan etsimistä. (Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöitä koskevan luvun on kääntänyt Kaija Eerola.) – Koko tautiluokituksen sanotaan mahdollistavan eri maantieteellisiltä alueilta eri aikoina kerättyjen kuolleisuus- ja sairastavuustietojen systemaattisen analyysin, tulkinnan ja vertai-

lun. Käytännössä siitä on myös tullut tärkein kansainvälinen yleinen, epidemiologiaa koskeva standardiluokitus. Luokittelun perustana voivat olla diagnoosin lisäksi myös vastaanotolle tulon tai sairaalaan ottamisen syy taikka hoidettu sairaustila. (ICD-10 1995: 7.)

Tautiluokituksen systemaattisen osan alussa esitellään 22 esimerkkiä, joiden tarkoituksena on osoittaa, miten diagnooseihin liittyvät koodit valitaan. Kymmenes esimerkki (ks. ICD-10 1995: 10) koskee psykiatriaa. Päädiagnoosina esimerkissä on *plastiikkaleikkauksen jälkeinen psykoosi*, jonka pääkoodiksi kehoitetaan valitsemaan F09 (*määrittämätön mielenterveyden häiriö*) ja mahdolliseksi lisäkoodiksi Y83.8 (*muiden määritettyjen kirurgisten toimenpiteiden aiheuttama poikkeava reaktio*). Näin tarkkoja diagnooseja (*plastiikkaleikkauksen jälkeinen psykoosi*) ei itse luokituksesta löydy. Valtaosa psykiatrian diagnooseista on kyllä muodoltaan vastaavia: moniosaisia sanaliittoja.

ICD-10:ssä on samalla eli toisella abstraktiotasolla esitelty kolmimerkkisin koodein merkityt tärkeinä pidetyt, yleisesti esiintyvät yksittäiset sairaudet (F01–F99), joita ovat seuraavat 19 nimikettä:

- (6)
- | | |
|-----|--|
| F01 | Verisuoniperäinen dementia ICD-10, 186 |
| F02 | Muualla luokitettuihin muihin sairauksiin liittyvä dementia ICD-10, 186 |
| F03 | Määrittämätön dementia ICD-10, 187 |
| F04 | Elimellinen amnestinen oireyhtymä, joka ei ole alkoholin eikä muiden psyykkeen vaikuttavien aineiden aiheuttama ICD-10, 187 |
| F05 | Sekavuustila (delirium), joka ei ole alkoholin tai muiden psyykkeen vaikuttavien aineiden aiheuttama ICD-10, 188 |
| F09 | Määrittämätön elimellinen tai oireenmukainen (muun elimistön sairauden seurauksena esiintyvä) mielenterveyden häiriö ICD-10, 191 |
| F20 | Skitsofrenia ICD-10, 198 |
| F21 | Skitsotyyppinen häiriö (psykoosipiirteinen persoonallisuus) ICD-10, 200 |
| F24 | Indusoitunut harhaluuloisuus (jaettu harhaluuloisuus) ICD-10, 202 |
| F29 | Määrittämätön ei-elimellinen psykoottinen häiriö ICD-10, 203 |
| F30 | Mania ICD-10, 203 |
| F31 | Kaksisuuntainen mielialahäiriö ICD-10, 204 |
| F32 | Masennustila ICD-10, 205 |
| F33 | Toistuva masennus ICD-10, 206 |
| F39 | Määrittämätön mielialahäiriö ICD-10, 208 |
| F42 | Pakko-oireinen häiriö ICD-10, 211 |
| F55 | Riippuvuutta aiheuttamattomien aineiden väärinkäyttö ICD-10, 223 |
| F64 | Sukupuoli-identiteetin häiriö ICD-10, 228 |
| F69 | Määrittämätön aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriö ICD-10, 231 |
| F70 | Lievä älyllinen kehitysvammaisuus ICD-10, 232 |
| F71 | Keskivaikkea älyllinen kehitysvammaisuus ICD-10, 232 |
| F72 | Vaikkea älyllinen kehitysvammaisuus ICD-10, 232 |

F73	Syvä älyllinen kehitysvammaisuus ICD-10, 232
F78	Muu määritetty älyllinen kehitysvammaisuus ICD-10, 233
F79	Määrittämätön älyllinen kehitysvammaisuus ICD-10, 233
F82	Motoriikan kehityshäiriö ICD-10, 236
F89	Määrittämätön psykologinen kehityshäiriö ICD-10, 238
F99	Tarkemmin määrittämätön mielenterveyden häiriö ICD-10, 245.

Esittelen seuraavaksi edellä lueteltuja tärkeimpiä yksittäisiä häiriöitä, jotta psykiatrian keskeisimmän alueen luonteesta syntyisi käsitys. *Dementialla* tarkoitetaan tylsistymistä (LT: < la *de-* 'pois' + la *mens* 'mieli'), "mielen poistumista". Sairaus alkaa verisuoniperäisenä yleensä myöhäisessä iässä (ICD-10 1995: 186). Elimellinen amnestinen oireyhtymä, joka ei ole alkoholin eikä muiden psyykeen vaikuttavien aineiden aiheuttama, on oireyhtymä, jossa väliaikainen muisti ja etämuisti ovat huomattavasti heikentyneet ja jossa satuilu voi olla merkittävä piirre (ICD-10 1995: 187). Dementian enneaikainen esiintyminen oli noin sata vuotta sitten korvattu käsitteellä skitsofrenia (ks. luku 5.1). Skitsofrenisille häiriöille ovat luonteenomaista tietyt ajattelun ja havaitsemisen vääristymät sekä tunteiden asiaankuulumattomuus ja latteutumisen (ICD-10 1995: 198). Bleuler erotteli perusteoksena pidettävässä kirjassaan *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias* skitsofrenian primaari- ja sekundaarioireet, joiden kuvaamisesta on puolestaan tunnettu saksalainen psykiatri Kurt Schneider (1887–1967). (PsS 1995: 45, 213; luku 2.1.) *Skitsotyyppiselle häiriölle eli psykoosipiirteiselle persoonallisuudelle* ovat ”ominaisia eriskummallinen käytös sekä ajattelun ja tunteiden poikkeavuudet, jotka muistuttavat skitsofreniassa tavattuja, vaikka mitään varmoja ja luonteenomaisia skitsofrenisia poikkeavuuksia ei esiinny missään vaiheessa”. Häiriön kehitys ja kulku muistuttavat persoonallisuushäiriöitä. (ICD-10 1995: 200.)

Indusoitunut eli *jaettu harhaluuloisuus* (LT: la *inducere* 'johdattaa, ottaa tehdäkseen') on kahden tai useamman toisilleen läheisen henkilön jakama harhaluuloisuushäiriö (ICD-10 1995: 200). *Manian* (LT: < kr *mania* 'raivoisuus, hulluus'; PsS: kiihko, vimma) kohdalla annetaan ohjeeksi, että kaikkia tämän luokan alajaotuksia pitäisi käyttää vain yhden vaiheen määrittämiseen. Hypomaaniset ja maaniset vaiheet yksilöillä, joilla on ollut yksi tai useampia mielialahäiriövaiheita (masennus, hypomania, mania tai sekamuoto), pitäisi luokitella *kaksisuuntaiseksi mielialahäiriöksi* (LT: bipolaarinen la *bipolaris* < la *bis*

‘kahdesti’ + la *polus* ‘napa’, kaksinapainen, kaksisuuntainen). Häiriössä esiintyy kaksi tai useampia jaksoja, joiden aikana mieliala, tarmo ja toimeliaisuus ovat merkittävästi häiriintyneet: mieliala on toisinaan kohonnut ja toiminnallisuuden taso lisääntynyt (*hypomania* ja *mania*), toisinaan mieliala on laskenut ja toiminnallisuuden taso vähentynyt (*masennus*). Pelkät toistuvat hypomania- ja maniajaksot luokitetaan kaksisuuntaisiin mielialahäiriöihin (ICD-10 1995: 203–204). *Bellin mania* (en *Bell's mania*) ei esiinny terminä ICD-10:ssä, mutta sillä tarkoitetaan tilaa, jossa potilas kuolee yhtäkkiä, eikä ruumiinavaus paljasta kuolinsyytä (PsS 1995: 42). Tyypillisessä lievässä, kohtalaisessa tai vaikeassa *masennustilassa* henkilö kärsii mielialan laskusta sekä tarmon ja toimeliaisuuden puutteesta. Hänen kykynsä nauttia, tuntea mielenkiintoa ja keskittyä on heikentynyt, ja pienikin ponnistus johtaa uupumukseen. *Toistuvalla masennuksella* ovat ominaisia toistuvina esiintyvät masennustilat, joihin ei liity kohonneen mielialan ja lisääntyneen tarmokkuuden vaiheita (*maniaa*). Masennuksen kohdalla kysymyksessä saattaa olla myös *kaamosmasennus*. (ICD-10 1995: 205–206; ks. liitteet 8–10.)

Pakko-oireisen häiriön olennainen piirre on toistuvat pakkoajatukset tai pakkotoiminnot (ICD-10 1995: 211). *Motoriikan kehityshäiriön* pääpiirteenä on lihasten yhteistoiminnan vaikea kehitysvajaus, joka ei selity pelkästään yleisestä älyllisestä kehitysvammaisuudesta tai erillisestä synnynnäisestä tai hankinnaisesta neurologisesta häiriöstä. Useimmissa tapauksissa huolellinen kliininen tutkimus paljastaa kuitenkin hermoston kehityksen huomattavaa epäkypsyyttä. (ICD-10 1995: 236.)

Suurin osa luetelluista sairauksista nimetään sanaliiton avulla. Käsittelen myöhemmin tarkemmin luvussa 5.4 psykiatrian diagnoosinimikkeitä, jotka ovat yksisanaisia. Setälä (1995a: 7–12) on tutkinut yksisanaisia, ongelmallisia termisanoja, jotka kuuluvat sosiologian kieleen. Näkemyksiä sosiologiaa koskevista tieteen kielen perinteistä on mahdollista peilata myös psykiatrian kieleen, koska psykiatria rajautuu tieteenalana lääketieteen lisäksi yhteiskuntatieteisiin (ks. tark. luku 2.2). Setälä (1995a: 11) on laatinut kärjistetyn kahtiajaon, jossa hänellä ovat esimerkkitieteinä toisaalta sosiologia ja toisaalta lääketiede. Näiden termisanojen suhteen ääritapauksia edustavien tieteenalojen välimaastoon on sijoitettavissa psykiatriatiede, ajatellen juuri psykiatrian lähitieteitä.

Hypoteesini oli, että psykiatrian kieli edustaa humanistis-yhteiskuntatieteellisen ja lääketieteellisen kielenkäytön välimuotoa. Lääketieteen erikoisalana psykiatrian terminat sisältävät piirteitä sekä lääketieteen että sosiologian kielestä. Käsittelen näitä seikkoja tarkemmin luvuissa 5.3 ja 5.4.

Jo pinnallinen vilkaisu uusimman ICD-luokituksen mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöitä käsitteleviin sivuihin näyttää puhuvan hypoteesin puolesta. Luokituksen nimikkeet koostuvat sekä lainoista, mikä on tyypillistä lääketieteelle, että kotoisista aineksista, mikä on puolestaan tyypillistä sosiologialle. Esimerkkinä mainittakoon sanaliittomuotoinen diagnoosi *äkillinen monimuotoinen skitsofreniaoireinen psykoottinen häiriö* (ICD-10 1995: 201) sekä yksisanaiset *lobotomiaoireyhtymä, jäännösskitsofrenia ja korvausneuroosi* (ICD-10 1995: 211, 231). Suomalainen luokitus, joka on käänös englanninkielisestä laitoksesta, on kolmikielinen (suomi, ruotsi ja latina). Jokainen diagnoosi ilmaistaan kullakin kielellä, joista tässä työssä siis tarkastelen ainoastaan suomen kieltä.

Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöitä koskevat sivut poikkeavat muusta tautiluokituksesta: sanallisia diagnooseja ja niitä vastaavia koodimerkintöjä on sivua kohden selvästi vähemmän kuin lääketieteen muilla erikoisaloilla. Esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudoksen sairauksia käsittelevä sivuaukeama sisältää 57 diagnoosia, kun mukaan lasketaan kaikki nimikkeet alakohtineen (ICD-10 1995: 432–433). Samoin laskien sisältää tyypillinen mielenterveyden häiriöiden sivuaukeama vain 23 nimikettä (ICD-10 1995: 226–227). Keskimäärin psykiatrisia diagnooseja on puheena olevassa tautiluokituksessa sivuaukeamaa kohden 30 kappaletta. Ero johtuu siitä, että toisin kuin muilla lääketieteen erikoisaloilla, psykiatriassa on katsottu tarpeelliseksi selostaa suurta osaa esitetyistä diagnooseista. Selosteet voivat olla jopa runsaan 150 sanan mittaisia (ks. esim. ICD-10 1995: 212–213).

Tautiluokitustasoinen lääketieteen erikoisalan kieli psykiatrian osalta näyttää esimerkiksi seuraavanlaiselta. Kysymyksessä on *katatoninen skitsofrenia* (F20.2), joka on merkitty yhdeksi *skitsofrenian* (F20) kahdeksasta alakohdasta:

- (7) Katatonista skitsofreniaa hallitsevat huomattavat psykomotoriset häiriöt, jotka voivat vaihdella äärimmäisyydestä toiseen, kuten vilkkaudesta sulkutilaan tai automaattisesta tottelevaisuudesta kaiken vastustamiseen. Henkilö voi ylläpitää väkinäisiä asentoja pitkiä aikoja. Väkivaltaisen kiihtymyksen jaksot saattavat olla huomiota herättävä piirre. Katatoniset ilmiöt voivat liittyä unenomaiseen tilaan, jossa esiintyy vilkkaita aistiharhoja. (ICD-10 1995: 199.)

Esimerkki sisältää joitakin kreikkaan ja latinaan palautuvia vierassanoja (*skitsofrenia, psykomotorinen, katatoninen*), kuten maallikkokin on tottunut lääketieteelliseltä tekstiltä odottamaan. Pääosiltaan puheena olevan, uusimman tautiluokituksen kieli on kaiken kaikkiaan kotoista suomea. Kaikki termit eivät silti helposti avaudu merkitykseltään maallikolle (esim. *sulkutila, aistiharhat*). Toisessa tähän poimimassani ICD-10-tautiluokituksen esimerkissä on vain yksi vierassana. Kysymyksessä on häiriö nimeltä *neurastenia* (F48.0), joka esitellään ensimmäisenä ryhmässä *muut neuroottiset häiriöt* (F48):

- (8) Tämän häiriön esiintymisessä on merkittäviä kulttuurivaihteluita. On olemassa kaksi päämuotoa, joiden piirteissä on runsaasti päällekkäisyyttä. Toisessa muodossa tärkeimpänä oireena on henkisten suoritusten jälkeinen uupumus, johon usein liittyy jonkin verran ammatillisen ja päivittäisistä askareista selviytymisen heikkenemistä. Tyypillisesti henkilö kuvaa henkistä uupumusta keskittymisvaikeudeksi, häiritsevien mielle yhtymien tai muistojen epämiellyttäväksi tunkeutumisiksi mieleen sekä yleensä ajattelukyvyyn tehostomuudeksi. Toisessa neurastenian päämuodossa korostuvat jo milättömän ponnistuksen aiheuttamat ruumiillisen heikkouden ja uupumuksen tunteet, joihin liittyy lihassärkyjä ja -kipuja sekä rentoutumisvaikeuksia. Molemmissa häiriömuodoissa yleisiä ovat myös muunlaiset epämiellyttävät ruumiilliset tuntemukset, kuten huimaus, jännityspäänsärky ja yleisen epävakaisuuden tunne. Lisäksi ovat tavallisia pelko henkisen ja ruumiillisen hyvinvoinnin vähenemisestä, ärtyvyys, kyvyttömyys nauttia sekä vaihtelevanasteinen, melko lievä masennus ja ahdistus. Unen alku- ja keskivaihe ovat usein häiriintyneet, mutta voi esiintyä myös selvää liikaunuutta. (ICD-10 1995: 217–218.)

Siirryn seuraavaksi tarkastelemaan tieteen kielen yleisiä periaatteita ja psykiatristen diagnoosien esiintymistä yleis- ja erikoissanakirjoissa.

5.3 Tieteen kielen perinteet

Tieteelliselle ilmaisulle on muodostunut vakiintuneita, lähinnä tarkkuuteen ja neutraaliuteen liittyviä perinteitä ja vaatimuksia. Tieteellisyydestä puhuttaessa on huomattava, että englantilaisen kielialueen perinteessä tieteellisyydellä tarkoitetaan yleensä luonnontieteitä (*scientific* 'luonnontieteellinen' >< *humanities*). (Setälä 1995a: 7.) Setälä (mp.) luettelee tällaisia tieteen kielen ihanteita ja hyvän termin ominaisuuksia yhteiskuntatieteellistä

terminologiaa tarkastellessaan (ks. myös Savory 1967: 112; SFS 50-1989: 74–80). Luettelo sisältää seuraavat hyvän tieteellisen sanan ominaisuudet:

1. **Yksimerkityksisyys.** Tarkka ja vain yksi merkitys on sanalle tärkeää, jotta informaation välityksessä vältettäisiin moniselitteisyyden vaara.
2. **Vapaus häiritsevistä miellelyhtymistä.** Mielikuvat, tunteet ja reaktiot saattavat välittyä jokapäiväisen kielen sanoista kirjaimellisen merkityksen lisäksi; näin ei tulisi olla tieteen kielessä.
3. **Merkityksen (ainakin osittainen) paljastuminen sanan muodon ja rakenteen perusteella.** Sanojen looginen rakentuminen yksinkertaisemmista sanaclementeistä (kannat, etuliitteet ja päätteet) helpottaa kokonaisuuden merkityksen päättelyä osien perusteella (omassa aineistossani esim. *dys-morfo-fobia*).
4. **Pysyvyys.** Tavallisten sanojen merkitykset muuttuvat usein; tieteen sanojen tulisi olla matematiikan symbolien tapaan pysyviä ja yksimerkityksisiä.

Tieteen kielellä on edellä luetellun lisäksi myös muunlaisia perinteitä. Setälä (1995a) mainitsee historiatieteet, joiden tieteellisyys perustuu termien sijasta tarkkaan lähteiden käyttöön ja ilmaisen täsmällisyyteen. Toiseksi esimerkiksi hän ottaa yhteiskuntatieteet, jotka ovat muodostaneet terminsä antamalla tutuille yleiskielen sanoille uusia merkityksiä. Näin omaksuttuja termejä ei aina edes tunnista termeiksi, eivätkä ne näytä hankalilta. (Setälä 1995a: 8.)

Sosiaalitieteellisessä terminologian alan tutkimuksessa on totuttu hahmottamaan kaksi tieteen kielen erilaista traditiota, joista käytetään nimityksiä *kryptinen* ja *delfinen*. Edellä laatimaani neljän tieteelliselle sanalle asetettavan ihanteen tai ominaisuuden luetteloa voidaan näin ollen jatkaa Crusen (1988) näkemyksillä täydentäen:

5. **Kryptisyys.** Luonnontieteellisessä (mm. lääketieteellisessä, kemiassa ja fysiikassa) terminologiassa sepitetään tavallisesti kutakin uutta käsitettä vastaamaan täysin uusi sana (*neoterm*), joka esitellään rajatulle kohdeyleisölle vain erikoissanakirjoissa. Koska luonnontieteelliset ilmaukset jäävät usein arkikokemuksen uikopuolelle, niille ei tarvita vastineita jokapäiväisessä puheessa. Käsitteet syntyvät tieteellisistä löydöistä ja niillä on oma, valvottu paikkansa käsitejärjestelmässä. Tällaisia käsitteitä nimeävät sanat näyttävät vaikeilta, "kätkeyiltä", mutta klassisten kielten taitaja osaa ratkoa niitä kuin kryptaa tai salasanaa (vrt. kodassa 3 *dys-morfo-fobia* 'epämuotoisuuskammo'). Ymmärrettävyys ja

yksiselitteisyys on kryptisessä kielenkäytössä yleensä hyvä, koska lukijan on pakko opetella vieraan termin merkitys tai se täytyy kuulijalle selittää. (Riggs 1986: 119–121, 125–126; 1990: 581–582; ks. myös Setälä 1995a: 8; 1995b: 97–98; Niemikorpi 1996: 125.) – Cruse (1988: 73–83) puhuu erikoismerkityksestä eli käsitesidonnaisesta, vain erikoissanakirjoissa esiintyvistä ensyklopedisesta tiedosta (tietosanakirja-, oppikirjatiedosta).

6. **Delfisyys.** Yhteiskuntatieteellisessä terminologiassa uusiin käsitteisiin liitetään tuttuja sanoja (*neosemanticism*), jotka esiintyvät yleissanakirjoissa ja jotka on helppo oppia ja muistaa. Maallikko ei välttämättä tunnista näitä arkitiedon ja yleiskielen tasolla esitettyjä sanoja termeiksi. Ne vaikuttavat tutuilta, mutta sisältävät ikään kuin salattuja, oraakkeli-maisia merkityksiä. Ei-asiantuntija saattaa erehtyä pitämään lukemaansa tekstiä yleis-kielisenä. Sanan yleiskielestä poikkeavaa käsitettä tuntemattomalla lukijalla tai kuulijalla on siten vaarana päätyä väärin tai opätarkkoihin tulkintoihin. Sosiaalitieteilijän luomat käsitteet ovat usein epätarkkoja, joten kokonaan uuden sanan sepittäminen saattaisikin herättää arvostelua. Ihmisestä saatu tieto, esimerkiksi kokemukset, halutaan ilmaista yleiskielellä tavallista ihmistä varten, koska hän niitä itse kokee. (Riggs 1986: 121–123, 125–126; 1990: 582; ks. myös Setälä 1995a: 8; 1995b: 20–21, 101.) – Cruse (1988: 73–83) puhuu yleisestä merkityksestä eli yleissanakirjoissa esiintyvistä sanoista; tällöin huomio kiinnittyy käsitteen sijasta erilaisiin sanaspesifeihin ominaisuuksiin.

Esimerkiksi yleiskielen sanalle *koulupinnaus* PS antaa tutun, yleisen merkityskuvauksen ‘luvaton poissaolo koulusta’. Psykiatrian tautiluokituksessa (ICD-10 1995: 239) *koulupinnaus* luetaan kuuluvaksi *sosiaalisiin käytöshäiriöihin*, jotka jäsentyvät sosiaalisiin suhteisiin. Muita samaan ryhmään kuuluvia käytöshäiriöitä kuvaavia diagnoosinimikkeitä luetellaan alakäsitteiden tapaan seuraavasti: *ryhmätyyppinen käytöshäiriö*, *ryhmärikollisuus* ja *jengin jäsenyyteen liittyvät rikkeet*. Arkiajattelun ja psykiatriseen häiriöön liittyvän käsitteen välinen ero näkyy ehkä ainakin tämän ilmiön vakavuudessa. Se, mitä joka-päiväisessä elämässä pidetään mahdollisesti vain yhden oppilaan luvattomana käyttäytymisenä, näyttää maallikon ymmärryksen mukaan psykiatriassa liittyvän ryhmän ja jengin rikolliseen käyttäytymiseen, vaikka siitä tuskin pelkästään on kysymys.

5.4 Psykiatrian yksisanainen termisanasto ja sen ominaisuudet

Tutkin seuraavaksi, miten psykiatrisessa termiaineistossa ilmenevät edellisessä luvussa hahmotellut tieteen kielen sanoja koskevat erilaiset perinteet ja ihanteet. Lisäksi pohdin, millaisia mahdollisesti ovat maallikon näkemykset ja vaikutelmat psykiatrisista diagnoosinimikkeistä. Psykiatriassa ihmistä on perinteisesti tarkasteltu negatiivisesta näkökulmasta,

häiriöistä ja puutteista käsin, joten on mahdollista, että myös psykiatrian ilmaukset herättävät negatiivisia tunteita.

Ensimmäisessä ja toisessa pääluvussa on käynyt ilmi negatiivisen lähtökohdan lisäksi, että psykiatriassa vuorovaikutuksellisuudella ja ruumiillisen sairauden analogialla on keskeinen asema. Kielitiede ja psykiatria käyttävät siinä mielessä samoja menetelmiä, että molemmat analysoivat vuorovaikutusta ja siinä ilmeneviä merkityksiä. Kemian ja fysiikan käsite-rakennelmiin pohjautuvan lääketieteen perinteisenä tehtävänä on ollut tutkia ja muuttaa ihmisen ruumiin fysikaalis-kemiallista rakennetta ja toimintaa. Psykkisiin sairauksiin liittyvistä myyteistä ja moraalista kirjoittaneena psykiatrina Szasz (1975: 20) huomauttaa, että symboleja käyttävän ihmisen tutkiminen ja ymmärtäminen ei ota onnistuakseen luonnontieteiden käsittein. Ero somaattiseen ja psyykkiseen ”sairauteen” sulautumisessa näkyy myös seuraavassa: Ihminen on yleensä helpottunut saatuaan tietää fyysisen vaivansa syyn ja sitä myötä vaivalleen diagnoosin. Psyykkinen diagnoosi on paljon vaikeampi hyväksyä, koska ihmiset kokevat usein huonon olonsa johtuvan myös – tai pelkästään – heistä riippumattomista syistä, esimerkiksi raskaista elämän kokemuksista tai yhteiskunnallisista tekijöistä. (Ks. myös Kendell 1975: 1.)

Psykiatrian päätehtävänä on tutkia ihmismielen ja käyttäytymisen häiriöitä, joten näitä häiriöitä nimeävät viralliset kielelliset ilmaukset, termit, muodostavat sen termistön ytimen. Kansainvälisen ICD-10-luokituksen (1995) ja DSM-III-R-ohjeiston (1991) diagnooseista valtaosa, vajaat 90 prosenttia, on sanaliittoja. Näin ollen vain runsas kymmennesosa (11 %) näiden luokitusten diagnoosinimikkeistä on yksisanaisia: omakielisiä tai vieraslähtöisiä perussanoja, johdoksia tai yhdyssanoja. Käytän seuraavassa ilmausta *termisana* apukäsitteenä viittaamaan pelkkään yksisanaiseen sanaelementtiin ilman kytkentää taustalle hahmottuvaan käsitteeseen (Setälä 1995a: 9). Sanaa *termi* käytän terminologisen tutkimuksen yleisen käytänteen mukaisesti ilmaisemaan kielellisesti käsitteen ajatussisältöä siihen liittyvine mielteineen.

Tutkimusaineistossani on yksisanaisia diagnoosinimikkeitä yhteensä 130 kappaletta, jotka olen luetellut liitteessä 3. Nämä diagnoosit esiintyvät kansainvälisessä tautiluokituksessa

ICD-10:ssä vuodelta 1995 ja sen täydennysosassa (ICD-10t) vuodelta 1996 sekä amerikkalaisessa diagnostisessa ja tilastollisessa ohjeistossa DSM-III-R vuodelta 1991. Mainittakoon tässä yhteydessä esimerkkeinä yhdistämättömistä diagnoosinimikkeistä omakielinen johdos *uneliaisuus* ja vierassana *frotteurismi* 'hieromisen halu' sekä yhdyssana *karvojennyppimishäiriö* (ks. tark. liite 3). Käsittelen seuraavaksi yksisanaisten diagnoosiksiintymien laajuutta ja alkuperää, delfisyyttä ja kryptisyyttä sekä tarkkuutta ja neutraaliutta.

5.4.1 Laajuus ja alkuperä

Lääketieteen erikoissanaston laajuus on Haaralan (1989: 259) mukaan satoja tuhansia sanoja. *Lääketieteen termit* (1999) sisältää noin 22 000 hakusanaa. Omaa, runsaan 1 700 termin aineistoani voi pitää siten melko suppeana. Se on kuitenkin suurempi kuin Setälän (1995a: 10) tutkima, kolmesta oppikirjasta koottu sosiologian 748 termin aineisto, johon omaa aineistoani seuraavaksi vertaan.

Lääketieteellisen ICD-10-tautiluokituksen (1995) muihin osa-alueisiin verrattuna mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden diagnoosinimikkeistö, luku V, on pienempi kuin esimerkiksi tartunta- ja loistautien ryhmä (luku I), joka sisältää noin 1 700 termiä. Saman verran on diagnooseja tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudoksen sairauksien ryhmässä (luku XIII), kun taas korvan ja kartiolisäkkeen sairaudet, luku VIII, on vain noin 200 termin suuruinen. Tarkastelen seuraavaksi mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden termistöstä murto-osaa, liitteessä 3 esitettyä diagnoosinimikkeistöä, joka muodostuu 130 yhdistämättömästä termistä ja yhdyssanasta. Tämän tarkastelun ulkopuolelle jäävät sanaliitot, joita puheena olevasta termistöstä on valtaosa.

Yksisanaisten termisanoja on mahdollista tutkia yleissanakirjojen (NS ja PS) avulla, koska niissä hakusanat ovat yhdistämättömiä. Siksi rajoitan seuraavan tarkasteluni käytännön syystä yhdistämättömiin termisanoihin. Esitän yhdyssanat kotoisuuden ja vierasperäisyyden suhteen ryhmiteltyinä. Sen jälkeen jatkan seuraavassa luvussa testaamalla kahtiajaon kryptisyys–delfisyys ilmentymistä aineistossa. Olctan näiden kummankin piirteen

(oma–vieras, delfisyys–kryptisyys) sijoittavan aineiston johonkin kohtaan lääketieteen ja sosiaalitieteiden välimaastoon. Ammattilaisten sisäpiirin käyttöön sepitetty kryptinen sana-aines löytyy vain erikoissanakirjoista, toisin kuin delfiset sanat, joiden määritelmällinen tunnusmerkki on puheena olevan kielen yleissanakirjoissa esiintyminen.

Aineistoni yksisanaisesta, 130 diagnoosinimikkeestä ainoastaan 25 on yhdistämättömiä sanoja (ks. liitteet 3 ja 4). Näitä ovat suomenkieliset johdokset kuten *hankaaminen*, *sokellus*, *tuhriminen* ja *uneliaisuus* (ks. liite 4). Yhdistämättömiä ovat myös vierassanat, joista mainitsen esimerkkeinä seuraavat: *hypokondria* ‘luulosairaus’, *masokismi* ‘itseensä kohdistuvan seksuaalisen julmuuden halu’, *satyriaasi* ‘miehen hyperseksuaalisuus’ ja *voyerismi* ‘seksuaalinen tirkistelyhäiriö’ (ks. liite 4). Aineistossani ovat mukana sekä *balbuties* ‘änkytys’ että *änkytys*, koska tautiluokitus luokittelee ne erikseen: *balbuties* on merkitty *änkytyksen* alakohdaksi (ICD-10 1995: 245). Kaiken kaikkiaan yhdistämättömien termien osuus koko tässä työssä tarkastellusta, runsaan tuhannen seitsemänsadan termin aineistosta jää alle puolentoista prosentin. Mukana tautiluokituksessa ovat vielä *debiliteetti* ‘heikkomielisyys’, *idiotia* ‘tylsämielisyys’ ja *imbesilliteetti* ‘vähämielisyys’, jotka ICD-10 nimeää vanhentuneiksi.

Loput yksisanaisista termisanoista muodostuvat yhdyssanoista. Näistä suomenkielisiä tai suomeen mukautuneita on 55 nimikettä, joista esimerkkejä ovat seuraavat: *ahdistustila*, *eläinkammo*, *harhaluuloisuushäiriö*, *juoppohulluus*, *kasteluhäiriö*, *laihuushäiriö*, *näpistelyhimo*, *otsalohko-oireyhtymä*, *pakkovaellus*, *rajatilatyyppi*, *sanakuurous*, *tupakkariippuvuus*, *unilääkepäähtymys*, *yökastelu* ja *ääntämishäiriö* (ks. tark. liite 5). Vierasperäinen sana-aines voi olla yhdyssanan perusosana tai määriteosana. Edelliseen ryhmään kuuluvat muun muassa *ammattineuroosi*, *jäänkösskitsofrenia*, *koulufobia* ja *lääkeabstinenssi*. Seuraavissa nimikkeissä on laina-aines yhdyssanan määriteosana: *amfetamiiniriippuvuus*, *depersonalisaatiohäiriö*, *lobotomiaoireyhtymä*, *MBD-oireyhtymä* ja *pica-oireyhtymä*. (Ks. tark. liite 6.)

Pelkästään vierasperäisessä asussa tautiluokituksen yhdyssanoista esiintyvät *skitsofrenia* ja sen erilaiset muodot kuten esimerkiksi *hebefrenia* eli skitsofrenian krooninen muoto, jolle on ominaista huomattava ajattelun ja käyttäytymisen hajanaisuus sekä tunneilmaisun

puuttuminen tai asiaankuulumattomuus. *Skitsofrenialle* PsS ei anna vanhentuneena pidettyä *jakomielitauti*-vastinetta, vaan esittää sen sijaan sairaudesta selosteen, jonka pituus on yli puolen sivun mittainen (ks. PsS 1995: 211–212). (Vrt. LT 1999: ‘jakomielisyys’ ja LS 1976: ‘jakomielitauti’.) Monet seksuaaliset häiriöt esiintyvät vierasperäisinä mitä ilmeisimmin niiden tabuluonteiden vuoksi. Tällaisia ovat esimerkiksi *nekrofilia* ‘seksuaalinen häiriö, jossa henkilö saa tyydytyksen vain yhdynnässä ruumiin kanssa’, *nymfomania* ‘naisen hyperseksuaalisuus’ ja *sadomasokismi* ‘samanaikainen sadististen ja masokististen piirteiden esiintyminen’. Edellä lueteltuja osittain tai kokonaan vierasperäisiä yhdyssanoja on tutkimusaineistossa hieman vähemmän kuin vastaavia täysin suomenkielisiä eli 46 nimikettä. (Ks. tark. liite 6.) Alla olevasta taulukosta käyvät ilmi yksisanaisten yhdistämättömien termien ja yhdyssanatermien prosenttiosuudet sekä kummankin ryhmän suomen- ja vieraskielisten termien osuudet.

Taulukko 6. Psykiatrian yksisanaisten johdos- ja yhdyssanadiagnoosien oma- ja vierasperäisyys (%).

yhdistämättömät termit (yhteensä)	19
- suomenkieliset	6
- vieraskieliset	13
yhdyssanatermit (yhteensä)	78
- suomenkieliset	42
- suomen- ja vieraskieliset samassa termissä	25
- vieraskieliset	11

Yhdyssanojen osuus koko aineiston termistöstä jää alle viiden prosentin, kun määrä yhdistämättömien termien kohdalla on vain yhden prosentin verran. – Yhteenvedona edellisestä voi sanoa, että psykiatrian diagnoosisanaston laajuus lääketieteen koko sanastoon verrattuna on suppea. Kotoisiksi sanoiksi katsottavia on psykiatrian yksisanaista diagnooseista puolet (esim. johdos *unettomuus* ja yhdyssana *eroahdistushäiriö*). (Ks. liitteet 4 ja 5.) Sitaatti- ja erikoislainojen osuus yksisanaista termeistä on 25 prosenttia (esim. *delirium*, *transvestismi*). Loput yksisanaista nimikkeistä muodostuvat kotoisista ja vieraista aineksista (esim. *jäänkösskitsofrenia*, *MBD-oireyhtymä*), ja niitä on myös neljänneksen verran kaikista yksisanaista termeistä. (Ks. liite 6.)

Lääketieteessä sanaston alkuperä on yleensä pääosin vierasta. Tässä tarkasteltujen yksisanaisten termisanojen kotoisuusasteen perusteella psykiatrian voi sanoa poikkeavan lääketieteen kielen perinteistä. Vain neljäsosa yksisanaista termisanoista on täysin vierasperäisiä, loput ovat kokonaan tai osittain suomenkielisiä. Psykiatrian yksisanaista diagnooseista puolet on täysin omakielisiä. Ainakin tutkimieni suomenkielisten tautiluokitusten näkökulmasta psykiatria näyttää olevan sanaston alkuperän suhteen selvästi lähempänä sosiologian omakielistä perinnettä kuin tieteen kielen toista ääripäätä edustavaa lääketiedettä. Tyypillistä psykiatrian kielelle on kotoisen ja vieraan aineksen yhdistäminen samassa termissä sekä omakielisen aineksen muuta lääketiedettä suurempi osuus.

5.4.2 Delfisyys ja kryptisyys

Luvussa 5.3 esittelin karkeaa kahtiajakoa delfisiin ja kryptisiin sanoihin suomalaisen sosiologian termistön analyysin yhteydessä. Setälä (1995a: 9) saa sosiologian kohdalla tulokseksi, että loppujen lopuksi vain 36 prosenttia hänen runsaan seitsemäsadan termin aineistostaan on delfisiksi luokiteltavia. Koska kuitenkin noin 70 prosenttia sosiologian yksisanaista termisanoista löytyi suomen yleissanakirjoista, hän päättelee sosiologian perinteiseksi sananmuodostustavaksi delfisen tavan, kun se toisessa ääritapauksessa eli lääketieteessä on kryptinen (ks. Setälä 1995a: 9, 11). Sana voidaan luokitella delfiseksi, jos se esiintyy tutkittavan kielen yleissanakirjoissa. Psykiatristen diagnoosinimikkeiden tässä tarkastellusta pienestä, runsaan sadan sanan joukosta *Nykysuomen sanakirjassa* ja *Suomen kielen perussanakirjassa* – jommassakummissa tai molemmissa – esiintyviä yksisanaista termisanoja on noin puolet, joka tapauksessa vähemmän kuin sosiologiassa (70 %). Esittelen seuraavassa yksisanaista termiaineistoani sanakirjojen avulla tarkasteltuna.

Aineiston uudempia, vain PS:ssa esiintyviä ja sillä perusteella delfisiksi luokiteltavia diagnoosinimikkeitä ovat *kahvikuppineuroosi*, *kausijuoppous*, *koulupinnaus*, *kulttuurisokki*, *lääkeriippuvuus*, *päihderiippuvuus*, *sisaruskateus*, *sukupuolenvaihtohalu (transseksualismi)*, *transvestismi* ja *unissakävely*. Käyttöalakuvaus (*lääk/psyk* = lääketiede / psykologia, psykologinen) on lisäksi mainittu seuraavien nimikkeiden kohdalla: *ahdistusneuroosi (psyk,*

lääk), *-tila* (*psyk, lääkö*), *paniikkihäiriö* (*lääkö*), *rajatilapersoonallisuus* (*psyk, lääkö*), *sadomasokismi* (*lääkö*), *syömishäiriö* (*lääkö*), *tuhriminen* (*lääkö*), *unihäiriö* (*lääkö*), *vieroitusoireet* (*lääkö*) ja *voyerismi* (*lääkö*).

Vanhempaa sanastoa edustavat NS:ssä esiintyvät *masennustila*, *narkomania*, *nymfomania* ja *satyriaasi* sekä psykiatriassa jo vanhentuneiksi katsotut *idiotia* ja *imbesilliteetti*. Lisäksi mainittakoon käyttöalakovauksella varustetuista termisanoista *hypokondria* (*lääkö*), *torikauhu* (*lääkö*) ja *sanakuurous* (*psyk*) sekä nykypsykiatriassa vanhentuneena pidetty *debiliteetti* (*lääkö*). – Molemmista yleissanakirjoista puolestaan löytyvät seuraavat termit: *frigiditeetti*, *hysteria*, *juoppohulluus*, *masokismi*, *painajaisunet*, *pelihimo*, *päihtymystila*, *sadismi*, *sammallus*, *sokellus*, *uneliaisuus*, *unettomuus*, *yökastelu* ja *änkytys*. Käyttöalakovauksella varustettuina – jommassakummassa tai kummassakin sanakirjassa – ovat lisäksi *mania* ja *morfinismi* (NS, PS *lääkö*), *kleptomania* ja *vainoharhaisuus* (NS, PS *lääkö*), *dementia* ja *skitsofrenia* (NS *lääkö*, PS *lääkö*) sekä nykypsykiatriassa vanhentuneet nimitykset *tylsämielisyys* (NS *psyk*, PS), *vähämielisyys* (NS *lääkö*, *psyk*, PS) ja *heikkomielisyys* (NS *lääkö*, PS). Suuri osa luetelluista termisanoista on delfisiksi katsottavia, yleiskielisiä, mutta yleissanakirjoissa on mukana myös erikoiskielen termejä, jotka esiintyvät joko ilman käyttöalakovausta (esim. *transvestismi*, *satyriaasi*) tai sillä varustettuina (esim. *voyerismi*, *kleptomania*).

Kummassakaan sanakirjassa ei ole erikseen luokiteltu psykiatriaan tai muihin lääketieteen erikoisaloihin kuuluvia sanoja, ovathan kysymyksessä yleiskielen sanakirjat. Psykiatrian rajautuminen lääketieteeseen ja psykologiaan näkyy täten myös sen sanaston näihin aloihin viittaavissa käyttöalakovauksissa. Psykologia on lisäksi psykiatrian lähitieteistä ainoa koulussa opetettava oppiaine, joten sen termistön voidaan katsoa kuuluvan ainakin keskeisiltä osiltaan yleissivistykseen (vrt. Setälä 1995a: 9).

Yleissanakirjoissa esiintymisen yhteydessä on huomattava, että termisana voi esiintyä niissä toisaalta yleiskielisen sanan terminologisoinnin ja toisaalta termin yleiskielistymisen tuloksena. Yleiskieliset sanat voidaan määritellä uudelleen ja terminologisoida erikoiskielen tarpeisiin. Päinvastaisessa tapauksessa taas sana on alkuaan kuulunut erikoisalan

sanavarastoon, mutta myöhemmin otettu yleiskieliseen käyttöön. Näistä vaihtoehtoista ainoastaan terminologisointi liittyy delfiseen kielenkäyttöön. (Setälä 1995a: 9.)

Edellä kuvatun mukaisesti psykiatriassa delfiseen kielenkäyttöön kuuluviksi, terminologisoituiksi sanoiksi voitaneen katsoa seuraavat luonteeltaan yleiskieliset sanat *kausi-juoppous, koulupinnaus, painajaisunet, pelihimo, uneliaisuus, unettomuus, unissakävely, yökastelu ja änkytys*. Alun perin erikoisalan ilmauksia, jotka ovat kotiutuneet yleiskieleen tai ne on hyväksytty yleissanakirjaan ilman käyttöalakuvausta, ovat seuraavat: *frigiditeetti, hysteria, idiotia, imbesilliteetti, kahvikuppineuroosi, kulttuurisokki, lääkeriippuvuus, massennustila, masokismi, narkomania, nymfomania, sadismi, satyriasis* (NS; nyk. *satyriaasi*), *transseksuaalisuus* ja *transvestismi*.

Koska noin puolet psykiatrian yksisanaisista diagnoosinimikkeistä löytyy yleissanakirjoista, kryptisinä, ainoastaan erikoiskielen piiriin kuuluvina voidaan pitää saman suuruista joukkoa termisanoista. Näistä esimerkkeinä mainittakoon suursanakirjassa *Lääketieteen termit* (1999) esiintyvät *alkoholiriippuvuus, balbuties, delirium, depersonalisaatiohäiriö, dissosiaatiohäiriö, hypomania, jännöskitsofrenia, kasteluhäiriö, konversiohysteria, liimanhaistelu, MBD-oireyhtymä, minuudenkatohäiriö, pakkovaellus, pica(-oireyhtymä)* sekä *somatisaatio-* ja *sopeutumishäiriö*. Puhtaasti perinteisen, latinaan ja kreikkaan perustuvan luonnontieteellisen mallin mukaisesti luotuja ovat samassa sanakirjassa esiintyvät kryptiset *dysmorfofobia, hebefrenia, nekrofilia* ja vanhentunut *parafrenia*. Sen sijaan LT ei tunne seuraavia termisanoja: *ahdistushysteria, -reaktio, alkoholiharhaluuloisuus, ammattineuroosi, hankaaminen, kihnuttaminen, konversioreaktio, lobotomiaoireyhtymä, päiväkastelu, rajatilaskitsofrenia, ryhmärikollisuus* ja *sisarusmustasukkaisuus*. Siitä ei myöskään löydy *oneirofreniaa*, joka kyllä on sitaattilainana (la *oneirophrenia*) *Lääketieteen Sanakirjassa* (1976). Osa näistä termisanoista on katsottava kryptisiksi, sillä perusteella, että ne eivät esiinny yleissanakirjoissa eivätkä edes uusimmissa lääketieteen ja psykiatrian erikoissanakirjoissa. Mukana tässä ryhmässä on kuitenkin myös tutunoloisista aineksista syntyneitä termisanoja, joita ei ole kelpuutettu erikoissanakirjoihin (esim. *kihnuttaminen, päiväkastelu*).

Setälän (1995a: 10) omaa aineistoani pienemmästä sosiologian termiaincistosta vain kolmannes on kryptisiä termejä. Saamansa tuloksen perusteella Setälä pitää sosiologian termistöä melko epäitsenäisenä tieteellisenä sanastona. Hän katsoo myös, että sosiologian termistö on sekoittunut voimakkaasti yleiskielen ja vain niukasti eriytynyt erikoiskieleksi. Psykiatrian termistöä voi pitää sanakirjatarkastelun perusteella selvästi sosiologian termistöä itsenäisempänä, ei kuitenkaan niin itsenäisenä kuin lääketieteessä yleensä. Vajaa neljännes (23 %) yksisanaisista termisanoista esiintyy yleissanakirjoissa ilman käyttöalakuvausta, joten sekin puhuu termistön itsenäisyyden puolesta. – Sanaston suhde maallikkoon voi Setälän (1995a: 11) kärjistyessä kahtiajaossa olla poissulkeva (lääketiede) tai harhaanjohtava (sosiologia). Psykiatria asettuu tässä suhteessa lääketieteen ja sosiologian välimaastoon; samanlainen tilanne oli sanaston alkuperää verrattaessa. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöitä nimeävä sanasto tuskin on maallikon kannalta täysin käsittämätöntä tai harhaanjohtavaa, vaikeasti ymmärrettävää kylläkin sekä monenlaisia hämmentäviä kysymyksiä ja tunteita herättävää.

Olen verrannut psykiatria sosiologian lisäksi lääketieteeseen, jonka piiriin psykiatria kuuluu. Tarkastelin aikaisemmin luvuissa 2 ja 3 psykiatrian suhdetta muihin tieteenaloihin. Psykiatrian, psykologian, psykoanalyysin, sosiologian, filosofian ja kielitieteen yhteys on ilmeinen. Psykiatrian käsitteet ja niiden kielelliset ilmaukset eivät ole ymmärrettävissä pelkästään lääketieteen näkökulmasta. Psykiatrian termistön vertaaminen toisaalta lääketieteen ja toisaalta sosiologian termistöön on perusteltua, jos psykiatrian ajatellaan, psykologian ohella, rajautuvan näihin suhteellisen itsenäisenä tieteenalana. Jos taas psykiatria pidetään ainoastaan lääketieteen yhtenä erikoisalana, sen termistöä on verrattava muiden lääketieteen osa-alueiden termistöihin. Tällainen vertailu osoittaa psykiatrian poikkeavan diagnoosien nimikkeistöltään selvästi delfiseen suuntaan.

Olen poiminut näytteeksi ICD-10-tautiluokituksen (1995) kultakin lääketieteen erikoisalalta – 18 alaa mielenterveyden häiriöitä lukuun ottamatta – ensimmäisen yksisanaisen koodiltaan nelimerkkisen diagnoosinimikkeen. Kansainvälisen tautiluokituksen erityyppisistä diagnooseista suomen kielen yleissanakirjoista löytyvät monet perinteiset tarttuvat taudit kuten *lavantauti* (ICD-10 1995: 26), joka on varustettu käyttöalakuvauksella (*lääk*) sekä

PS:ssa että NS:ssa. Viimeksi mainitussa, mutta ei enää PS:ssa, on käyttöalakuvaus merkitty myös *aivotärähdyksen* (ICD-10 1995: 646) kohdalle. Ilman mitään tarkennusta esiintyvät molemmissa yleissanakirjoissa *näärännäppy* (ICD-10 1995: 277) ja *sydämentykytys* (ICD-10 1995: 614). Erikoissanakirjoista etsittäviksi jäävät sen sijaan seuraavat yksisanaiset esimerkkidiagnoosit: *hepatoblastooma, vuotoanemia, myksödeemakooma, motoneuronisairaus, sydänaneurysma, streptokokkinielutulehdus, erytrasma, lastenreuma, hydroureter, mekoniumtulppaoireyhtymä, anenkefalia eli aivottomuus, vatsaonteloraskaus, vahatulppa ja laikkuhampaisuus*, joista ainakin kaksi viimeksi mainittua ovat selkeää yleiskieltä (ICD-10 1995: 94–563).

Psykiatrian termistön voi yksisanaisten diagnoosinimikkeiden osalta ajatella asettuvan puoleenväliin jatkumoa, jonka toisessa päässä on yleissanakirjoissa esiintyvä intuitiivinen, arkinen tieto ja toisessa päässä erikoissanakirjoissa ja luokituksissa esiintyvä tietoinen, oppikirjamainen tieto. ”Rajalla” oleminen näkyy myös psykiatrian yhdyssanadiagnooseissa (vrt. luku 2): samassa sanassa on muodostustavan kannalta delfisiä ja kryptisiä ominaisuuksia. Tällainen diagnoosinimike on esimerkiksi *kahvikuppineuroosi*. Psykiatria poikkeaa delfiseen suuntaan lääketiettestä, jonka enimmäkseen vieraslähtöiset termit ovat muodostustavaltaan kryptisiä.

5.4.3 Tarkkuus ja neutraalius

Tieteen kieli poikkeaa arkikielestä. Niiniluoto (1994) huomauttaa, että tieteen kielen termit eivät ole maailman itsensä lukkoon lyömiä, vaan valinnat ovat tutkijoiden, oppikirjojen kirjoittajien ja opettajien tekemiä. Jotta tieteellisen tiedon tavoittelu onnistuisi, tiedon on systemaattisesti perustuttava käsitteiden verkostoihin ja teorioihin. Näistä verkostoista muodostuva kieli mahdollistaa todellisuuden kuvaamisen; termit saavat merkityksensä suhteessa muihin termeihin, ja ne voidaan ymmärtää vain taustateorioidensa osina. Selvyys ja tarkkuus periytyvät ilhanteina 1600-luvun kartesiolaisesta ajattelusta aina taaksepäin Aristoteleen oppeihin käsitteenmuodostuksesta. (Niiniluoto 1994: 10.) Ongelmana psykiatriassa on taustateorioiden moninaisuus, jopa ristiriitaisuus, ja nimettävien kohteiden vaikea hahmotettavuus.

Niiniluoto (1994) esittää kaksi keinoa tieteen kielen täsmällisyyden lisäämiseksi; stipulaatiolla tarkoitetaan uusien termien käyttöönottoa ja eksplikoinnilla vanhojen termien merkityksen jalostamista. Koska tieteen tehtävänä on kuvata ja selittää maailmaa, käsitteiden valinta tapahtuu ensisijaisesti todellisuuden ehdoilla. Käsitteiden tulee olla paitsi erottelukykyisiä, myös ilmaisuvoimaisia, jotta tieteen kieli voisi palvella ”ajattelun kirkkautta ja viestien oikeaa ymmärtämistä”. Tästä kommunikatiivisesta näkökulmasta erikoistermit eivät ole Niiniluodon mielestä turhaa kielellistä keikarointia, vaan niiden avulla on mahdollista päästä irti sekä syntaktisesta että semanttisesta monimielisyydestä ja epämääräisyydestä. Arkisia termejä, jotka ovat merkitykseltään tieteen sanoihin verrattuina epätarkkoja ja epämääräisiä (esim. *valoisa-hämärä-pimeä*), on pyritty käsittelemään niin kutsutun sumean logiikan avulla. Silti tieteen kielessä yhä pyritään tietoisesti vapautumaan arkiajattelun harhaanjohtavista vivahteista ja mielikuvista. (Niiniluoto 1994: 10.)

Sosiologian termejä tarkastellessaan Setälä (1995a: 10) päätyy toteamaan, että tieteenalan termien kohdalla sivumielteiden puuttuminen ja merkityksen muuttumattomuus eivät toteudu kovin hyvin. Oma sanakirjatarkasteluni osoitti myös psykiatrian sanastossa olevan sulhteellisen paljon yleiskielisissä sanakirjoissa esiintyviä sanoja. Kaiken kaikkiaan neutraaluis ihanteena on hankala vaatimus. *Psykoosi*-termin tutkiminen on Strömngrenin (1969: 785) mukaan kaikkea muuta kuin käsitteen historian tutkimista, koska sana on palvellut symbolina hyvin erilaisille käsitteille. Vaikka psykiatrian käsitteitä epäilemättä tarvitaan käytännön toiminnassa, joidenkin psykiatrien mielestä käsitteitä ei ehkä ole edes olemassa, eikä niitä siksi voida määritellä (Strömngren 1969: 786). Psykiatrian terminologia liittyy käsitteisiin, joiden yhteys kielenulkoisiin tarkoitteisiin on monimuotoinen ja ainakin osittain kyseenalaistettavissa (vrt. H. Karlsson 1994a: 21–22). Yksilöön, perheeseen ja sosiaaliseen todellisuuteen liittyvät kysymykset herättävät monenlaisia tunteita ja ideologisia vastakkainasetteluja.

Psykiatria nimeää ideologisten seikkojen lisäksi myös materiaalisia, ihmisen keskushermostoon liittyviä luonnontieteellisiä kohteita. Tällainen nimeämistapa näkyy psykiatrian keskeisissä termeissä *psykoosi* ja *neuroosi*, kun tarkastellaan niiden etymologiaa. Muinaiset kreikkalaiset ymmärsivät sanalla *psykhe* (la *psyche*) ennen ’sielun’ ja ’hengnen’ (en *soul*,

spirit) ja 'mielen' (en *mind*) sekä 'hengityksen' (en *breath of life*) merkityksiä 'aivoselkäydinnestettä', jonka he liittivät siemennesteseen. Kreikan substantiivi *neuron* puolestaan tarkoittaa 'jännettä' (en *sinew, tendon*), 'hermoa' (en *nerve*). (Nybakken 1960: 190, 205; LS 1976; Nikkilä 1984: 58–59; LT 1999.) *Psykoosi* ja *neuroosi* eivät esiinny aineistossani yksisanaisina termeinä, ainoastaan yhdyssanan tai sanaliiton osina. Psykiatria rajautuu taustalla olevien käsitteidensä ja tarkoitteidensa sulteen monitieteisesti ja ongelmallisesti.

Samaa asiaa voidaan psykiatriassa kuvata erilaisin termein. Synonyymejä syntyy usein nopeasti kehittyvillä aloilla, joilla ei ole järjestelmällistä sanastotyötä (SFS 50-1989: 71). Strömngren (1969: 778) mainitsee esimerkkinä ryhmän potilaita, joilla ICD-luokituksen (1967) mukaisesti on *reaktiivinen psykoosi*. Potilasryhmällä on skandinaavisessa psykiatriassa keskeinen asema, mutta Norjassa heidän tilaansa on nimitetty *rakenteelliseksi psykoosiksi* (en *constitutional psychose*) ja Tanskassa *psykogeeniseksi psykoosiksi* (en *psychogenic psychose*). Erilaisten termien käytön syy on yksinkertainen. Kummallakin psykoosilla on yhteys vakavaan psyykkiseen stressiin. Siksi tanskalaiset psykiatrit nimittävät psykooseja *psykogeenisiksi*. Tarkempi tarkastelu on kuitenkin osoittanut, että näitä häiriöitä esiintyy usein henkilöillä, joilla on heikko henkinen rakenne, mikä selittää norjalaisten psykiatrien käyttämän määritteen *rakenteellinen*. Vastaavat erot ovat Strömngrenin (1969: 778) mukaan melko yleisiä, ja ne osoittavat, että samaa mieltäkin olevat psykiatrit saattavat nimeämisessä painottaa luokiteltavan ilmiön eri puolia.

Ammattikielessä täsmälleen samaa käsitettä vastaavien termien käyttö on usein haitta (SFS 50-1989: 71). Koska samaa käsitettä tarkoittavat termit lisäävät väärinkäsityksiä ja paisuttavat sanastoja, uusien synonyymien luomista tieteessä tulisi Nybakkenin (1960: 249) mielestä välttää. Ullmann (1973: 57) puolestaan korostaa synonyymien käyttöä tyyli-keinona, jolloin synonyymien valinnan määräävät usein sellaiset tekijät, joilla ei ole mitään tekemistä kognitiivisen merkityksen kanssa. Vaikka tieteellisessä kommunikaatiossa pyritään tarkkuuteen ja yhdenmukaisuuteen, kaikilla käsitteillä ei käytännössä ole yhtä ainoaa nimitystä, jolla ne tunnettaisiin kautta maailman (Nybakken 1960: 249–250). Biologiaan perustuvissa tieteissä syyt synonyymien käyttöön ovat Nybakkenin (1960: 250)

mukaan moninaiset: sanat ovat peräisin eri ajoilta uscista kielistä ja lähteistä sekä saattavat sananmuodostuksessa perustua eri vartaloihin. Nybakken (1960: 259) ja Nikkilä (1984: 162) luettelevat myös metateesiin perustuvia englantilaisen psykiatrian synonyymejä (esim. *psychosomatic* tai *somatopsychic* 'sekä ruumista että mieltä koskeva' ja *philoneism* tai *neophilism* 'sairaalloinen tai epänormaali kiintymys kaikkea uutta kohtaan'). Viimeksi mainitun tyyppisiä termejä edustavat omassa aineistossani diagnoosit *depressiivinen neuroosi* ja *neuroottinen depressio* (ICD 10 1995: 208; LT 1999). On myös huomattava, että klassisiin kieliin ja suomen kieleen perustuvan kaksoistermistön käyttö on psykiatriassa sääntö kuten lääketieteessä yleensä.

Sen ohella, että samaa asiaa voidaan psykiatriassa kuvata erilaisin termein, samalla termillä voi olla erilaisia määritelmiä ja ymmärtämistapoja. Kahden tai useamman käsitteen käytöstä silloin, kun ne jollain tavalla liittyvät toisiinsa, ei yleensä ole haittaa, jos käsitteet kuuluvat eri ammattikieliin (SFS 50-1989: 71). Psykiatriassa termien valinta on Strömgrenin (1969: 778) mukaan usein mielivaltaista, mikä saattaa johtaa tilanteeseen, jossa samaa termiä käytetään eri merkityksissä psykiatrian eri koulukunnissa. Esimerkiksi anglosaksisessa psykiatriassa *amentia* on henkisen vajavaisuuden synonyymi, kun se taas Manner-Euroopassa tarkoittaa hyvin harvinaista, yleensä lapsivuodeajan psykooseihin liittyvää, erityistä deliriumin eli sekavuustilan muotoa. *Delirium* puolestaan ymmärretään suurimmassa osassa maailmaa täysin toisin kuin ranskan kielen *delire*, joka merkitsee harhaluulojen värittämää tilaa, johon ei kuitenkaan liity todellisuudentajua. (Strömgren 1969: 778.)

Aikaisemmin tässä tutkimuksessa kiinnitin huomiota psykiatrian tieteenteoreettisen tarkastelun yhteydessä eri oppisuuntien toisistaan poikkeaviin sairausmalleihin ja niiden merkitykseen tavallisen psykiatrisen keskustelun kannalta. Esimerkiksi luonnontieteelliset, yksilö- ja vuorovaikutuspsykologiset sekä integroidut mallit jäävät usein taustaoletuksiksi, joita ei lääkärin ja potilaan välisessä keskustelussa selvennetä (ks. luvut 3.2.1 ja 4.5.3). Monia psykiatrian termejä voi pitää sosiologian termien tapaan näkemistävän ehdotuksina, ajatuskiteytyminä (vrt. Setälä 1995a: 10). Setälä (1995a: 10) pitää yhtenä ideologia-sidonnaisuuden tunnusmerkkinä monien sosiologian termien värittyneisyyttä yleiskielisessä

käytössä. Tällainen yhteiskunnan arvoihin mutta läheisesti myös yksilön mielenterveyteen liittyvä, viime aikojen termi on Setälän mainitsema *hyvinvointivaltio*. Myös Nikkilä (1984: 148–149) on hahmotellut englantilaisten psykiatrian termien epätasällistä käyttöä jokapäiväisessä kielessä. Varsinkin psykoanalyysin ja -terapian sanastoa käytetään epätarkasti tai kielellisen hienostelun tarkoituksessa. Termejä *sadismi* ja *masokismi* käytetään yleisesti viittaamatta niiden seksuaalisuuteen liittyvään käsittepiirteeseen (Nikkilä 1984: 54, 56, 150).

Psykiatrian termien tyypillistä käyttöaluetta on pilkan ja vähöksynnän osoittaminen. Epämiellyttäväksi koettua henkilöä voidaan nimittää *skitsoksi*, *psykopaatiksi* tai *debiiliksi*. Howard (1977: 47) luettelee lisää tähän tarkoitukseen sopivia adjektiiveja: *paranoidinen* epäluuloisesta, *hysterinen* hieman ylifeminiinisestä ja *neuroottinen* haihattelijasta tai epätoivottavana pidetystä henkilöstä. Psykiatrian termien käyttöä on syytä välttää niiden alkuperäisen kontekstin ulkopuolella; termejä tulisi käyttää vain, jos on täysin varma niiden merkityksestä (vrt. Nikkilä 1984: 153). Psykiatrian termistö poikkeaa Partridgen (1960: 101) mukaan muiden erikoisalueiden termeistä siinä, että sanastosta voi tulla vihattua ja vaarallista, jos sitä käytetään vääränlaisessa tarkoituksessa. Howard (1977) muistuttaa, ettei tule loukata niitä, jotka eivät kärsi jostain tilasta metaforisesti vaan kirjaimellisesti. Psykiatriaan liittyvien metaforien yleiskielinen käyttö vääristää usein alkuperäisten sanojen todellisia merkityksiä, joista alan asiantuntijoiden olisi tietenkin päästävä ensin keskenään yhteisymmärrykseen (Howard 1977: 49).

Konnotaatioita saadaan esiin tarkastelemalla mielisairauden kohteesta eli mielisairaasta käytettyjä slangisanoja. Karttusen *Nykyslangin sanakirjan* (1979) mukaan *psyko* tarkoittaa psykologia tai psykiatria, toisaalta sen merkitys on 'luonnevikainen, psykopaattinen'. Älylliseen kehitysvammaisuuteen tai psyykkisen kehityksen häiriöihin viittaaville yleiskielen *hölmölle*, *tyhmälle*, *tylsälle* ja *typerälle* löytyy runsas joukko slangivastineita: *aivo*, *bimbo*, *ceepee*, *debiili*, *hidas*, *inva*, *kakslatvainen*, *läski*, *moka*, *nuija*, *onnellinen*, *pimeä*, *rokko*, *skitso*, *tajuton*, *uuno*, *vajaa* ja *älyvapaa* (ks. tarkempi luettelo liitteessä 7). Luettelosta käy ilmi, että älyllinen kehitysvammaisuus, yleensä vammaisuus, pelkkä typeruus, jopa ylipaino liitetään puhekielessä mielenterveyden häiriöihin.

Suhteellisesta picnuudestaan huolimatta psykiatrian termistö on muuttunut Strömgnrenin (1969: 777) mukaan epätavallisen paljon. Hän painottaa myös, että psykiatriassa käytetään monia arkikielen sanoja määrittelemättä niitä kuitenkin termeiksi (Strömgnren 1969: 778). Esimerkiksi 'psykoosi' on Strömgnrenin (1969: 785) mukaan käsite, jota ei ole pystytty tyydyttävästi määrittelemään; useat psykiatrit pitävät sitä pelkkänä sanana ilman merkitystä. Liian ahtaiden määritelmien puuttumisella on myös etunsa, koska tiedon lisääntyessä määritelmät muuttuvat. Virheelliset määritelmät ovat synnyttäneet hedelmällistä keskustelua sekä määrittelemisestä itsestään että todellisuudesta (Strömgnren 1969: 786–787). Niiniluoto (1994) näkee arkitiedon erillisenä tiedonlajina, jota ihminen kokemuksensa kautta hankkii itsestään ja ympäristöstään. Suurin osa arkitiedosta on triviaalisti totta ja perusteltavissa. Mutta sitä korjaamaan ja systemaattisesti laajentamaan tarvitaan tieteellistä tietoa. Tällainen arkitiedon rajat ylittävä tieto hankitaan tiedeyhteisön tieteellisen menetelmän avulla. (Niiniluoto 1994: 9.)

Kuten aikaisemmin kävi ilmi, jokapäiväisen kielen sanat voidaan myös määritellä termeiksi eli terminologisoida. Jotkut termit puolestaan ovat usean tieteenalan käytössä, esimerkiksi *depressio* psykiatriassa, gynekologiassa ja silmäsairauksissa sekä taloustieteissä (ks. liite 10). Tieteenalan sisällä lisäksi eri koulukunnat käyttävät samaa termiä eri merkityksissä; psykiatriassa esimerkiksi persoonallisuushäiriöt ymmärretään monella eri tavalla (Furman ym. 1987: 44–46). Myös masennuksen ja skitsofrenian syistä on erilaisia, toisistaan poikkeavia käsityksiä niin psykiatriatieteen sisällä kuin lääketieteen eri kansainvälisissä perinteissä. Termiksi määrittelemisen lisäksi alunperin erikoisalan termeistä voi tulla maallikkojen yhteistä omaisuutta eli ne yleiskielistyvät. Arkisen tiedon ja siitä käytettävän kielen sekä eri tieteenalojen ja niiden kielimuotojen välillä on siten monenlaista ja monensuuntaista liikettä ja merkitysten muuttumista.

Viime kädessä jokainen puhuja käyttää sanoja omassa erityismerkityksessään (vrt. Leino 1989: 45–44). Merkitykset syntyvät ja täsmentyvät kuitenkin koko ajan vuorovaikutuksellisessa prosessissa, jonka osatekijöitä ovat puhujan ja kuulijan lisäksi ympäristö ja itse sanoma (vrt. Leino 1989: 26, 45). Leino (1989: 42) vertaa kielen morfosyntaktista rakennetta kapeaan aukkoon, jonka kautta puhuja joutuu tunkemaan kuulijalle suuren

määrän merkityksiä. Ihmisen mieli, hänen tunteensa, ajatuksensa ja havaintonsa, voidaan nähdä ainutkertaisena materiaalina, jonka varassa ihminen toimii (Leino 1989: 45). Tarvitaan paljon sanomien vaihtoa ennen, kuin kommunikaation yhden osapuolen mieleen juolahtaa, että toisella osapuolella on erilainen mielen ympäristö (Leino 1989: 45). Dufva, Lähteenmäki ja Isoherranen (1996: 88–90) ovat dialogista kielikäsitystä selostaessaan hahmotelleet arkitiedon tutkimusta sekä sen teoreettisia ja metodologisia suuntaviivoja. Koska ihminen on syntymästään lähtien dialogisessa prosessissa elävä olento, hänen mentaalinen maailmansa ja arkitietonsa siitä on heidän mukaansa kuvattavissa vain vuorovaikutuksen näkökulmasta. He painottavat ihmisen käsitysten samanaikaista, sekä sosiaalista että kognitiivista luonnetta. Myös Laurén ym. (1987: 31–33) korostavat kommunikaation ja kielen funktion näkökulmaa erikoiskielen ja yleiskielen suhteen tarkastelussa.

Yleiskielestä lainattuja sanoja on hankala käyttää, ellei niitä ole määritelty tarkasti. Psykiatriassa esimerkiksi Strömngrenin (1969: 778) luettelemat, arkikielen *masentuneisuus* (en *depression*), *hämmennys* (en *confusion*) ja *tajunta, tietoisuus* (en *consciousness*) ovat tällaisia itseään selittävinä pidettyjä, määrittelemättömiä sanoja. Usein on mahdotonta tietää, käytetäänkö tämän tyyppisiä sanoja tavallisessa merkityksessä vai termeinä (Strömngrenin 1969: 778). Vaikka määrittäviä kriteerejä on kehitelty, täydellisestä yksiselitteisyydestä ei psykiatrian kohdalla voi puhua. Psykiatrian diagnostisten kriteerien luettelo on esimerkiksi vakavan masennustilan kohdalla pitkä. Se sisältää seuraavantyyppisiä ilmauksia: samanaikaisesti kahden viikon aikana on esiintynyt ainakin viisi seuraavasta yhdeksästä, lähes päivittäin esiintyvistä oireesta, joista ainakin yksi on jompikumpi seuraavista jne. (Ks. DSM-III-R 1987: 25–26.) Tällaisen termin kohdalla tarkan merkityksen vaatimus ei tieteen perinteisessä mielessä toteudu.

Yleiskielen sanat ovat erikoiskielen käytössä epätydyttäviä, koska niihin liittyy monia epäolennaisia miellelyhtymiä (Setälä 1995a: 10). Niiden muoto ei yleensä ilmaise mitään merkityksestä, eivätkä ne sovellu kansainväliseen käyttöön. Psykiatriassa, kuten lääketieteessä yleensä, kansainvälisessä käytössä on vierasperäinen rinnakkaistermistö, joka mielletään omaperäistä termistöä neutraalimmaksi (esim. *depressio, skitsofrenia* jne.).

Suomen yleiskielen sanalle *masennus* NS antaa merkitykset 'masentuneisuus, lannistus, lamaannus, herpaannus, raukeus' sekä 'alakuloisuus' ja 'apeus'. PS mainitsee myös *depressio*-vastineen. Se ei enää tunne vanhemman sanakirjan harvinaiseksi luokittelemaa *maseta*-verbiä, joka on yhdistetty *masentua*-verbiin: *maseta, masentaa, masentua* 'tyytyä' jne. (ks. luku 5). Räisänen (1978: 325) esittää verbin kantasanaksi kielessä harvinaista adjektiivia *masea* (NS: 'alakuloinen, apea, masentunut, tukahtunut, hiljainen, alistuvainen, nöyrä'). Yleiskielen *masentua*-sanalla on väsymiseen, ehkä jopa tyyntymiseen ja nöyryyteen liittyvä triviaali merkitys, joka tässä tapauksessa on myös osa lääketieteellistä merkitystä. Kansankielen merkitys tuskin kuitenkaan riittää voimakkuudessa kattamaan esimerkiksi masennukseen liittyviä ärtyneisyyden, alentuneen itsearvostuksen tai kohonneen itsemurhariskin merkityskenttiä.

Yksimerkityksisyys on ihannetermin keskeinen ominaisuus. Termi on tarkka ja selkeä silloin, kun sillä on vain yksi merkitys. Psykiatrian ammattikielessä selvyuden ja johdonmukaisuuden vaatimus korostuu myös arki- ja yleiskielen näkökulmasta, kun ajatellaan, että asiantuntijuutta on ammattilaisten lisäksi maallikoilla. Arkitermejä käytetään esimerkiksi hoitoalan slangissa (mm. *depis*), joka on keskustelun työväline samaan tapaan kuin virallinen ammattikieli kirjakielessä (Niemi 1996: 144). Ammatillisen kontekstin lisäksi arkitermeinä voidaan ajatella käytettävän psykiatrian virallisia diagnoosinimikkeitä (esim. *masennus*) silloin, kun niistä puhutaan kokemuksellisina vaivoina eikä pelkästään lääketieteellisinä tauteina. Tällaisten termien käyttöä näyttää helpottavan omakielisyys: *masennuksesta* ja sen kokemisesta puhutaan ja kirjoitetaan tiedotusvälineissä nykyään aiempaa luontevammin. Tutkimuksen lisääntyminen ja siitä julkisuudessa keskusteleminen on vaikuttanut masennuksen ja muihin mielenterveyden häiriöihin liittyviin mielikuviin ja siihen, miten niihin suhtaudutaan.

Sanastotyön käsikirjassa (SFS 50-1989: 74–80) luetellaan hyvän termin ominaisuuksia, joita ovat muun muassa läpikuultavuus, tarkoituksenmukaisuus, lyhyys ja omakielisyys. Neutraalius toteutuu, jos termi antaa oikean mielikuvan eli on läpikuultava ja tarkoituksenmukainen. Tällöin termi ei herätä haitallisia mielikuvia ja tunteita. Olen edellä tarkastellut erikois- ja arkikielen keskinäisiä suhteita. Termien yksiselitteisyys ja

sivumielteiden puuttumisena ilmenevä neutraalius sekä pysyvyys eivät toteudu psykiatrian diagnoosinimikkeiden kohdalla kovin hyvin. Erilainen värityneisyys on näiden termien tarkastelussa yleinen ja voimakas piirre. Termien omakielisyys saattaa kytkeä käsittöseen mielikuvia, jotka poikkeavuuden ohella kuuluvat normaaliin ja luonnolliseen reagointiin, esimerkiksi *masennuksen* kohdalla luonnolliseen väsymiseen ja pysähtymisen tarpeeseen. Hyvän psykiatrisen termin ominaisuus on yllä esitetyn luettelon lisäksi se, että termi on siinä mielessä tarkkaan harkittu, että siinä on maallikon näkökulma mukana. Vaikka erikoislääkäri osaisi käyttää psykiatrian käsitteitä ja termejä, muu ammattihenkilöstö ja varsinkin maallikot usein tulkitsevat mielenterveyteen liittyviä ilmiöitä ja niistä käytettyjä ilmauksia väljästi ja toisistaan poikkeavin tavoin.

5.5 Masennuksen nimeäminen ja luokittelu

Aikaisemmin kävi ilmi, että lääkärit ovat perinteisesti pyrkineet sairauksia nimeämällä herättämään luottamusta (ks. luku 5.1). Myös potilaat ja omaiset haluavat yleensä tietää sairauden nimen, jotta he voisivat puhua ongelmistaan ja ymmärtää itseään ja muita sekä saada tukea. Mielenterveyden häiriön tyyppisten ongelmatilanteiden kohdalla puhuminen ja jakaminen on ollut vaikeaa, koska häiriöihin suhtaudutaan vieläkin usein kielteisesti ja pelokkaasti. Kun lääketieteen ammattilainen nimeää sairauden, sillä on somaattisten sairauksien kohdalla pääasiassa myönteisiä vaikutuksia. Furman ym. (1985: 1647) toteavat kuitenkin, että nimen antamista voidaan pitää myös vahingollisena; varsinkin vierasperäiset nimikkeet saattavat antaa pettävän mielikuvan siitä, että asiantuntija todella aina tietäisi häiriön etiologian, kulun ja hoidon. Esimerkiksi *syöpä* laajan, hyvin erityyppisiä sairauksia sisältävän sairausryhmän nimenä herättää aivan toisenlaisia mielikuvia kuin termi *kasvainsairaudet*. Mielenterveyden häiriöiden kohdalla nimien myyttisyys korostuu, koska kysymyksissä ovat diagnoosit, jotka olemukseltaan perustuvat potilaan kokemusten tulkintaan (vrt. Kleinman 1988: 7; Furman ym. 1985: 1647; Feer 1987).

Furmanin ym. (1985: 1652) mielestä tautinimikkeitä ei kuitenkaan ole syytä uusia kovin usein; tärkeämpää olisi kehittää jatkuvasti diagnoosien kriteerejä. Psykiatrian osalta tällai-

sessä kehitystyössä tarvitaan kaikki mahdollinen biologinen, psykologinen ja sosiaalinen tieto sekä kieleen ja vuorovaikutukseen liittyvä tieto. Laurén ym. (1987: 81) toteavat, että epäselvien ja muuttuvien käsitteiden kohdalla on ajattelun kannalta välttämätöntä pyrkiä lisäämään tietämystä käsitteistä ja täsmentämään niitä. Häilyvien käsitteiden nimityksinä käytetyt termit ovat välivaiheinkin välttämättömiä tieteen kehittymisen kannalta. Semiotiikan käsitteistöä mukaillen esimerkiksi *masennus* (*depressio*) toimii nimityksenä symbolisena merkkityyppinä tarkoitteelle, jonka tarkkaa olemusta ei toistaiseksi tunneta. Symbolin suhde objektiinsa on sopimuksellinen. (Vuorio ym. 1994: 176.)

Mielenterveyden häiriöiden nimitykset esiintyvät tautiluokituksissa osana sairauksien nimityksiä. Ne poikkeavat merkitykseltään kuitenkin oleellisesti viimeksi mainituista; kysymyksessä ovat psyykensisäiset, kielen ja käyttäytymisen avulla välittyvät tapahtumat. Koska masentuneen mielen todellista asiantilaa ei voi nähdä eikä kokeellisesti mitata, joutuu tarkkailija käyttämään omaa mieltään ja kokemustaan apuna päätelmien teossa. *Depressio* alaspäin painuneen olemuksen sekä hitaan ja hiljaisen puheen metaforana ei kuitenkaan suoraan kuvaa asian todellista tilaa (Feer 1987: 4). Termit havaitaan myös niiden ulkoisen muodon perusteella. *Masennus*-termin liukuvarajaisuus havainnollistuu suomen kielen perinteessä taustalla olevien *maseta*-verbin ja *masea*-adjektiivin merkityksissä, kuten luvussa 5.4.3 kävi ilmi.

Feer (1987: 24) esittää, että jos sisäsyntyinen masennus voitaisiin osoittaa esimerkiksi deksametasonikokeen avulla, kaikki kyseisen masennuksen muodot saataisiin määriteltyä. Tällöin tiedettäisiin käsitteen ala, mutta ei sisältöä, koska masennuksen kohdalla kyseessä on muukin kuin pelkkä testitulos. Depression määrittelemine riippuu määrittelijän henkilökohtaisesta kokemuksesta ja vallitsevista yhteiskunnallisista arvostuksista. Masennusstereotypia ja sen pinnalliset tunnusmerkit eivät ole itse sairaus, vaan nimeämistapahtumassa ovat mukana vaikuttamassa useiden ihmisten mielikuvat ja opitut käsitykset. (Feer 1987: 36–37.)

Masennustila (ru *depressiv episod*, la *depressio*) on yksi yleisimpiä ja puhutuimpia nykyajan psyykkisiä häiriöitä, ja sitä on mahdollista verrata lääketieteen adekvaateiksi

katsottuihin ilmiöihin ja niiden kielellisiin ilmauksiin. Yleiskielessä käytetään useimmiten pelkkää *masennus*-nimitystä, joka on myös häiriöryhmän nimenä uusimmassa tautiluokituksessa. Edellinen luokitus, ICD-9 (1987), käyttää pelkästään vierasperäistä *depressiota*. *Masennus* kuuluu *mielialahäiriöihin* eli *affektivisiin häiriöihin*, jotka on esitelty neljäntenä ryhmänä ICD-10:n (1995: 203–208) mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä. Ryhmä on merkitty luokituksessa koodein F30–F39. Mielialahäiriöitä edeltävät tautiluokituksessa seuraavat häiriöryhmät: jonkin aivosairauden tai lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt (F00–F09 ja F10–F19) sekä skitsofrenia ja sen tyypiset häiriöt (F20–F29). Jäljessä seuraavat kuusi muuta ryhmää ovat: neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt (F40–F49), fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät (F50–F59), aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt (F60–F69), älyllinen kehitysvammaisuus (F70–F79), psyykkisen kehityksen häiriöt (F80–F89) sekä tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt (F90–F98). Luokitusjärjestelmän hierarkia näyttää mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden osalta karkeasti esitettynä taulukon 7 mukaiselta:

Taulukko 7. Kansainväliseen ICD-10-järjestelmään (1995) perustuva luokitushierarkia.

luvut I–IV	[tartunta- ja yleistauteja] (A00–E90)
luku V	<i>Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt</i> (F00–F99)
	F00–F29 [mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöitä]
	F00.0–F29 [mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden alaryhmiä]
	<i>Mielialahäiriöt</i> (F30–F39)
	F30–F31 [mielialahäiriöitä]
	F30.0–F31.9 [mielialahäiriöiden alakohtia]
←	F32 <i>Masennustila</i>
	F32.0–F32.9 [masennustilan alakohtia]
	F33–F39 [mielialahäiriöitä]
	F33.0–F39 [mielialahäiriöiden alakohtia]
	F40–F99 [mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöitä]
	F40.0–F99 [mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden alaryhmiä]
luvut VI–XXI	[sijainnin mukaan luokiteltuja paikallisia ja yksilönkehitykseen liittyviä tauteja sekä vammoja] (G00–Z99.9)

Masennustila (F32) voidaan rinnastaa muihin saman ryhmän häiriöihin, esimerkiksi maniaan (F30), kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön (F31) tai toistuvaan masennukseen (F33). Käsittelen tätä rinnastusta tarkemmin jäljempänä tässä luvussa. Masennusta voidaan verrata myös luokituksen pääluvun viisi muiden ryhmien samalla abstraktiotasolla oleviin mielen-terveyden ja käyttäytymisen häiriöihin (esim. F20 skitsofrenia tai F42 pakko-oireinen häiriö). Vertailun voi ulottaa koskemaan lisäksi koko lääketieteen kenttää, jolloin rinnastus tapahtuu tautiluokituksen muiden lukujen (I–XXI) samalla tasolla oleviin sairauksiin. Erikoisalojen esittely luokituksessa aloitetaan tartuntataudeista, joista jatketaan eri elin-järjestelmien ja kehonosien sekä mielen-terveyden häiriöiden kautta vammojen, sairauksien ja kuoleman ulkoisten syiden diagnosointiin. Viimeisessä luvussa esitellään vielä terveydentilaan ja sen vuoksi tapahtuviin yhteydenottoihin vaikuttavia tekijöitä.

Tautiluokituksen rakenne on sellainen, että samalla (eli käytännössä toisella) abstraktio-tasolla olevat kolmimerkkiset koodit (kirjain + kaksi numeroa) on normaalisti varattu sairausryhmille. Esimerkiksi luvun I tartunta- ja loistauteihin (A00–A99) ensimmäisenä 20 alaryhmästä kuuluvat suoliston tartuntataudit (A00–A09). Toisinaan kuitenkin myös yksittäiset sairaudet ovat saaneet tällaisen kolmimerkkisen koodin (esim. A00 kolera). Tällöin kyse on systematiikassa tärkeinä pidetyistä ja yleisesti esiintyvistä sairauksista (ICD-10 1995: 7). [Ks. F32 masennustilan kohdalla vasemmalle osoittava nuoli (←) edellä olevassa taulukossa 7].

Masennustilaa ja sen nimitystä on syytä verrata ennen kaikkea muihin samalla abstraktiotasolla oleviin mielen-terveyden ja käyttäytymisen häiriöihin eli sen omiin vieruskäsitteisiin ja niiden nimityksiin. Psykiatrisen tautiluokituksen eli luvun V sisällä yleisiä, tärkeiksi katsottuja eli kolmella merkillä koodattuja, yksittäisiä häiriötermejä on lueteltu seuraavasti (ICD-10 1995: 185–245):

- (9) verisuoniperäinen tai jostain muusta syystä johtuva dementia (F01–03), elimellinen amnestinen oireyhtymä (F04), sekavuustila eli delirium (F05), määrittämätön elimellinen tai oireenmukainen mielen-terveyden häiriö (F09), skitsofrenia (F20), skitsotyyppinen häiriö eli psykoosi-*piirteinen* persoonallisuus (F21), indusoitunut eli jactu harhaluuloisuus (F24), määrittämätön ei-elimellinen psykoottinen häiriö (F29), mania (F30), kaksisuuntainen mielialahäiriö (F31), masennustila (F32), toistuva masennus (F33), määrittämätön mielialahäiriö (F39), pakko-oireinen häiriö (F42), lievä,

keskivaikea, vaikea ja syvä (F70–73) sekä muu määritetty ja määrittämätön älyllinen kehitysvammaisuus (F78–79), motoriikan kehityshäiriö (F82), määrittämätön psykologinen kehityshäiriö (F89) ja tarkemmin määrittämätön mielen terveyden häiriö (F99).

Maallikon kannalta tutuimpia näistä nimityksistä lienevät *dementia*, *skitsofrenia*, *masennus(tila)* ja *mania*. Dementian kuulumisesta psykiatriisiin sairauksiin on keskusteltu, mutta vielä se on mukana tässä luokituksessa.

Lääketieteen muiden osa-alueiden tärkeinä pidetyistä yksittäisistä sairaustermeistä mainittakoon edellä esiintyneen *koleran* (A00) lisäksi muun muassa seuraavat (kustakin erikoisalan ryhmästä on poimittu systemaattisesti ensimmäinen kolmikoodinen termi):

- (10) vesirokko (B01), huulisyöpä (C00), suuontelon, ruokatorven tai mahalaukun pintasyöpä (D00), raudanpuuteanemia (D50), kilpirauhasen subkliininen jodinpuutevajaatoiminta (E02), muualla luokitattoman bakteeraalinen aivokalvontulehdus (G00), nääränäppy ja luomirakkula (H00), ulkokerantulehdus (H60), reumakuume ilman mainintaa sydänsairaudesta (I00), äkillinen nenän ja nenänielun tulehdus (J00), hammaskaries (K02), stafylokokin toksiinien aiheuttama hilseilevä ihotulehdus (L00), nivelinfektio (M00), äkillinen nefriittinen oireyhtymä (N00), kohdunulkoinen raskaus (O00), äidin sairaustilojen vaikutus sikiöön ja vastasyntyneeseen (P00), enkefaloseele eli aivotyryä (Q01), muualla luokitattoman gangreeni ('kuolio') (R02), pinnallinen päävamma (S00), useiden kehonosien amputoiminen (T05), jalankulkijan vahingoittuminen törmäyksessä polkupyörään (V01), kaatuminen jää- tai lumikelillä (W00), altistuminen kontrolloimattomalle tulelle rakennuksessa tai rakennelmassa (X00), murha, tappo tai muu tahallinen pahoinpitely tylpän esineen avulla (Y00) sekä yleistarkastus, joka kohdistuu henkilöihin, joilla ei ole sairautta eikä ilmaistua diagnoosia (Z00).

Järjestelmällisesti tautiluokituksesta poimittuina edellä lueteltujen sairauksien nimissä näkyy koko inhimillisen elämän kirjo: luomirakkulasta ja aivokalvontulehduksesta liukastumiseen tai muuhun onnettomuuteen, syntymästä kuolemaan. Kysymyksessä ovat somaattiset (tai psykosomaattiset), eri elinten sairaudet ja häiriöt, joiden aiheuttajat vaihtelevat (mm. bakteerit, virukset, sienet, ravitsemus, perinnölliset tekijät, rappeutuminen, vammat, onnettomuudet, tapaturmat, myrkytykset, säteily, lääketieteelliset toimenpiteet) tai joiden lähtökohtaa pidetään tuntemattomana (monet kasvaimet). Paikalliset taudit luokitellaan sijainnin mukaan, yksilönkehitykseen liittyvät taudit omina ryhminään. Häiriöt voivat liittyä myös aivan normaaleihin elämänilmiöihin kuten raskauteen, synnytykseen ja lapsivuoteuteen. Luonnollinen tapahtuma luokitellaan sinänsä: yhden lapsen spontaani synnytys (O80). Tämä saa vielä tarkennuksen: täysin normaali synnytys. Kuolema on voinut olla luonnollinen, kun se on tapahtunut ilman silminnäkijöitä; joka tapauksessa se

saa oman koodinsa (R98). Erilliset lukunsa muodostetaan lisäksi muualla luokittamattomista oireista, sairaudenmerkeistä ja poikkeavista kliinisistä löydöksistä (R00–R99) sekä tekijöistä, jotka vaikuttavat terveydentilaan ja yhteydenottoihin terveystalvelujen tuottajiin (Z00–Z99): esimerkiksi hedelmällisyyttä lisäävät toimenpiteet (Z31) ja raskauden tulos (Z37). Huomautettakoon, että ICD-10-tautiluokituksen aakkostuksesta (A–Z) puuttuu välistä kirjain U.

Sairauden tai häiriön nimityksenä *masennustila* tulee näin ollen rinnastetuksi olemassa olevassa luokitusjärjestelmässä toisaalta muiden mielenterveyden häiriöiden nimityksiin (esim. *skitsofrenia* ja *motoriikan kehityshäiriö*) ja toisaalta muun lääketieteen vakavuudeltaan kovin eriasteisten sairauksien tai ilmiöiden nimityksiin (esim. *syöpä*, *anemia*, *näärännäppy*, *aivokalvontulehdus* sekä *murha* ja vielä *yleistarkastus*). Jälkimmäistä rinnastusta voi pitää keinotekoisena, mutta se osoittaa, miten luonteeltaan erilaisista ilmiöistä lääketieteen eri osa-alueilla on kysymys.

ICD-10-tautiluokituksen (1995: 203–208) mielialahäiriöiden eli affektiivisten häiriöiden luokittelu ja nimeäminen sekä niiden luonnehdinta käyvät ilmi liitteestä 8. Luokituksessa esiintyvien yhdyssana- ja sanaliittotermien perusosat kertovat käsitteellistäjien ajatteltavista. Kysymyksessä ovat häiriöt ja tilat (*masennustila*) tai alat (*mielialahäiriö*), joilla on erilaisia jaksoja ja vaiheita. Määritteet ja määriteosat kuvaavat, millaisten seikkojen avulla häiriöt erotellaan toisistaan. Nimitysten määriteosat (*mielialahäiriö*, *mielialan aaltoilu-häiriö*, *masennusjakso*, *-tila*, *kaksisuuntainen mielialahäiriö*) muistuttavat kielikuvina jollain tavoin tarkoitteen ominaisuuksia: spatiaalisuutta ja vaihtelevuutta. Mielialahäiriöiden yksittäisten jaksojen alku voidaan usein jäljittää rasittaviin tapahtumiin tai tilanteisiin; voidaan puhua reaktiivisesta, psykogeenisestä ja vuodenaajoista riippuvasta masennuksesta. Oireiden määrän ja vaikeuden perusteella masennustila määritetään tyypillisimpien oireiden mukaan erikseen lieväksi, kohtalaiseksi (keskivaikeaksi) tai vaikeaksi. Masennustila voi olla myös toistuva tai pitkäaikainen tai se voi esiintyä ilman psykoottisia oireita (ICD-10 1995: 205–206).

Psykiatrician Sanasto (1995: 77–78, 153) esittää *masentuneisuudelle* (hakusanana en *depression*) seuraavia alalajeja (ks. oirekuvaukset luvun 5 kohdassa 5 ja liitteessä 9):

- (11) äkillinen masentuneisuus (melankolia, raskasmielisyys, alakuloisuus, apcus, surumielisyys)
 levoton masentuneisuus
 ambivalenttinen masentuneisuus
 anakliittinen masentuneisuus (varhaislapsuuden masentuneisuus)
 pakkomieltainen masentuneisuus
 tilannemasentuneisuus
 kehämasentuneisuus
 sekava masentuneisuus, involuutiodepressio
 synkkämielinen masentuneisuus
 postpsykoottinen masentuneisuus
 psykoneuroottinen masentuneisuus
 psykoottinen masentuneisuus
 reaktiivinen masentuneisuus
 unipolaarinen depressio
 tarkemmin määrittelemälön masentuneisuushäiriö
 depressiivinen positio
 kaksoismasentuneisuus.

Edellä luetellut häiriötyypit edustavat käsitteistöä, joka kuuluu nimenomaan psykiatrian erikoisalaan. Lääketieteen sanakirjoista *Duodecimin* selittävä suursanakirja *Lääketieteen termit* (1999) tuntee seuraavat masennustyyppit ja niiden alalajit (ks. tark. liite 10):

- (12) masennus
 anakliittinen masennus/depressio (*depressio anaclitica*)
 epätyypillinen masennus (*depressio atypica*)
 vuodenaikamasennus (*depressio de tempore anni dependens*)
 kaamosmasennus (*depressio hiemalis*) / talvimasennus
 kaksinkertainen masennus (*depressio duplex*)
 endogeeninen masennus / sisäsyntyinen masennus (*depressio endogenes*)
 vakava masennustila (*depressio mentis gravis*)
 neuroottinen depressio (*depressio neurotica*)
 skitsofrenian jälkeinen masennus (*depressio postschizophrenica*)
 reaktiivinen masennus (*depressio reactiva*)
 toistuva masennus (*depressio recurrens*)
 pitkäaikainen masennus (*neurosis depressiva*).

Luetteloista käy ilmi termien kirjavuus. Puhutaan *masennuksesta* ja *masentuneisuudesta*, joille kummallekin löytyy lääketieteen erikoissanakirjoista historiallisesti eri ajoilta peräisin olevia lukuisia erilaisia luonnehdintoja.

Edellä on esitelty masennusta mielialahäiriönä sellaisena kuin se esiintyy virallisessa tautiluokituksessa ja erikoissanakirjoissa. *Masennukselle* löytyy seuraavia yleissanakirjojen luottelemia synonyymeja: *masentuneisuus*, *alakuloisuus*, *apeus* ja *depressio* (PS) sekä edellisten lisäksi (depressiota lukuun ottamatta) varhaisemmat *lammistus*, *lamaannus*, *herpaannus* ja *raukeus* (NS). *Nykysuomen sanakirja* luettelee häiriön aiheuttajina onnettomuuden, sairauden ja työttömyyden sekä käsiterinnastuksista seuraavan esimerkin: *mielessä vaihtelivat ilo ja suru, imostus ja masennus*. Käsitteen spatiaalisuus ilmenee kaikista sanakirjojen esimerkeistä: – – *masennuksessaan ei Hanna saanut sanaa suustaan* (Aho) (NS), *olla masennuksen vallassa* (NS, PS), *olla masennuksissa(an)* (*masentuneena*, *alakuloisena*, *apeana*, *allapäin*), *mieli masennuksissa* ja *joutua masennuksiin* (PS). *Perussanakirja* mainitsee uusina tulokkaina *masennuksen lääkehoidon* (*masennuslääkkeen*) ja *masennuskauden*. Masennustila on saanut tässä sanakirjassa käyttöalakuvauksen *vars. lääkäri* (esim. *vaikeasta masennustilasta kärsivä potilas*).

Kun havainnoinnin kohde nimetään eli kohdetta kommentoidaan sanallisesti, saattaa sellainen piirre nousta esiin, joka ei alun perin selitä sanan merkitystä. Suomen kielessä on hauska sattuma, että *masennus* assosioituu *maa*-sanaan (vrt. *olla alamaissa*, *olla maassa*, *mieli on maassa*). *Maa* fokusoii selitteenä onnistuneesti masennuksen piirteitä, joista oleellinen on juuri 'alas painuminen'. Masennus on terminä siinä mielessä onnistunut, että sitä on omakielinen ja sitä on helppo käyttää, vaikka se on metafora, oireita epäsuorasti kuvaava.

5.6 Merkityksen ja nimeämisen muuttuminen psykiatriassa

Psykiatrian tutkimuskohteita on mahdollista tarkastella sekä diagnoosien merkityksen että nimeämisen kannalta. Kangasniemi (1997: 75–83) jaottelee merkityksenmuutokset loogisiin ja psykologisiin muutoksiin. Merkitys saattaa loogisesti jaoteltuna väljentyä, kuten on käynyt *masokismin* ja *sadismin* kohdalla. Kummankin merkitys on alun alkaen ollut seksuaalisen mielihyvän saaminen kivun tuottamisen avulla (PsS 1995: 152, 210). Itseen tai toisiin kohdistuvan kivun tuottamisen merkitys muunkin kuin seksuaalisen mielihyvän

tarkoituksessa on näiden termien väljentyneen merkityksen tulosta. Merkitys voi loogisesti jaoteltuna myös tiukentua (Kangasniemi 1997: 76). Esimerkiksi *depressiota* käytetään kliinisessä erikoiskielessä *masennuksen* sijasta, yleiskielen *masennus* puolestaan on tiukentunut psyykkisen häiriön nimeksi katettuaan aikaisemmin myös muun muassa raukeuden, alakuloisuuden ja apeuden merkitykset. *Uupumuksen* kohdalla merkitys on jyrkentynt tarkoitamaan työperäistä uupumista (vrt. Kangasniemi 1997: 82).

Psykologisesti jaoteltuina merkityksen muuttumisen edellytyksiä ovat Kangasniemen (1997: 78–80) jaottelussa merkityksen abstraktistuminen, merkityksen kehittyminen metaforisen käytön kautta ja metonymia (ks. luku 3.3.1). Aikaisemmin yleiseksi luokiteltu häiriö *hysteria* on saanut nimensä kreikan kielen konkreettisesta elimestä nimeltä *hystera* ‘kohtu’ (ks. luvut 2.1 ja 5.7.1.3.6). Merkityksen muuttumisen voi tässä tapauksessa nähdä perustuvan myös välittömään esiintymisyhteyteen; seksuaalisuus ja psyykkiset häiriöt liitettiin toisiinsa [vrt. *yskä* < *yskätauti* (*yskä* ‘rinta’), *rutto*(*tauti*) ‘nopea, ripeä’; ks. Kangasniemi 1997: 81–82]. Merkityksenmuutoksen psykologisena lajina synekdokeessa osan nimitys voi siirtyä tarkoittamaan kokonaisuutta (*pars pro toto*): *henki* tarkoittaa koko ihmistä (Kangasniemi 1997: 80). Merkityksen muuttuminen voi perustua myös äännteelliselle likeisyydelle. Esimerkiksi termissä *mustasukkaisuus* *sukka*-sanana lähtökohtana on ruotsin sanan *svartsjuk* loppuosa (*sjuk* ‘kipeä, sairas’). (Kangasniemi 1997: 81.) Suomen puhekielessä tunnetaan myös käännöslaina *mustankipeä*. – Merkityksenmuutoksilla on monenlaisia syitä, muun muassa kielillisiä ja kielenulkoisia (Kangasniemi 1997: 83), mutta niiden selvittäminen jääköön toiseen yhteyteen. Siirryn sen sijaan tarkastelemaan nimitysten nykyiseen asuun ja mahdolliseen muuttamiseen liittyviä seikkoja.

Termistön kaltaisella kokonaisuudella, diagnoosistolla, on keskeinen merkitys psykiatrian kielenkäytössä. Psykiatrisilla luokituksilla ei ole etukäteen sovittuja periaatteita, joten nimeäminen on aina suhteutettava historialliseen tilanteeseen ja erilaisiin kartoittamiseen ja nimeämiseen liittyviin taustaoletuksiin. Luokituksilla ja nimeämisellä on todettu lääketieteessä olevan monia myönteisiä tehtäviä, mutta niihin liittyy myös negatiivisia piirteitä. Koska maallikot eivät voi tuntea diagnosoinnin lääketieteellisiä ja yhteiskunnallisia tehtäviä, olemassa olevat nimikkeet, niiden kriteerit ja merkitys voidaan etenkin

psykiatriassa tulkita väärin. Ihminen on viime kädessä itse omien kokemustensa paras asiantuntija. Nimeämisellä on merkitystä yksilöllisten kokemusten ja niiden epäsuotuisuuden ymmärtämisen ja jakamisen kannalta. On vaikea huomata muita kuin vakiintuneita suhtautumis- ja nimeämistapoja, muut tavat tulevat ikään kuin luokitelluiksi pois. Diagnoosinimikkeitä on mahdollista tarkastella eri tulkintakehysten kautta: toisaalta asiantuntijoiden määrittelemänä, perittyinä tai omaan kokemukseen perustuvina oppitermeinä ja toisaalta maallikon kokemukseen pohjautuvina arkitermeinä. Psykiatriassa ilmiöt ja niistä keskustelu pyritään pelkistämään oleelliseksi tiedoksi, jotta ”tarkasti tietäminen” eli diagnosointi olisi mahdollista. Diagnoosi kuitenkin vain viittaa jäykästi johonkin todellisen elämän tapaukseen, joka tunnetaan korkeintaan osittain. Keskustelua tulisi pyrkiä helpottamaan sekä asiantuntijoiden kesken että ammattilaisten ja maallikoiden kesken. Viimeksi mainitusta suhteesta avautuu, kahden edellä mainitun näkökulman lisäksi, kolmas ja tärkein tarkastelunäkökulma. Vaikka psyykeen liittyvien ongelmallisten kokemusten todellista luonnetta ei kyettäisi lopullisesti ratkaisemaan, on mielekästä pohtia ongelmien perusluonnetta ja häiriöiden nimitysten perusteita useasta lähtökohdasta.

Jos ajatellaan, että ajattelutavan muuttuminen on psykiatriassa kulkenut ja kulkee edelleen kielteisen tuomitsevasta ymmärtävään, objektiiviseen ja neutraaliin suuntaan, myös nimeämisistä voidaan tarkastella tältä pohjalta. Negatiivisuus–positiivisuus-asteikolla ilmaistuna täydellisestä tuomitsevuudesta on pyritty etenemään kohti myönteisempää, normalisointiin pyrkivää luokitus- ja nimeämiskäytäntöä. Taustalla vaikuttavien erilaisten ajattelu- ja tulkintatapojen välillä saavutettu konsensus perustuu kliinisen kuvan ja oireiden kuvailuun. *Hulluuden* (poikkeuksena *juoppohulluus*) ja *mielenvikaisuuden* sijaan on siirrytty puhumaan erilaisista *häiriöistä*, *peloista*, *oireyhtymistä* ja *vaikeuksista* sekä näiden erilaisista ilmenemismuodoista. *Mielisairauden* tilalle on tullut yläkäsite *mielenterveys* ja sen häiriintyminen. Häiriöiden ja oireiden nimitykset eivät kuitenkaan vastaa suoraan psyykkisiä häiriöitä ja oireita. Kieli jäsentää todellisuutta, mutta sen kuva todellisuudesta, tässä tapauksessa ihmisen mieleen ja vuorovaikutussuhteisiin liittyvistä ongelmista, voi perustua vajavaiseen, jopa epäoikeutettuun ja väärään ymmärtämiseen. Ongelmien monimuotoisuuden, kausaalisuuden ja tilannesidonnaisuuden pohtiminen auttaa jäsentämään muutosta ja

sen mahdollisuuksia. – Seuraavassa luvussa siirryn tarkastelemaan nimeämisen nykyisiä perusteita ja muita mahdollisia nimeämistapoja psykiatriassa.

5.7 Nimeämisen perusteet psykiatriassa

Psykiatriassa ei voi ajatella luonnontieteiden tapaan, että on olemassa kielestä riippumaton todellisuus, jota yritetään nimetä. Psykiatrian tutkimuskohteina ovat toisen ihmisen mieleen liittyvät ongelmalliset seikat, joita pyritään käytännössä ratkaisemaan ja hoitamaan ja tätä tarkoitusta varten myös nimeämään. Suomen Psykiatriyhdistyksen puheenjohtaja, Raimo K. R. Salokangas (4.2.2002) muistuttaa kuitenkin, että vaikka yhteiskunnallisilla ja ihmisten välisillä vuorovaikutustekijöillä on osuutta psykiatrian hoitamien häiriöiden syntyyn ja kulkuun, erikoisalan primaari tehtävä on hoitaa psykiatrisista häiriöistä kärsiviä ihmisiä. Esimerkiksi masennuksen puhkeamista edeltää miltei aina rasittava elämäntapahtuma, mutta masennuksen taustalla ovat yksilökohtaiset tekijät kuten geneettinen tai varhaiskehityksen aikana syntynyt alttius (Salokangas & Korkeila 25.3.2002). Psykiatri Seppo K. J. Utria (11.2.2002) puolestaan ehdottaa lääketieteen mallin tilalle ensisijaiseksi psykososiaalista, normaaliin elämään tukevaa vastuumallia. Lääkkeet ja lääketiede eivät hänen mukaansa voi yksin korvata elämäntaitoja lisäävää vuorovaikutusta.

Lääketieteellisten, yhteiskunnallisten ja vuorovaikutuksellisten käsitteistysten ohella lähtökohdaksi voidaan ottaa konkreettisen ihmisen yksilöllinen kokemus. Kokemuksellisuus on vastavuoroisessa yhteydessä ruumiillisuuteen sekä fyysiseen ja kulttuuriseen ympäristöön: ihminen hahmottaa ympäristöään, mutta myös ihminen voidaan hahmottaa osana ympäristöään. Kielen ja psykiatrian suhdetta tarkasteltaessa on käynyt ilmi, että psyykkisten tapahtumien nimeäminen ja kuvaaminen on ongelmallista. Mieleen liittyviä tarkoitteita ei ole helppo osoittaa. Psyykkinen häiriintyminen hahmottuu usein vasta vuorovaikutuksen tuloksena. Häiriöille on olemassa nimityksiä, jotka voivat itsessään – sanoina – synnyttää voimakkaita ärsykeitä ja samalla estää tuoreita näkemyksiä (vrt. Dunn 1983: 69–70). Arki-kielestä saatuihin analogioihin perustuvat jähmeät nimikkeet saattavat synnyttää objektiiv-

visemman mielikuvan, kuin nimikkeiden kuvaamien henkilöiden todelliset ominaisuudet – eivät rajatut ominaisuuskimput – edellyttävät (Dunn 1983: 69–70; Feer 1987: 23–25, 36).

Opettamisen ja oppimisen kannalta nimeämisellä ja tarkoitteiden tuntemisella on käytännön lääketieteessä keskeinen merkitys. Kommunikoinnin onnistumiseksi tarvitaan stereotyyppisiä käsityksiä, mutta tilanne on hankala, jos kaikki tarkoitteen ominaisuudet, joita summittaisen kuvan takana on, ovat arkipäiväisen havainnoinnin tavoittamattomissa (vrt. Feer 1987: 26). Ammattilaiseen liitetään virallisen asiantuntijavallan ja tieteellisen tiedon, jopa sen ytimen, status. Siksi maallikon ja varsinkin avun tarvitsijan kannalta vuorovaikutustilanne ei ole symmetrinen, mikä saattaa tuottaa yksinkertaistavia, jopa harhauttavia nimityksiä. Lisäksi psykiatrisilla nimikkeillä on vaikutusta diagnoosin ”saajana” olevan ihmisen itsensä sekä muiden reagointiin ja käyttäytymiseen, etenkin jos käyttäytymisen taustalla olevia tekijöitä ei tiedosteta. (Dunn 1983: 68, 70, 72–73.)

Luvussa 5.4 totesin, että tieteellisessä kielenkäytössä on perinteisesti pidetty yksimerkityksisyyttä ja pysyvyyttä tärkeinä, jotta informaation välityksessä vältettäisiin moniselitteisyyden vaara. Sananvalinnoissa on pyritty vapautumaan häiritsevistä mielleyhtymistä, koska ei ole haluttu mielikuvien, tunteiden ja inhimillisten reaktioiden välittyvän sanoista. Merkityksen jonkinasteinen välittyminen termin muodon ja rakenteen perusteella on ollut tavoitteena, jotta kokonaisuuden merkitys olisi helpommin pääteltävissä (esim. *dys-morfo-fobia*). Etenkin luonnontieteissä on pyritty niin sanottuun kryptisyyteen, jotta arkikokemuksen ulkopuolelle usein jäävien, erikoissanakirjoissa oppitermein kuvattavien tieteellisten löydösten paikka käsitejärjestelmässä selviäisi. Delfiseksi kutsuttu tarkastelutapa mahdollistaa sen, että ihmistä käsittelevä, usein epätarkka tieto voitaisiin tavallista ihmistä varten ilmaista tutuin, yleissanakirjoissa esiintyvin arkitermein. Tällöin huomio ei kohdistu käsitteeseen, vaan termin ominaisuuksiin.

Ei vain ammattilaisille vaan myös maallikoille syntyy oikeansuuntaisia mielikuvia ja asiasisältö on helppo ymmärtää, jos termitetyt yleiskielen sanat ovat läpikuultavia eli ne kuvaavat hyvin käsitettä ja niistä näkyvät käsitteen tärkeimmät piirteet (SFS 50-1989: 74, 84). Hyvää ja selkeää kieltä syntyy, kun termi sopii hyvin tarkoitukseensa ja muodostaa

yhdessä käsitejärjestelmän muiden termien kanssa järjestelmää kuvaavan kokonaisuuden, termijärjestelmän. Jos termijärjestelmä kuvaa hyvin käsitteiden välisiä suhteita, se on käsitejärjestelmässään johdonmukainen. Yhdyssanoista ja sanaliitoista muodostuvassa termistössä esimerkiksi yläkäsitettä kuvaava termi voi muodostaa alakäsitteiden nimityksen perusosan silloin, kun termistö kuvaa hierarkkista käsitejärjestelmää (esim. aikaisemmin käytetyt *mielitauti–jakomielitauti*). Termi on tarkoituksenmukainen, jos sen käyttö ei synnytä haitallisia mielikuvia. Ulkoiselta muodoltaan muista erottuva termi helpottaa viestintää, samoin lyhyt termi. Muodon yksinkertaisuutta ovat myös produktiivisuus eli soveltuvuus johdosten muodostamiseen sekä muu käytön helppous (ääntäminen, kirjoittaminen ja taivutus). Termin tulee lisäksi olla kielellisesti moitteeton ja mieluummin omakielinen. (Ks. SFS 50-1989: 73–80)

Aikaisemmin kävi ilmi, että psykiatrian diagnoosien muodostama sanasto on laajuudeltaan kaiken kaikkiaan melko suppea. Yksisanaisen termisanaston ominaisuudet asettuvat kryptisyyden ja delfisyyden muodostamalle jatkumolle, sanakirja- ja tautiluokitusvertailussa delfiscen suuntaan poiketen. Arkinen tieto ja yleiskielen sanat yhdistyvät näissä termeissä usein arkikokemuksen ja -kielen ulkopuolelle jääviin ilmauksiin: *alkoholi-paranoia, ammattineuroosi, jäännöskitsofrenia* ja *koulufobia*. Yksisanaisissa termisanoissa kotoisen aineksen osuus on selvästi suurempi kuin vierasperäisen. – Seuraavaksi ryhmittelen tutkimani aineiston siten, että siitä hahmottuvat nykyisin käytössä olevat tavat nimetä psyykkisiä häiriöitä (luku 5.7.1 alalukuineen). Olemassa olevien nimeämisperusteiden jälkeen tarkastelen muita mahdollisia nimeämistapoja ja niiden taustalla olevia käsitteistyksiä (luku 5.7.2).

5.7.1 Nykyiset nimeämisperusteet

Psykiatrian kohdalla korostuu tosiasia, että ihmisen elämä toteutuu monimutkaisissa vuorovaikutussuhteissa. Toivonen ym. (1998: 57) esittävät *Tässä suhteessa* -nimisessä teoksessaan seuraavan matriisin avulla erilaisia terapeutin ja asiakkaan välisiä suhteita, joihin terapioiden hyödynnettävyys perustuu:

- terapeutin tietoinen – asiakkaan tietoinen
- terapeutin tietoinen – asiakkaan ei-tietoinen
- terapeutin ei-tietoinen – asiakkaan tietoinen
- terapeutin ei-tietoinen – asiakkaan ei-tietoinen
- terapeutin tietoinen – terapeutin ei-tietoinen
- asiakkaan tietoinen – asiakkaan ei-tietoinen.

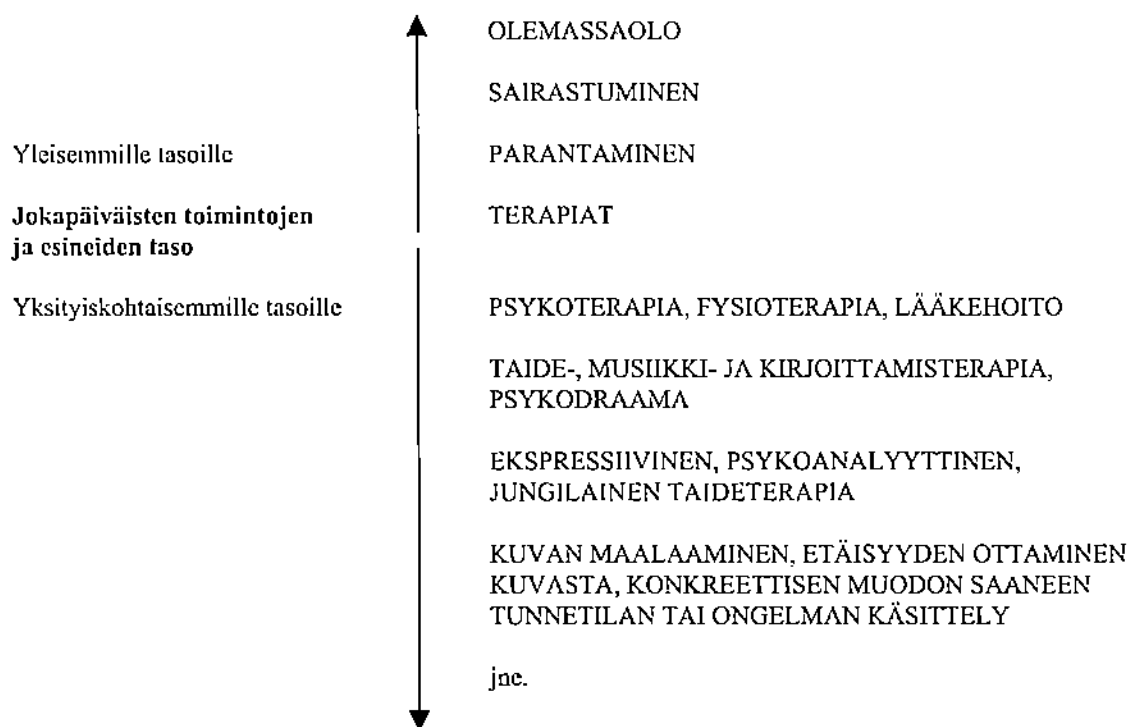
Vuorovaikutuksessa tarkastelun kohteena ovat paitsi eri osapuolten, terapeutin ja asiakkaan, väliset suhteet, myös kummankin sisäiset, tietoiset ja tiedostamattomat, suhteet. Vuorovaikutuksen monimuotoisuuden lisäksi kyky liikkua eri abstraktiotasoilla on kommunikoinnissa tärkeää ja kuvaa ajattelun joustavuutta. Toivonen ym. (1998) käsittelevät erilaisuutta, yhteyttä ja yhteistyötä NLP:n (*neuro-linguistic programming*) mallin avulla. Yksityiskohtaisesta yleiseen ja yleisestä yksityiskohtaiseen liikuttaessa perustasona pidetään jokapäiväisten toimintojen ja esineiden tasoa (Rosch 1977: 44; Toivonen ym. 1998: 241). Leino (1983: 195) huomauttaa Roschin (1977) tutkiman väritermistön osoittavan, miten juuri inhimillinen havaintojärjestelmä vaikuttaa kielellisten kategorioiden määrittymiseen leksikaalisten erojen sijaan. Tältä osin Sapirin ja Whorfin hypoteesi ei pitäisikään paikkaansa (Rosch 1977: 41; Leino 1983: 195).

Esitän seuraavassa Toivosen ym. (1998: 242) esitystä soveltaen psykiatriaan liittyvän käsitejärjestelmän (taulukko 8), jossa jokapäiväisten toimintojen eli terapioiden tasolta liikutaan ylöspäin olemassaoloon asti ja alaspäin yksittäisen terapiamuodon eri vaiheisiin (ks. myös Alaja 2000: 12).

Alaspäin, yksityiskohtiin mentäessä asioita ja tapahtumia voidaan Toivosen ym. (1998: 242–244) mukaan tarkentaa, täsmentää ja analysoida. Kuten taideterapia-esimerkki osoittaa, itsen ja toisen ymmärtämisen vaikeudet ulkoistuvat ja täsmentyvät, kun ne saavat konkreettisen muodon. Liikkuminen yleisyystasoa alaspäin tuo ihmisen hänen sisäisestä maailmastaan ulkoiseen todellisuuteen, esimerkiksi tunnetilaa esittävän maalauksen muodossa. Ylöspäin, yleisempään suuntaan mentäessä sisäisesti tuotettujen mielikuvien ja omien kokemusten osuus lisääntyy, kun puheena olevaa asiaa pyritään ymmärtämään. Eri ihmisten käsitykset tulevat yksilöllisemmiksi, eli ne alkavat poiketa enemmän toisistaan. Henkilökohtaiset kokemukset aktivoituvat, mikä auttaa löytämään yhteistä ja puhumaan

peruseriaatteista. Tärkeää on totuttautuminen liikkumaan eri tasoilla. Yksityiskohdista kokonaisuuskuvaan siirtyminen ja päinvastoin parantaa vuorovaikutusta, jolloin henkinen joustavuus ja kyky käsitellä erilaisia asioita lisääntyvät. (Vrt. Toivonen ym. 1998: 242–244.)

Taulukko 8. Abstraktio- eli yleisyystasot.



Psykiatrian termistöä on mahdollista tarkastella taulukossa 8 esitetyn abstraktiotasojattelun pohjalta. Tällöin jatkumo muodostuu ei-asiantuntijatarakkailijan kannalta seuraavanlaiseksi: yleisyys – jokapäiväisyys – yksityiskohtaisuus. Jokapäiväisten toimintojen ja esineiden tasoa edustavat tyypillisesti ihmisruumiin elimet, psykiatrian kohdalla lähinnä aivot ja hermosto. Fyysiseen todellisuuteen kuuluvat myös tarkoituksellisesti tai vahingossa nautittavat, aivoihin vaikuttavat aineet. Konkreettisten aineiden ja elinten kautta ihmisen sisäisyys tuntuu saavan jonkinlaisen ulkoisen kosketuspinnan: häiriöiden ymmärrettävyys lisääntyy. Nimeämisperusteena toimivan fyysisen todellisuuden rinnakkaiskäsitteinä psykososiaalinen ja symbolinen todellisuus tarjoavat mahdollisuuden tarkastella psykiatrisia termejä. Kun termien abstraktisuus- ja vicrausaste kasvaa, voidaan olettaa, että termeihin liittyvien mielikuvien osuus lisääntyy.

Nimeämisperusteiden tarkastelussa aineiston termien ominaisuudet on mahdollista suhteuttaa tieteen kieleen liittyviin perinteisiin ja ihanteisiin. Tarkasteltavat ominaisuudet ovat periaatteessa samat kuin aikaisemmin käsiteltyjen yksisanaisten termisanojen kohdalla: 1) yksimerkityksisyys, 2) vapaus häiritsevistä mielleyhtymistä, 3) merkityksen ainakin osittainen paljastuminen sanan muodon ja rakenteen perusteella, 4) pysyvyys sekä 5) kryptisyys ja 6) delfisyys. Tarkastellessani seuraavassa psykiatrian diagnoosinimikkeitä en käytä systemaattisesti kriteereinä edellä lueteltuja hyvän termin ominaisuuksia, vaan ne toimivat ajattelun taustalla olevina ihanteina.

Käsillä olevassa luvussa esiteltävien diagnoosien taustalla olevat psyykeä ja käyttäytymistä koskevat käsitteet on määritelty ihmisen puutteista eli häiriön oireita kuvaavasta oireyhtymädiagnosoinnista käsin. Vain harvat psykiatrian termeistä ovat neutraaleja, koska ne ovat jo valmiiksi käsitetaustaltaan kielteisiä ja metaforisia. Lisäksi monet termeistä ovat läpinäkymättömiä ja niiden synnyttämät mielikuvat ihmisen jokapäiväisiin toimintoihin ja konkreettiseen todellisuuteen liittymättömiä. Diagnoosien käytön tarkoituksenmukaisuus on psykiatriassa helpompi perustella yhteiskunnan kuin yksilön kannalta. Voidaan olettaa, että abstraktioasteeltaan korkealle sijoittuvien termien synnyttämien haitallisten mielikuvien ja tunteiden osuus vähenee, jos moniosaisessa termissä on yksikin konkreettinen tai jokapäiväiseen elämään liittyvä, tuttu ilmaus. Seuraavassa käsiteltävien psykiatristen termien takana hahmottuvat tarkoitteet ovat aristoteelisen olioluokituksen mukaisia, konkreettisten ja abstraktien luokkien erilaisia yhdistelmiä. Käytän psykiatrian diagnoosinimikkeiden nimeämisperusteiden tarkastelussa tausta-ajatuksena karkeaa kaksiosaista jaottelua, johon liittyvät seuraavat kriteerit:

1. yksityiskohtaisuus ja jokapäiväisyys:
 - tarkkuuden ja läpinäkyvyyden lisääntyminen
 - häiritsevien mielleyhtymien väheneminen
 - delfisen hahmotustavan lisääntyminen
 - merkityksen paljastumisen lisääntyminen termin muodon ja rakenteen perusteella, eli termi pitenee

2. yleisyys, teoreettisuus:
 - tarkkuuden ja läpinäkyvyyden väheneminen
 - häiritsevien mielleyhtymien lisääntyminen

- kryptisen hahmotustavan lisääntyminen
- merkityksen paljastumisen väheneminen termin muodon ja rakenteen perusteella, eli termi lyhence.

Ymmärrettävä psykiatrian termi olisi seuraavanlainen: *alkoholin aiheuttama aivosairaus*. Suhteellisen neutraaleja ja ymmärrettäviä diagnooseja ovat myös *aivoruhjeen jälkeinen aivosairaus* ja *jodinpuitteen aiheuttamaan kilpirauhasen vajaatoimintaan liittyvä dementia* (ICD-10 1995: 187, 191). Tällaiset ilmaukset ovat psykiatrian kontekstiin suhteutettuina maallikkotarkkailijan kannalta läpinäkyviä ja pääosin delfisiä. Ne eivät herätä kovin voimakkaita mielleyhtymiä, koska ne voi mieltää, ei-toivottuinakin, tuttuun, arkiseen elämään kuuluviksi. Termit ovat selittäviä ja pitkiä. Ei-transparentti, häiritseviä mielikuvia herättävä ja kryptinen on esimerkiksi *hebefrenia* (ICD-10 1995: 199). Termi on lyhyt ja kätevä käyttää, mutta outona ja vierasasuisena se yhdistyy tuttuuden sijaan teoreettiseen käsitykseen psyyken olemuksesta.

Oletuksena on, että tuttuja, arkisia ilmiöitä kuvaavat, delfisiksi luokiteltavat sanat lisäävät psykiatrisen termin osana tarkkuutta ja läpikuultavuutta. Tarkkuutta lisäävä vaikutus saattaa olla millä tahansa sanalla, jos se ongelmakäsitteen ilmauksen osana liittyy fyysiseen todellisuuteen. Kun termistä näkyvät käsitteen tärkeimmät piirteet eli termi kuvaa käsitettä hyvin, se on helpompi ymmärtää ja hyväksyä. Tällöin häiritsevien, negatiivisten mielikuvien suhteellinen osuus vähenee ja termin tarkoituksenmukaisuus lisääntyy. Kun psykiatrisen termi sisältää käsitettä eksplisiittisesti selittävää ainesta, sen rakenne muuttuu monisanaisemmaksi. Mitä enemmän kryptiseksi luokiteltavia, varsinkin ei-fyysiseen todellisuuteen liittyviä, sanoja termi sisältää, sitä yleisemmällä, teoreettisemmalla ja mielikuvia ruokkivammalla tasolla liikutaan. Termi lyhenee ja ilmauksen suhteellinen käsitteellisyysaste kasvaa. Ymmärrettävyyden lisäämiseksi termiä on selitettävä erikseen.

Diskursiivinen sairauskäsitys perustuu keskusteluosapuolten molemminpuoliseen ymmärtämiseen, jolloin erilaisiin näkökulmiin, kieleen, puhumiseen ja yleiseen kertomuksellisuuteen liittyvä moninaisuus voidaan ottaa huomioon. Negatiivisuus–positiivisuus-hahmotustapa mahdollistaa aikaisempaa myönteisemmän ja kokonaisvaltaisemman ajattelu- ja puhumiskäytännön pohtimisen ja vahvistamisen. Kun puhutaan kielen konkreettisesta

sovelluksesta – kielen käytöstä – eikä kielestä abstraktina järjestelmänä, käytetään semantiikassa termiä *puhunta* (Koski 1989: 124). Puhunta on tekstin tuottamista puhumalla tai kirjoittamalla. Puhunnan tasolle kuuluu se, että lauseessa viitataan johonkin kielenulkoiseen ilmiöön. Lauseen sanat viittaavat niihin olioihin, jotka ovat osallisena kysicisessä ilmiössä ja joista puhuja sanoo jotakin. Kun sanalla viitataan johonkin maailman ilmiöön tai ilmiöluokkaan, puhutaan *referenssistä*. Tällainen puhunnan tason viittaussuhde ei ole sama asia kuin denotaatio, jolla tarkoitetaan merkitystä sanan varsinaisessa mielessä eli abstraktin kielisysteemin leksikossa olevan sanan suhdetta käsitemaailmaan. Denotaatio määräytyy puhujan tulkinnan mukaisesti (sanavalinta). Denotaatio on siis sanan kielenulkoiseen maailmaan viittaava merkitys, kun referentti taas on suora viittaussuhde puhujan ilmauksesta kielenulkoiseen ilmiöön. (Koski 1989: 124–125; ks. myös luku 1.3.) Tarkasteluni lähtökohtana on viimeksi mainittu viittaussuhde, eli kyseessä on viittaaminen kuvitteellisen puhujan ilmauksesta kielenulkoiseen ilmiöön, mistä käytän kuitenkin yksinkertaisuuden vuoksi termiä *denotaatio*.

Inhimillinen kieli ja viestintä on moniulotteista. Lauseiden tehtävänä on myös voimakkaiden tunnetilojen purkaminen sekä yksilön että yhteiskunnan tasolla (L. Hakulinen 1970: 57–59; Niiniluoto 1989: 57). Sanojen merkitys muodostuu L. Hakulisen (1970: 55) mukaan käsitesisällyksen lisäksi sivu- ja tunnesisällyksestä, eli sanat herättävät saatto- ja sivumielteitä sekä aiheuttavat tunteita ja tunnelmia. Jokaisella yksilöllä on omat ulkoisten ja psyykkisten olojen määräämät syynsä käyttää tiettyä sanaa tietyllä tavalla. (L. Hakulinen 1970: 56.)

Psykiatristen termien värityneisyyttä voidaan tarkastella sekä denotaatioiden että konnotaatioiden kannalta. Denotatiivista negatiivisuus–positiivisuus-asteikkoa soveltaen voitaisiin esimerkiksi somaattisista sairauksista puhuttaessa käyttää *vatsahaavasta* nimitystä ”*vatsan osaterveys*”. Mielen ja käyttäytymisen tervettä puolta painottaisi ”*kausiraitti*” *kausijuoppouden* sijaan tai ”*mielenrauha*” *masennuksen* sijaan. Konnotaatioiden lieventäminen on mahdollista kiinnittämällä huomiota hyvän termin ominaisuuksiin: omakielisyyteen ja läpikuultavuuteen (ks. luku 5.7.2).

Seuraavien alalukujen sisältämä termiesittely koskee diagnooseja, jotka olen poiminut aineistoni ICD-10-luokitusta (1995) käsittävästä osuudesta. Olen viitannut DSM-III-R:ään (1991) vain silloin, kun olen katsonut sen tarpeelliseksi. ICD-10 on nykyisin käytössä oleva luokitus. Se on laadittu DSM-III:n pohjalta, joten katson sen taudinmäärittysten riittävän yksin edustamaan psykiatrian ajankohtaista diagnoositermistöä. Psykiatrisen käytännön työskentelyn helpottamiseksi on laadittu *Psykiatrian luokituskäsikirja* (1997), joka käsittää valikoiman diagnoosikoodeja myös muista kuin ICD-10-tautiluokituksen mielenterveyttä käsittelevästä osuudesta. Tämän käsikirjan lukijalle tarkoitetuissa selvennyksissä erotetaan toisistaan nimeämällä eri tavoin numeroidut ja laatikoidut koodit. On olemassa erikseen ryhmä-, oire-, syy- ja diagnoosikoodeja sekä näiden lisäksi eri tavoin merkityjä diagnostisia kriteerejä. (PL 1997: 2–3.) Erilaisista diagnoosityypeistä riippumatta käytän analyysissäni psykiatrian termeistä nimitystä *diagnoosi(nimike)* tai pelkkä *nimike*. ICD-10-luokituksessa (1995) alun alkaen monikossa esiintyneet ryhmäkoodit olen säilyttänyt monikollisina, yksikössä esiintyvät nimikkeet ovat yksikössä. Ilmaus *diagnoosinimike* tai *termi* tarkoittaa esimerkiksi mitä tahansa seuraavasta nimikkeestä ja sen alakohdista: F98.8 *muut määritetyt tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat toimintotai tunnehäiriöt, johon sisältyvät kynsien pureskelu, nenän kaivelu, peukalon imeminen, liiallinen itsetyydytys ja tarkkaavuushäiriö, johon ei liity ylivilkkautta* (ICD-10 1995: 245).

Tarkastelen psykiatrian termejä kielitieteilijän näkökulmasta, mikä edellyttää kuitenkin psykiatrisen käsitteen monimuotoisuuden jonkinasteista ymmärtämistä. Strömngren (1969: 787) pitää psykiatrisia käsitteitä tosiasioihin perustuvina kokemusperäisinä sopimuksina, jotka heijastavat todellisuutta. Rauhalan (1981: 38; 1997; 22.5.2000) mukaan psyykkisissä sairauksissa kysymys on 'kokemuksen häiriöstä', 'yksilöllisen maailmankuvan epäsuotuisuudesta' tai 'elämäntaidollisesta ongelmasta'. Psykiatristen käsitteiden voi nähdä perustuvan toisaalta ammattilaisen koulutukseen ja siihen perustuvaan kokemukseen, joita leimaavat yleisyys ja teorsettisuus, ja toisaalta maallikon kokemukseen, jolle puolestaan on tyypillistä yksityiskohtaisuus ja jokapäiväisyys.

Esittelen seuraavassa, tutkimukseni empiirisessä osassa, ICD-10-luokituksen (1995) termistön ja analysoin sen nimeämisperusteita. Koska kysymyksessä on melko pieni

aineisto ja koska tutkimuksessa on tarkoitus antaa kokonaiskuva psykiatriasta ja sen enimmäkseen ei-tutusta termistöstä, luettelen havainnollisuuden vuoksi kaikki luokituksen diagnoosit. Koska tutkimus ei ole kvantitatiivinen, tarkoituksena on, että pelkkä terminmassan silmäily antaisi lukijalle kuvan crityyppisten diagnoosien määrällisestä esiintyvyydestä. Psykiatristen seikkojen selostamisella pyrin esittelyn tarkkuuteen. Kunkin diagnoosin perään olen merkinnyt tautiluokituksen ja sivun, jolta termi ICD-10:stä löytyy. Mahdollisuuksia psykiatrian keskeisen termiaineiston ryhmittelyyn ja esittelyyn on lukemattomia. Tässä suoritettu ryhmittely on yksi monista; esimerkiksi sellaiset termit kuin *nenän kaivelu* ja *hampaiden kiristely* kuvaavat käyttäytymistä, mutta luokittelen ne fyysisen todellisuuden aineellisuutta ja elimellisyyttä ilmentävään ryhmään sillä perusteella, että niissä on tuttua, arkisena terminosana *nenä* ja *hampaat*.

5.7.1.1 Henkilönnimi

Ihmisen jokapäiväiseen, arkiseen elämään liittyvät henkilönnimet. Henkilön mukaan nimetyt diagnoosit muodostavat pienen, selkeän ryhmän psyykkisiä häiriöitä. Seuraavat henkilönnimen sisältävät taudinnimet, eponyymit, kuuluvat elimellisiin aivo-oireyhtymiin (ICD-10 1995: 185–186), jotka voivat olla esimerkiksi päihteiden aiheuttamia (ICD-10 1995: 191–):

- (A1) *alkoholin aiheuttama tai tarkemmin määrittämätön Korsakovin psykoosi tai oireyhtymä* ICD-10, 193
Alzheimerin tauti, tyyppi 1 ICD-10, 186
Alzheimerin tauti, tyyppi 2 ICD-10, 185
epätyypillinen dementia, Alzheimerin tyyppi ICD-10, 186
preseniili dementia, Alzheimerin tyyppi ICD-10, 185
preseniilialkuinen, Alzheimerin tyyppinen primaarinen degeneratiivinen dementia ICD-10, 185
seniili dementia, Alzheimerin tyyppi ICD-10, 186
seniilialkuinen, Alzheimerin tyyppinen primaarinen degeneratiivinen dementia ICD-10, 186.

Elimellisiin aivo-oireyhtymiin kuuluu myös muihin, lähinnä neurologisiin häiriöihin liittyviä, henkilönnimen sisältäviä taudinnimiä.

- (A2) *Alzheimerin tautiin liittyvä epätyypillinen tai sekatyypinen dementia* ICD-10, 186
Alzheimerin tautiin liittyvä myöhään alkava dementia ICD-10, 186
Alzheimerin tautiin liittyvä varhain alkava dementia ICD-10, 185

Creutzfeldt-Jakobin tautiin liittyvä dementia ICD-10, 186
Huntingtonin tautiin liittyvä dementia ICD-10, 186
Lymen tautiin (borrelioosiin) liittyvä dementia ICD-10, 187
määrittämätön Alzheimerin tautiin liittyvä dementia ICD-10, 186
Parkinsonin tautiin liittyvä dementia ICD-10, 186
Pickin tautiin liittyvä dementia ICD-10, 186.

Psyykkisen kehityksen häiriöihin (ICD-10 1995: 234–238) kuuluvat eponyymit muodostavat seuraavaksi suurimman ryhmän:

- (A3) *Aspergerin oireyhtymä* ICD-10, 238
epilepsiaan liittyvä hankimainen puheen tuottamisen tai ymmärtämisen häiriö (Laudau-Kleffner) ICD-10, 234
Hellerin oireyhtymä ICD-10, 237
Kannerin oireyhtymä ICD-10, 236
kehityksellinen Gerstmannin oireyhtymä ICD-10, 235
kehityksellinen Wernicken afasia ICD-10, 234
Rettin oireyhtymä ICD-10, 237.

Neuroottisia, stressiin liittyviä ja somatoformisia häiriöitä (ICD-10 1995: 215–218) ovat:

- (A4) *Briquet'n häiriö* ICD-10, 218
Da Costan oireyhtymä ICD-10, 216
Dhatin oireyhtymä ICD-10, 218
Ganserin oireyhtymä ICD-10, 215.

Aikuisiän persoonallisuushäiriöihin kuuluu

- (A5) *Münchhausen-oireyhtymä* ICD-10, 231

ja tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkaviin käytös- ja tunnehäiriöihin

- (A6) *Gilles de la Touretten oireyhtymä* ICD-10, 243.

Henkilön nimeen on rinnastettavissa paikannimen käyttö nimeämisperusteena:

- (A7) *amerikkalaiseen trypanosomiaasiin liittyvä dementia* ICD-10, 187.

Edellä lueteltujen termien perusmerkityksiä ilmaisemaan ovat valikoituneet sanat *tauti*, *häiriö*, *oireyhtymä*, *dementia* ja *afasia*. Lisämerkitys saadaan erisnimestä: *Alzheimer*,

Gerstmann, Gilles de la Tourette jnc. Häiriön ensimmäisen kuvaajan mukaan nimetyt diagnoosit vaikuttavat selkeiltä, konkreettisilta ja neutraaleilta, mutta ovat psyykkisen häiriön samoin kuin yleensä tautien nimityksinä huomattavan läpinäkymättämiä. Vaikka henkilönnimi on ilmiönä yleinen ja arkipäiväinen, sen symboliluonne estää läpinäkyvyyden lisääntymisen. Eponyymit ovat termeinä kryptisiksi luokiteltavia, ja ne vaikuttavat ainakin aluksi, käyttöön otettaessa, neutraaleilta.

Lääketieteen kielen sanoina eponymeihin liittyy yleensä häiritseviä kysymyksiä. Erityisen kielteisiä mielikuvia liittyy paikkakuntien mukaan nimettyihin sairauksiin, mutta tällaisia diagnooseja ei aineistossani ollut, ellei sellaisena pidetä *amerikkalaiseen trypanosomiaasiin liittyvää dementiaa* (A7). Tarkkuus lisääntyy vasta, kun selvitetään termien merkitykset. Seuraavat selitykset on poimittu PsS:sta asianomaisen nimikköiden kohdalta. Esitän selitykset ”negatiivisuusjärjestyksessä” siten, että neutraaliuden voi ajatella vähenevän luettelon loppua kohden:

- viruksen aiheuttama tylsistyminen (*Creutzfeldt-Jakobin tautiin liittyvä dementia*)
- vallitsevasti periytyvä keskushernoston tauti, jolle on ominaista koreaattiset pakko-liikkeet, psyykkiset oireet ja tylsistyminen (*Huntingtonin tautiin liittyvä dementia*)
- puheen muodostuksen häiriö (*kehityksellinen Wernickin afasia*)
- sydänoireiksi tulkitut oireet, joille ei löydy elimellistä syytä (*Da Costan oireyhtymä*)
- Alzheimerin taudin aiheuttama tylsistyminen (*Alzheimerin tauti*)
- aivojen lohkosurkastuma (*Pickin tautiin liittyvä dementia*)
- sosiaalisten kykyjen ja kiinnostuksen heikkous -- (*Aspergerin oireyhtymä*)
- nykimisoireet, koprolalia ja ekolalia, palilalia (*Gilles de la Touretten oireyhtymä*)
- varhaislapsuuden autistinen häiriö (*Kannerin oireyhtymä*)
- normaalin kehitysjakson jälkeen ilmaantuvat uscat taantumet (*Rettin oireyhtymä*)
- somatisaatiohäiriön varhaisempi nimi, hysteria (*Briquet'n häiriö*)
- pääasiassa vangeilla es. persoonallisuuden jakautumishäiriö (*Ganserin oireyhtymä*)
- itseaiheutettu häiriö ruumiillisin oirein (*Münchhausen-oireyhtymä*).

Diagnoosi on helpompi kokea ainakin jossain määrin neutraaliksi, kun tiedetään, että häiriön aiheuttajaksi epäillään periytymistä, aivojen kehityshäiriötä tai mahdollisesti aivotulehdukseen liittyvää tapahtumasarjaa (*Creutzfeldt-Jakobin tautiin liittyvä dementia, Landau-Kleffner, Lyman tautiin eli borrelitoosiin liittyvä dementia*). Itselle ilman ilmeistä syytä aiheutettu vahinko (esim. *Münchhausen-oireyhtymä*), herättää selitettynäkin voimakkaita tunteita ja reaktiota, koska häiriön syyt ovat epäselviä ja luultavasti sisäisiä. (Ks. tark. ICD-10 1995: 231, 234.)

Henkilönnimen sisältävät häiriön nimitykset tukevat oletusta, jonka mukaan sinänsä ilmiönä arkiset mutta käytännössä oudot ilmaukset, tässä tapauksessa vierasperäiset erisnimet, vähentävät termin tarkkuutta ja neutraaliutta sekä lisäävät siihen liittyviä häiritseviä mielleyhtymiä. Nämä termit ovat tyypillisimmillään lyhyitä sanaliittoja (esim. *Briquet'n häiriö*, *Rettin oireyhtymä*). Arkisten ilmiöiden termin selittävyyttä ja pituutta lisäävä vaikutus toteutuu ainakin siinä tapauksessa, kun eponyymi korvataan pidemmällä nimikkeellä, kuten *Landau-Kleffnerin* kohdalla on ICD-10:ssä tehty: *epilepsiaan liittyvä hankimainen puheen tuottamisen tai ymmärtämisen häiriö*. Henkilönnimeen perustuvat termit osoittavat, että lieventävää denotaatiota (*häiriö*, *oireyhtymä*) käytetään, kun puhutaan häiriöistä, jotka ovat

- psyykkisen kehityksen häiriöitä (*afasia*, *häiriö*, *oireyhtymä*)
- neuroottisia, stressiin liittyviä ja somatoformisia häiriöitä (*häiriö*, *oireyhtymä*)
- aikuisiän persoonallisuushäiriöitä (*oireyhtymä*)
- tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavia käytös- ja tunnehäiriöitä (*oireyhtymä*).

Lieventävä denotaatio ei sen sijaan ole tarpeen elimellisten aivo-oireyhtymien kohdalla, vaan voidaan käyttää objektivisempaa *tauti*-nimitystä (*Alzheimerin tauti*) tai turvautua metaforaan (*dementia*). Elimellisyys selityspäätteena näyttää sallivan *tauti*-nimityksen käytön paremmin kuin psyykkisyys.

5.7.1.2 Fyysinen todellisuus: aineellisuus ja elimellisyys

Kummassakin tutkimassani tautiluokituksessa luokituksen alkupuolelle on sijoitettu pääluokka, jossa kysymyksessä on jonkin aineen käytöstä aiheutuva häiriö. ICD-10:ssä ryhmä on heti toisena elimellisten aivo-oireyhtymien (mm. *dementia*) jälkeen. Suomen oloihin sopeutetussa DSM-III-R-ohjeistossa alkoholin aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät muodostavat oman erillisen luokkansa ennen muiden päihteiden ja lääkkeiden aiheuttamia elimellisiä aivo-oireyhtymiä. Luokat sijoittuvat heti dementian jälkeen. Kun jokin aiheuttava aine nimetään eksplisiittisesti diagnoosissa (aiheuttajana tai ei-aiheuttajana), häiriö kuuluu elimellisiin aivo-oireyhtymiin (ICD-10 1995: 185–) tai ryhmään nimeltä lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen

häiriöt (ICD-10 1995: 191–). Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät (ICD-10 1995: 218–) sisältävät nimeltä mainittuja aineita silloin, kun kysymyksessä on riippumattomuutta aiheuttamattoman aineen väärinkäyttö (ks. kohta B6).

Kun aiheuttajana on alkoholin, huumeiden tai muiden psyykeen vaikuttavien aineiden käyttö, häiriö on helppo ja selkeä nimetä sen mukaisesti. Tilanne muistuttaa muun lääketieteen syy–seuraus-suhteisiin pyrkivää käsitteistämistä ja nimeämistä. Psykiatriassa joudutaan kuitenkin kysymään, mitä muita syitä kuin kemiallinen aine on alkoholin, kannabinoidien ja muiden päihdyttävien aineiden käytöstä aiheutuvien häiriöiden taustalla. Kun psyykkisen häiriön aiheuttajana on jonkin tunnetun aineen käyttö, diagnoosin loppuun liitetään tarkempi tieto käytön aiheuttamasta tilasta (esim. vieroitusoireet tai psykoottinen häiriö):

- (B1) *alkoholin (hallusinogeenien, kannabinoidien, kokaiinin, liuotinaineiden, muiden piristeiden, opioidien, rauhoittavien lääkkeiden ja unilääkkeiden sekä useiden lääkeaineiden ja muiden psyykkisiin toimintoihin vaikuttavien aineiden) käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt [amnestinen oireyhtymä; haitallinen käyttö; jäännöstilana esiintyvä tai viivästynyt psykoottinen häiriö; muu määritetty häiriö; määrittämätön häiriö; psykoottinen; riippuvuusoireyhtymä; vieroitusoireet; vieroitusoireet joihin liittyy sekavuustila (delirium); äkillinen päihtymystila] ICD-10, 192–198*
- tupakan käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt [haitallinen käyttö; muu määritetty häiriö; määrittämätön elimellinen aivo-oireyhtymä ja käyttäytymisen häiriö; riippuvuusoireyhtymä; vieroitusoireet] ICD-10, 196.*

Lääkkeiden ja päihteen aiheuttamien elimellisten aivo-oireyhtymien ja käyttäytymisen häiriöiden lisäksi kysymykseen voivat tulla

- (B2) *lääkkeiden ja päihteen aiheuttamat hurmos- ja haltiotilat ICD-10, 197.*

Psyykkisen häiriön aiheuttaja-aine (alkoholi, kofeiini, päihde tai lääkeaine) ilmenee myös seuraavista nimikkeistä (B3–4):

- (B3) *alkoholiaistiharhaisuus ICD-10, 192*
alkoholiharhaluuloisuus ICD-10, 192
alkoholin aiheuttama tai tarkemmin määrittämätön Korsakovin psykoosi tai oireyhtymä ICD-10,

alkoholinkäyttöön liittyvä mustasukkaisuus ICD-10, 192
alkoholiparanoia ICD-10, 192
patologinen alkoholipäihtymys ICD-10, 192
pitkäaikainen alkoholiriippuvuus ICD-10, 192
tarkemmin määrittämätön alkoholipsykoosi ICD-10, 192
tarkemmin määrittämätön alkoholipäihtymys ICD-10, 192.

- (B4) *kofeiinin aiheuttamat häiriöt* ICD-10, 195
päihderiippuvuus (narkomania) ICD-10,193–5, 197
tarkemmin määrittämätön lääkeaineiden väärinkäyttö ICD-10, 197.

Aiheuttaja voi käydä ilmi implisiittisesti:

- (B5) *”bad trips” -tila* ICD-10, 193, 195, 197
hyperkalsemiaan liittyvä dementia ICD-10, 187
juoppohulluus (delirium tremens) ICD-10, 192
kausijuoppous ICD-10, 187
myrkytystilaan liittyvä dementia ICD-10, 187
määrittämättömään myrkytystilaan liittyvä dementia ICD-10, 187
tarkemmin määrittämätön päihtymys ICD-10, 193–197.

Jonkin aineen väärinkäyttö voi kohdistua muihinkin kuin riippuvuutta aiheuttaviin aineisiin, esimerkiksi mahahappo- tai ulostuslääkkeisiin. Käyttäytymisoireyhtymä liittyy tällöin yleensä fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin (ks. ICD-10 1995: 223):

- (B6) *mahahappolääkkeiden väärinkäyttö* ICD-10, 223
riippuvuutta aiheuttamattomien aineiden väärinkäyttö ICD-10, 223
steroidien tai muiden hormonien väärinkäyttö ICD-10, 223
tarkemmin määrittämätön lääkeaineiden väärinkäyttö ICD-10, 197
ulostuslääkkeiden väärinkäyttö ICD-10, 223
vitamiinien väärinkäyttö ICD-10, 223
yrttien ja kansanlääkkeiden väärinkäyttö ICD-10, 223.

Häiriön syynä voi olla, että se nimennomaan ei aiheudu alkoholista tai muusta psyykeen vaikuttavasta aineesta, jolloin aiheuttajana on jokin muu, tarkemmin mainitsematon tekijä:

- (B7) *alkoholista aiheutumaton Korsakovin psykoosi tai oireyhtymä* ICD-10, 193
sekavuustila (delirium), joka ei ole alkoholin tai muiden psyykeen vaikuttavien aineiden aiheuttama ICD-10, 188
äkillinen tai puoliäkillinen alkoholista aiheutumaton sekavuustila ICD-10, 188.

Psykykinen häiriö voi aiheutua paitsi päihdyttävän tai muun aineen väärinkäytöstä myös vitamiinin tai hivenaineen puutteesta:

- (B8) *B12-vitamiinin puutteeseen liittyvä dementia* ICD-10, 187
jodinpuutteen aiheuttamaan kilpirauhasen vajaatoimintaan liittyvä dementia ICD-10, 187
niasiinin puutteeseen (pellagraan) liittyvä dementia ICD-10, 187.

B8-ryhmän häiriöt ovat olemukseltaan vielä lähempänä somaattista lääketiedettä kuin ensimmäinen ryhmä B1. Häiriön aiheuttaja tunnetaan ja mainitaan, joten termi on siltä osin läpinäkyvä. Nimeämiseen ei liity moraalista kannanottoa (väärinkäyttö), todetaan ainoastaan jonkin aineen puute, jonka syy tosin jää epäselväksi. Yleisiin ihannetermin ominaisuuksiin nähden huonona puolena on sanaliittojen pituus (maksimissaan kuusi sanaa).

Yhteistä kaikille B-ryhmän termeille, myös jäljempänä esitetyille, on, että psykiatrian diagnooseista ne ovat kaikkein lähimpänä ihannetermin useimpia ominaisuuksia. Ne ovat suhteellisen objektiivisia, tarkkoja, läpikuultavia ja tarkoituksenmukaisia; muutama näistä termeistä on jopa yksisanaisia. Aiheuttaja ilmaistaan (esim. lääke, kansanlääke, päihde, vitamiini) tai siihen viitataan epäsuorasti, jolloin turvaudutaan oirekuvaukseen: *juoppo-hulluus, kausijuoppous*. Voidaan myös ilmaista "tila", joka on seurauksena aineen käytöstä tai johon joudutaan (*kausijuoppous, myrkytystila, "bad trips" -tila*), tai ilmaistaan molemmat, päihde ja tila (esim. *alkoholiharhaluoloisuus, tarkemmin määrittämätön alkoholi-psykoosi*).

Nimikkeet vaihtelevat pituudeltaan kaksiosaisista yhdyssanoista (*kausijuoppous*) moniosaisiin sanaliittoihin (esim. *alkoholin aiheuttama tai tarkemmin määrittämätön Korsakovin psykoosi tai oireyhtymä*). Pisimmillään diagnoosinimikkeenä luokiteltu sanaliittotermi voi olla 21-osainen kuten *useiden lääkeaineiden ja muiden psyykkisiin toimintoihin vaikuttavien aineiden käytön aiheuttama elimellinen aivo-oireyhtymä ja käyttäytymisen häiriö; määrittämätön elimellinen aivo-oireyhtymä ja käyttäytymisen häiriö*. Taustalla olevana tarkoitteena hahmottuu jokin aine ja sen vaikutus aivojen toimintaan (neurobiologia ja -fysiologia), joten liikutaan konkreettisella, fysiologisella tasolla. Yksinkertaistaen sanottuna kysymyksessä on aivojen toiminnan häiriö.

Sanaliittojen perusosia ovat luokituksen eri tasoilta tarkasteltuna muun muassa seuraavat ilmaukset: *aistiharhaisuus, dementia, häiriö, juoppous ja mustasukkaisuus*. Määriteosina esiintyvät esimerkiksi *kofeiinin tai tupakan käyttö, yrttien tai hormonien väärinkäyttö, alkoholin käyttämättömyys, juominen, niasiinin puute ja myrkytystila*. Käsitteen ekstensio eli ala korostuu ja tarkentuu, kun käsitepiirteet yksityiskohtaistuvat. Käsitepiirteenä päihdyttävän tai jonkin muun aineen väärinkäyttö ei kuitenkaan perimmältään ole syy vaan usein yritys hoitaa varsinaista ongelmatilannetta.

Fyysiseen todellisuuteen kuuluvat erilaisten aineiden lisäksi ihmisruumiin osat kuten aivot, jokin muu elin tai yleensä elimellisyys. Edellä B1-ryhmässä lueteltujen aivo-oireyhtymien lisäksi aivot ja sen puoliskot (B9) sekä muut osat, verisuonisto ja hermosto (B10) esiintyvät seuraavien häiriöiden nimikkeissä joka eksplisiittisesti tai infarktin tapaan implisiittisesti mainittuina:

- (B9) *aivolipidoosiin liittyvä dementia* ICD-10, 187
aivorulheen jälkeinen aivosairaus ICD-10, 191
aivorulheen jälkeinen oireyhtymä ICD-10, 191
aivosairauden, aivovaurion ja aivojen toimintahäiriön aiheuttamat persoonallisuus- ja käytöshäiriöt ICD-10, 190
aivotulehduksen jälkeinen oireyhtymä ICD-10, 190
aivotulehduksen jälkeinen oireyhtymä ICD-10, 191
muut aivovaurion, aivojen toimintahäiriön ja ruumiillisen sairauden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ICD-10, 188
muut määritetyt aivovaurion, aivojen toimintahäiriön ja ruumiillisen sairauden aiheuttamat aivo-oireyhtymät ICD-10, 190
määrittämätön aivosairauden, aivovaurion ja aivojen toimintahäiriön aiheuttama elimellinen persoonallisuus- tai käytöshäiriö ICD-10, 191
määrittämätön aivovaurion, aivojen toimintahäiriön ja ruumiillisen sairauden aiheuttama aivo-oireyhtymä ICD-10, 190
oikean aivopuoliskon häiriön aiheuttama elimellinen mielialahäiriö ICD-10, 191
vamman jälkeinen aivo-oireyhtymä ilman psykoottisia oireita ICD-10, 191
äkillinen tai puoliäkillinen aivo-oireyhtymä ICD-10, 188
- (B10) *arterioskleroottinen dementia* ICD-10, 186
hermostokoppaan liittyvä dementia ICD-10, 187
leukotomian jälkeinen oireyhtymä ICD-10, 190
lobotomiaoireyhtymä ICD-10, 190
moni-infarktidentia ICD-10, 186
muu määritetty verisuoniperäisen dementia ICD-10, 186
määrittämätön verisuoniperäinen dementia ICD-10, 186
otsalohko-oireyhtymä ICD-10, 190
pesäkekovetumatautiin liittyvä dementia ICD-10, 187
pääasiallisesti kortikaalinen dementia ICD-10, 186

sekamuotoinen (kortikaalinen ja subkortikaalinen) verisuoniperäinen dementia ICD-10, 186
subkortikaalinen verisuoniperäinen dementia ICD-10, 186
valtimoiden kyhmytulehdukseen liittyvä dementia ICD-10, 187
verisuoniperäinen dementia ICD-10, 186
äkillisesti alkava verisuoniperäinen dementia ICD-10, 186.

Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriö, yleensä dementia tai psykoosi, voi liittyä muihin tauteihin tai sairauksiin kuten hermoston (esim. epilepsia), aineenvaihdunnan tai sidekudoksen sairauksiin. Häiriö voi olla tulehduksen aiheuttama, tai se liittyy muualla ICD-10:ssä luokitettuihin sairauksiin. Somaattisiksi luokitellut sairaudet ovat fyysiseen todellisuuteen kuuluvia varsinkin, kun taudinaiheuttaja, esimerkiksi HI-virus tai trypanosooma-alkueläin, tunnetaan (B11; ks. tark. LT 1999).

- (B11) *HIV-tautiin liittyvä dementia* ICD-10, 187
epilepsiaan liittyvä dementia ICD-10, 187
epilepsiaan liittyvä skitsofreenistyyppinen psykoosi ICD-10, 189
hepatolentikulaariseen degeneraatioon liittyvä dementia ICD-10, 187
limbiseen epilepsiaan liittyvä persoonallisuushäiriö ICD-10, 190
muualla luokitettuihin häiriöihin ja sairauksiin liittyvät psykologiset tekijät ja käytöstekijät
muualla luokitettuihin muihin sairauksiin liittyvä dementia ICD-10, 186
muualla luokitettuihin määritettyihin tauteihin liittyvä dementia ICD-10, 187
SLE-tautiin liittyvä dementia ICD-10, 187
tarkemmin määrittämätön epileptinen psykoosi ICD-10, 190
trypanosomiaasiin liittyvä dementia ICD-10, 187
äkillinen tai puoliäkillinen infektioksi psykoosi ICD-10, 188.

Dementia sinänsä, elimellisenä aivo-oireyhtymänä, voitaisiin luokitella myös somaattiseksi sairaudeksi fysiologisen toimintahäiriön tapaan. Kun se näin luokiteltuna liittyy tai siihen itseensä liittyy jokin psyykinen häiriö tai kun se on (tarkemmin) määrittämätön tai alkaa lapsuusiässä, termi on katsottavissa fyysiseen todellisuuteen liittyväksi (B12).

- (B12) *dementiaan liittyvä sekavuustila (delirium)* ICD-10, 188
lapsuusiän dementia ICD-10, 237
masennusoireinen seniili dementia ICD-10, 187
määrittämätön dementia ICD-10, 187
paranoidinen seniili dementia ICD-10, 187
tarkemmin määrittämätön preseniili dementia ICD-10, 187
tarkemmin määrittämätön primaarinen degeneratiivinen dementia ICD-10, 187
tarkemmin määrittämätön psyykkisperäinen fysiologinen toimintahäiriö ICD-10, 223
tarkemmin määrittämätön seniili dementia ICD-10, 187.

Nimeämisperusteet ryhmissä B9–12 muistuttavat B1-ryhmässä esitettyjä. Anatomisista elimistä mainitaan aivojen tai sen osien (otsalohko, aivopuolisko jne.) lisäksi lähinnä verisuonet (valtimot) ja hermosto. Elimellisyyteen tai somaattiseen sairauteen viitataan käyttämällä adjektiiv- tai genetiiviattribuuttia tai partisiippirakennetta. Somaattisuus tuo termeihin konkreettisuutta ja tarkkuuden vaikutelmaa sekä sitoo ne käsitteinä ihmisen arkisen ymmärtämiskyvyn tasolle.

Vaikka tiettyä ihmiskehon elintä ei nimetä, jo pelkät sanat *elimellinen* (B13), *elimellisoireinen* eli *somatoforminen* (B14) tai *orgaaninen* (B15) johtavat ajatukset jokapäiväisiin ”esineisiin” ja toimintoihin, fyysiseen todellisuuteen:

- (B13) *elimellinen* (muu kuin alkoholin aiheuttama) aistiharhaisuustila ICD-10, 188
elimellinen [skitsofreenistyyppinen] harhaluuloisuushäiriö ICD-10, 189
elimellinen ahdistuneisuushäiriö ICD-10, 189
elimellinen aistiharhaisuus ICD-10, 188
elimellinen aivo-oireyhtymä ICD-10, 191
elimellinen amnestinen oireyhtymä, joka ei ole alkoholin eikä muiden psyykeen vaikuttavien aineiden aiheuttama ICD-10, 187
elimellinen dissosiaatiohäiriö ICD-10, 189
elimellinen katatoninen häiriö ICD-10, 189
elimellinen näennäisesti kehitysvammainen persoonallisuus ICD-10, 190
elimellinen persoonallisuuden muutos ICD-10, 190
elimellinen tunne-elämän epävakaisuushäiriö (asteeninen häiriö) ICD-10, 189
elimelliset mielialahäiriöt ICD-10, 189
määrittämätön elimellinen tai *oireenmukainen* (muun elimistön sairauden seurauksena esiintyvä) mielenterveyden häiriö ICD-10, 191
paranoidinen tai *paranoidis-aistiharhainen elimellinen* tila ICD-10, 189
tarkemmin määrittämätön elimellinen aivo-oireyhtymä ICD-10, 190
tarkemmin määrittämätön elimellinen mielenterveyden häiriö ICD-10, 190
tarkemmin määrittämätön elimellinen psykoosi ICD-10, 191
äkillinen tai *puoliäkillinen elimellinen* reaktio ICD-10, 188
- (B14) *elimellisoireinen* (somatoforminen) [sitkeästi jatkuva] kiputila ICD-10, 217
elimellisoireinen (somatoforminen) autonominen toimintahäiriö ICD-10, 216
elimellisoireiset (somatoformiset) häiriöt ICD-10, 215
erilaishumaton elimellisoireinen (somatoforminen) häiriö ICD-10, 216
muut määritetyt elimellisoireiset (somatoformiset) häiriöt ICD-10, 217
määrittämätön elimellisoireinen (somatoforminen) häiriö ICD-10, 217
- (B15) *äkillinen* tai *puoliäkillinen psyko-orgaaninen oireyhtymä* ICD-10, 188.

Ryhmät B1–15 edustavat nimikkeitä, jotka perustuvat objektiivistyyppiseen luokitteluun, koska niissä on mukana fyysisen todellisuuden kuuluvaa ainesta. Nimityksissä on

termitasolla myös metaforista ainesta (esim. *dementia*). Elimelliset aivo-oireyhtymät on määritelty ICD-10:ssä (1995: 185–191) mielenterveyden häiriöiksi, joiden syyksi voidaan osoittaa aivosairaus, aivovamma tai muu aivojen toimintahäiriöön johtava tekijä (esim. verenpainetautiin tai muuhun verisuonisairauteen liittyvä aivokudoskuolio). Muina syinä mainitaan seuraavat tekijät: tarkemmin erittelemättömät syyt; tarkemmin aivoihin vaikuttava systeeminen sairaus, ulkoa saadut myrkyt tai hormonit, umpierityshäiriöt tai muut ruumiilliset sairaudet; elimelliset syyt; määritetty ruumiillinen häiriö (esim. infektio). Termit ovat tauti- ja asiantuntijakskeisiä, ja ne voidaan ainakin joiltain osin sitoa konkreettiseen todellisuuteen.

Elimistön anatominen rakenne (B16), yleisesti ruumiillisuus, sen kuva tai muoto (B17), (psyko)somaattisuus ja jopa kuollut ihmisruumis (B18) ovat edustettuina seuraavissa diagnoosinimikkeissä:

- (B16) *hampaiden kiristely (bruksismi)* ICD-10, 217
hankimaiseen kilpirauhasen vajaatoimintaan liittyvä dementia ICD-10, 187
jodinpuutteen aiheuttamaan kilpirauhasen vajaatoimintaan liittyvä dementia ICD-10, 187 (vrt. B8)
karvojennynnepimishäiriö ICD-10, 228
kynsien pureskelu ICD-10, 245
mahanneuroosi ICD-10, 216
nenän kaivelu ICD-10, 245
peukalon ineminen ICD-10, 245
psykykkisperäinen emätinkouristus ICD-10, 222
psykykkisperäinen kierokaula ICD-10, 217
psykykkisperäinen mahanportin kouristus (pylorusspasmii) ICD-10, 216
psykykkisperäinen päänsärky ICD-10, 217
psykykkisperäinen selkäsärky ICD-10, 217
psykykkisperäinen ylävatsavaiva ICD-10, 216
psykykkisperäinen ärtyvä suoli -oireyhtymä ICD-10, 216
skitsofreeninen lihasjäykkyytilä (katatonnia) ICD-10, 199
sydänneuroosi ICD-10, 216
toimimallinen emätinkouristus ICD-10, 222
- (B17) *dysmorfinen (epämuotoisuuteen liittyvä) ruumiinkuvahäiriö* ICD-10, 216
fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät määrittämättömät käytösoireyhtymät ICD-10, 223
harhaluuloinen epämuotoisuuskammo (harhainen ruumiinkuvan hahmottamishäiriö) ICD-10, 201
(harhaluuloja sisältämätön) dysmorfofobia (epämuotoisuuskammo) ICD-10, 216
nekrofilia (sukupuolinen kiinnostus ruumiisiin) ICD-10, 230
psykologisista syistä johtuva ruumiillisten oireitten vaikeutuminen ICD-10, 231
ruumiillisiin tiloihin vaikuttavat psykologiset tekijät ICD-10, 223

ruumiillisten tai henkisten oireiden tai vammojen tarkoituksellinen tuottaminen tai teeskentely (itseaiheutettu häiriö) ICD-10, 231

- (B18) *erilaistumaton psykosomaattinen sairaus ICD-10, 216*
monimuotoinen psykosomaattinen häiriö ICD-10, 215
somatisaatiohäiriö ICD-10, 215
tarkemmin määrittämätön psykosomaattinen häiriö ICD-10, 217.

Ryhmiiin B16–18 kuuluvien häiriöiden aiheuttajia ei yksiselitteisesti tunneta, mutta ne voidaan hahmottaa paitsi ruumiillisuuden myös esimerkiksi vuorovaikutukseen liittyvän häiriökäsityksen kautta (psykkisperäisyys, psykosomaattisuus, ruumiinkuva). Termisanojen ominaisuuspiirteinä nousevat esiin ryhmiin B1–15 verrattuna värityneisyys, epätarkkuus ja syiden osalta läpinäkymättömyys. Nimityksissä on kuitenkin selkeää konkreettisuutta ja objektiivisuutta erilaisia ruumiinosia mainittaessa: pää, nenä, hampaat, kaula, karvat, kynnet, peukalo, kilpirauhanen, selkä, sydän, mahanpotti, maha, ylävatsa, suoli, lihas ja emätin. Sanaliitto- ja yhdyssanatermeistä käy ilmi arkinen käyttäytyminen (*hampaiden kiristely, kynsien pureskelu, nenän kaivelu*). Esimerkiksi tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavista toiminto- ja tunnehäiriöistä jotkut tilat ovat selkeästi määriteltäviä oireyhtymiä (ICD-10 1995: 243). Toiset tilat ovat pelkkiä oirerykelmiä, jotka on tarpeen luokitella, koska ne ovat yleisiä ja niihin liittyy psykososiaalisia ongelmia ja koska niitä ei voida yhdistää muihin oireyhtymiin. Jotkut näistä termisanoista tai niiden osista sijoittuvat delfisyys–kryptisyys-jatkumon kryptiseen päähän (esim. *dysmorfofobia*), suurin osa delfiscen päähän kuten *karvojennymishäiriö* ja *kynsien pureskelu*. Tarkoitteena ei enää hahmotu fysiologinen toiminta, vaan teoreettinen malli, psykkisperäinen toiminta, jolloin liikutaan abstraktilla, psykologian tasolla. Seuraavassa luvussa siirrytään käsittelemään diagnooseja, joissa nimeämisperusteena tai nimityksen osana on pääasiassa muuta kuin fyysiseen todellisuuteen katsottavaa ainesta.

5.7.1.3 Biopsykososiaalinen todellisuus

Biologiseen, psykologiseen ja sosiaaliseen lähestymistapaan ja todellisuuteen liittyy monenlaisia ihmiselämän ilmiöitä, joiden kautta tarkastelen seuraavaksi psykiatriaan liittyvien käsitteiden nimeämistä.

5.7.1.3.1 Ruumiintoinninnot ja seksuaalisuus

Kun kemialliset ja biologiset tekijät eivät selitä käyttäytymistä, häiriö voidaan nimetä elimellisyyden negaation avulla:

- (C1) *ei-elimellinen [primaarinen/sekundaarinen] kastelu* ICD-10, 243
ei-elimellinen liikaumisuus ICD-10, 220
ei-elimellinen tuhriminen ICD-10, 243
ei-elimellinen ulosteenpidätyshäiriö ICD-10, 243
ei-elimellinen unettomuus ICD-10, 220
ei-elimellinen uni-valverytmin häiriö ICD-10, 220
ei-elimellinen virtsainpidätyshäiriö ICD-10, 243
ei-elimelliset sukupuoliset toimintahäiriöt ICD-10, 221
ei-elimelliset unihäiriöt ICD-10, 220
muut määritetyt ei-elimelliset psykoottiset häiriöt ICD-10, 203
muut määritetyt ei-elimelliset sukupuoliset toimintahäiriöt ICD-10, 222
muut määritetyt ei-elimelliset unihäiriöt ICD-10, 221
määrittämätön ei-elimellinen psykoottinen häiriö ICD-10, 203
määrittämätön ei-elimellinen sukupuolinen toimintahäiriö ICD-10, 222
määrittämätön ei-elimellinen unihäiriö ICD-10, 221
tarkemmin määrittämätön [ei-elimellinen] psykoosi ICD-10, 203.

Ihmisruumiin toimimiseen kuuluvat hengittäminen (*ventilaatio* 'keuhkotuuletus'; ks. LT 1999), hengityselinten toiminta, esimerkiksi yskiminen, sekä pyörtyminen (C2). Ruumiillisia toimintoja ovat (ylen)syöminen (ahmiminen; nikotus; oksentelu, pulauttelu; laihuus) ja ilman nieleminen (C3) sekä eritystoiminta (C4: kastelu, virtsaaminen; ripuli, tuhriminen; ilmavaivat) ja lisääntyminen (C5: kuukautiset, siemensyöksy). Myös aistitoiminnot (C6: kutiaminen, kuuleminen, näkeminen) ja nukkuminen (C7: painajaisunet, unirytmii) ovat yhteydessä ruumiillisiin toimintoihin. Mielenterveyden häiriön liittyessä ihmiseen itseensä taustalla hahmottuvat paitsi biologiset myös psykologiset sekä vuorovaikutukseen ja oppimiseen liittyvät tekijät.

- (C2) *psykykkisperäinen hyperventilaatio* ICD-10, 216
psykykkisperäinen pyörtyminen ICD-10, 218
psykykkisperäinen yskä ICD-10, 216
- (C3) *ahminishäiriö* ICD-10, 219
[imeväisen] pulautteluhäiriö ICD-10, 244
epätyypillinen ahminishäiriö ICD-10, 219
epätyypillinen laihtuushäiriö ICD-10, 219
imeväis- ja lapsuusiän syömishäiriöt ICD-10, 244
laihtuushäiriö ICD-10, 218

muihin psykologisiin häiriöihin liittyvä oksentelu ICD-10, 219
muihin psykologisiin häiriöihin liittyvä ylensyöminen ICD-10, 219
muut määritetyt syömishäiriöt ICD-10, 220
määrittämätön syömishäiriö ICD-10, 220
psykkisperäinen ilman nieleminen ICD-10, 216
psykkisperäinen nikotus ICD-10, 216
psykkisperäinen oksentelu ICD-10, 216
psykkisperäinen ruokahaluttomuus ICD-10, 220
psykkisperäiset nielemisvaikeudet, kuten "globus hystericus" ICD-10, 217
syömishäiriöt ICD-10, 218
tarkemmin määrittämätön ahmimishäiriö ICD-10, 219

- (C4) *psykkisperäinen kastelu* ICD-10, 243
psykkisperäinen ripuli ICD-10, 216
psykkisperäinen tihentynyt virtsaamistarve ICD-10, 216
psykkisperäinen tuhriminen ICD-10, 243
psykkisperäinen virtsaamisvaikeus ICD-10, 216
psykkisperäiset ilmavaivat ICD-10, 216
toiminnallinen kastelu ICD-10, 243
toiminnallinen tuhriminen ICD-10, 243
- (C5) *ennenaikainen siemensyöksy* ICD-10, 222
psykkisperäiset kuukautiskivut ICD-10, 217
- (C6) *psykkisperäinen hämärätila* ICD-10, 215
psykkisperäinen kutina ICD-10, 217
psykkisperäinen kuurous ICD-10, 215
- (C7) *psykkisperäinen unirytmien kääntyminen* ICD-10, 220
painajaisunet ICD-10, 221
psykkisperäinen vuorokausirytmien kääntyminen ICD-10, 220
psykkisperäinen yö-päivärytmien kääntyminen ICD-10, 220
tarkemmin määrittämätön tunne-elämään liittyvä unihäiriö ICD-10, 221
uneen liittyvä ahdistuneisuushäiriö ICD-10, 221
unissakävely ICD-10, 220
yöllinen kauhukohtaus ICD-10, 221.

Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöihin kuuluu käyttäytymisoireyhtymiä, jotka luokitellaan fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyviksi (ICD-10 1995: 218–223). Tällaisia oireyhtymiä ovat muun muassa ei-elimelliset sukupuoliset toimintahäiriöt (ICD-10 1995: 221–222). Ihmisen seksuaalisuuden ongelmallisuus ilmenee monin tavoin: sukupuoli-identiteetin häiriönä, sukupuolisina kohdehäiriönä sekä sukupuoliseen kehitykseen ja suuntautumiseen liittyvinä psykologisina ja käyttäytymiseen liittyvinä häiriönä. Luetellut seksuaalisuuden ilmenemismuodot luokitellaan aikuisiän persoonallisuushäiriöihin kuuluviksi. (ICD-10 1995: 228–231.) Toiminto- ja tunnehäiriöihin luetaan

puolestaan liiallinen itsetyydytys, joka voi alkaa jo lapsuus- tai nuoruusiässä (ICD-10 1995: 238–245; ks. kohta C14).

Seksuaalisuuden kohdistuminen tai häiriön ilmenemisajankohta käy ilmi seuraavista nimikkeistä (vrt. elämänvaiheet nimeämisperusteena, luku 5.7.1.3.4):

- (C8) *lapsikohteinen seksuaalihäiriö (pedofilia)* ICD-10, 230
lapsuuden sukupuoli-identiteetin häiriö ICD-10, 229
muut aikuisiän psykoseksuaalisen kehityksen häiriöt ICD-10, 231
sukupuolenvaihtohaluun liittymätön nuoruusikäisen tai aikuisen sukupuoli-identiteettihäiriö
 ICD-10, 228.

Sukupuoliset toimintahäiriöt nimetään erikseen miesten ja naisten kohdalla:

- (C9) *miehen erektiohäiriö* ICD-10, 221
[miehen/naisen] orgasmin estyminen ICD-10, 222
naisen sukupuolinen kiihottumisvaikeus ICD-10, 221
satyriaasi (miehen hyperseksuaalisuus) ICD-10, 222.

Vierasperäinen *satyriaasi* saa ICD-10-tautiluokituksessa täsmentävän suomenkielisen lisäyksen: *miehen hyperseksuaalisuus* (ICD-10 1995: 222). *Nymfomania* esiintyy pelkääjän vierasperäisenä (mp.); selityksenä lienee käsitteen yleisempi käyttö (ks. kohta C13).

Sukupuolisuus ilmenee ICD-10-luokituksen (1995: 228–230) mukaan häiriöksi luokiteltavana silloin, kun se liittyy oman anatomisen sukupuolen epäasianmukaisena kokemiseen, vastakkaiseksi sukupuoleksi pukeutumiseen tai itsensä paljastamiseen (C10). Pukeutumista ja riisuutumista voi pitää käytännön tasolla konkreettisina tekoina. Konkreettista materiaalisuutta on mukana häiriössä itsessään ja sen nimeämisessä niissä tapauksissa, joissa sukupuolisen tyydytyksen virikkeenä on tukeutuminen elottomaan esineeseen, fetissiin (ICD-10 1995: 229). Usein tällaisia esineitä ovat ihmisruumiin jatkeet kuten kumista tai nahasta valmistetut vaatekappaleet ja jalkineet:

- (C10) *esinekohteinen seksuaalihäiriö* ICD-10, 229
esinekohteinen vastakkaiseksi sukupuoleksi pukeutumisen halu ICD-10, 229
itseä häiritsevä sukupuolinen suuntautuminen ICD-10, 230
kaksoisroolinen vastakkaiseksi sukupuoleksi pukeutumisen halu ICD-10, 228

seksuaalinen paljastamishäiriö ICD-10, 229
sukupuoli-identiteetin häiriöt ICD-10, 228
tarkemmin määrittämätön sukupuoliroolin häiriö ICD-10, 229
transseksuaalisuus ICD-10, 228
transvestiittinen fetisismi ICD-10, 229.

Sukupuolinen kiinnostus voi kohdistua, paitsi elottomaan esineeseen (C10), myös kuolleeseen ruumiiseen (ICD-10 1995: 230): *nekrofilia (sukupuolinen kiinnostus ruumiisiin)* (ks. luku 5.7.1.2 B17).

Ryhmien C8–10 nimikkeissä on *sukupuolisuus* tai *seksuaalisuus* sanoina mainittu muutamaa diagnoosia lukuun ottamatta (*miehen erektiohäiriö, miehen tai naisen orgasmin estyminen* sekä *transvestiittinen fetisismi*). Sukupuolisuus on eksplisiittistä myös seuraavissa nimikkeissä tai vierasperäisen nimikkeen suomennoksessa:

- (C11) *frigiditeetti (sukupuolinen kylmyys)* ICD-10, 221
hyppöaktiivinen sukupuolisen halukkuuden häiriö ICD-10, 221
monimuotoiset sukupuoliset kohdehäiriöt ICD-10, 230
muut määritetyt psykoseksuaalisen kehityksen häiriöt ICD-10, 230
muut määritetyt sukupuoli-identiteetin häiriöt ICD-10, 229
muut määritetyt sukupuoliset kohdehäiriöt ICD-10, 230
määrittämätön psykoseksuaalisen kehityksen häiriö ICD-10, 230
määrittämätön sukupuoli-identiteetin häiriö ICD-10, 229
määrittämätön sukupuolinen kohdehäiriö ICD-10, 230
psykoseksuaalisen kehityksen häiriöt ICD-10, 230
seksuaalinen tirkistelyhäiriö ICD-10, 230
sukupuolinen haluttomuus ICD-10, 221
sukupuolinen kiihottumisvaikeus ICD-10, 221
(sukupuolinen) kyvyttömyys tuntea nautintoa ICD-10, 221
sukupuolinen vastenmielisyys ja/tai sukupuolisen nautimmon puute ICD-10, 221
sukupuoliseen kehitykseen ja suuntautumiseen liittyvät psykologiset ja käytöshäiriöt ICD-10, 230
sukupuolisen kypsytymisen häiriö ICD-10, 230
sukupuoliset kohdehäiriöt ICD-10, 229
sukupuolisuhteiden häiriö ICD-10, 230
sukupuolivietin ylenmääräinen voimakkuus ICD-10, 222
tarkemmin määrittämätön sukupuolinen poikkeavuus ICD-10, 230.

Sukupuolisuus-sanana ei sen sijaan esiinny seuraavissa nimikkeissä, joissa nimeämisen ongelma ratkaistaan käyttämällä tuttua erikois- tai yleislainaa yksin (*masokismi, nymfomania* jne.) tai nimikkeen osana [*frotteurismi (hankaaminen, kihnuttaminen), orgasmi-vaikeus, psyykkisperäinen impotenssi* jne.]. Tällöin häiriön luonne saattaa käydä ilmi suomennoksesta:

- (C12) *frotteurismi (hankaaminen, kihnuttaminen)* ICD-10, 230
masokismi ICD-10, 230
nymfomania ICD-10, 222
orgasmivaikeus ICD-10, 222
psykkisperäinen dyspareunia (yhdyntäen kivuliaisuus tai epätydyttävyyys) ICD-10, 222
psykkisperäinen impotenssi ICD-10, 221
psykkisperäinen orgasmin puuttuminen ICD-10, 222
sadismi ICD-10, 230
sadomasokismi ICD-10, 230.

Seksuaalisuutta nimeävä termi voi olla myös täysin suomenkielinen:

- (C13) *liiallinen itsetydytys* ICD-10, 245
toimimalliset yhdyntäkivut ICD-10, 222.

Ryhmään C1–13 kuuluvien häiriöiden aiheuttajia ei tarkasti tiedetä, mutta ne voidaan hahmottaa paitsi fyysisyyteen myös 'minän' toimintaan ja vuorovaikutukseen sekä kulttuurisiin ja yhteiskunnallisiin arvostuksiin liittyvien häiriökäsitysten kautta. Termisanojen ominaisuuspiirteinä nousevat esiin luvun 5.7.1.1 nimikkeisiin verrattuna värittyneisyys, epätarkkuus ja syiden osalta läpinäkymättömyys. Mukana nimeämisessä on kuitenkin konkreettisia ja objektiivisesti todettavia ilmiöitä kuten esimerkiksi ruumiin-toimintoja ja -eritteitä kuvaavat virtsaaminen, oksentelu ja siemensyöksy. Objektiivisesti todettavissa olevaan käyttäytymiseen ja jokapäiväiseen toimimiseen kuuluu myös syöminen, johon liittyvää häiriintymistä edustavat muun muassa ylensyöminen, ruokahaluttomuus ja ilman nieleminen. Sanaliitto- ja yhdyssanatermeistä käy ilmi kuvaannollisesti ilmaistu tunne (*uneen liittyvä ahdistuneisuushäiriö, yöllinen kauhukohtaus*) tai nukkumisen ja valveillaolon suhde toimintana: uni sinänsä, painajaisunet tai vuorokausirytmii.

Tuntoaistia ja muita aistitoimintoja suoraan tai epäsuorasti kuvaavat ilmaukset (kutina, kuurous, hämärätila) konkretisoivat termin osana diagnoosinimikettä, vaikka häiriö on psykkisperäinen. Hengityselimiin liittyvät nikotus ja yskä, ja hengittämiseen saattaa liittyä pyörtyminen. Myös sukupuolista toimintaa kuvaavat ilmaukset ovat nimityksen osina fyysiseen olemistapaan liittyviä sen lisäksi, että ne kuvaavat psykkistä kokemista ja vuorovaikutuksellisuutta.

Termisanoina tarkasteltuna useat ryhmien C1–13 diagnoosinimikkeiden osat ovat pääasiassa delfisiksi katsottavia: *epätyypillinen ahmimishäiriö, tarkemmin määrittämätön tunne-elämään liittyvä unihäiriö, ei-elimellinen tuhriminen, sukupuolisuhteiden häiriö* jne. Nämä termit kuvaavat ihmisruumiin konkreettisia toimintoja, mutta niiden ilmaisemien käsitteiden taustalla voi ajatella psykiatriassa hahmottuvan teoreettinen malli, minän toiminta (psykkensisäisyys), jolloin liikutaan paljon abstraktimmalla tasolla. Kun maallikko yrittää ymmärtää puheena olevaa asiaa abstraktilla, ei-konkreettisella tasolla, sisäisesti tuotettujen mielikuvien osuus lisääntyy (ks. luku 5.7.1). Näiden termien kohdalla ongelmana on puhuttavana olevien asioiden tabuluonne; ruumiin eritteistä, seksuaalisuudesta tai nautinnon kokemisesta on perinteisesti ollut vaikea puhua muuten kuin lääketieteellisessä tai pornografisessa kontekstissa. Maallikko mieltää esimerkiksi seksuaaliset ongelmat arkiseen elämään liittyviksi, joten niiden esiintyminen psykiatrisina käsitteinä saattaa herättää hämmentäviä ajatuksia ja kysymyksiä ongelmien vakavuudesta ja sairaudenluonteesta.

Joidenkin C1–7-ryhmien häiriöiden taustalla olevina tekijöinä saatetaan mainita yleisesti tunnetekijät, tunne-elämän syyt tai psykopatologia ja patofysiologia (ICD-10 1995: 219–220), mutta tarkkaa aivojen kemiallista toimintaa ei vielä tunneta. ICD-10:n (1995: 219) mukaan esimerkiksi syömishäiriöihin kuuluvaan laihuushäiriöön ”liittyy erityinen psykopatologia, jossa hallitsevana yliarvoisena ajatuksena on pelko lihavuudesta ja ruumiinhahmon velttoudesta, ja potilaat asettavat itselleen alhaisen painotavoitteen”. Sen sijaan ylensyömisestä aiheuttajina silloin, kun se liittyy muihin psykologisiin häiriöihin, saattavat olla rasittavat tapahtumat kuten menetys, onnettomuus tai synnytys (ICD-10 1995: 219), jolloin käsitteen ala tarkentuu.

5.7.1.3.2 Älykkyys ja vammaisuus, kehittyminen ja kyvyt

Älyllinen kehitysvammaisuus ja psyykkisen kehityksen häiriöt sijoitetaan sekä ICD-10:ssä että DSM-III-R:ssä luokituksen loppupuolelle (ks. luku 4.5.2.1). Älylliseen kehitykseen ja siihen pohjautuvaan käyttäytymiseen liittyvät häiriöt ovat maallikon kannalta siinä mielessä

selkeitä ja ymmärrettäviä, että älykkyys eri ilmenemismuotoineen mielletään mitattavaksi ilmiöksi. Älyllisen kehitysvammaisuuden astetta arvioidaan vakioiduilla älykkyystesteillä, joita voidaan täydentää sosiaalista sopcutumista mittaavilla asteikoilla (ICD-10 1995: 231). Seuraavassa mainittu, lievä älyllisten toimintojen häiriö, luokitellaan elimellisiin aivo-oireyhtymiin (ICD-10 1995: 185–191; vrt. luku 5.7.1.2):

(D1) *lievä älyllisten toimintojen häiriö* ICD-10, 190.

Edellistä nimikettä lukuun ottamatta tässä luvussa puheena olevat häiriöt liittyvät älylliseen kehitysvammaisuuteen ja siitä johtuvaan käyttäytymiseen, tai ne liittyvät laaja-alaisina kehityshäiriöinä psyykkiseen kehitykseen ja sen erityisvaikeuksiin (ICD-10 1995: 231–238.) Älyllistä kehitysvammaisuutta pidetään tilana, jossa mielen kehitys on estynyt tai epätäydellinen (ICD-10 1995: 231) ja jonka syynä ovat esimerkiksi kromosomi-poikkeavuudet:

(D2) *autistisiin piirteihin esiintyvä älyllinen kehitysvammaisuus* ICD-10, 237
keskivaikkea älyllinen kehitysvammaisuus ICD-10, 232
keskivaikkea älyllinen kehitysvammaisuus; ei käytöshäiriöitä tai vähäisiä käytöshäiriöitä ICD-10, 232
keskivaikkea älyllinen kehitysvammaisuus; ei tietoa käytöshäiriöistä ICD-10, 232
keskivaikkea älyllinen kehitysvammaisuus; merkittävä huomiota tai hoitoa vaativa käytöshäiriö ICD-10, 232
keskivaikkea älyllinen kehitysvammaisuus; muut käytöshäiriöt ICD-10, 232
lievä älyllinen kehitysvammaisuus ICD-10, 232
lievä älyllinen kehitysvammaisuus; ei käytöshäiriöitä tai vähäisiä käytöshäiriöitä ICD-10, 232
lievä älyllinen kehitysvammaisuus; ei tietoa käytöshäiriöistä ICD-10, 232
lievä älyllinen kehitysvammaisuus; merkittävä huomiota tai hoitoa vaativa käytöshäiriö ICD-10, 232
lievä älyllinen kehitysvammaisuus; muut käytöshäiriöt ICD-10, 232
muu määritetty älyllinen kehitysvammaisuus ICD-10, 233
muu määritetty älyllinen kehitysvammaisuus; ei käytöshäiriöitä tai vähäisiä käytöshäiriöitä ICD-10, 233
muu määritetty älyllinen kehitysvammaisuus; ei tietoa käytöshäiriöistä ICD-10, 233
muu määritetty älyllinen kehitysvammaisuus; merkittävä huomiota tai hoitoa vaativa käytöshäiriö ICD-10, 233
muu määritetty älyllinen kehitysvammaisuus; muut käytöshäiriöt ICD-10, 233
määrittämätön älyllinen kehitysvammaisuus ICD-10, 233
määrittämätön älyllinen kehitysvammaisuus; ei käytöshäiriöitä tai vähäisiä käytöshäiriöitä ICD-10, 233
määrittämätön älyllinen kehitysvammaisuus; ei tietoa käytöshäiriöistä ICD-10, 233
määrittämätön älyllinen kehitysvammaisuus; merkittävä huomiota tai hoitoa vaativa käytöshäiriö ICD-10, 233

- määrittämätön älyllinen kehitysvammaisuus; muut käytöshäiriöt* ICD-10, 233
syvä älyllinen kehitysvammaisuus ICD-10, 232
syvä älyllinen kehitysvammaisuus; ei käytöshäiriötä tai vähäisiä käytöshäiriötä ICD-10, 232
syvä älyllinen kehitysvammaisuus; ei tietoa käytöshäiriöistä ICD-10, 233
syvä älyllinen kehitysvammaisuus; merkittävä huomiota tai hoitoa vaativa käytöshäiriö ICD-10, 232
syvä älyllinen kehitysvammaisuus; muut käytöshäiriöt ICD-10, 233
vaikea älyllinen kehitysvammaisuus ICD-10, 232
vaikea älyllinen kehitysvammaisuus; ei käytöshäiriötä tai vähäisiä käytöshäiriötä ICD-10, 232
vaikea älyllinen kehitysvammaisuus; ei tietoa käytöshäiriöistä ICD-10, 232
vaikea älyllinen kehitysvammaisuus; merkittävä huomiota tai hoitoa vaativa käytöshäiriö ICD-10, 232
vaikea älyllinen kehitysvammaisuus; muut käytöshäiriöt ICD-10, 232
älyllinen kehitysvammaisuus ja kaavamaisiin liikkeisiin liittyvä liika-aktiivisuushäiriö ICD-10, 237.

D1–2-ryhmien diagnoosinimikkeet ovat pääsääntöisesti omakielisiä, pitkiä (maks. 9 sanaa) sekä älyllisen kehitysvammaisuuden ja käytöshäiriöiden ilmaantuvuuden osalta läpikuultavia, eli ne antavat oikeansuuntaisen mielikuvan. Älyllisen kehitysvammaisuuden ryhmässä (ICD-10 1995: 231–233) nimikkeet muodostavat johdonmukaisen ja luontevan, häiriön testattavissa olevaan voimakkuuteen ja määritettävyyteen perustuvan järjestelmän (*lievä – keskivaikea – vaikea – syvä – muu määritetty – määrittämätön*). Myös käytöshäiriöiden ilmaantuvuudessa on termitasolla systemaattisuutta: *ei käytöshäiriötä tai vähäisiä käytöshäiriötä – ei tietoa käytöshäiriöistä – merkittävä huomiota tai hoitoa vaativa käytöshäiriö – muut käytöshäiriöt*. Tautiluokitukset ICD-10 ja DSM-III-R mainitsevat lievän älyllisen kehitysvammaisuuden perusteena älykkyysosamäärän, joka on noin 50–70 ja joka vastaa aikuisilla älykkyysikää 9–12 vuotta. Keskivaikeassa älyllisessä kehitysvammaisuudessa ÄO on noin 35–55. Aikuisilla älykkyysikä on tällöin kuudesta alle yhdeksään vuotta. Vaikeassa älyllisessä kehitysvammaisuudessa vastaavat luvut ovat 20–40, jolloin aikuisilla älykkyysikä on kolmesta alle kuuteen vuotta. Syvän älyllisen kehitysvammaisuuden ÄO jää alle kahdenkymmenen, joka vastaa aikuisen älykkyysikänsä alle kolmea vuotta. (ICD-10 1995: 232–233; DSM-III-R 1991.) Edellä mainittuihin diagnoosinimikkeisiin sisällytetään ICD-10:ssä (1995: 232)

(D3) *lievä henkinen jälkeenjääneisyys* ICD-10, 232

sekä seuraavat vanhentuneet, metaforiset ja värityneet nimitykset (D4–6: lievimmästä vaikeimpaan):

(D4) *heikkomielisyy*s (vanhentunut nimitys) ICD-10, 232
debiliteetti (vanhentunut nimitys) ICD-10, 232

(D5) *vähämielisyy*s (vanhentunut nimitys) ICD-10, 232
imbesilliteetti (vanhentunut nimitys) ICD-10, 232

(D6) *tylsämielisyy*s (vanhentunut nimitys) ICD-10, 232
idiotia (vanhentunut nimitys) ICD-10, 232.

Psyykkisen kehityksen erityisvaikeudet liittyvät oppimiseen, kielen ja puheen kehitykseen, lukemiseen, laskemiseen, kirjoittamiseen ja havaitsemiseen sekä lisäksi motoriseen koordinaatioon (DSM-III-R 1991: 62–64; ICD-10 1995: 233–238). Kirjoittamiseen ja puhumiseen liittyvä häiriintyminen luokitellaan myös neuroottiseksi (ICD-10 1995: 209–218) kuten

(D7) *ammattineuroosi* (esim. *kirjoituskouristus*) ICD-10, 218.

Psyykkisen kehityksen häiriöinä luetellaan ICD-10:ssä (1995: 233–238) diagnoosinimikkeitä, joista osa on seuraavantyyppisiä: *autistinen psykopatia*, *disintegratiivinen psykoosi* ja *muu lapsuusiän persoonallisuutta hajottava (disintegratiivinen) kehityshäiriö*. Käsittelen näitä ja muita vastaavia, psyykeen sisäisyyteen liittyviä nimikkeitä, myöhemmin. Seuraavien, D8–14-ryhmien termien taustalla olevia käsitteitä maallikon on mahdollista ymmärtää, ainakin summittaisesti. Nimeämisperusteena ovat inhimilliset, opittavat perustaidot (lukeminen, kirjoittaminen ja kirjallinen ilmaisu sekä laskeminen) tai muut ulkoisesti ilmenevät kyvyt kuten kielen ja puhumisen kehittyminen tai ääntäminen:

(D8) *kehityksellinen dysleksia (lukemishäiriö)* ICD-10, 235
lukemisen erityisvaikeus ICD-10, 235
lukutaidon omaksumisen hitaus ICD-10, 235
takaperin lukeminen ICD-10, 235

(D9) *kirjallisen ilmaisun kehityksen vaikeus* ICD-10, 236
kirjoittamisen erityisvaikeus ICD-10, 235
kirjoitustaidon omaksumisen hitaus (ilman lukemisvaikeutta) ICD-10, 235

(D10) *kehityksellinen laskemishäiriö* ICD-10, 235
kehityksellinen laskemiskyvyttömyys (akalkulia) ICD-10, 235
laskemiskyvyn häiriö ICD-10, 235

- (D11) *kehityksellinen artikulaatiohäiriö* ICD-10, 233
kehityksellinen ääntöhäiriö ICD-10, 233
muut määritetyt puheen ja kielen kehityshäiriöt ICD-10, 234
määrittämätön puheen ja kielen kehityshäiriö ICD-10, 234
puheen ja kielen kehityksen häiriöt ICD-10, 233
puheen tuottamisen häiriö ICD-10, 234
puheen ymmärtämisen häiriö ICD-10, 234
kehityksellisen dysfasian tai afasian ekspressiivinen muoto ICD-10, 234
kehityksellisen dysfasian tai afasian reseptiivinen muoto ICD-10, 234
sammallus ICD-10, 234
sanakuurous ICD-10, 234
ääntämishäiriö ICD-10, 233.

D11-ryhmän kahdessa nimikkeessä esiintyy termi *dysfasia*, joka määritellään '(aivosyntyiseksi) kielelliseksi häiriöksi, jossa esimerkiksi älykkyys voi olla normaali' (LT). Myös *afasia* on puhehäiriönä aivosyntyinen (LT). Puhumiseen ja puhe-eliimiin liittyvä häiriö voi olla paitsi psyykkisen kehityksen häiriöihin, myös neuroottisiin tai stressiin liittyviin, dissosiativisiin liikehäiriöihin (ICD-10 1995: 215) luokiteltava:

- (D12) *psykkisperäinen äänenkato (afonia)* ICD-10, 215
psykkisperäinen ääntöhäiriö (dysfonia) ICD-10, 215.

Käytös- ja tunnehäiriö voi alkaa lapsuus- tai nuoruusiässä (ICD-10 1995: 238–245):

- (D13) *sokellus* ICD-10, 245
valikoiva puhumattomuus ICD-10, 241
änkytys ICD-10, 245.

Edellä lueteltujen taitojen ja kykyjen lisäksi ulkoisina, havaittavissa olevina psyykkisen kehityksen ilmiöinä voi pitää motorista kehittyneisyyttä ja koordinaatiota:

- (D14) *kehityksellinen dyspraksia* ICD-10, 236
kehityksellinen koordinaatiohäiriö ICD-10, 236
motoriikan kehityshäiriö ICD-10, 236.

Edellä esiintyvä termi *dyspraksia* määritellään 'aivoperäiseksi vaikeudeksi suorittaa tahdonalaisia liikkeitä tai liikesarjoja' (LT 1999). Varhaislapsuudessa tavallisesti alkava ylivilkkaus ja kestävyuden puute älyllisessä osallistumisessa nimetään seuraavin tavoin:

- (D15) *hyperkineettinen käytöshäiriö* ICD-10, 238
hyperkineettiset häiriöt ICD-10, 238

käytöshäiriöön liittyvä hyperkineettinen häiriö ICD-10, 239
muut määritetyt hyperkineettiset häiriöt ICD-10, 239
määrittämätön hyperkineettinen häiriö ICD-10, 239
tarkemmin määrittämätön hyperkineettinen oireyhtymä ICD-10, 239.

Hyperkineettinen häiriön määritellään LT:ssä ryhmäksi häiriöitä, jotka alkavat tavallisesti ennen viiden vuoden ikää (la *hyperkinesia* < kr *hyper* 'yli' + kr *kinesis* 'liike'). Häiriöille ovat ominaisia kestävyuden puute älyllisissä toiminnoissa, taipumus siirtyä toiminnosta toiseen saamatta mitään valmiiksi sekä järjestyvätön, hajanainen ja liiallinen toiminnallisuus. Hyperkineettisiin häiriöihin voi liittyä monenlaisia poikkeavuuksia: piittaamattomuutta, estottomuutta, epäsosiaalista käyttäytymistä ja ajattelemattomuudesta johtuvaa sääntöjen rikkomista (ICD-10 1995: 238). Myös motorisen kehityksen ja kielellisen kehityksen erityisvaikeudet ovat yleisiä. Liiallisen aktiivisuuden tavoin käyttäytymisessä näkyvät ulospäin selvästi myös erilaiset tahdottomat nykimiset (tics), jotka ilmenevät lihasliikkeinä tai ääntelyä (ICD-10 1995: 242):

(D16) *muut määritetyt nykimishäiriöt* ICD-10, 243
määrittämätön nykimishäiriö ICD-10, 243
nykimishäiriöt ICD-10, 242
pitkäaikainen motorinen tai äänellinen nykimishäiriö ICD-10, 243
samanaikainen äänellinen ja motorinen monimuotoinen nykimishäiriö ICD-10, 243
välitkainen nykimishäiriö ICD-10, 243
äänellisen ja monimuotoisen motorisen nykimishäiriön yhdistelmä ICD-10, 243.

Nykinät voivat olla toistuvaa, rytmittömää liikettä (esim. silmien räpyttely, kasvojen vääntely) tai äkillistä, ilmeisen tarkoituksetonta ääntelyä (rykiminen, viheltäminen). Tavallisiin monimutkaisiin ääntelyoireisiin kuuluvat esimerkiksi sosiaalisesti paheksuttavien sanojen käyttö (koprolalia) ja omien äänien ja sanojen toistaminen (palilalia). (ICD-10 1995: 242.)

Lapsuus- ja nuoruusiässä alkavat, usein älyllisesti kehitysvammaisilla esiintyvät

(D17) *kaavamaiset liikehäiriöt* ICD-10, 244.

Nämä käyttäytymismuodot voivat olla itseä vahingoittavia kuten toistuva pään hakkaaminen, kasvojen läimäyttämisen tai joidenkin ruumiinosien pureminen. Kaikki kaavamaiset, tahdonalaiset ja epäasianmukaiset liikkeet eivät ole itselle vahingollisia: heijaus,

hiusten kiertäminen tai käsiten taputtaminen. (ICD-10 1995: 244.)

Kohdassa D12 mainitut, ääneen liittyvät, neuroottiset ja stressistä johtuvat häiriöt luokitellaan dissosiaatiohäiriöihin:

(D18) *dissosiativiset liikehäiriöt* ICD-10, 215.

Dissosiativisella liikehäiriöllä tarkoitetaan LT:n mukaan dissosiaatiohäiriötä, ”joka voi läheisesti muistuttaa melkein mitä tahansa ataksian, apraksian, akinesian, afonian, dysartrian, dyskinesian, kohtauksen tai halvauksen muotoa” (*dissosiaatio* la *dissociatio* < la *dis-* ’erilleen’ + la *socius* ’toveri’). Dissosiativisia (PsS 1995: *dissosiaatio* ’erottaminen, hajottaminen’) voivat olla myös epilepsian tyyppinen kouristelu ja määrätietoinen mutta tavanomaisesta poikkeava matkustelu sekä aistimustoimintojen puutokset (ICD-10 1995: 214–215):

(D19) *dissosiativiset kouristukset* ICD-10, 215
dissosiativinen pakkovaellus ICD-10, 214
dissosiativinen tunnottomuus tai tuntopuutos ICD-10, 215.

Liikkumisen ja motoriiikan sekä erilaisten taitojen ja kykyjen lisäksi ulkoista havaittavuutta ja mitattavuutta on myös oppimisessa, tiedon hankkimisessa, muistamisessa ja havaintotoiminnoissa sekä tarkkuudessa ja yleensä kehittämisessä:

(D20) *aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöt* ICD-10, 238
dissosiativinen muistinmenetyks ICD-10, 214
kehityksellinen agnosia ICD-10, 238
monimuotoinen oppimiskyvyn häiriö ICD-10, 235
muut määritetyt oppimiskyvyn häiriöt ICD-10, 236
määrittämätön oppimiskyvyn häiriö ICD-10, 236
oppimiskyvyn häiriöt ICD-10, 235
synnyntäinen auditivinen havaitsemiskyvyttömyys ICD-10, 234
tarkemmin määrittämätön oppimishäiriö ICD-10, 236
tarkemmin määrittämätön tiedon hankinnan vaikeus ICD-10, 236
tarkkaavuushäiriö, johon ei liity ylivilkkautta ICD-10, 245
tarkkaavuushäiriö, johon liittyy yliaktiivisuutta ICD-10, 238.

Kehityksellisen agnosian sisältämä agnosia merkitsee 'tajuamattomuutta, tiedostamattomuutta' (LT 1999). Yleisesti kehityksen häiriintymiseen viittaavia nimikkeitä ovat:

- (D21) *laaja-alaiset kehityshäiriöt* ICD-10, 236
monimuotoiset kehityshäiriöt ICD-10, 236
muut määritetyt psykologiset kehityshäiriöt ICD-10, 238
määrittämätön psykologinen kehityshäiriö ICD-10, 238
psykkisen kehityksen häiriöt ICD-10, 233
tarkemmin määrittämätön kehityshäiriö ICD-10, 238.

Olen edellä esiteltyt seikkaperäisesti erilaisia älykkyyteen, vammaisuuteen, kehittymiseen ja inhimillisiin kykyihin liittyviä psykiatrisia termejä. Vaikka maallikko ei tunne psykkinen kehityksen häiriintymisen syitä ja mekanismeja, hänellä on edellä luetelluissa tapauksissa mahdollisuus hahmottaa käsitteen sisältöä termien ulkoisen muodon perusteella. Nimikkeissä on yksi tai useampi ilmaus, joka viittaa tuttuun, ulkoiseen ja ehkä myös omakohtaisesti jossain muodossa koettuun ilmiöön tai asiaan.

5.7.1.3.3 Sosiaalisuus ja käyttäytyminen

Seuraavissa nimikkeissä on kysymyksessä perheeseen, sosiaalisiin suhteisiin ja käyttäytymiseen liittyvät häiriöt eli maallikon kannalta tutut, arkiset asiat. Käytös- ja tunnehäiriö alkaa tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä (ICD-10 1995: 238–245):

- (E1) *perheensisäinen käytöshäiriö* ICD-10, 239
perturbatio morum intrafamiliaris ICD-10, 239
sisaruskateus[häiriö] ICD-10, 241
sisarustumustasukkaisuus ICD-10, 241.

Perheensisäinen käytöshäiriö (ru *beteendestörning av utagerande slag, begränsad till familjesammanhang*; la *perturbatio modi se gerendi intrafamiliaris*) saa ICD-10-luokituksessa (1995: 239) alakohdaksi pelkällä latinan kielellä ilmaistun häiriön *perturbatio morum intrafamiliaris*. *Perturbation* merkitys on 'häiriö', mutta termiä *morum* eivät käyttämäni lääketieteen ja psykiatrian sanakirjat tunne. *Intrafamiliaris*-termin kautta häiriö on maallikon tulkittavissa perheeseen liittyväksi, siksi olen esiteltyt nimikkeen tässä yhteydessä (vrt.

luku 5.7.1.4, jossa kohdassa K11 esitellään latinankielinen nimike *perturbationes morum*). ICD-10-luokitus kuvaa poikkeavaa käytöstä kotiin ja ydinperheen jäseniin rajoittuvaksi. Epäsosiaalinen ja hyökkäävä ”oman talon väen sisäisiin suhteisiin” rajoittuva käytös on tässä tapauksessa pitkäaikaista (vähintään 6 kk) ja ”sen tulisi olla vakavampaa kuin tavanomainen lapsekas vallattomuus tai nuoruusiän kapinallisuus”. Vanhempien ja lasten suhteiden vakava häiriintyminen ei sinänsä riitä diagnoosiin. (ICD-10 1995: 239.)

Yleisesti, tarkemmin määrittämättömänä, ihmissuhteita koskeva häiriö luokitellaan aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöihin (ICD-10 1995: 223–231):

(E2) *tarkemmin määrittämätön ihmissuhdehäiriö* ICD-10, 231.

Muihin sosiaalisiin yhteenliittymiin ovat luettavissa seuraavat nimikkeet, jotka luokitellaan EI-ryhmän häiriöiden tavoin tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkaviin käytös- ja tunnehäiriöihin (ICD-10 1995: 238–245). Käytöshäiriöiden alaluokka on nimeltään *epäsosiaalinen käytöshäiriö (sosiaalisiin suhteisiin jäsentynyt käytöshäiriö)*:

(E3) *jengin jäsenyyteen liittyvät rikkeet* ICD-10, 239
ryhmärikollisuus ICD-10, 239
ryhmätyyppinen käytöshäiriö ICD-10, 239.

Yhteiskunnan ylläpitämät laitokset ja niihin sopeutuminen tai sopeutumattomuus ovat nimeämisperusteena seuraavissa lapsuus- tai nuoruusiässä alkavissa käytös- ja tunnehäiriöissä. Häiriöt jäsentyvät sosiaalisiin vuorovaikutus- ja kiintymyssuhteisiin (ICD-10 1995: 239, 242), tai ne liittyvät stressiin ja sopeutumisen häiriintymiseen (ICD-10 1995: 213):

(E4) *koulupinnaus* ICD-10, 239
laitostunisoireyhtymä ICD-10, 242
lapsen laitostuminen ICD-10, 242.

Kun kysymyksessä on vakava stressireaktio ja sopeutumisen häiriintyminen, häiriö voidaan poikkeuksellisesti tunnistaa paitsi oireiden ja taudinkulun myös syytekijävaikutuksen

perusteella (ICD-10 1995: 211). ICD-10 erottelee kahdenlaisia syytekijöitä: 1) poikkeuksellisen rasittava, äkillisen stressireaktion aiheuttava elämäntapahtuma ja 2) merkittävä, jatkuvien hankalien olosuhteiden kautta sopeutumishäiriöön johtava elämänmuutos (ICD-10 1995: 211–212). Tällainen sosiaalista toiminta- ja suorituskkyä häiritsevä, sopeutumisvaiheen aikana syntyvä tunne-elämän häiriö- ja ahdistustila on muun muassa

(E5) *kulttuurisokki* ICD-10, 213.

Ihmisen tai eläimen kanssa tapahtuvan kohtaamistilanteen aiheuttamia, sosiaalisiin tilanteisiin (esim. kahvikupin ääressä tapahtuvaan seurusteluun) liittyviä tai yksittäisinä pelkoina määritettyjä, neuroottisia häiriöitä ovat

(E6) *eläinkammo* ICD-10, 209
ihmisspelko ICD-10, 209
kahvikuppineuroosi ICD-10, 209
sosiaalinen neuroosi ICD-10, 209
sosiaalisten tilanteiden pelko ICD-10, 209.

Epäsosiaalinen käyttäytyminen ja vuorovaikutukseen liittyvät tunnehäiriöt, joissa (epä)sosiaalisuus mainitaan, voivat alkaa lapsena tai nuorena:

(E7) *epäsosiaalinen aggressiohäiriö* ICD-10, 239
epäsosiaalinen käytöshäiriö (sosiaalisiin suhteisiin jäsentymätön käytöshäiriö) ICD-10, 239
muut määritetyt lapsuusiän sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriöt ICD-10, 242
määrittämätön lapsuusiän sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriö ICD-10, 242
sosiaalinen käytöshäiriö (sosiaalisiin suhteisiin jäsentynyt käytöshäiriö) ICD-10, 239.

Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden luokista pelkkiä käytöshäiriöitä (ICD-10 1995: 239–240) tai samanaikaisia käytös- ja tunnehäiriöitä (ICD-10 1995: 240) ovat seuraavat *käytös*-sanan sisältämät häiriöt, jotka alkavat tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä:

(E8) *käytöshäiriön yksinäinen hyökkäävä muoto* ICD-10, 239
käytöshäiriöt ICD-10, 239
masennusoireinen käytöshäiriö ICD-10, 240
muut määritetyt käytöshäiriöt ICD-10, 240
muut määritetyt samanaikaiset käytös- ja tunnehäiriöt ICD-10, 240
määrittämätön käytöshäiriö ICD-10, 240
määrittämätön samanaikainen käytös- ja tunnehäiriö ICD-10, 240
samanaikaiset käytös- ja tunnehäiriöt ICD-10, 240

Suhde muihin ihmisiin ja ympäristöön voi häiriintyä stressin vuoksi, tai käytöksen häiriintyminen voi kliinisesti merkittävänä alkaa jo melko pienillä lapsilla (ICD-10 1995: 213, 240):

- (E9) *sopeutumishäiriöt* ICD-10, 213
uhmakkuushäiriö ICD-10, 240.

ICD-10-luokituksessa kuvataan, miten sopeutumishäiriöissä jokin rasitustekijä kuten menetys tai erokokemus on saattanut vaikuttaa henkilön ”sosiaalisen verkoston yhtenäisyyteen”. Pakolaisuudella tai siirtolaisuudella on voinut olla vaikutusta ”laajempaan sosiaalisen tuen ja arvojen järjestelmään”. Rasitustekijä on voinut merkitä myös ”suurta kehitystehtävää tai kriisiä”. Esimerkkeinä mainitaan muun muassa vanhemmaksi tulo, eläkkeelle siirtyminen ja epäonnistuminen tärkeän henkilökohtaisen tavoitteen saavuttamisessa. (ICD-10 1995: 213.) Uhmakkuushäiriön kohdalla huomautetaan, että diagnoosiryhmää on käytettävä varoen; edes erittäin ilkeävaltainen tai vallaton käytös ei sinänsä riitä (ICD-10 1995: 240).

Neuroottisiin, stressiin liittyviin ja somatoformisiin häiriöihin kuuluvat ihmisen ympäristöön, erilaisiin ahtaisiin, julkisiin tai korkeisiin paikkoihin liittyvät pelot (ICD-10 1995: 209):

- (E10) *ahtaan paikan pelko* ICD-10, 209
julkisten paikkojen pelko ICD-10, 209
julkisten paikkojen pelko ilman aiempaa paniikkihäiriötä ICD-10, 209
julkisten paikkojen pelko, johon liittyy paniikkihäiriö ICD-10, 209
korkean paikan kammo ICD-10, 209.

Pelot ovat ICD-10-luokituksen mukaan melko tarkasti määritettyjä kuten pelko käydä kaupassa tai matkustaa yksin junalla tai lentokoneella. Häiriön syytä ei esitellä, puhutaan ainoastaan laukaisevasta tilanteesta, ja oireita kuvaillaan (ICD-10 1995: 209).

Edellä lueteltujen häiriöiden taustalla voi ajatella hahmottuvan psykiatristen käsitteiden ominaisuutena jonkinasteinen biopsykososiaalisen vuorovaikutusalueen toiminnan häiriö, jolloin abstraktiotaso, jolla liikutaan korkea. Pelkkiä diagnooseja tarkasteleva maallikko

saattaa pohtia esimerkiksi jonkin itse kokemansa pelon tai lapsen uhmakkuuden sairaudenluonnetta. Uhmakkuushäiriön diagnosoinnin kohdalla luokitus kehottaakin erityiseen varovaisuuteen. Kun tiedetään häiriön syy, esimerkiksi jatkuvien hankalien olosuhteiden aiheuttama elämänmuutos, on helppo ymmärtää sen luonne (esim. *kulttuurisokki*).

5.7.1.3.4 Elämänvaiheet

Ihmisen elinkaareen liittyy monenlaisia selviämisen ja kehittymisen kannalta häiriöalttiita vaiheita, mikä saattaa heijastua käyttäytymiseen ja tunne-elämään. Lapsuus- tai nuoruudessa alkavat käytös- ja tunnehäiriöt luokitellaan ICD-10-luokituksessa (1995) omaksi ryhmäkseen, joka on sijoitettu psykiatria koskevan luokituksen toiseksi viimeiseksi pääluokaksi ennen määrittämättömän mielenterveyden häiriön pääluokkaa (ICD-10 1995: 238–245; ks. 4.2.3.1). DSM-III-R-ohjeistossa (1991) lapsuuteen ja nuoruuteen liittyviä pääluokkia on kaksi: varhaislapsuuden psykoosit ja lapsuuden laaja-alaiset kehityshäiriöt sekä lapsuuden tai nuoruuden emotionaalisina oireina ilmenevät muualla luokittelemattomat häiriöt (ks. 4.2.3.2).

Esittelin aikaisemmin luvussa 5.7.1.2 fyysinen todellisuuteen, aineellisuuteen ja elimellisyyteen sijoitettavia häiriöitä, joista kohdassa B12 mainittiin lapsuusiän persoonallisuutta hajottavana kehityshäiriönä *lapsuusiän dementia* (ICD-10 1995: 237). *Lapsen laitostuminen* luokitetaan neuroottisiin ja stressiin liittyviin häiriöihin (ICD-10 1995: 213; ks. luku 5.7.1.3.3 E4). Imeväisen pulauttelua nimeävän häiriön olen esitellyt luvussa 5.7.1.3.1 kohdassa C3. Luvussa 5.7.1.3.2 kohdassa D21 luetteloin yleisesti psyykkisen kehityksen häiriintymiseen viittaavia nimikkeitä. Lapsuusikään, infantiiliuteen, kuuluvista häiriöistä seuraavat nimikkeet luokitellaan ICD-10:ssä psyykkisen kehityksen häiriöihin kuuluviksi (ICD-10 1995: 233–238):

- (F1) *epätyypillinen lapsuusiän psykoosi* ICD-10, 237
lapsuusiän autismi ICD-10, 236
lapsuusiän skitsoidinen häiriö ICD-10, 238
muu lapsuusiän persoonallisuutta hajottava (disintegratiivinen) kehityshäiriö ICD-10, 237
muut määritetyt lapsuusiän laaja-alaiset kehityshäiriöt ICD-10, 238

muut määritetyt lapsuusiän laaja-alaiset kehityshäiriöt ICD-10, 238
määrittämätön lapsuusiän laaja-alainen kehityshäiriö ICD-10, 238
määrittämätön lapsuusiän laaja-alainen kehityshäiriö ICD-10, 238

(F2) *kömpelön lapsen oireyhtymä* ICD-10, 236

(F3) *infantili autismi* ICD-10, 236
infantili psykoosi ICD-10, 236.

Tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavia käytös- ja tunnehäiriöitä ovat vain lapsuusiässä esiintyvänä mainitut häiriöt (ICD-10 1995: 238–245):

(F4) *imeväis- ja lapsuusiän pica-oireyhtymä* ICD-10, 244
lapsuusiän eroahdistushäiriö ICD-10, 240
lapsuusiän estoton kiintymyssuhdehäiriö ICD-10, 242
lapsuusiän pelko- ja ahdistushäiriö ICD-10, 241
lapsuusiän reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö ICD-10, 242
lapsuusiän sosiaalinen ahdistushäiriö ICD-10, 241
lapsuusiässä alkavat tunne-elämän häiriöt ICD-10, 240
muut määritetyt lapsuusiän sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriöt ICD-10, 242
muut määritetyt lapsuusiän tunnehäiriöt ICD-10, 241
määrittämätön lapsuusiän sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriö ICD-10, 242
määrittämätön lapsuusiän tunnehäiriö ICD-10, 241
tarkemmin määrittämätön lapsuuden käytöshäiriö ICD-10, 240.

Outojen aineiden syömähimo, *pica-oireyhtymä* (LT: *pica* < *pica* la 'harakka') kuuluu paitsi imeväis- ja lapsuusikään myös objektiivisesti todettavissa olevaan käyttäytymiseen (vrt. luku 5.7.1.3.1 C3). Häiriötä tavataan myös aikuisilla (ks. F9). Lapsilla tai nuorilla esiintyviä tai lapsuus- ja nuoruusiässä alkavia häiriöitä ovat seuraavat:

(F5) *lapsuus- tai nuoruusiän häiriötasoinen syrjäänvetäytymistäipumus* ICD-10, 241
lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriöt ICD-10, 241
muut määritetyt tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat toiminto- ja tunnehäiriöt ICD-10, 245
muut tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat toiminto- ja tunnehäiriöt ICD-10, 243
tarkemmin määrittämättömät tavallisesti lapsuudessa ja nuoruusiässä alkavat toiminto- ja tunnehäiriöt ICD-10, 245
tarkemmin määrittämätön lapsuuden tai nuoruuden hyperkineettinen reaktio ICD-10, 239
tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt ICD-10, 238.

Aikuisiässä esiintyvät persoonallisuuteen ja käyttäytymiseen liittyvät häiriöt luokitetaan ICD-10:ssä erilliseksi pääryhmäksi (ICD-10 1995: 223–231; ks. 4.2.3.1). DSM-III-R-ohjeistossa (1991) ei aikuisiän häiriöitä varten ole omaa luokkaa. *Aikuisikä* sanana näkyy

kuitenkin ICD-10-luokituksen nimikkeistä ainoastaan kolmessa seuraavassa:

- (F6) *aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt* ICD-10, 223
muut määritetyt aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt ICD-10, 231
määrittämätön aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriö ICD-10, 231.

Täysikasvuisuuteen ja naiseuteen kuuluvat synnyttäminen ja sen jälkeinen aika, joihin liittyvät häiriöt luokitetaan pääluokkaan nimeltä fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät (ICD-10 1995: 218–223). Tämän ryhmän häiriönimikkeitä, joissa synnytys (F7) ja lapsivuode(aika) (F8) mainitaan, ovat seuraavat:

- (F7) *tarkemmin määrittämätön synnytyksen jälkeinen masennus* ICD-10, 222
- (F8) *muualla luokitamattomat lapsivuodeajan mielenterveys- ja käytöshäiriöt* ICD-10, 222
muualla luokitamattomat lievät lapsivuodeajan mielenterveys- ja käytöshäiriöt ICD-10, 222
muualla luokitamattomat vaikeat lapsivuodeajan mielenterveys- ja käytöshäiriöt ICD-10, 222
muut määritetyt muualla luokitamattomat lapsivuodeajan mielenterveys- ja käytöshäiriöt ICD-10, 223
määrittämätön lapsivuodeajan mielenterveyshäiriö ICD-10, 223
tarkemmin määrittämätön lapsivuodepsykoosi (puerperaalipsykoosi) ICD-10, 222.

Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyviin käyttäytymisoireyhtymiin, tarkemmin sanottuna syömishäiriöihin, luetaan aikuisiän outojen aineiden syömähimoa kuvaava nimike (vrt. F4)

- (F9) *aikuisen pica-oireyhtymä* ICD-10, 220.

Ihmisen elämänkaaren myöhempään vaiheisiin, vaihdevuosiin ja vanhenemiseen, voi liittyä häiriöitä, jotka kuuluvat ryhmään skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuus-häiriöt (ICD-10 1995: 198–203). Tämän pääryhmän pitkäaikaisten harhaluuloisuus-häiriöiden yhteydessä ICD-10-luokitus (1995: 200–201) nimeää seuraavat:

- (F10) *[myöhäisiän] parafrenia* ICD-10, 200
vaihdevuosiin ja vanhenemisikään liittyvät paranooidiset tilat ICD-10, 201.

Ihmisen elinkaaren eksplisiittisesti ilmaistut vaiheet indikoivat häiriöiden nimityksissä maallikon ymmärryksen mukaan tilapäisyyttä, johonkin tiettyyn ikään tai elämän

vaiheeseen sijoittuvaa ongelmaa. Termit ovat siltä osin delfisiä, ja niiden merkitys paljastuu ainakin osittain. Häiritseviä mielle yhtymiä saattavat synnyttää termit, joissa on tuttua ja vierasta ainesta rinnakkain, esimerkiksi edellä viimeisenä mainittu diagnoosi.

5.7.1.3.5 Persoonallisuus ja käyttäytyminen

Esittelin luvussa 5.7.1.3.3 sosiaalisuuteen ja käyttäytymiseen liittyviä häiriöitä, joissa tarkastelun ja nimeämisen painopiste oli ihmisen ”ulkopuolella”, vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Ulkopuoliseen havainnointiin perustui myös elämänvaiheisiin keskittyvä nimeäminen (luku 5.7.1.3.4). Käsitteen sisältö ja mielikuvien osuus korostuvat, kun kysymyksessä on ihmisen persoonallisuuteen ja käyttäytymiseen liittyvä tai niitä kuvaava, psykologisista taustoista hahmottuva, psyykkensisäinen häiriö (ryhmät G1–12). Persoonallisuudella ymmärretään psykologiassa yksilön fyysisten ja psyykkisten ominaisuuksien kokonaisuutta (PS 1992). Ihmisen psyykkistä puolta, ”sisäisyyttä” ja sen muutosta tai häiriintymistä kuvaavat seuraavat aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt (ICD-10 1995: 223–231):

- (G1) *antisosiaalinen persoonallisuus* ICD-10, 224
asosiaalinen persoonallisuus ICD-10, 224
ekspansiivinen paranoidinen (mahtaileva epäluuloinen) persoonallisuus ICD-10, 224
epäkypsyä persoonallisuus ICD-10, 226
epäluuloinen persoonallisuus ICD-10, 224
epäsosiaalinen persoonallisuus ICD-10, 224
eristäytyvä (skitsoidi) persoonallisuus ICD-10, 224
estynyt persoonallisuus ICD-10, 225
fanaattinen (kihkkomielinen) persoonallisuus ICD-10, 224
huomionhakuinen persoonallisuus ICD-10, 225
hysterinen persoonallisuus ICD-10, 225
hyökkäävä (aggressiivinen) persoonallisuus ICD-10, 225
kompulsiivinen persoonallisuus ICD-10, 225
kverulanttinen (valitteleva) persoonallisuus ICD-10, 224
moraaliton persoonallisuus ICD-10, 224
muut määritetyt persoonallisuushäiriöt ICD-10, 226
määrittämätön persoonallisuushäiriö ICD-10, 226
narsistinen persoonallisuus ICD-10, 226
obsessiivinen persoonallisuus ICD-10, 225
obsessiivis-kompulsiivinen persoonallisuus ICD-10, 225
passiivis-aggressiivinen persoonallisuus ICD-10, 226
passiivinen persoonallisuus ICD-10, 226
persoonallisuushäiriöt ICD-10, 224

psykoinfantiilinen persoonallisuus ICD-10, 225
psykoneuroottinen persoonallisuus ICD-10, 226
rajatilapersonallisuus ICD-10, 225
riippuvainen persoonallisuus ICD-10, 226
räjähdyksaltis persoonallisuus ICD-10, 225
sekamuotoiset ja muut persoonallisuushäiriöt ICD-10, 226
sensitiivinen paranoidinen (arka epähuolinen) persoonallisuus ICD-10, 224
sosiopaattinen persoonallisuus ICD-10, 224
tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus ICD-10, 225
vaativa persoonallisuus ICD-10, 225.

Skitsofrenian ja harhaluuloisuushäiriöiden kanssa skitsotyyppiin häiriöihin luokitetaan seuraavat persoonallisuushäiriöt (ICD-10 1995: 200):

- (G2) *skitsotyyppinen häiriö (psykoosi- ja skitsotyyppinen persoonallisuus)* ICD-10, 200
skitsotyyppinen persoonallisuushäiriö ICD-10, 200.

Mielialahäiriöihin kuuluva mielialan aaltoiluhäiriö ja pitkäaikainen masennus saavat luokituksessa alakohdiksi tarkennukset, joissa nimikkeen perusosana esiintyy *persoonallisuus-*termi (ICD-10 1995: 208):

- (G3) *affektiivinen persoonallisuus* ICD-10, 208
depressiivinen persoonallisuus ICD-10, 208
syklidinen persoonallisuus ICD-10, 208
syklotyyminen persoonallisuus ICD-10, 208.

Persoonallisuus tai sen muutos voi olla elimellisistä syistä johtuva (ks. luku 5.7.1.2 B10). Aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöihin luokitettuja persoonallisuuden muutoksia ja niiden aiheuttajia luetellaan G4–5-kohdissa seuraavaan tapaan (ICD-10 1995: 223–231):

- (G4) *keskitysteirikokemusta seuraava persoonallisuuden muutos* ICD-10, 226
kidutuksen jälkeinen persoonallisuuden muutos ICD-10, 226
pitkäaikaisen kivun aiheuttama persoonallisuuden muutos ICD-10, 227
pitkäaikaiset persoonallisuuden muutokset, jotka eivät aiheudu aivovauriosta tai aivosairaudesta ICD-10, 226
pitkäaikaista kuolemanvaaraa (esimerkiksi terrorismin uhrina olemista) seuraava persoonallisuuden muutos ICD-10, 226
pitkäaikaista vankeutta tai surmatuksi tulemisen vaaraa seuraava persoonallisuuden muutos ICD-10, 226
suuronnettomuutta seuraava persoonallisuuden muutos ICD-10, 226
tuhoisaa kokemusta seuraava persoonallisuuden muutos ICD-10, 226
vakavaa mielenterveyden häiriötä seuraava pitkäaikainen persoonallisuuden muutos ICD-10, 227

- (G5) *muut määritetyt pitkäaikaiset persoonallisuuden muutokset* ICD-10, 227
määrittämätön pitkäaikainen persoonallisuuden muutos ICD-10, 227.

Edellä esiteltyt termit sisältävät kaksi yksisanaista nimikettä: *persoonallisuushäiriö* ja *rajatilapersoonallisuus* (G1). G1–3-ryhmien nimikkeistä noin 70 prosenttia on lyhyehköjä, kaksiosaisia sanaliittoja (*antisosiaalinen persoonallisuus*, jne.). Persoonallisuutta määritetään nimikkeissä adjektiivien ja partisiippien avulla (esim. *epäluuloinen*, *obsessiivis-kompulsiivinen*; *hyökkäävä*, *estynyt*). Tautiluokitus keskittyy kuvailemaan kliinisesti merkittävien persoonallisuushäiriöiden ja käyttäytymismallien ilmenemistä ja oireita, esimerkiksi ahdistusta, sosiaalista haittaa ja hylätyksi tulemisen pelkoa. Kysymyksessä ovat pitkäaikaiset, äärimmäisen poikkeavat tilat, jotka ilmentävät yksilön luonteenomaista elämäntapaa sekä suhtautumista itseen ja muihin. Huomattavan poikkeavaa käyttäytymismuotoa verrataan tapaan, jolla ”tietyn kulttuurin keskimääräinen edustaja havaitsee, ajattelee, tuntee ja varsinkin suhtautuu muihin”. Häiriöiden syihin luokituksessa ainoastaan viitataan: ”– – jotkut niistä ilmaantuvat varhaisessa yksilönkehityksen vaiheessa rakennetekijöiden ja sosiaalisten kokemusten tuloksena – –”. (ICD-10 1995: 223–226.)

Edellä käsitellyjä nimikkeitä selvästi pidempiä ovat G4–5-ryhmien, persoonallisuuden muutosta nimeävät diagnoosit. Merkille pantavaa näiden häiriöiden kohdalla on, että persoonallisuuden muutos on pitkäaikainen mutta määrittämätön, tai se kuuluu luokkaan muut määritetyt (G5). Vielä selkeämpi ero G1–3-ryhmien häiriöihin verrattuna on muutoksen aiheuttajan mainitseminen, mikä pidentää termin jopa yhdeksänosaiseksi: *pitkäaikaista kuolemanvaaraa (esimerkiksi terrorismin uhrina olemista) seuraava persoonallisuuden muutos* (G4). Muina aiheuttajina tai edeltävinä tapahtumina eritellään seuraavat kokemukset: kidutus, suuronnettomuus, vakava mielenterveyden häiriö, keskitysleiriin liittyvä tai muu tuhoisa kokemus sekä pitkäaikaisina jatkuneet kipu, vankeus tai surmatuksi tulemisen vaara.

Psykiatriassa oli aikaisemmin tapana puhua vähättelevästi niin sanotusta pikkupsykiatriasta, jolla tarkoitettiin neuroosien ja luonnehäiriöiden aluetta, vaikka nämä häiriöt voivat aiheuttaa ihmiselle suurta kärsimystä (Achté ym. 1981: 19). Uusimmassa, virallisessa

tautiluokituksessa sana *luonne* esiintyy enää ainoastaan yhdessä diagnoosinimikkeessä:

(G6) *tarkemmin määrittämätön luonnehäiriö* ICD-10, 231.

ICD-10-luokituksen (1995: 558) aakkosellinen osa nimeää koodimerkinnällä F60.9 varustetun *tarkemmin määrittämättömän persoonallisuushäiriön* luokituksen systemaattisesta osasta poiketen *luonneneuroosiksi* (vrt. G1).

Luonne, persoona ja identiteetti esiintyvät nimeämisen osina yksittäistapauksissa. Neuroottisiin häiriöihin kuuluvat muut määritetyt dissosiaatio- eli konversiohäiriöt, jotka saavat alakohdakseen seuraavan yksisanaisen häiriön (ICD-10 1995: 215):

(G7) *sivupersonahäiriö* ICD-10, 215.

Lapsuusiässä alkaviin, muihin määritettyihin tunne-elämän häiriöihin kuuluu alakohtana myös yksisanainen (ICD-10 1995: 240–241)

(G8) *identiteettihäiriö* ICD-10, 241.

Käyttäytyminen ja itsensä hillitseminen, impulssikontrollin häiriöt, luokitetaan ICD-10:ssä (1995: 227–228) aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöinä omaksi ryhmäkseen (ICD-10 1995: 223–231):

(G9) *käytös- ja hillitsemishäiriöt* ICD-10, 227
käytös- ja hillitsemishäiriöt ICD-10, 227
muut määritetyt käytös- ja hillitsemishäiriöt ICD-10, 228
muut määritetyt käytös- ja hillitsemishäiriöt ICD-10, 228
määrittämätön käytös- ja hillitsemishäiriö ICD-10, 228.
määrittämätön käytös- ja hillitsemishäiriö ICD-10, 228.

Aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt nimetään verbijohdoksen avulla silloin, kun halutaan kuvata toistuvaa, hallitsematonta toimintoa (G10–11) tai kun häiriö on itse aiheutettu (G12) (ICD-10 1995: 227, 231). Seuraavien nimikkeiden taustalla olevat, muuta kuin tunnetta ilmaisevat verbit ovat *näpistellä, pelata, tuhota ja polttaa* (G10), *toistua* (G11) sekä *kiertää ja kuluttaa* (G12):

(G10) *näpistelyhimo (kleptomania)* ICD-10, 228
pelihimo ICD-10, 227
tuhopolttohimo ICD-10, 227

(G11) *toistuvat raivokohtaukset* ICD-10, 228

(G12) *kiertävä potilas* ICD-10, 231
terveydenhuoltopalvelujen (epätarkoituksenmukainen) suurkuluttaja ICD-10, 231.

Aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöiden syitä ei yleensä tunneta, eikä niitä siksi mainita. Joidenkin kohdalla viitataan varhaisiin yksilönkehityksen rakennetekijöihin ja sosiaaliseen kokemukseen. Myös tuhoisa tai ylenmääräisen pitkittynyt rasitus, vaikea psyykinen sairaus ja pitkäaikainen kipu saatetaan mainita. Häiriöiden sanotaan ilmentävän yksilön luonteenomaista elämäntapaa sekä sulautumistapaa itseän ja muihin. Esimerkiksi käytös- ja hillitsemishäiriöille ovat luonteenomaisia toistuvat hallitsemattomat toiminnot, jotka yleensä vahingoittavat omia ja muiden etuja. Henkilö saattaa kertoa käyttäytymisen liittyvän toimintayllykkeisiin. Häiriöillä ei tiedetä olevan yhteisiä piirteitä; niitä voidaan ainoastaan yleisluonteisesti kuvailla tietyin yhtäläisyyksin ja sillä perusteella luokitella yhteen. (ICD-10 1995: 223–227.)

Syytekijät ovat edellä esiteltyissä G1–12-ryhmien häiriöissä psykologisia, minän toimintaan yhdistyviä. Konnotaatiot korostuvat esimerkiksi metaforiin perustuvissa diagnoosinimikkeissä *vaativa*, *epäkypsä*, *riippuvainen* ja *tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus*. Puhutaan myös *rajatilapersonallisuudesta*. Yhdyssanat ja sanaliitot ovat abstrakteja, värittyneitä ja termeinä epätarkkoja, symbolisia. Osa nimikkeistä on kuitenkin sanoina tutun oloisia, mikä saattaa johtaa pitämään niitä yleiskielisinä (esim. *huomionhakuinen persoonallisuus*). Osa on selvästi kryptisiksi luokiteltavia (*sosiopaattinen* ja *syklotyyminen persoonallisuus*).

5.7.1.3.6 Ajattelun ja toimimisen pakko; tunteet

Seuraavissa kolmessa luvussa nimeämisen painopiste on yhä selvemmin psyykensisäisyydessä: ajattelun ja käyttäytymisen pakottavuudessa, tunteissa, mielialassa, harhaluuloissa ja

niin edelleen (luvut 5.7.1.3.6–5.7.1.3.8). Ryhmittelen termejä siten, että tarkastelunäkökulma muuttuu – kuten tähänkin asti – konkreettisesta abstraktiin, ulkoisesta sisäiseen ja tutusta tuntemattomaan.

Luvussa 5.7.1.2 käsittelin elimellisiin syihin, muun muassa aivojen ja hermoston toimintaan, perustuvia mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöitä, erilaisia aivo-oireyhtymiä. Alun perin elimellisyyteen perustuva on myös *neuroosi*, joka pohjautuu kreikankieliseen anatomian termiin *neuron* 'hermo' (ks. luku 5.4.3). Nykyään neuroosilla ymmärretään elimellisiin syihin perustumatonta psyykkistä häiriötä, jossa todellisuudentaju säilyy ja jonka oireita ovat ahdistuneisuus, fobiat, pakkotoiminnot ja erilaiset ruumiilliset vaivat. Oireet aiheutuvat ratkaisemattomista ristiriitatilanteista, ovat toistuvia ja suhteellisen pysyviä. (LT 1999.)

Neuroottisiin, stressiin liittyviin ja elimellisoireisiin (somatoformisiin) häiriöihin kuuluu häiriöryhmä, jonka olennaisia piirteitä ovat toistuvat, kaavamaiset pakkoajatukset tai pakkotoiminnot. Pakkoajatukset ja -teot ovat useimmiten ahdistavia, mutta jos henkilö yrittää vastustaa niitä, ahdistus pahenee. Hän tunnistaa kuitenkin ajatukset omikseen, vaikka ne ovat vastentahtoisia ja usein vastenmielisiä. (ICD-10 1995: 209, 211.) Luvussa 5.7.1.3.2 kohdassa D19 esittelemäni *dissosiativinen pakkovaellus* luetaan neuroottisten häiriöiden dissosiaatiohäiriöihin (ICD-10 1995: 214). Tämän häiriön oireita ovat muistinmenetys ja määrätietoinen, tavanomaisesta poikkeava matkustaminen. Ajatteluun ja käyttäytymiseen liittyvä pakko-oireisuus on nimeämisperusteena seuraavissa häiriöissä:

- (H1) *pakkoajatuspainotteinen pakko-oireinen häiriö* ICD-10, 211
muut määritetyt pakko-oireiset häiriöt ICD-10, 211
määrittämätön pakko-oireinen häiriö ICD-10, 211
pakkoajatuksina ja pakkotoimintoina ilmenevä pakko-oireinen häiriö ICD-10, 211
pakko-oireinen häiriö ICD-10, 211
pakkotoimintopainotteinen pakko-oireinen häiriö ICD-10, 211.

ICD-10-luokitus (1995: 208) nimeää erikseen *depressiivisen neuroosin* ja *neuroottisen depression*, jotka eivät kuulu neuroottisiin häiriöihin. Molemmat on sijoitettu *depressiivisen persoonallisuuden* ohella alakohdaksi mielialahäiriöihin kuuluvalla pitkäaikaisella

masennukselle (ks. luku 5.7.1.3.5 G3):

- (H2) *depressiivinen neuroosi* ICD-10, 208
neuroottinen depressio ICD-10, 208.

Neuroosi on nimeämisperusteena myös seuraavassa, aikuisiässä esiintyvässä persoonallisuus- ja käytöshäiriössä (ICD-10 1995: 223–231):

- (H3) *korvausneuroosi* ICD-10, 231.

Muut *neuroosi-* tai *neuroottinen häiriö* -termin sisältävät häiriöt kuuluvat neuroottisiin, stressiin liittyviin ja somatoformisiin häiriöihin (ICD-10 1995: 209–218):

- (H4) *ahdistusneuroosi* ICD-10, 210
anankastinen neuroosi ICD-10, 211
hypokondrinen neuroosi ICD-10, 216
hysterinen neuroosi ICD-10, 213
obsessiivis-kompulsiivinen neuroosi ICD-10, 211
psykasteeninen neuroosi ICD-10, 218
tarkemmin määrittämätön neuroosi ICD-10, 218
traumaattinen neuroosi ICD-10, 212

- (H5) *muut määritetyt neuroottiset häiriöt* ICD-10, 218
muut neuroottiset häiriöt ICD-10, 217
määrittämätön neuroottinen häiriö ICD-10, 218.

Anatomiaan kuuluva käsite 'hermo' (kr *neuron*) on taustalla myös seuraavissa, väsymysoireyhtymää (aik. "hermoheikkous") ja toiminnallisia sydänhäiriöitä tarkoittavissa nimikkeissä, jotka kuuluvat elimellisoireisiin häiriöihin (ICD-10 1995: 215–217; LT 1999):

- (H6) *neurastenia* ICD-10, 217
neurosirkulatorinen astenia ICD-10, 216.

Hermoheikkous mainitaan ICD-10:ssä (1995: 626) *huonovointisuuden ja väsymyksen yhteydessä*, jotka on luokitettu *yleisiksi oireiksi ja sairauden merkeiksi* (ICD-10:n pääluokka R50–69). *Neuroosin* ohella toinen anatomiseen elimeen perustuva, nyt jo vanhentunut termi on *hysteria* (kr *hystera* 'kohtu'; ks. luvut 2.1 ja 5.6). Esittelin kohdassa H4 *hysterisen neuroosin* (ICD-10 1995: 213). Neuroottisten häiriöiden ahdistuneisuus-

häiriöt ja dissosiaatiohäiriöt saavat alakohdaksen tai niihin sisällytetään seuraavat nimikkeet (ICD-10 1995: 211, 213):

- (H7) *ahdistushysteria* ICD-10, 211
hysteerinen psykoosi ICD-10, 213
hysteria ICD-10, 213
konversiohysteria ICD-10, 213.

Ahdistuneisuudella ymmärretään pelon tunnetta, jonka syynä on sisältä tai ulkoa uhkaavan, huonosti tiedostetun vaaran ennakoiminen (LT 1999). Erilaiset ahdistuneisuushäiriöt luokitetaan ICD-10:ssä (1995: 209–211) neuroottisiin, stressiin liittyviin ja elimellisoireisiin häiriöihin (H8–10):

- (H8) *ahdistusreaktio* ICD-10, 210
ahdistustila ICD-10, 210
paniikkihäiriö (kohtauksittainen ahdistus) ICD-10, 210
tarkemmin määrittämätön ahdistus ICD-10, 211
- (H9) *lievä ja väliaikainen ahdistus- ja masennustila* ICD-10, 210
sekamuotoinen ahdistus- ja masennustila ICD-10, 210
- (H10) *muut ahdistuneisuushäiriöt* ICD-10, 210
muut määritetyt ahdistuneisuushäiriöt ICD-10, 211
muut määritetyt pelko-oireiset (foobiset) ahdistuneisuushäiriöt ICD-10, 210
muut sekamuotoiset ahdistuneisuushäiriöt ICD-10, 210
määrittämätön ahdistuneisuushäiriö ICD-10, 211
määrittämätön pelko-oireinen (foobinen) ahdistuneisuushäiriö ICD-10, 210
pelko-oireiset (foobiset) ahdistuneisuushäiriöt ICD-10, 209
yleistynyt ahdistuneisuushäiriö (yleistynyt tuskaisuus) ICD-10, 210.

Ahdistuneisuus voi alkaa jo lapsuusiässä, jolloin se luokitetaan tavallisesti lapsuus- ja nuoruusiässä alkaviin käytös- ja tunnehäiriöihin ja nimetään seuraavasti:

- (H11) *ylenmääräinen ahdistuneisuus* ICD-10, 241.

Neuroottisia häiriöitä ovat erilaiset pelot ja pelkotilat, joita olen H12-kohdassa olevien lisäksi esitellyt luvussa 5.7.1.3.3 kohdassa E11:

- (H12) *määritetyt (yksittäiset) pelot* ICD-10, 209
tarkemmin määrittämätön pelko ICD-10, 210

tarkemmin määrittämätön pelkotila ICD-10, 210
yksittäinen pelko ICD-10, 209.

Taudin kohdalla puhutaan pelon sijaan kammosta:

(H13) *taudinkammo* ICD-10, 216.

Muu tunne kuin pelko on nimeämisperusteena aikaisemmin esittelemässäni, käytös- ja hillitsemishäiriöiden alakohdassa *toistuvat raivokohtaukset*, jotka kuuluvat aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöihin (ICD-10 1995: 228; luku 5.7.1.3.5 G11). Kipu, suru ja väsymys esiintyvät seuraavissa neuroottisissa, stressiin liittyvissä ja somatoformisissa häiriöissä:

(H14) *pitkäaikainen kipuoireyhtymä* ICD-10, 217
surureaktio ICD-10, 213
taisteluväsymys ICD-10, 212
väsymysoireyhtymä ICD-10, 217.

Väsymysoireyhtymä on merkitty ICD-10-luokituksessa (1995: 217) muihin neuroottisiin häiriöihin kuuluvan *neurastenian* alakohdaksi (ks. H6). Luokituksessa todetaan, että tämän häiriön esiintymisessä on merkittäviä kulttuurivaihteluja. On olemassa kaksi päämuotoa, joiden piirteissä on runsaasti päällekkäisyyttä: henkisten suoritusten jälkeinen uupumus sekä ruumiillisen heikkouden ja uupumuksen tunteet. Kummassakin häiriömuodossa yleisiä oireita ovat muun muassa jännityspäänsärky, ärtyvyys sekä melko lievä masennus ja ahdistus. (ICD-10 1995: 217–218.) Tautiluokitus luokittaa ja nimeää somaattisten sairauksien pääluokissa sellaiset oireyhtymät kuin *virusinfektiota seuraava väsymysoireyhtymä* (G93.3), *huonovointisuus ja väsymys* (R53) sekä *työuupumus* eli *burn-out* (Z73.0). *Työuupumus* (Z73.0) kuuluu *elämäntilanteen hallintaan liittyviin ongelmiin* (Z73), jonka muita aladiagnooseja ovat muun muassa *persoonallisuuspiirteiden korostuminen* (Z73.1), *rentoutumisen ja vapaa-ajan puute* (Z73.2) sekä *muualla luokittamaton stressi* (Z73.3), *sosiaalinen kyvyttömyys* (Z73.4) ja *sosiaalinen ristiriita* (Z73.5). Luokituksen antama nimi pääluokka Z:lle on *Yhteydenotto terveyspalvelujen tuottajiin muissa yhteyksissä*. (ICD-10 1995: 274, 626, 845–848.)

Stressiin liittyviä vakavia reaktioita ja häiriöitä ovat

- (H15) *muut määritetyt vakavat stressireaktio* ICD-10, 213
määrittämätön vakava stressireaktio ICD-10, 213
traumaperäinen stressireaktio ICD-10, 212
vakavat stressireaktiot ja sopeutumishäiriöt ICD-10, 211
äkillinen reaktio stressiin ICD-10, 212
äkillinen stressireaktio ICD-10, 212.

Vakavien stressireaktioiden ja sopeutumishäiriöiden luokka poikkeaa ICD-10:n (1995: 211–212) mukaan muista siinä, että syytekijöiden vaikutukset ovat tunnistettavissa. Tunnistettavien oireiden ja taudinkulun lisäksi tiedetään kahdenlaisia syytekijöitä: poikkeuksellisen rasittava elämäntapahtuma ja merkittävä elämänmuutos.

Äkillisiä, stressiin liittyviä tiloja ja reaktioita ovat seuraavat häiriöt:

- (H16) *(henkinen) kriisitila* ICD-10, 212
äkillinen kriisireaktio ICD-10, 212

- (H17) *psyykkinen sokki* ICD-10, 212.

Kohtauksittaisesta ahdistuksesta on kysymys seuraavissa häiriöissä:

- (H18) *paniikkikohtaus* ICD-10, 210
paniikkutila ICD-10, 210.

Edellä lueteltujen termien nimeämisessä näkyy psyykkensisäisyys: eriasteinen ahdistuneisuus sekä erilaiset pelot ja tunteet. Merkitys paljastuu maallikolle, kun puhutaan delfisin termein, joista ilmenee jossain määrin myös häiriön syy: *surureaktio*, *pitkäaikainen kipuoireyhtymä* tai *taisteluväsymys*. Ymmärrettävyys lisääntyy, tulkintavirheet vähenevät ja samalla mielleyhtymien häiritsevyys vähenee ainakin, kun termejä verrataan seuraaventyypisiin kryptisiin termeihin: *hysterinen psykoosi* ja *neurosirkulatorinen astenia*.

5.7.1.3.7 Mieliala

Mahdollisesti geneettiset ja ravitsemukselliset, mutta nykykäsityksen mukaan aivojen välittäjäaineiden toimintaan, vuorovaikutukseen ja oppimiseen liittyvät tekijät ovat taustalla, kun kysymyksessä on ihmisen mielialaan liittyvä tai sitä kuvaava häiriö. Mielialahäiriöt eli affektiiviset häiriöt luokitetaan ICD-10:ssä (1995: 203–208) omaksi (neljänneksi) pääluokaksi heti skitsofrenian ja sen tyyppisten häiriöiden jälkeen (ks. luku 4.2.3.1). DSM-III-R-ohjeistossa (1991) vastaava (kuudes) luokka on nimeltään vakavat mielialahäiriöt (ks. luku 4.2.3.2). (Mielialahäiriöiden luokittelusta ks. tark. liitteet 8–10.)

Mielialalla tarkoitetaan yleiskielessä PS:n mukaan tajuntaa hallitsevaa tunnetilaa, mielen-tilaa tai tunnelmaa. Mieliala voi olla hilpeä, raskas tai toivoton. Se voi olla myös korkealla tai matalalla, tai sotaterminologiaa käyttäen puhutaan taistelu- tai tappiomielialasta. Kun mieliala on lääketieteellisesti häiriintynyt (I1), häiriö voi olla depressiivistä, pitkäaikaista, toistuvaa, yksittäistä tai sekamuotoista (I2). Mielialan häiriöllä on usein suunta, jolloin puhutaan kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä (I3). Mieliala voi myös aaltoilla häiritsevästi silloin, kun sen epävakaisuus on jatkuvaa mutta mielialan kohoaminen lievää (I4). (ICD-10 1995: 204–208; PS.)

- (11) *mielialahäiriöt [affektiiviset häiriöt] ICD-10, 203*
muut mielialahäiriöt ICD-10, 208
muut määritetyt mielialahäiriöt ICD-10, 208
määrittämätön mielialahäiriö ICD-10, 208
- (12) *muut määritetyt pitkäaikaiset mielialahäiriöt ICD-10, 208*
muut toistuvat mielialahäiriöt ICD-10, 208
muut yksittäiset mielialahäiriöt ICD-10, 208
määrittämätön pitkäaikainen mielialahäiriö ICD-10, 208
pitkäaikaiset mielialahäiriöt ICD-10, 208
sekamuotoinen mielialahäiriöjako ICD-10, 208
- (13) *kaksisuuntainen mielialahäiriö ICD-10, 204*
kaksisuuntainen mielialahäiriö, tyyppi II ICD-10, 205
kaksisuuntaisen mielialahäiriön elpymävaihe (remissio) ICD-10, 205
kaksisuuntaisen mielialahäiriön lievä maaninen (hypomaaninen) jakso ICD-10, 204
kaksisuuntaisen mielialahäiriön lievä tai kohtalainen masennusjakso ICD-10, 204
kaksisuuntaisen mielialahäiriön maaninen jakso ilman psykoottisia oireita ICD-10, 204
kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykoottinen maaninen jakso ICD-10, 204
kaksisuuntaisen mielialahäiriön sekamuotoinen jakso ICD-10, 205

kaksisuuntaisen mielialahäiriön vaikea masennusjakso ilman psykoottisia oireita ICD-10, 205
kaksisuuntaisen mielialahäiriön vaikea psykoottinen masennusjakso ICD-10, 205
muut määritetyt kaksisuuntaiset mielialahäiriöt ICD-10, 205
määrittämätön kaksisuuntainen mielialahäiriö ICD-10, 205.

(I4) *mielialan aaltoiluhäiriö (syklotymia)* ICD-10, 208

Perusoireena mielialahäiriöissä on mielialan muutos, joka ilmenee joko masennuksena tai haltioitumisena ja johon liittyy usein muutos koko toiminnallisuuden tasossa. Rasittavat tapahtumat tai tilanteet ovat usein jäljitettävissä yksittäisten mielialahäiriön jaksojen alkuun. (ICD-10 1995: 203.) ICD-10-luokituksessa (1995: 203) mielialan muutoksista mania esitellään ennen masennusta. Noudatan seuraavassa termiesittelyssä samaa järjestyttä, vaikka masennus (I6) on yleisessä tietoisuudessa maniaa (I5) tutumpi ja yleiskielisempi käsite.

Mielialan nousu, kiihko tai vimma (*mania* kr 'raivoisuus, hulluus'; LT 1999) voi olla pitkäaikaista mutta lievää, ja siihen saattaa liittyä erilaisia oireita (I5), tiloja ja jaksoja (I6):

(I5) *lievä mania* ICD-10, 203
mania ICD-10, 203
mania ilman psykoottisia oireita ICD-10, 204
mania johon liittyy mielialan mukaisia psykoottisia oireita ICD-10, 204
mania johon liittyy mielialasta riippumattomia psykoottisia oireita ICD-10, 204
mania johon liittyy psykoottisia oireita ICD-10, 204
muu määritetty mania ICD-10, 204
määrittämätön mania ICD-10, 204

(I6) *kaksisuuntainen häiriö, jossa on vain yksi maaninen jakso* ICD-10, 203
maaninen sulkutila (stupor) ICD-10, 204
uusiutuvat maaniset jaksot ICD-10, 205.

Vierasperäinen *maanis-depressiivinen* määritteenä esiintyy seuraavissa nimikkeissä (I7), jotka ICD-10-luokitus sisällyttää kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön (ICD-10 1995: 204) tai jotka on merkitty toistuvan masennuksen alakohdiksi (ICD-10 1995: 207):

(I7) *maanis-depressiivinen psykoosi* ICD-10, 204
maanis-depressiivinen reaktio ICD-10, 204
maanis-depressiivinen sairaus ICD-10, 204
maanis-depressiivisen psykoosin masennusmuoto ilman psykoottisia oireita ICD-10, 207
maanis-depressiivisen psykoosin psykoottinen depressiomuoto ICD-10, 207.

Eriasteinen ja -pituisen mielialan lasku sekä tarmon ja toimeliaisuuden puute ovat tyypillisiä masennustilan oireita (ICD-10 1995: 205–206, 208; ks. luku 5.6):

- (I8) *keskivaikea masennustila* ICD-10, 206
lievä masennustila ICD-10, 206
masennustila ICD-10, 205
muut määritetyt masennustilat ICD-10, 206
määrittämätön masennustila ICD-10, 206
pitkäaikainen ahdistus- ja masennustila ICD-10, 208
vaikea masennustila ilman psykoottisia oireita ICD-10, 206
vaikea, psykoottinen masennustila ICD-10, 206.

ICD-10-luokitus (1995: 205–208) sisällyttää masennustilaan ja -reaktioon sekä toistuvaan masennukseen erilaisia jaksoja (I9) ja vaihteita (I10):

- (I9) *masennusreaktion yksittäinen jakso* ICD-10, 205
agitoituneen masennuksen yksittäinen jakso ilman psykoottisia oireita ICD-10, 206
psykogeenisien masennuksen yksittäinen jakso ICD-10, 205
reaktiivisen masennuksen yksittäinen jakso ICD-10, 205
toistuvan masennuksen keskivaikea masennusjakso ICD-10, 207
toistuvan masennuksen lievä masennusjakso ICD-10, 207
toistuvan masennuksen vaikea masennusjakso ilman psykoottisia oireita ICD-10, 207
toistuvan masennuksen vaikea, psykoottinen masennusjakso ICD-10, 207
toistuvat lyhyet masennusjaksot ICD-10, 208
toistuvat masennusreaktiojaksot ICD-10, 207
toistuvat psykogeenisien masennuksen jaksot ICD-10, 207
toistuvat reaktiivisen masennuksen jaksot ICD-10, 207
toistuvat vaikeat psykoottisen masennuksen jaksot ICD-10, 207
toistuvat vakavan, psykoottisen masennuksen jaksot ICD-10, 207
vaikean masennuksen yksittäinen jakso ilman psykoottisia oireita ICD-10, 206
vitaalisen masennuksen yksittäinen jakso ilman psykoottisia oireita ICD-10, 206
yksittäiset psykoottisen masennuksen jaksot ICD-10, 206
yksittäiset turkemmin määrittämättömän ”naamioituneen” masennuksen jaksot ICD-10, 206
yksittäiset vaikean psykoottisen masennuksen jaksot ICD-10, 206
- (I10) *toistuvan masennuksen elpymävaihe (remissio)* ICD-10, 207.

Masennustilan yksittäisen masennuksen jakso voi ICD-10:n (1995: 206) mukaan olla tarkemmin määrittämätön ja ”naamioitunut” (ks. I9). Masennus saattaa olla myösitaalinen (’elämään liittyvä, elinvoimainen; elämälle välttämätön, elintärkeä’; LT 1999; ICD-10 1995: 206; ks. I11). Masennuksen muita luonnehdintoja on seuraavissa nimikkeissä:

- (I11) *endogeeninen masennus ilman psykoottisia oireita* ICD-10, 207
endogeeninen psykoottinen masennus ICD-10, 207

epätyypillinen masennus ICD-10, 206
muu määritetty toistuva masennus ICD-10, 207
määrittämätön toistuva masennus ICD-10, 207
pitkäaikainen masennus ICD-10, 208
tarkemmin määrittämätön masennus ICD-10, 206
tarkemmin määrittämätön yksisuuntainen (monopolaarinen) masennus ICD-10, 207
toistuva masennus ICD-10, 206
toistuva virtaalinen masennus ilman psykoottisia oireita ICD-10, 207
vaikea toistuva masennus ilman psykoottisia oireita ICD-10, 207
vuodenajoista riippuva masennus ICD-10, 207.

Olen edellä esitellyt mielialaan liittyviä häiriöitä, jotka ICD-10 (1995) luokittaa erilliseksi mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden ryhmäksi. Masennusta ja masennusoireisia häiriöitä kuvaavia nimikkeitä esiintyy myös luokituksen muissa luvuissa. Esittelin elimellisten aivo-oireyhtymien yhteydessä määrittämättömän dementian: *masennusoireinen seniili dementia* (ICD-10 1995: 187; luku 5.7.1.2 B 12). Myös lapsuus- tai nuoruusiässä alkava käytös- ja tunnehäiriö voi olla masennusoireinen: *masennusoireinen käytöshäiriö* (ICD-10 1995: 240; luku 5.7.1.3.3 E8). Masennus saattaa seurata synnytystä tai skitsofreniaa: *tarkemmin määrittämätön synnytyksen jälkeinen masennus* (ICD-10 1995: 222; luku 5.7.1.3.4 F7) ja *skitsofrenian jälkeinen masennus* (ICD-10 1995: 199).

Vierasperäinen *depressio* 'painaa alas' (ks. luku 5.1) esiintyy ICD-10-luokituksessa enää ainoastaan yhdessä suomen kieleen mukautetussa nimikkeessä: *neuroottinen depressio* (ICD-10 1995: 208; luku 5.7.1.3.6 H2). Adjektiivi *depressiivinen* liitetään sekä neuroosiin että persoonallisuuteen: *depressiivinen neuroosi* (ICD-10 1995: 208; luku 5.7.1.3.6 H2) ja *depressiivinen persoonallisuus* (ICD-10 1995: 208; luku 5.7.1.3.5 G3). Mielialahäiriöihin kuuluvien vaikean, psykoottisen tai määrittämättömän masennustilan (I12) ja toistuvan masennuksen vaikean, psykoottisen masennusjakson (I13) alakohdissa *depressiivinen* esiintyy määritteenä seuraavissa nimikkeissä (ICD-10 1995: 205–207):

- (I12) *yksittäiset psykogeenisen depressiivisen psykoosin jaksot* ICD-10, 206
yksittäiset reaktiivisen depressiivisen psykoosin jaksot ICD-10, 206
tarkemmin määrittämätön depressiivinen häiriö ICD-10, 206
- (I13) *toistuvat vaikeat psykogeenisen depressiivisen psykoosin jaksot* ICD-10, 207
toistuvat vaikeat reaktiivisen depressiivisen psykoosin jaksot ICD-10, 207.

Kahdessa edellisessä luvussa olen esitellyt häiriönimikkeitä, jotka on sijoitettu ICD-10-luokituksessa neuroottisiin, stressiin liittyviin ja somatoformisiin eli elimellisoireisiin häiriöihin (ICD-10 1995: 209–218). Hurmos ja haltioituminen kuuluvat tiloina edellä mainitun häiriöluokan dissosiaatio- eli konversiohäiriöihin (I14). Kysymyksessä on tällöin henkilökohtaisen identiteettitunteen ja täyden, ympäristöä koskevan tietoisuuden väliaikainen häviäminen. Tällaiset tahattomat transsitilat katsotaan mielenterveyden häiriöiksi vain, kun ne esiintyvät uskonnollisten tai kulttuurisesti hyväksytyjen tilanteiden ulkopuolella. (ICD-10 1995: 214.) Hurmos- ja haltiotiloja sisällytetään ICD-10-luokituksessa myös äkillisiin päihtymystiloihin, jotka luokitetaan erilaisten piristeiden ja päihteiden aiheuttamiksi elimellisiksi aivo-oireyhtymiksi ja käyttäytymisen häiriöiksi (I14):

(I14) *hurmos- ja haltiotilat* ICD-10, 193, 195–197, 214.

Mielialaan liittyvien häiriöiden nimitykset ovat metaforisia; häiriöllä on vertikaalinen suunta ja se voi esimerkiksi aaltoilla. Häiriöiden syyt ja niiden kehittymisen taustalla olevat tekijät ovat yksilöön, yhteisöön ja yhteiskuntaan liittyviä, joita maallikon on yksilötasolla vaikea hahmottaa. Termeissä ei esiinny ulkoisen muodon perusteella pääteltävissä olevia konkreettisia merkityksiä. Masennus on kuitenkin käsitteenä viime aikoina arkipäiväistynyt ainakin kahdesta syystä: häiriön oireet tunnistetaan aikaisempaa paremmin ja häiriöstä keskustellaan tiedotusvälineissä aikaisempaa avoimemmin. Tässä luvussa esitettyjen, mielialaa koskevien häiriöiden lisäksi on olemassa muita mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöitä, jotka saavat maanisia tai masennusoireisia muotoja. Muun muassa tällaisten skitsoaffektiivisten tai skitsofreenistyyppisten häiriöiden nimikkeitä käsittelem seuraavassa luvussa.

5.7.1.3.8 Harhat ja sekavuus; skitsofreenisuus ja psykoottisuus

Olen edellä käsitellyt mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden nykyisiä nimeämisperusteita. Nimeämisperusteena diagnooseissa, joita olen tähän mennessä esitellyt, on käytetty henkilönnimeä sekä fyysisen todellisuuden elementtejä, aineellisuutta ja elimelli-

syyttä. Biopsykososiaalisen todellisuuden ilmiöistä nimeämisessä on eri tavoin viitattu ruumiintoimintoihin ja seksuaalisuuteen. Ihmisen älykkyys tai eriasteinen vammaisuus sekä kehittyminen ja kyvyt ovat ominaisuuksia, joihin luokittelu ja nimeäminen myös perustuvat. Sosiaalisuus ja käyttäytyminen liittyvät elämänvaiheisiin, samoin persoonallisuus ja käyttäytyminen. Ajattelun ja toimimisen pakko sekä tunteet ja mieliala ovat nimeämisperusteina huomattavasti subjektiivisempia kuin esimerkiksi elimellinen aivosairaus tai kemiallinen, aivoihin ja käyttäytymiseen vaikuttava aine.

Seuraavaksi siirryn käsittelemään diagnoosinimikkeitä, jotka ovat luonteeltaan kaikkien vaikeimmin hahmotettavissa ja maallikon kannalta kenties voimakkaimpia tunteita ja mielleyhtymiä herättäviä. Näiden diagnoosien kohdalla joudutaan nimeämisessä useimmiten turvautumaan metaforaan, koska nimien avulla ei ole mahdollista viitata konkreettisiin, objektiivisesti todettavissa oleviin ilmiöihin. Metaforien avulla todellisuutta pyritään tekemään ymmärrettäväksi; metaforat eivät kuitenkaan sinänsä kuvaa todellisuutta eivätkä selitä sitä. Luokittelussa ja nimeämisessä korostuvat psyykkensisaisten tekijöiden lisäksi vuorovaikutus ja sen lainalaisuudet. Lisäksi esiin nousevat ongelmat, jotka koskevat ihmissuhteiden epäsymmetriaa ja opittujen, ammatillisten käsitteiden painoarvoa.

Edellisessä luvussa 5.7.1.3.7 esiintyi useita nimikkeitä, joissa viitattiin paitsi mielialaan ja masennukseen myös psykoottisuuteen: *kaksisuuntaisen mielialahäiriön vaikea psykoottinen masennusjakso*, *endogeeninen 'sisäsyntyinen' psykoottinen masennus* jne. (ICD-10 1995: 205, 207; LT 1999; ks. vastaavantyyppisiä nimikkeitä luvun 5.7.1.3.7 kohdissa I3, I5, I7, I8, I9, I11, I12 ja I13). Luokittelu ja nimeäminen tuottavat monenlaisia vaikeuksia; rajanveto eri luokkien välillä ei ole helppoa.

Skitsofreniaa pidetään psykiatrian keskeisenä, ongelmallisena käsitteenä. Sen oireisiin kuuluvat muun muassa aistiharhat. LT:n mukaan aistiharhoilla eli hallusinaatioilla ymmärretään todellisina koettuja aistimuksia, jotka eivät liity todelliseen ulkoiseen ärsykkeeseen, vaan ovat peräisin hermojärjestelmän sisäisestä ärtymisestä. Aistiharhaisuutta aiheuttavat alkoholi ja elimelliset syyt, jotka voivat olla nimeämisen perusteina: *alkoholiaistiharhaisuus*, *elimellinen aistiharhaisuus* jne. (ICD-10 1995: 188, 192; ks. luku

5.7.1.2 kohdat B3 ja B13). Muita kuin skitsofreniaan liittyviä, psyykkisperäisiä aisti-toimintoja kuvaavia diagnoosinimikkeitä käsittelemme luvussa 5.7.1.3.1 kohdassa C6. Skitsofreniaan ja sen tyyppisiin häiriöihin luokitetaan ICD-10:n (1995: 198–203) mielenterveyden häiriöiden kolmannessa luvussa seuraava nimike:

(J1) *pitkäaikainen aistiharhainen psykoosi* ICD-10, 203.

Luvussa 5.7.1.2 esittelin elimellisiä aivo-oireyhtymiä, joihin kuuluu mainittujen diagnoosien lisäksi seuraavanlaisia sekavuustiloja:

(J2) *muu määritetty sekavuustila (delirium)* ICD-10, 188
määrittämätön sekavuustila (delirium) ICD-10, 188
sekavuustila (delirium), joka ei ole alkoholin tai muiden psykeen vaikuttavien aineiden aiheuttama ICD-10, 188
useasta eri syystä aiheutuva sekavuustila (delirium) ICD-10, 188.

Sekavuustilalla ymmärretään tajunnan häiriötä, ”jolle on ominaista häiriintynyt orientaatio aikaan, paikkaan ja/tai henkilöön nähden” (LT 1999). Sekavuustila voi olla myös psyykkisperäinen, jolloin se luokitetaan dissosiaatiohäiriöihin kuuluvaksi (ICD-10 1995: 213–215):

(J3) *psyykkisperäinen sekavuustila* ICD-10, 215.

Edellä mainittujen aistiharhojen lisäksi skitsofreniaan sairastuneiden sisäistä miellemaailmaa sävyttävät erilaiset harhaluulot, jotka ovat tavallisesti pitkäaikaisia (ICD-10 1995: 200–201):

(J4) *harhaluuloisuushäiriö* ICD-10, 200
muut määritetyt pitkäaikaiset harhaluuloisuushäiriöt ICD-10, 201
määrittämätön pitkäaikainen harhaluuloisuushäiriö ICD-10, 201
pitkäaikaiset harhaluuloisuushäiriöt ICD-10, 200.

Harhaluuloisuus voi olla indusoitunutta eli jaettua, tai siihen voi liittyä valittelevuutta, jolloin sitä nimitetään *kverulanttiseksi* (LT 1999):

(J5) *indusoitunut harhaluuloisuus (jaettu harhaluuloisuus)* ICD-10, 202
kverulanttinen harhaluuloisuus ICD-10, 201.

Aikaisemmissa luvuissa esittelemäni harhaluuloisuushäiriöt olivat joko alkoholin aiheuttamia tai elimellisiä (luku 5.7.1.2): *alkoholiharhaluuloisuus* (B3), *elimellinen harhaluuloisuushäiriö*, joka on skitsofreenistyyppinen häiriö (B13), ja *harhaluuloinen epämuotoisuuskammo* eli *harhainen ruumiinkuvan hahmottamishäiriö* (B17). Pitkäaikaiset harhaluuloisuushäiriöt eli paranoidiset tilat voivat liittyä myös vaihdevuosiin ja vanhenemiseen (ks. luku 5.7.1.3.4 kohta F10). ICD-10-luokituksen (1995: 198–203) skitsofreniaryhmän paranoidiset häiriöt, reaktiot ja tilat nimetään vierasperäistä määritettä käyttäen seuraavasti:

- (J6) *indusoitunut paranoidinen häiriö* ICD-10, 202
paranoidinen reaktio ICD-10, 202
paranoidinen tila ICD-10, 200.

ICD-luokituksessa (1995: 198–203) esitellään elimellisten aivo-oireyhtymien jälkeen omalla luokkanaan (J7) ja sen ensimmäisenä, kolmella merkillä (F20) koodattuna diagnoosina (J8) seuraavat termit:

- (J7) *skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt* ICD-10, 198

- (J8) *skitsofrenia* ICD-10, 198.

Skitsofreenisille häiriöille ovat ICD-10:n (1995: 198) mukaan ”luonteenomaisia tietyt perustavanlaatuiset ajattelun ja havaitsemisen vääristymät sekä tunteitten asiaankuulumattomuus tai latteutumisen”. Skitsofreniaa eli jakomielitautia, jakomielisyyttä (PS 1994) luonnehditaan luokituksessa suomenkielisin (J9) ja vierasperäisin (J10) määrittein; sitä voi myös seurata toinen psyykinen häiriö (J11):

- (J9) *ennakkovaiheinen skitsofrenia* ICD-10, 200
epätyyppilinen skitsofrenia ICD-10, 199
erilaistumaton skitsofrenia ICD-10, 199
erityispiirteetön skitsofrenia ICD-10, 199
jäännysskitsofrenia (residuaalinen skitsofrenia) ICD-10, 199
muu määritetty skitsofrenia ICD-10, 200
määrittämätön skitsofrenia ICD-10, 200
piilevä skitsofrenia ICD-10, 200
pitkäaikainen erilaistumaton skitsofrenia ICD-10, 199
rajatilaskitsofrenia ICD-10, 200
äkillinen erityispiirteetön skitsofrenia ICD-10, 201

- (J10) *hebefreeninen skitsofrenia* ICD-10, 198
katatoninen skitsofrenia ICD-10, 199
parafreeninen skitsofrenia ICD-10, 198
paranoidinen skitsofrenia ICD-10, 198
prepsykoottinen skitsofrenia ICD-10, 200
pseudoneuroottinen skitsofrenia ICD-10, 200
senestopaattinen skitsofrenia ICD-10, 200
syklinen skitsofrenia ICD-10, 203

- (J11) *skitsofrenian jälkeinen masennus* ICD-10, 199.

Kohdissa J9–10 luetelluista häiriöistä *ennakkovaiheinen, piilevä, prepsykoottinen ja pseudoneuroottinen skitsofrenia* sekä *rajatilaskitsofrenia* luokitetaan *skitsotyyppiseksi häiriöksi* (F21), josta käytetään myös nimitystä *psykoosipiirteinen persoonallisuus* (ks. luku 5.7.1.3.5 G2). Näille häiriöille ovat tyypillisiä eriskummallinen käytös sekä ajattelun ja tunteiden poikkeavuudet. Oireet ”muistuttavat skitsofreniassa tavattuja, vaikka mitään varmoja ja luonteenomaisia skitsofreenisia poikkeavuuksia ei esiinny missään vaiheessa”. (ICD-10 1995: 200.)

Skitsofreeninen (J12) ja *skitsofreenistyyppinen* (J13–14) esiintyvät määritteinä erilaisille reaktiolle ja tiloille. *Skitsofreenisen lihasjäykkyytilan* eli *katatonian* esittelin fyysiseen todellisuuteen, lähinnä ihmisruumiin anatomiseen rakenteeseen pohjautuvien nimikkeiden yhteydessä luvussa 5.7.1.2 kohdassa B16. ICD-10-luokituksessa häiriö kuuluu *skitsofreenisen jännitysjäykkyytilan* eli *katalepsian* rinnalla *katatonisen skitsofrenian* alla lueteltuihin nimikkeisiin (ICD-10 1995: 199). Tämän häiriön ohella muita *skitsofreenisen* määritteen saavia nimikkeitä ovat seuraavat:

- (J12) *piilevä skitsofreeninen reaktio* ICD-10, 200
skitsofreeninen jännitysjäykkyytila (katalepsia) ICD-10, 199
skitsofreeninen jännöstila ICD-10, 199
skitsofreeninen reaktio ICD-10, 201
skitsofreeninen vahanainen taipuisuus ICD-10, 199
skitsofreenisen ja affektiivisen psykoosin välimuoto ICD-10, 203.

Skitsofreenistyyppinen psykoosi voi esiintyä harhaluuloisuushäiriönä, jonka syy on elimellinen, esimerkiksi epilepsiaan liittyvä (ks. luku 5.7.1.2 B11). Muita skitsofreenistyyppisiä psykooseja (J13) ja häiriöitä (J14) on nimetty seuraavasti (vrt. maanista ja

masennusoireista muotoa luvussa 5.7.1.3.7 esiintyviin nimikkeisiin):

- (J13) *lyhykestoinen skitsofreenistyyppinen psykoosi* ICD-10, 201
skitsofreenistyyppinen psykoosi, maaninen muoto ICD-10, 202
skitsofreenistyyppinen psykoosi, masennusoireinen muoto ICD-10, 203
tarkemmin määrittämätön skitsofreenistyyppinen psykoosi ICD-10, 200
äkillinen skitsofreenistyyppinen psykoottinen häiriö ICD-10, 201
- (J14) *lyhykestoinen skitsofreenistyyppinen häiriö* ICD-10, 201
tarkemmin määrittämätön skitsofreenistyyppinen häiriö ICD-10, 200.

Skitsofreniaan liittyvien häiriöiden loppupuolelle, ennen mielialahäiriöitä, luokitetaan ICD-10:ssä (1995: 202–203) skitsoaffektiiviset häiriöt. Kysymyksessä ovat jaksottaiset häiriöt, joissa sekä mieliala- että skitsofreniaoireet ovat merkittäviä, mutta joissa ei voida asettaa kummankaan häiriön diagnoosia. Seuraavat nimikkeet kuvaavat tällaisia välimuotoja (vrt. maanisten ja masennusoireisten muotojen osalta luvussa 5.7.1.3.7 kohdissa 16 ja I9 esiintyviin nimikkeisiin):

- (J15) *muut määritetyt skitsoaffektiiviset häiriöt* ICD-10, 203
määrittämätön skitsoaffektiivinen häiriö ICD-10, 203
sekamuotoinen skitsoaffektiivinen häiriö ICD-10, 203
skitsoaffektiivinen häiriö, maaninen muoto ICD-10, 202
skitsoaffektiivinen häiriö, masennusoireinen muoto ICD-10, 202
skitsoaffektiivinen psykoosi, maaninen muoto ICD-10, 202
skitsoaffektiivinen psykoosi, masennusoireinen muoto ICD-10, 203
skitsoaffektiiviset häiriöt ICD-10, 202
tarkemmin määrittämätön skitsoaffektiivinen psykoosi ICD-10, 203.

Olen esitellyt edellä skitsofreniaryhmän häiriöitä. Tämä ryhmä muodostuu psykoosin tasoista mielenterveyshäiriöistä, joihin kuuluvat skitsofrenian eri muodot, skitsofreenistyyppinen psykoosi, pitkäaikaiset harhaluuloisuushäiriöt, skitsoaffektiivinen häiriö ja joukko äkillisiä psykoottisia häiriöitä (LT 1999). Psykoosilla ymmärretään lääketieteessä mielisairautta (mielitautilia), vakavaa elimellis- tai psyykkispohjaista mielenterveyshäiriötä, jossa todellisuudentaju on selvästi häiriintynyt (LT 1999; PS 1994). Skitsofreniaryhmän häiriöissä esiintyvä *psykoosi* saa seuraavanlaisia määritteitä:

- (J16) *paranoidinen psykoosi* ICD-10, 200
psyykkisperäinen paranoidinen psykoosi ICD-10, 202
reaktiivinen psykoosi ICD-10, 202

tarkemmin määrittämätön [ei-elimellinen] psykoosi ICD-10, 203
tarkemmin määrittämätön lyhyt reaktiivinen psykoosi ICD-10, 202.

Käsillä olevassa luvussa tarkasteltavana olevista nimeämisperusteista aistiharhaisuus ja skitsofreenisuus esiintyvät yhdessä psykoottisuuden kanssa useissa skitsofreniaryhmän nimikkeissä. Mukana tällaisissa erityiseen tarkkuuteen pyrkivissä termeissä on myös mielialaa kuvaavaa ainesta. Nimikkeillä pyritään kuvaamaan todellisuudentajun häiriintymisen ohella ajattelun ja havaitsemisen sekä tunteiden ja mielialan poikkeavuuksia. Tällaisia nimikkeitä ovat edellä ja jäljempänä tässä luvussa mainituista muun muassa seuraavat: *pitkäaikainen aistiharhainen psykoosi* (J1); *prepsykoottinen skitsofrenia* (J10); *skitsofreenisen ja affektiivisen psykoosin välimuoto* (J12); *äkillinen skitsofreenistyyppinen psykoottinen häiriö* (J13); *skitsoaffektiivinen psykoosi (maaninen tai masennusoireinen muoto)* (J15) ja *äkillinen monimuotoinen skitsofreniaoireinen psykoottinen häiriö* (J20)

Termit *psykoosi*, *psykoottinen* tai *psykoottiset oireet* ovat mukana muodostamassa useita mielialahäiriöihin luokiteltuja nimikkeitä (ks. luku 5.7.1.3.7 kohdat I3, I5, I7–I9 ja I11–13). Määrittämättömän mielialahäiriön alakohdaksi on ICD-10-luokituksessa (1995: 208) merkitty seuraava psykoosi:

(J17) *tarkemmin määrittämätön affektiivinen psykoosi* ICD-10, 208.

Psykoosi esiintyy sanaliiton perusosana myös muissa luokissa kuin edellä mainituissa skitsofrenia- ja mielialaryhmän nimikkeissä. Laaja-alaisiin psyykkisen kehityksen häiriöihin kuuluvat seuraavat nimikkeet:

(J18) *disintegratiivinen psykoosi* ICD-10, 237
symbioottinen psykoosi ICD-10, 237.

Elimellisissä aivo-oireyhtymissä esiintyvä *psykoosi* saa seuraavanlaiset määritteet:

(J19) *tarkemmin määrittämätön preseniili psykoosi* ICD-10, 187
tarkemmin määrittämätön seniili psykoosi ICD-10, 187
tarkemmin määrittämätön symptomaattinen psykoosi ICD-10, 191.

Psykoosin lisäksi skitsofreniaryhmän häiriöihin luokitetaan erikseen psykoottinen häiriö erilaisine määritteineen, kuten seuraavista nimikkeistä käy ilmi:

- (J20) *indusoitunut psykoottinen häiriö* ICD-10, 202
muut määritetyt äkilliset ja väliaikaiset psykoottiset häiriöt ICD-10, 202
muut äkilliset pääasiallisesti harhaluulo-oireiset psykoottiset häiriöt ICD-10, 202
määrittämätön ei-elimellinen psykoottinen häiriö ICD-10, 203
määrittämätön äkillinen ja väliaikainen psykoottinen häiriö ICD-10, 202
äkillinen monimuotoinen psykoottinen häiriö ilman skitsofreniaoireita ICD-10, 201
äkillinen monimuotoinen skitsofreniaoireinen psykoottinen häiriö ICD-10, 201
äkilliset ja väliaikaiset psykoottiset häiriöt ICD-10, 201.

Edellä esiteltyjen termien pituus vaihtelee yksiosaisesta 12-osaiseen. Kun häiriön aiheuttaja ei tunneta, sitä pyritään kuvaamaan paitsi metaforan avulla myös oireiden kestoa ja määritettävyydestä tarkentamalla. Psyhyksen ”sisäisyyttä” ja ”jakaantumista” kuvaavat häiriön nimitykset tukevat oletusta, jonka mukaan oudot, vaikeasti tavoitettavat ilmiöt, vähentävät termien tarkkuutta ja läpikuultavuutta sekä lisäävät niihin liittyviä häiritseviä miellelyhtymiä. Maallikon on kuitenkin helppo yhdistää tämäntyyppiset termit selkeästi erikoiskieleen kuuluviksi, samoin kuin seuraavassa luvussa esiteltävät diagnoosit.

5.7.1.4 Vierasperäinen yleisnimi

Pieni osa, noin kolme prosenttia, mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä on nimetty uusimmassa suomenkielisessä tautiluokituksessa (ICD-10 1995) pelkästään tai pääasiallisesti vierasperäisen yleisnimen avulla. Esittelen tässä viimeisessä nykyisiä nimeämisperusteita käsittelevässä luvussa loput ICD-10-luokituksen nimikkeistä. Näissä latinan ja kreikan yleisnimiin pohjautuvissa diagnooseissa on jonkin verran mukana myös omaperäistä ainesta. Seuraavien nimikkeiden käsittelyjärjestys etenee erikoislainoista vierassanoihin.

Luvussa 5.7.1.3.4 kohdassa F1 esittelin ihmisen elämänvaiheiden yhteydessä psyykkisen kehityksen häiriöihin kuuluvan *lapsuusiän autismin*. Myös älykkyyden, kehittymisen ja vammaisuuden mukaan nimetty nimike sisältää vierasperäiseen *autismiin* perustuvan

adjektiivin: *autistisin piirtein esiintyvä älyllinen kehitysvammaisuus* (ks. luku 5.7.1.3.2 D2). *Autismi* (la *autismus* < kr *autos* 'itse'; LT 1999) ja *autistinen* esiintyvät termeinä seuraavissa psyykkisen kehityksen häiriöissä (ICD-10 1995: 233–238):

- (K1) *autistinen häiriö* ICD-10, 236
autistinen psykopatia ICD-10, 238
epätyypillinen autismi ICD-10, 237.

Käytös- ja tunnehäiriö voi alkaa lapsuus- tai nuoruusiässä, kuten luvussa 5.7.1.3.2 kohdassa D13 kävi ilmi. Lapsen *valikoivan puhumattomuuden* alakohdaksi on ICD-10-luokituksessa (1995: 241) merkitty

- (K2) *selektiivinen mutismi* ICD-10, 241.

Mutismilla (la *mutismus* < la *mutus* 'mykkä') ymmärretään puhumattomuutta, joka on psyykkisten tekijöiden aiheuttamaa ja joka puheena olevassa tapauksessa ilmenee tilanteittain (LT 1999).

Skitsofrenialle on lueteltu ICD-10:ssä (1995: 198–200) seitsemän alalajia. Näistä hebefreeninen skitsofrenia (LT 1999: la *hebephrenia* < kr *hebe* 'nuorukaisikä' + kr *phren* 'mieli') saa alakohdakseen erikseen mainittuna vierasperäisen nimikkeen (ks. K3). Vastaavanlainen suomen kieleen mukautettu nimike (ks. K3) on merkitty äkillisen skitsofreenistyyppisen psykoottisen häiriön alakohdaksi (ICD-10 1995: 201):

- (K3) *hebefrenia* ICD-10, 199
oneirofrenia ICD-10, 201.

Lääketieteen termit (1999) ja *Psykiatrian Sanasto* (1995) eivät tunne viimeksi mainittua diagnoosia (LT: kr *oneiros* 'unennäkö'). Pariakymmentä vuotta vanhemman *Lääketieteen Sanakirjan* (1976) mukaan latinan *oneirophrenia* on cräs jakomielitaudin muoto.

Hebefrenian (K3) tavoin toisella skitsofrenian alalajilla, katatonisella skitsofrenialla, on erillisenä alakohtana seuraava nimike (ICD-10 1995: 199):

(K4) *katatoninen sulkutila (stupor)* ICD-10, 199.

Latinankielinen *stupor catatonicus* on erityisesti katatonistyyppiselle skitsofrenialle ominainen sulkutila, jossa potilas on motorisesti huomattavan hidastunut, jopa liikkumaton, eikä näytä huomioivan ympäristöään (LT 1999; *katatonia, katatoninen* ja luku 5.7.1.4 B13 ja B16).

Neuroottisiin, stressiin liittyviin ja somatoformisiin häiriöihin (ICD-10 1995: 209–218) kuuluvat elimellisoireiset eli somatoformiset häiriöt, joiden yhtenä alalajina on hypokondrinen häiriö ja sillä edelleen alakohtana vieraspräinen hypokondria:

(K5) *hypokondria* ICD-10, 216
hypokondrinen häiriö ICD-10, 216.

LT:n mukaan latinankielisen *hypochondrian* nimitys johtuu siitä, että luulotaudin syyn ajateltiin sijaitsevan kyljen alaosan alueella [*la hypochondrium* 'kyljenalus; luulotauti(suus), luulosairaus']. Hypokondrinen häiriö (*la perturbatio hypochondrica*) tarkoittaa neuroottista häiriötä, jonka sisältönä on perusteeton, horjumaton käsitys omasta sairaudesta huolimatta ajanmukaisista tutkimuksista, joissa sairautta ei löydetä (LT 1999).

Seuraavaksi esittelen kaksi toisiaan muistuttavaa nimikettä, jotka kuuluvat neuroottisiin, stressiin liittyviin ja somatoformisiin häiriöihin (ICD-10 1995: 209–218):

(K6) *psykalgia* ICD-10, 217
psykastenia ICD-10, 218.

Näitä nimikkeitä muistuttaa myös luvussa 5.7.1.3.5 kohdassa H6 esitelty *neurastenia* (F48.0), joka on luokiteltu ICD-10:ssä (1995) ensimmäisenä häiriönä muihin neuroottisiin häiriöihin. Tästä diagnoosista ei ole käytetty suomenkielistä muotoa; alakohdaksi on sen sijaan merkitty *väsämysoireyhtymä* (ICD-10 1995: 217). *Neurastenian* kanssa rakenteellisesti samanlaisia ovat *psykalgia* ja *psykastenia*. – Pitkäaikaisen kipuoireyhtymän (ICD-10 1995: 217) alakohdaksi merkityllä psykalgialla (*la psychalgia* < kr *psykhe* 'sielu, mielen-tila' + kr *algos* 'kipu') tarkoitetaan psyykkisperäistä kipua, esimerkiksi päänsärkyä. Muiden

määritettyjen neuroottisten häiriöiden yhden alakohdan, neurastenian (la *psychastenia*), tapauksessa kysymyksessä on toisaalta 1) psyykkinen heikkous tai väsymys ja toisaalta 2) psyykkinen häiriö, jolle ovat ominaisia mm. ahdistuneisuus ja pakkomielleet (la *psychastenia* < kr *psyche* 'sielu, mielentila' + kr *a-* 'ei' + kr *sthenos* 'voima'). (LT 1999.)

Muiden neuroottisten häiriöiden ryhmään on luokiteltu myös seuraava oireyhtymä (ICD-10 1995: 217–218):

(K7) *depersonalisaatio- ja derealisaatio-oireyhtymä* ICD-10, 218.

Oireyhtymä on oireistoiltaan monimuotoinen, harvinainen neuroottinen häiriö, jossa ”henkilö oma-aloitteisesti valittaa henkisen toimintansa, ruumiinsa ja ympäristönsä muuttuneen toisenlaiseksi, ikään kuin epätodelliseksi, etäiseksi tai itsetoimivaksi” (ICD-10 1995: 218). *Depersonalisaatiohäiriössä* (la *syndroma depersonalisationis* 'minuudenkatohäiriö') pääasiallinen oire on depersonalisaatio eli itsensä epätodelliseksi ja vieraksi tunteminen (la *depersonalisatio* < la *de-* 'pois' + la *persona* 'henkilö'; *minuudenkatohäiriö*, ks. luku 3.3.1). *Derealisaation* kohdalla kysymyksessä on tunne, että ympäristö on muuttunut epätodelliseksi (la *derealisatio* 'epätodelliseksi muuttaminen, epätodelliseksi muuttuminen' < la *de-* 'pois' + uusla *realis* 'todellinen'). (LT 1999.)

Neuroottisten ja stressiin liittyvien häiriöiden pääryhmään (ICD-10 1995: 209–218) kuuluvat edelleen seuraavat häiriöryhmät, joiden nimikkeitä olen esitellyt myös luvussa 5.7.1.3.2 kohdissa D18–20:

- (K8) *dissosiaatiohäiriöt (konversiohäiriöt)* ICD-10, 213
dissosiativinen sulkutila (horros) ICD-10, 214
konversioreaktio ICD-10, 213
muut määritetyt dissosiaatiohäiriöt (konversiohäiriöt) ICD-10, 215
määrittämätön dissosiaatiohäiriö (konversiohäiriö) ICD-10, 215
sekamuotoiset dissosiaatiohäiriöt (konversiohäiriöt) ICD-10, 215.

Dissosiaatio- eli konversiohäiriö on mielenterveyden häiriö, jolle on ominaista menneisyyden muistojen, identiteettitunteen ja välittömien aistimusten sekä kehonliikkeiden

hallinnan yhdentämiskyvyttömyys. Scurauksena on esimerkiksi ruumiillisen toiminnon menetys tai muutos kuten halvaus, vapina, sokeus tai kuurous. (LT 1999; ks. luvun 5.7.1.3.2 kohdat D18–20 sekä tämän luvun kohta K10.) Dissosiatiiivinen sulku-tila (la *stupor dissociativus*) on rasittaviin tapahtumiin tai ongelmiin liittyvä tila, jossa tahdonalaiset liikkeet ja normaali reagointi ulkoisiin ärsykkeisiin puuttuvat tai ovat huomattavasti vähentyneet. Konversio (la *conversio* < la *con-* 'yhteen' + la *vertere* 'kääntää') tarkoittaa tiedottomasta ristiriidasta aiheutuneen ahdistuksen ilmenemistä ruumiillisina oireina. (LT 1999.)

Psykiatrian diagnoosinimikkeitä koskevan aineiston esittelyssä on jäljellä viisi sitaattilainaa, jotka esiintyvät ICD-10-luokituksessa (1995) yksittäisinä nimikkeinä ilman muunkielistä käännöstä. – Tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkaviin käytös- ja tunnehäiriöihin (ICD-10 1995: 238–245) kuuluu häiriö nimeltä

(K9) *balbuties* ICD-10, 245.

Nimike esiintyy yksinään alakohtana änkytyksen (la *dysphemia*) yhteydessä (ICD-10 1995: 245). Latinankielisellä termillä *balbuties* (la *balbutismus*) tarkoitetaan änkyttämistä eli puheen rytmisen etenemisen häiriötä, jolle on ominaista äänteiden, tavujen tai sanojen toisto, venytys ja kiinnijuuttuminen (LT 1999).

Neuroottisiin, stressiin liittyviin ja somatoformisiin häiriöihin (ICD-10 1995: 209–218) kuuluvat edellä kohdassa K8 esitellyt dissosiaatio- eli konversiohäiriöt. Näihin sisältyy edelleen häiriö, joka on nimetty seuraavasti:

(K10) *fuga dissociativa* ICD-10, 214.

Nimike on merkitty *dissosiatiiivisen pakkovaelluksen* alakohdaksi (LS 1976: en, sa *fugue* 'vaellushimo', la *dissociatio* 'hajotus, erotus; katkos'). (Ks. luvun 5.7.1.3.2 kohdat D18–20 sekä tämän luvun kohta K8.)

Seuraavista kahdesta häiriöstä edellinen kuuluu neuroottisiin, stressiin liittyviin ja somatoformisiin häiriöihin (ICD-10 1995: 209–218) ja jälkimmäinen tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkaviin käytös- ja tunnehäiriöihin (ICD-10 1995: 238–245):

(K11) *perturbationes adaptationis* ICD-10, 211
perturbationes morum ICD-10, 239.

Perturbationes adaptationis on merkitty ICD-10:ssä (1995: 211) vakavien stressireaktioiden ja sopeutumishäiriöiden alakohdaksi [LT 1999: *perturbaatio* ja *perturbatio* 'häiriö' (< la *perturbare* 'sekoittaa perin pohjin'), ja *adaptatio* 'sopeutuminen' (< la *adaprare* 'sopeutua')]. Samaan tapaan on merkitty *perturbationes morum* ilman suomen- tai muunkielistä vastinetta käytöshäiriöiden alakohdaksi (ks. luku 5.7.1.3.3 kohta E1).

Tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkaviin käytös- ja tunnehäiriöihin (ICD-10 1995: 238–245) sisältyy

(K12) *pica in pueritia* ICD-10, 244.

Nimike esiintyy alakohtana, myös ilman muunkielistä vastinetta, *imeväis- ja lapsuusiän pica-oireyhtymän* (ICD-10 1995: 244) alla [LT 1999: la *pica* 'harakka', ja *puerilitas* (la *puer* 'poika') 'lapsuus'. (Ks. luvun 5.7.1.3.4 kohdat F4 ja F9.)

Maallikko hahmottaa termin sisältöä ulkoisen muodon perusteella. Oletuksena oli, että kryptisiksi luokiteltavat sanat vähentävät termin tarkkuutta ja läpikuultavuutta. Fyysiseen tai arkiseen todellisuuteen liittyvien sanojen puute vähentää maallikon mahdollisuutta ymmärtää psykiatrisia diagnooseja, mutta samalla se liittyy tällaiset vierasperäiset termit selkeästi erikoiskieleen. Erikoiskieleen kuulumisen vähentää epävarmuutta termien tulkin- nassa, jolloin hämmäntävyys, epävarmuus ja asennoitumiseen liittyvät ongelmat saattavat nekin vähentyä. Kysymyksessä ovat selkeät sairaudet, ja niin niihin myös suhtaudutaan.

5.7.2 Nimeämisen muut mahdollisuudet

Olen edellä esitellyt psykiatrian nykyisiä nimeämisperusteita. Ihmiselämään liittyvien ongelmien tarkastelussa voidaan periaatteellisena lähtökohtana pitää vajavuuksien ja kielteisten arvovarausten sijaan myös voimavaroja ja uuden luomisen kykyä. Uudenlaista, kieleen ja ilmaisuun liittyvää ajattelua terapeutin asiakastyöhön ovat tuoneet muun muassa suomalainen psykiatri Eero Riikonen (1992, 1994, 1998) ja australialainen psykologi Gregory Madan Smith (1998). Erilaisista historiallisista ja yhteiskunnallisista syistä tieteellisen psykiatrian syntyvaiheen tulkitsijoina ja teorianmuodostajina ovat toimineet useammin miehet kuin naiset. Psykiatrian keskeistä käsitteistöä esittelevässä sanastossa (PsS 1995) on esimerkiksi lueteltu alan varhaisia kehittäjiä, joiden syntymävuodet ajoittuvat vuosiin 1710–1913 ja joista vain alle viidennes on naisia.

Luokittelevan, hallintaan tähtäävän toiminnan tuloksena on objektivoida ja nimittävä suhtautuminen sen sijaan, että yritetään kuvailla ja ymmärtää taustalla olevien tapahtumien monimutkaisuutta ja sattumanvaraisuutta. Esimerkkinä negatiivisesti painottuneesta, ulko-kohtaiselta vaikuttavasta luokittelusta mainittakoon tässä vielä aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöiden ryhmään kuuluva diagnoosinimike *tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus* (F60.3). Häiriön alakohdiksi on merkitty *hyökkäävä (agressiivinen) persoonallisuus*, *rajatilapersonallisuus* ja *räjähdyksaltis persoonallisuus* ja se kuvataan seuraavasti (ICD-10 1995: 225):

- (13) Persoonallisuushäiriölle on ominaista taipumus toimia hetken mielijohitteesta ja harkitsematta seurauksia. Mieliä on ennustamaton ja oikukas. Henkilö on altis tunteenpurkauksille eikä usein kykene hallitsemaan purkauksellista käytöstään. Hän on taipuvainen riitaisuuteen ja yhteen-törmäyksiin toisten kanssa, varsinkin jos hänen hetken mielijohitteita noudattavaa käytöstään estetään tai hillitään. Häiriö voidaan jakaa impulsiiviseen muotoon ja rajatilamuotoon. Impulsiivista häiriötyyppiä luonnehtivat etenkin tunne-elämän epävakaus ja yllykkeitten hallinnan puute. Rajatilatyypille ovat lisäksi ominaisia häiriöt minäkuvassa, päämäärien asettamisessa ja sisäisissä tavoitteissa sekä jatkuva tyhjyyden tunne, kiihkeät ja epävakaita ihmissuhteet sekä taipumus itsetuhoiseen käytökseen, kuten itsemurha-aikeisiin ja -yrityksiin.

Ihmisen yleisenä ominaisuutena pidetään kertomuksellisuutta, jonka avulla esimerkiksi minätunteen kokemuksia kuvaillaan (ks. luku 3.4). Uusimmissa tautiluokituksissa on siirretty tavallaan kertomuksellisuuden suuntaan, kun pelkkien diagnoosinimikkeiden (esim.

F32 *masennustila*) ohella on alettu esittää edellä esitetyn kaltaisia selostavia oirekuvauksia. Masennuksen kohdalla kerrotaan esimerkiksi: *Tyypillisessä lievässä, kohtalaisessa tai vaikeassa masennustilassa henkilö kärsii mielialan laskusta sekä tarmon ja toimeliaisuuden puutteesta* – – (ks. tark. luku 1.6, kohta 2). Koko tällaista yli sadan sanan mittaista oireluetteloa tai sen osaa voidaan tarkkuutta ja toistettavuutta ajatellen pitää terminä. Tautiluokituksessa (ICD 10 1995: 213) esiintyvä selostus saattaa olla jopa 157 sanan mittainen, kuten on *dissosiaatio-* eli *konversiohäiriöiden* (F44) kohdalla:

- (14) Dissosiaatio- eli konversiohäiriöiden yhteinen tunnusmerkki on menneisyyden muistojen, identiteetti-tunteen ja välittömien aistimusten sekä ruumiinliikkeiden hallinnan osittainen tai täydellinen yhdentämiskyvyttömyys. Kaikenlaisilla dissosiaatiohäiriöillä on taipumus lievetä joidenkin viikkojen tai kuukausien kuluttua, erityisesti jos niiden alku liittyy traumaattiseen elämäntapahtumaan. Pitempi- aikaisia häiriöitä, varsinkin halvauksia ja tuntopuutoksia, saattaa kehittyä, jos häiriön alku liittyy ratkaisemattomiin ongelmiin tai ihmissuhdevaikeuksiin. Nämä häiriöt on ennen luokiteltu erityyppisiksi ”konversiohysterioiksi”. Niiden oletetaan olevan psyykkisperäisiä sekä ajoittuvan lähicestä traumaattisiin tapahtumiin, ratkaisemattomiin ja sietämättömiin ongelmiin tai häiriintyneisiin ihmissuhteisiin. Oireet kuvastavat usein henkilön käsitystä siitä, miten ruumiillinen sairaus ilmenisi. Lääketieteelliset tutkimukset eivät osoita mitään tunnettua neurologista tai muuta ruumiillista sairautta. Lisäksi on ilmeistä että toimintakyvyn menetys on tunne-elämän ristiriitojen tai tarpeiden ilmaus. Oireet voivat kehittyä läheisessä yhteydessä henkiseen rasitukseen ja ilmaantuvat usein yhtäkkiä. Vain normaalisti tahdonalaisten ruumiillisten toimintojen häiriöt sekä aistimusten menetykset sisällytetään tähän ryhmään. Häiriöt, joihin liittyy kipua ja muita mutkikkaita autonomisen hermoston välittämiä tunteita, luokitetaan somatisaatiohäiriöksi (F45.0). Vakavan ruumiillisen tai psyykkisen häiriön myöhemmän kehittymisen mahdollisuus olisi aina pidettävä mielessä.

Häiriöryhmä kuuluu neuroottisiin, stressiin liittyviin ja somatoformisiin häiriöihin. Oireiden luonnetta, ilmaantumista ja kestoa kuvataan. Edellä olevasta esimerkistä käy ilmi ihmisen olemuksen eri puolet: ruumiillisuus, kokemuksellisuus ja elämäntapahtumien osuus. Myös toisen osapuolen eli potilaan käsityksiin samoin kuin aikaisempiin ammatillisiin käsityksiin viitataan. Koska häiriölle ei ole osoitettavissa selvää aiheuttajaa, esitetään olettamus häiriön psyykkisperäisyydestä. Ilmeisenä syynä pidetään tunne-elämän ristiriitojen osuutta, esimerkiksi menneisyyden muistojen osuus mainitaan. Kuvaus antaa kokonaisuudessaan huomattavasti tarkemman ja läpikuultavamman käsityksen häiriön nykykäsityksen mukaisesta ilmenemismuodosta kuin pelkkä yksisanainen diagnoosinimike *dissosiaatio-* tai *konversiohäiriö*. Häiriöluokka rajataan tässä kuten tautiluokituksissa yleensä koskemaan yksilöä irrallaan yhteiskunnallisista, taloudellisista ja kulttuurisista tekijöistä.

Tutkittavan ilmiön luonteen kokonaisvaltaiseen ymmärtämiseen on syytä pyrkiä. Riikosen ym. (1998: 7) mukaan terapeutit ja terapiayhteisöt ovat pitäneet kielen merkitystä toissijaisena, vaikka kieli sinänsä on kiehtonut heitä. Kieleen on suhtauduttu strukturalistisesti, eli on pyritty kielen avulla tuomaan esiin rakenteita, jotka ovat piileviä ja jotain muuta kuin kieli itsessään on. Fisksen (2001: 150, 177) mukaan kielen, myyttien ja symbolijärjestelmien tutkiminen on ollut strukturalistien tehtävä: ei ole pyritty selvittämään sitä, millainen maailma on, vaan sitä, miten ihmiset tekevät maailmaa ja yhteiskunnallista kokemusta ymmärrettäviksi. Riikonen ym. (1998) käyttävät termiä *poststrukturalismi* alucesta, jolle terapiayhteisö on astunut kiinnostuttuaan laajemmin kertomuksista, metaforista ja merkityksen yhteisestä rakentamisesta. Kieli ei vain ilmaise jotain, vaan se on itsessään tärkeä ja muodostaa terapian kohteena olevat objektit kuten psyyken, perheen ja patologian (Riikonen ym. 1998: 7.)

Ymmärtäminen voi helpottua kertomuksellisuuden lisäksi myös kielellisin ja numeraalisin keinoin. Tällainen menetelmä on luvussa 3.3.3 esitetty diagnoosinimikkeisiin liitettävä ylä- ja alaindeksien käyttö esimerkiksi seuraavaan tapaan: *masennus_{Vaasa}, skitsofrenia₁₉₉₆ sekä pakkoajatuksina ja pakkotoimintoina ilmenevä pakko-oireinen häiriö₂₀₀₀^{Kuopio}*. Tällöin nimityksestä ilmenee epäsuotuisan kokemuksen tilannesidonnaisuus, aika ja paikka, vaikka termit muuten ovat oireita kuvailevia ja metaforisia.

Psykiatristen häiriöiden nimeämisen ongelmana on, että se voi värittää muiden tekemiä havaintoja ihmisestä, mikä korostuu, ellei ongelmallisuus liity mihinkään ymmärrettävään tapahtumaan tai tapahtumasarjaan. Konnotaatioita ja tunnearvoja ei ole helppo kuvata ja analysoida, koska ne ovat usein ristiriitaisia ja tiedostamattomia. Vuorovaikutus ja ymmärrettävyys paranee, kun ongelmia käsittelevissä kertomuksissa liikutaan eri abstraktiotasoilla ja tilanteita tarkastellaan monen ihmisen näkökulmasta. Tällöin nimeäminen itsessään vaikeutuu ja saattaa tulla jopa mahdottomaksi. Sairaus ja ongelmallisuus on mielekäästi nähdä autettavan ja auttajan keskusteluun ja molemminpuoliseen ymmärtämiseen perustuva suhteena (ks. luku 3.4). Ihminen tavoittelee toisen ihmisen mielen ymmärtämistä kielen ja kokemuksen avulla, jolloin kielen reflektiivinen funktio toteutuu.

Kysyessään, mitä nimi luo, de Schazer (1995: 79–84) kertoo tapausesimerkin naisesta, josta tämän omien sanojen mukaan oli tullut nymfomaani (LT: *nymfomania* 'naisen sukupuolivietin sairaaloinen voimakkuus' < kr *nymphē* 'morsian, nymfi' + *mania* 'hulluus'). Terapiassa tilannetta tarkasteltiin naisen ja hänen aviomiehensä kannalta. Neuvottelussa päädyttiin pitämään tilannetta

1. seksuaalisena häiriötilana, johon liittyi nukkumishäiriö tai
2. nukkumishäiriönä, johon liittyi seksuaalinen häiriötila.

Alkuperäisestä valituksen kohteena olleesta ongelmasta oli tullut ratkeamaton. Lääketieteen sanakirjat ja diagnostiset käsikirjat eivät yhdistä toisiinsa *nymfomaniaa* ja *insomniaa* (LT: *insomnia* 'unettomuus' < la *in* 'ei' + *somnus* 'uni'). Keskustelussa löydettiin myös muita selityksiä, joiden mukaan tilannetta voitiin pitää

3. vuodekontekstiin liittyvänä häiriönä, koska kumpikin edellä mainituista häiriöistä tapahtuu vuoteessa tai
4. muina erilaisina häiriöinä, joihin edellä mainitut häiriöt liittyvät tai
5. liikuntaan liittyvänä häiriönä, koska "seksi-" ja "nukkumisongelma" olivat alkaneeet säännöllisen liikunnan lisäämisen yhteydessä.

Nimeämällä *kylymätön seksuaalinen halu* neuvottelun ja eri vaihtoehtojen esittämisen tuloksena *unettomuuden oireeksi* nukkumishäiriöstä tuli ratkaistavissa oleva käyttäytymisongelma, jonka yhteydessä vältettiin viittamista ajatuksiin, tunteisiin ja merkityksiin. Nainen ei pitänyt nukkumisongelmaa samalla tavalla epänormaalina ja patologisena kuin seksiongelmaa, jonka juurien hän oli alussa epäillyt olevan lapsuudessa. *Nymfomania*-termin samoin kuin minkä tahansa sanan lukuisat merkitykset tekevät väärinymmärtämisen erittäin todennäköiseksi. Wittgensteinilaisittain sanottuna sanan merkitys voidaan tietää vain, kun tiedetään keskustelun osapuolten tapa käyttää sitä. (Ks. tark. de Schazer 1995: 79–84.)

Vaikeita tilanteita ja kokemuksia, kuten elämää yleensäkin, ei ole helppo ymmärtää. Uusia kokemuksia tulkitaan aikaisempien kokemusten ja elämäntilanteiden valossa. Huolet, pelot ja ahdistus saattavat kumuloitua, ellei noidankehiä ja kokemuskieroutumia katkaista

myönteisemmällä kertomuksilla ja luokittelevaa nimeämistä välttämällä. Psyykkinen kokemus koetaan yleisesti muuttuvana ja suhteellisena, mikä saattaa olla syynä siihen, että ammattiauttamista vicrastetaan. Kokemusperäisten ilmiöiden käsitteellistämistä ja nimeämistä, niiden ”sementoimista”, pidetään maallikkojen parissa usein jopa loukkaavana ja vastenmielisenä. Medikalisoivat, tauti- ja asiantuntijakeskeiset nimeämistavat saattavat lamaannuttaa ongelmatilanteessa kamppailevan ihmisen omaa aktiivisuutta yksilöllistämällä ja esineellistämällä sekä häiriötä että siitä kärsivää ihmistä. Psykiatriassa vakiintuneet termit diagnoosinimikkeinä tuskin ovat ainoa ja aina paras tapa puhua monimutkaisista yhteiskunnallisista ja yksilöllisistä ongelmista. Termeihin tulisi keskustelun pohjalta liittää tarkentavia selosteita ja myönteisiä näkemyksiä. Voidaan puhua esimerkiksi keskusteluun – ei opittuun luokitteluun – pohjautuvasta *masennuksesta*, joka on tapauskohtainen yhdistelmä seuraavista tarkennuksista: 1) kokemuksellinen vaiva, 2) inhimillisen, virheellisen ja vajaan, elämää koskevan ymmärtämisen tulos, 3) aivojen, 4) minän tai 5) perheen sisäisen toiminnan häiriö, 6) pari- tai muun ihmissuhteen ristiriidoista sekä 7) kulttuurisista, yhteiskunnallisista ja kielellisistä tekijöistä johtuva häiriö.

Masennuksen kohdalla kysymyksessä voivat olla oppimiscen, ymmärtämiseen ja luonnolliseen elämäntilanteeseen liittyvät, usein kasautuvat ongelmat. Ongelmat saattavat liittyä vaikkapa lapsen itsenäistymiseen tai fyysiseen sairauteen. Elämän sattumanvaraisuutta ja monimutkaisuutta koskeva ymmärtämisen vaikeus koskee kaikkia ihmisiä, myös ammattiauttajia. Ongelmakäsitem voidaan nähdä myös tietoisuutta avaavana sekä ihmisen ja yhteiskunnan toimintaa koskevaa ymmärtämistä lisäävänä. Tällöin mahdollistuu tuore ajattelu ja uusien, yhteisöllisten voimien löytäminen. Ongelmakäsitem ’masennus’ voi muuttua voimavarakäsitem ’masennukseksi’, jolloin *masennus*-termin synonyymeja olisivat *lamaannus* ja sitä seuraava, hyvää tekevä *pysähtyminen*, terve masentuminen. Tällaisen käsitteen pohjalta voi nousta uusi, syvempi itseä ja muita koskeva ymmärrys.

6 KOKOAVAA TARKASTELUA

Tutkimukseni on kohdistunut toisaalta psykiatriaan liittyviin tunnettuihin tosiseikkoihin ja toisaalta sen kieleen sekä näiden keskinäiseen suhteeseen. Psykiatriassa pyritään luokittelemaan, kuvaamaan yleispätevästi ja nimeämään vieraan ihmisen normaalin sielunelämän poikkeamia. Lääketieteelliset luokitukset ovat syntyneet historian kuluessa ilman systemaattista termityötä. Niiden tehtävänä on lähinnä palvella informatiivisia ja tilastollisia tarpeita. Lääketieteen lisäksi psykiatria rajautuu sekä käyttäytymis- että yhteiskuntatieteisiin. Rajapinta muodostuu myös yksilön sisäisten tunteiden ja ulkoisen käyttäytymisen sekä ruumiin ja sielun välille.

Psykkisiä häiriöitä on nimitetty jo kolmenkymmenen vuoden ajan *mielenterveyden häiriöiksi*. Uusimmissa luokituksissa 'mielenterveyden häiriöt' muodostavat yläkäsitteen, joka sisältää väistämättä monenlaisia, ristiriitaisia merkityksiä. Ruumiillisen sairauden analogian mukaista ajattelua on sekä puolustettu että vastustettu. Luokittelu- ja nimeämisperusteiltaan suuri osa psykiatrisista häiriöistä on metaforisia, oireiden kuvailuun perustuvia. Metaforisuus ulottuu kielen ilmiöiden lisäksi koko käsitteeseen.

Esitin tutkimukseni alussa tavoitteiden yhteydessä viisi psykiatrian kielelliseen luonteeseen liittyvää kysymystä, joihin olen etsinyt vastauksia. Ensimmäinen kysymys koski, sairautta ja kieltä sekä näiden keskinäisiä suhteita. Psykiatrialla ja sen ammattikielellä on tutkimuskohteen vaikeaselkoisuudesta johtuva erityisluonne. Tällä lääketieteen osa-alueella saateen käyttää nimityksiä pohtimatta riittävästi niiden todellista asiasisältöä ja nimeämisen perusteita. Kieli toimii psykiatriassa vuorovaikutuksen, tutkimuksen ja terapian välineenä. Siitä ollaan oltu kiinnostuneita, mutta sen merkitystä on psykiatriassa pidetty toissijaisena. Psykiatrian diagnoosinimikkeet nimeävät termeinä käsitteitä, mutta ne herättävät myös tunteita. – Kieli kommunikaation ja hoidon välineenä sekä ihmisen ymmärrys ja todellisuus ovat keskinäisessä vuorovaikutuksessa käytännön yksittäisissä, ongelmallisissa elämäntilanteissa konkretisoituen. Kieli on tärkeä sinänsä, sen avulla muodostuvat esimerkiksi psyyke ja patologia, jotka ovat terapian kohteina. Psykiatriselle diagnoosille on kuitenkin tyypillistä, että se häiriön nimityksenä opitaan ja peritään. Myös alan tekstien ja nimitysten

tulkitsijan rooli on keskeinen. Psykiatrian ammattikielen tutkimuksen avulla on mahdollista hahmottaa kokonaisvaltaisesti todellisuuden monitasoinen ja monitekijäinen luonne.

Sairaus tai sen kaltainen epäsuotuisuus voidaan inhimillisen kielen ohella nähdä vuorovaikutuksen välineenä. Ihminen ilmentää itseään ympäristössään myös erilaisia vaivoja kokien. Elämyksinä koettut vaivat tulkitaan ja nimetään tauteina tai jonain muina institutionaalisina entiteetteinä, eri aikoina eri tavoin. Koska sairaudet ja ongelmat ilmenevät sekä yksilössä itsessään että hänen ulkopuolellaan, niiden nimeämistäkin on mielekästä tarkastella ihmisen itsensä ja muiden näkökulmasta. Pelkkä ammatillinen diagnoosinimikkeen käyttäminen saattaa vääristää todellisuutta sekä potilaan ja hoitohenkilökunnan välisiä vuorovaikutussuhteita. Tunteita ja niiden nimeämistä voidaan analysoida lääketieteellisesti, psykologisesti ja lingvistiksi mutta myös arki- tai maallikkoajattelun avulla. Kielen ja psykiatrian suhteen tarkastelu kytkeytyy moniin tieteenteoreettisiin näkökulman valintoihin. Potilaan puhe ja käyttäytyminen määrittää sairautta, ja lääkärin käyttämät diagnoosinimikkeet toimivat puheakteina, kielellisinä tekoina. Kielellä tehdään jotain, mikä saa tulkintansa ja merkityksensä vuorovaikutuksessa. – Psykiatrian kielen asema on ollut lääketieteen kielen määrätietoiseen kehittämiseen verrattuna perifeerinen, mikä käy ilmi, kun tarkastellaan Suomessa laadittujen, psykiatria koskevien artikkelien yleisyyttä etenkin lääketieteen kielen alkutaipaleella.

Alussa esittämistäni kysymyksistä toinen ja kolmas koskivat psykiatrian tapaa luokitella ja ajatella. Psykiatriassa voidaan hahmottaa käsitteellistämiseen vaikuttava tapahtumasarja, jota voi kuvata itseään toteuttavana ennusteena. Psykkisen häiriön oireisiin perustuvan diagnoosin myötä ihminen hyväksyy ainakin jossain määrin itseensä kohdistuvan kielteisen leiman. Diagnoosinimitykset eivät vain kuvaa käsitteitä, vaan ne myös osallistuvat niiden mallittamiseen. Nykyisenlaisina ammattikielen termeinä ne herättävät usein pelottavia, hämmentäviä ja masentavia mielikuvia, jotka saattavat vaikuttavaa edelleen psyykkiseen ja fyysisen kokemiseen sekä ajatteluun ja kielenkäyttöön. Käyttäytymisen negatiiviset piirteet saattavat lisääntyä ja korostua muiden näkökulmien kustannuksella, ja ongelmatilanteiden kielteiset puolet tuntuvat oikeutetuilta. Kehämäisyys syvenee ja vuorovaikutus eri osapuolten välillä saattaa vaikeutua ja monimutkaistua. Tapahtumakulkua voi pitää

leimautumiseen ja maallikon käsitteellistämiseen vaikuttavana sairausmallina. Jos vallitseva kulttuuri olisi painottanut myönteisiä piirteitä korostavaa ajattelutapaa, olisivat positiiviset piirteet nousseet esiin. Tämä olisi mahdollisesti oikeuttanut toisenlaisen luokituksen tai ajattelutavan.

Virallisesti käsitteellistäjinä toimivat terveydenhuoltoalan asiantuntijat: psykiatrit ja terapeutit. Psykkinen häiriö nähdään aivojen tai minän toiminnan häiriönä, tai se voidaan nähdä integroidusta näkökulmasta biopsykososiaalisen vuorovaikutuksen häiriönä. Tautikeskeisen, asian tietämisen rajoittuvan tarkastelutavan rinnalle on mahdollista nostaa tasavertaisena vaikuttajana asiakkaiden potilaskeskeinen, tilanteittainen asiantuntijuus. Tällöin käsitteet ja merkitykset syntyvät diskursiivisesti, tapauskohtaisesti konkretisoituen ilman asiantuntijan mahdollisuutta asettua ulkopuolelle objektiivisen tarkkailijan rooliin. Vastavuoroista ymmärtämistä koskeva häiriintyminen tapahtuu symbolisen todellisuuden eli merkitysten tasolla, jolloin fysiologian ja psykkinen kokemuksen rinnalla otetaan huomioon sosiaaliset suhteet ja kulttuuriset merkitykset. Psykiatrinen diagnostiikka on luonteeltaan verbaalista, vuorovaikutukseen perustuvaa. Sitä voi pitää psykiatrin terminologisenä työvälineenä, joka poikkeaa oleellisesti muun lääketieteen menetelmistä, esimerkiksi röntgen- ja laboratoriotesteistä.

Neljäs kysymys koski psykiatrisen toiminnan varsinaisen kohteen, niin sanotun tavallisen ihmisen, asemaa häiriöitä luokiteltaessa ja nimettäessä. Psykiatrian perusongelmat ovat liittyneet toisen ihmisen psyyken ymmärtämiseen ja psykofyysiseen vuorovaikutukseen. Ammattilaisen ja maallikon väliset, kirjallisuudesta poimimani vuoropuhelut osoittavat, että käsitteistyksissä ovat arvot ja normit mukana. Lääketieteen viitekehityksessä psykofyysisyyden problematiikka on mahdollista hahmottaa yksilön ongelmana, johon ympäristö tosin vaikuttaa. Näkökulma on laajennettavissa kertomuksellisuuteen ja kielen avulla vuorovaikutuksessa syntyviin tilanteittäisiin merkityksiin. Tällöin ongelmiin saadaan dynaamisia, lukkiutumista ja leimaamista estäviä toiminta- ja tarkastelutapoja. Kokemuksellinen asiantuntijuus ja yhteisöllisyys nousevat voimavaroina esiin. Keskeisinä, suhteellisinä käsitteinä 'sairaus' ja 'terveys' sekä 'normaalius' ja 'epänormaalius' liittyvät psykiatriassa kiinteästi paitsi ihmiseen itseensä myös hänen sosiaaliseen ympäristöönsä ja kulttuuriin.

Kielenkäytöllä on psykiatriassa perinteiseen tapaan hahmotettavien funktioiden lisäksi reflektiivinen tehtävä: kielen avulla pyritään luomaan symboliset edellytykset kokonaisvaltaiselle ammatilliselle ja kokemukselliselle viestinnälle. Diagnostiikan funktio voi, ainakin periaatteessa, olla myös parantava ja cheyttävä.

Viides kysymys koski psykiatrian tapaa nimetä omia tutkimuskohteitaan sekä alan käsitteistön ja termistön laajuutta ja luonnetta. Psykiatrian diagnoosisanaston tarkkuus ja neutraalius osoittautuvat kyseenalaisiksi sekä laajuus koko lääketieteen sanastoon verrattuna suppeaksi. Useimmat psykiatriset häiriöluokat perustuvat oireyhtymädiagnostiikkaan, ja psykiatriset termit ovat tyypillisesti metaforia, esimerkiksi *masennus* ja *skitsofrenia*. Oireisiin ja puutteisiin keskittyvästä lähtökohdasta huolimatta on pyritty kohti myönteisempää ja demokraattisempaa luokitus- ja nimeämiskäytäntöä seuraavaan tapaan: *hulluus* > *mielenvikaisuus* > *mielisairaus* > *mielenterveyden häiriö*. Mielenterveyden häiriön määrittämisen ja nimeämisen tarkastelu osoitti, että kysymyksessä on vaikea, pikemminkin taidetta kuin tiedettä muistuttava tehtävä. Määrittäminen riippuu subjektiivisista tekijöistä ja yhteiskunnallisista arvostuksista. Psykiatriassa ei ole helppo hahmottaa, mitä ovat ne luonnollisen maailman asiat, joita on tarkoitus nimetä. Nimenanto voi tapahtua siten, että joku päättää antaa tarkasteltavalle ilmiölle uuden nimen, tai nimi voi levitä ja vakiintua vähitellen. Lisäksi samaa termiä saatetaan käyttää toisistaan poikkeavissa merkityksissä psykiatrian eri koulukunnissa, tai eri maissa saatetaan sama ilmiö nimetä käsitteen eri puolia painottaen.

Mielikuvia koskeva kysymys kuului, kuvaavatko psykiatrian termit abstraktien käsitteiden lisäksi myös ilmiöitä, jotka ovat luonteeltaan konkreettisia, arkipäiväisiä ja fyysisiä. Kokoan lopuksi tutkimukseni empiirisen osan muodostumista kuvaavat kriteerit muutamine esimerkkeineen, joista näkyy, että termistössä on myös konkreettisia tarkoitteita kuvaavia anatomisia termejä. Psykiatrian nykyisin käytössä olevissa diagnoosinimikkeissä on nimeämisperustena käytetty erilaisia biopsykososiaaliseen todellisuuteen liittyviä ominaisuuksia. Suorittamani termianalyysi perustuu maallikon kannalta ilmenevään nimikkeiden kielelliseen ymmärrettävyyteen ja etenemiseen tutusta tuntemattomaan. Esitän seuraavassa luettelossa termianalyysini ominaisuudet ja kunkin ryhmän häiriöitä tai häiriöryhmiä

ilmaisevan kokonaistermimäärän. Mainitsen esimerkkeinä kustakin ryhmästä yhden lyhyen ja yhden pitkän yksi- tai monisanaisen termin. Nimeämisperusteina on hahmotettavissa alla olevat ominaisuudet, jotka olen esittänyt seuraavissa luetteloissa termimäärältään pienimmästä suurimpaan:

- (e) sosiaalisuus ja käyttäytyminen (37 nimikettä)
ihmispelko
määrittämätön lapsuusiän sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriö
- elämänvaiheet (43 nimikettä)
infantiili autismi
tarkemmin määrittämätön lapsuuden tai nuoruuden hyperkineettinen reaktio
- ajattelun ja toimimisen pakko sekä tunteet (61 nimikettä)
hysteria
pakkoajatuksina ja pakkotoimintoina ilmenevä pakko-oireinen häiriö
- persoonallisuus ja käyttäytyminen (65 nimikettä)
pelihimo
pitkäaikaista vankeutta tai surmatuksi tulemisen vaaraa seuraava persoonallisuuden muutos
- harhat ja sekavuus sekä skitsofreenisuus ja psykoottisuus (70 nimikettä)
skitsofrenia
sekavuustila (delirium), joka ei ole alkoholin tai muiden psykykeen vaikuttavien aineiden aiheuttama
- mieliala (85 nimikettä)
mania
kaksisuuntaisen mielialahäiriön vaikea masennusjakso ilman psykoottisia oireita
- älykkyyden ja vammaisuus sekä kehittyminen ja erilaiset kyvyt (89 nimikettä)
älynkytys
määrittämätön älyllinen kehitysvammaisuus; ei käytöshäiriöitä tai vähäisiä käytöshäiriöitä
- ruumiintoiminnot ja seksuaalisuus (106 nimikettä)
sadismi
sukupuolenvaihtoahuum liittymätön nuoruusikäisen tai aikuisen sukupuoli-identiteettihäiriö.

Muita nimeämisperusteina käytettyjä ominaisuuksia ovat fyysinen todellisuus eli

- (f) aineellisuus ja elinellisyys (149 nimikettä)
mahaneuroosi
useiden lääkeaineiden ja psyykkisiin toimintoihin vaikuttavien aineiden käytön aiheuttamat elinelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt; jäännöstilana esiintyvä tai viivästynyt psykoosi.

Nimeämisen perusteina toimivat myös

- (g) vierasperäinen yleisnimi (24 nimikettä)
balbuties
depersonalisaatio- ja derealisaatio-oireyhtymä

henkilönimi (31 nimikettä)

Retin oireyhtymä

alkoholin aiheuttama tai tarkemmin määrittämätön Korsakovin psykoosi tai oireyhtymä.

Luonteltaan konkreettisia, arkipäiväisiä tai fyysisiä ilmiöitä kuvaavia termin osia esiintyy sanaliittotermeissä, jotka kielentävät elimellisiä aivo-oireyhtymiä (esim. *äkillinen tai puoliäkillinen aivo-oireyhtymä*). Aivojen lisäksi ihmisen anatomia on nimeämisperusteena seuraavissa dementia-tyypeissä: (*muu määritetty, määrittämätön*) *verisuoniperäinen dementia*, *valtimoiden kyhmytulehdukseen liittyvä dementia* ja *jodinpuutteen aiheuttamaan kilpirauhasen vajaatoimintaan liittyvä dementia*. Elimistön anatominen rakenne näkyy elimellisoireisen autonomisen toimintahäiriön alakohdiksi merkityissä yhdyssanoissa ja sanaliitoissa: *mahaneuroosi* ja *sydänneuroosi* sekä *psykkisperäinen mahanportin kouristus* (*pylorusspasmi*), *psykkisperäinen ylävatsavaiva* ja *psykkisperäinen ärtyvä suoli -oireyhtymä*. Myös pitkäaikaisten kipuoireyhtymien ja elimellisoireisten häiriöiden nimikkeissä on konkreettisuutta: *psykkisperäinen päänsärky*, *psykkisperäinen selkäsärky*, *psykkisperäinen kierokaula* ja *hampaiden kiristely* (*bruksismi*). Katatonisen skitsofrenian alakohdaksi on merkitty *skitsofreeninen lihasjäykkyyttilä* (*katatonia*). Ei-elimellisiä sukupuolisia toimintahäiriöitä voivat olla *psykkisperäinen emätinkouristus* ja *toiminnallinen emätinkouristus*. Käytös- ja hillitsemishäiriöihin kuuluu muun muassa *karvojenmyppimishäiriö*. Tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavia toiminto- ja tunnehäiriöitä ovat *kynsien pureskelu*, *nenän kaivelu* ja *peukalon imeminen*.

Kaksi suurinta ryhmää muodostuu diagnooseista, jotka nimettäessä perustuvat aineellisuuteen ja elimellisyyteen sekä ruumiintoimintoihin ja seksuaalisuuteen. Näiden termiryhmien osuus on kolmannes koko analysoidusta termimäärästä. Yllä luetellut termit esimerkit osoittavat, että psykiatriassa on myös fyysisin perustein nimettyjä terminosia, joista ainakin osa konkreettisuudestaan ja tuttuudestaan huolimatta herättää monenlaisia hämmäntäviä mielikuvia ja kysymyksiä. Tarkkuus ja läpikuultavuus on näissä diagnooseissa kuitenkin parempi kuin ei-fyysisiin tekijöihin perustuvissa termeissä.

7 LOPUKSI

Keskeisenä tavoitteena tässä työssä on ollut toisaalta psykiatriatieteen ja sen kielenkäytön sekä toisaalta mielenterveyden häiriöiden ymmärtämisen ja nimeämisen esittely ja vertailu. Olen tarkkaillut psykiatrian erikoisalan tapaa ajatella sekä asiantuntijakielen ja maallikko-kielen dialektiikkaa ja siitä nousevia asenteellisia ongelmia maallikkokielessä. Tarkkailu on tapahtunut lääketieteen virallisten tautiluokitusten kautta, eli olen havainnoinut mielenterveyden häiriöitä lääketieteellisinä käsitteinä ja nimettyinä asiantuntijakielen diagnooseina. Havainnoinnin kohteena ovat olleet myös maallikon tulkintatavat, jotka perustuvat yleiskieleen. Vertailu johtaa seuraaviin havaintoihin ja päätelmiin, joita tarkastelen tutkimuksen alussa esittämieni hypoteesien pohjalta.

Maallikon on vaikea, jopa mahdoton, ymmärtää mielenterveyden häiriöitä lääketieteellisinä käsitteinä. Syitä tähän on useita. Häiriöiden taustalla olevista teorioista ei erikoisalan ulkopuolella yleisesti puhuta, ja jos niistä puhutaan, ne osoittautuvat keskenään ristiriitaisiksi ja vaikeiksi ymmärtää. Toisen ihmisen mielen sisältöjen hahmottaminen voi tapahtua vain metakokemuksen ja metakielen avulla. Kokemuksen jäsentämiseen ja kielen ymmärtämiseen tarvitaan tietoa. Maallikko voi periaatteessa esittää psykiatrian asiantuntijalle kysymyksen häiriön aiheuttajasta, mutta koska yksimielisyyttä syistä ei ole, asiantuntija tukeutuu yleensä oireiden ilmenemismuotoihin siten, kuin ne tautiluokituksissa on esitetty. Tiedon kulku kuitenkin varmentuu, jos psykiatrian ammattilainen ymmärtää maallikon kokemuksellista asiantuntijuutta ja maallikko puolestaan voi hyväksyä ammattilaisen "asiantietäjyyden". Psykiatrian termistöä voidaan ymmärtää vain tulkitsemalla sitä tieteenteoreettista taustaa vasten. Pelkkiä psykiatrian termejä tarkastelemalla ei voi tietää, millä abstraktiotasolla liikutaan ja mihin teoreettisiin tarkoitteisiin viitataan. Ensimmäisessä hypoteesissani väitin, että psykiatrisen diagnoosikielen termejä on mahdoton ymmärtää tuntematta psykiatriaan liittyviä tieteenteoreettisia käsityksiä. Hypoteesi pitää paikkansa.

Psykiatrisia tauteja on olemassa, mutta vain tilastollisina luokkina. Siten kuin ne esitetään lääketieteellisissä tautiluokituksissa, ne eivät suoraan vastaa yksittäisen ihmisen ongelmallista tilannetta ja sille annettua merkitystä. Psykiatriset diagnoosit ovat yrityksiä nimetä

sellaista, mitä ei kovin hyvin tunneta – ainakaan vielä – ja mikä ilmiönä koskee sekä yksilöä että hänen ympäristöään. Nykyisellään psykiatrisia diagnooseja ei esitetä tautiluokituksissa pelkkinä nimikkeinä, vaan niihin liitetään oirekuvauksia. Tautiluokitusten kuvauksia osuvampia ja ymmärrettävämpiä saattavat olla esimerkiksi kaunokirjallisuuden kuvaukset, joissa ihmissuhteet ja ympäröivä yhteiskunta ovat mukana. Jos psykiatrisia tauteja olisi olemassa samassa mielessä kuin taudit ymmärretään muussa lääketieteessä, niistä voisi odottaa järjestettävän esimerkiksi kansanterveyskampanjoita. Kansansairauksista muun muassa sydän- ja verisuonitauteja on pyritty saamaan kuriin terveydenhuoltojärjestelmän ja yksilön yhteisin ponnistuksin. Monet elämän ongelmatilanteet, esimerkiksi masennus, ovat sairaudenkaltaisia tiloja, joihin ympäristö vaikuttaa ja joiden pelkästään yksilöön sijoittuva sairauden luonne voidaan kyseenalaistaa. Toinen esittämistäni hypoteeseista oletti, että psykiatrisia tauteja ei ole olemassa samassa mielessä kuin muussa lääketieteessä, vaan kieli vaikuttaa käsitteellistämiseen. Hypoteesi pitää paikkansa ainakin osittain. Asiantuntijan on mahdollista ymmärtää mielenterveyden häiriö tilastollisena tautina, lääketieteellisenä diagnoosina, sen näkemyksen mukaisesti, jonka hän on omaksunut tieteenalansa perinteestä. Maallikolle elämän ongelmatilanteet, joita on tapana kutsua medikalisoivasti mielenterveyden häiriöiksi, ovat muutakin kuin lääketieteellisiä tauteja. Ongelmia voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta, ja niille voidaan antaa myös myönteisiä merkityksiä.

Kolmantena oletin, että psykiatrian sanastosta poikkeuksellisen suuri osa on yleiskieleen perustuvaa, mistä seuraa maallikkokielessä tuttuuden vaikutelmaa mutta myös epävarmuutta ja tulkintavaikeuksia diagnoosinimikkeiden käytössä. Hypoteesi pitää paikkansa. Psykiatrian yksisanaisista diagnooseista puolet on täysin omakielisiä, neljäsosa täysin vierasperäisiä. Delfisiksi luokiteltavia termejä on psykiatrian yksisanaisissa diagnooseissa selvästi enemmän kuin yleensä lääketieteessä, joka on hahmotustavaltaan kryptistä. Sanaliittomuotoisista termeistä monet ovat osittain tai kokonaan delfisiä. Esimerkiksi *ryhmätyyppinen käytöshäiriö* muodostuu tutuista yleiskielen sanoista, mutta terminä se herättää maallikoissa epävarmuutta ja epäluuloisuutta sekä asenteellisia ongelmia. Herää seuraavanlaisia kysymyksiä: milloin ryhmässä esiintyvä käyttäytymisongelma on psykiatri-

nen häiriö tai sairaus, kuka tai mikä sen aiheuttaa, kuka sen määrittelee ja miten siihen pitäisi suhtautua sekä miten ongelman voi ratkaista.

Kun ongelmatilanteita esiintyy, niistä on sekä asiantuntijoiden että maallikkojen hyödyllistä puhua. Psykiatriassa ongelmia tutkitaan diagnoosijärjestelmän avulla ja niistä on totuttu puhumaan diagnoosinimikkein. Tutkimukseni kohteena olevat uusimmat tautiluokitukset ovat kielellisesti hyvää yleiskieltä, mistä on maallikolle sekä hyötyä että haittaa. Tautiluokitus on demokraattinen, kun siinä eksplisiittisesti, omalla äidinkielellä kerrotaan häiriön oireista. Vaarana on kuitenkin, että maallikko tulkitsee oireyhtymät yleiskielen mukaisesti. Neljännessä hypoteesissäni esitin, että psykiatrian kieli on monisärmäistä ja se edustaa humanistis-yhteiskuntatieteellisen ja lääketieteellisen kielenkäytön välimuotoa. Lisäksi oletin, että psykiatrian diagnoosit eivät ole nimikkeitä, vaan kuvauksia ja luonnehdintoja. Lyhyet diagnoosit ovat yleistäviä metaforia (esim. *skitsofrenia*), pitkät ovat edellisiä läpinäkyvämpiä selostuksia (esim. *useiden lääkeaineiden ja psyykkisiin toimintoihin vaikuttavien aineiden käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt; jäännöstilana esiintyvä tai viivästynyt psykoosi*). Tarkasteluni osoittaa, että psykiatrian kielenkäyttö on humanistis-filosofis-yhteiskuntatieteellistä ja sen sisältö on subjektiivisempaa kuin muussa lääketieteessä, joka perustuu luonnontieteellisiin tutkimusasetelmiin. Hypoteesi pitää paikkansa.

Koko tutkimukseni tärkeimpänä tuloksena esitän seuraavaa: kaikista lääketieteen erikoisaloista erityisesti psykiatrian kohdalla olisi sekä lääkäreiden että potilaiden tiedostettava, että psykiatri käyttää erittäin usein samoja sanoja kuin potilaat mutta eri merkityksessä. Psykiatriassa liikutaan kuvailevalla, verbaalilla tasolla, jota on vaikea verifioida. Prototyypit erottuvat tilastollisina käsitteinä. Yleisesti tarkasteltuna maailma on hahmotettavissa monesta eri näkökulmasta. ”Normaalimaailmassa” prototyypit ovat todennettavissa: valas on maallikon luokittelussa kala ja lepakko lintu, vaikka ne biologian luokittelemina osoittautuvat imettäväisiksi. Vääränlainen, kalamaiseen tai lintumaiseen hahmoon perustuva luokitus ei ole vaarallinen, ei ainakaan samassa mielessä kuin on ihmisen persoonaa ja käyttäytymistä koskeva luokitus, joka yleisessä ajattelussa rinnastetaan lääketieteen eksakteihin luokkiin. Myös muussa lääketieteessä termien nimeäminen saattaa perustua

oiraiden kuvaukseen (esim. *diabetes*, *sikotauti*), mutta siitä ei ole haittaa, koska kuvauksen kohteena ei ole ihmisen persoona ja koska hoitoa on yleensä saatavissa ja siihen uskotaan.

Psykiatriset nimitykset ovat termeinä kohdettaan yksinkertaistavia, pelkistäviä ja vajaita. Ne voivat toimia itseään toteuttavina ennusteina ja mystifioida ihmistä ja hänen ongelmiaan – erityisesti silloin, kun käytetään vierasperäisiä termejä. Termi on tiedon timantti – mutta psykiatriassa vielä kovin hiomaton. Kryptinen sanasto on puhdasta asiantuntijakieltä, jollaisena siihen on helppo suhtautua. Potilas ei oletta tietävänsä, mitä esimerkiksi *psykalgia* tai *pica in pueritia* tarkoittavat. Tällöin lääkäriellä on mahdollisuus selittää, mistä on kysymys ja mistä nimitykset ovat peräisin. Delfisen sanaston tulkinnassa epävarmuus on vielä suurempaa kuin kryptisten, ei-transparenttien termien kohdalla. *Eläinkammo* tai *koulupinnaus* ovat nimityksinä tuttuja mutta merkitsevät psykiatriassa muuta kuin yleiskielessä. Samassa psykiatrisessa termissä on lisäksi usein kryptistä ja delfistä ainesta, mikä saattaa hämmentää entistä enemmän, esimerkiksi *kahvikuppi-* tai *ammattineuroosi*, *koulufobia* ja *dissosiatiiiviset liikehäiriöt*. Sosiaaliset tilanteet jännittävät useimpia, mutta maalikko pohtii näiden termien kohdalla, milloin kysymyksessä on neuroosi tai fobia ja mitä ne tarkoittavat tai millaisia liikehäiriöitä ovat dissosiatiiiviset liikehäiriöt.

Edellä esitettyjä tutkimustuloksia konkreettisempi, käytännön lääketieteelliseen toimintaan liittyvä tulos on vastaus seuraavaan kysymykseen: mitä kielellisiä keinoja voi käyttää pyrittäessä kohti humaania, hoitavaa tautifuokitusta ja nimeämistä. Tässä tutkimuksessa esiin tulleina mahdollisuuksina ovat erilaiset diagnooseihin liitettävät, aikaa ja paikkaa ilmaisevat indeksit (esimerkiksi *masennus*_{2002^{Helsinki}}), diagnoosin nimen vaihtaminen myönteisemmäksi keskustelun avulla ja kertomuksellisuuden hyödyntäminen. Psykiatrian dynaamisia ammattikäsitteitä voisi myös tutkia tarkemmin ja verrata niitä muun lääketieteen ja muiden tieteenalojen vastaaviin käsitteisiin ja niiden käsitepiirteisiin.

Psykiatrian tutkimuskohteena olevien ilmiöiden vaihtoehtoiset, myönteiset ymmärtämistavat ja nimeämiskäytänteet auttavat huomaamaan, miten kieli avaa ja sulkee mahdollisuuksia. Kieli on tärkeä psykiatriassa muun muassa terapian välineenä, joten hoitavaa asennetta on toteutettava myös häiriöiden nimityksissä. Tauti- ja asiantuntijakeskeisten

nimeämistapojen avulla voidaan leimata ja lamaannuttaa, mutta kielen avulla voidaan myös vapauttaa, tervehdyttää ja luoda uutta. Nimeämisellä ja luokittelulla on funktionsa, samoin niistä luopumisella. Sanat ja nimitykset eivät ole sama asia kuin ihminen. Tärkeää on se, mitä sanotaan ja mitä jätetään sanomatta; kaikkein tärkeintä on kuitenkin se, missä hengessä ja mistä näkökulmasta auttaja, jolla aina on ”valtaa” avun hakijaan nähden, kohtaamistilannetta tarkastelee. Hankalissa ongelma- ja vuorovaikutustilanteissa niin maallikko kuin ammattilainenkin on vain ihminen, jonka näkökyky saattaa kapeutua erilaisten taustateorioiden ja selitysmallien moninaisuudessa ja ristiriitaisuudessa. Sekä käsitteellistäminen että termiys ovat psykiatriassa häilyviä, metaforisia käsitteitä. Mielenterveyden häiriöitä ja niitä kuvaavia termejä voi yrittää ymmärtää ja nimetä, mutta tehtävä ei ole helppo asiantuntijalle eikä maallikolle. Elämään liittyvät ongelmalliset tilanteet tekee vaikeiksi se, että niitä ei ole helppo järjellä ”selittää pois” eikä nimeämällä ”ottaa haltuun”.

SUMMARY

CAN MENTAL DISORDERS BE UNDERSTOOD AND NAMED? PSYCHIATRY AND ITS DIAGNOSTIC TERMS

The central aim of this study has been the introduction of psychiatry and its use of language on the one hand, and on the other hand, the comparison and interpretation of the naming of mental disorders. I have observed the way of thinking in psychiatry and the dialectics of the language used by experts and laymen as well as the attitude problems the special language causes to laymen. Observation has been carried out by means of official disease classifications; i.e. I have observed mental disorders as medical concepts and diagnostic labels which are used in special language. I have also observed interpretations that laymen make on the basis of general language. The comparison results in the following observations and deductions which I study on the grounds of the hypotheses presented at the beginning of the paper.

It is difficult, if not impossible, for a layman to understand mental disorders as medical concepts. There are several reasons for that problem. The theories behind disorders are not generally discussed outside the specialty; and if they are discussed, they appear to be conflicting and difficult to understand. It is only possible to perceive the content of human mind through meta-experience and meta-language. Knowledge is needed to understand the language and to analyse the experience. A layman can in theory ask the expert questions about the cause of a disorder, but since there is no consensus about the causes, the expert generally resorts to the manifestation of symptoms in the form they have been presented in the disease classifications. Transfer of information is thus verified if the expert in psychiatry acknowledges the experiential expertise of the layman while the layman accepts that the expert knows the facts. Psychiatric terminology can only be understood by interpreting it against the background of scientific theory. By merely studying psychiatric terms, it is impossible to know on what abstraction level they are and what theoretical referents are referred to. In my first hypothesis I stated that it is impossible to understand

the terms of psychiatric diagnoses without prior knowledge of the theoretical concepts related to psychiatry. The hypothesis is true.

Psychiatric diseases exist but only as statistical categories. The way they are presented in medical disease classifications does not directly correspond with the problematic situation of an individual and the significance that is given to it. Psychiatric diagnoses are attempts to name something that is not very well known – at least not yet – and that as a phenomenon affects both the individual and their environs. At present psychiatric diagnoses are not presented in the disease classifications as mere labels, but descriptions of symptoms are attached to them. For example fictional descriptions where human relationships and the surrounding society are included might be more accurate and comprehensible than the descriptions in disease classifications. If there were psychiatric diseases in the same sense as diseases are understood within other specialties of medicine, it could be expected that public health campaigns would be organised on them as well. Attempts have been made to curb widespread national diseases, such as cardiovascular diseases, by means of joint efforts of the public health organisations and the individual. Many problematic situations in life, such as depression, are disease-like conditions which are influenced by the environment and the nature of which as diseases involving only the individual can be questioned. My second hypothesis assumed that psychiatric diseases do not exist in the same way as there are diseases in other fields of medicine, but that their conceptualisation is effected by language. The hypothesis is at least partially true. It is possible for an expert to perceive a mental disorder as a statistical disease with a medical diagnosis, in accordance with the view acquired from the tradition of psychiatry. For a layman, problematic situations in life, which are medicalised when they are referred to as mental disorders, signify more than just medical diseases. Problems can be studied from many different points of view, and they can also be given positive interpretations.

My third assumption was that an exceptionally large proportion of psychiatric vocabulary is based on general language, which results not only in an impression of familiarity for laymen but also in insecurity and problems in the interpretation when diagnostic terms are used. The hypothesis is true. Half of the one-word diagnoses in psychiatry are purely native

language words, while one fourth are of foreign origin. In psychiatry there are significantly more one-word diagnoses that can be classified as delphic than in general in medicine which is of a cryptic nature. Of the terms that are compounds, several are partially or totally delphic. For example *ryhmätyyppinen käytöshäiriö* (a behaviour disorder of a group type) consists of familiar general language words, but as a term it arouses insecurity in a layman as well as distrust and attitude problems. Following questions may arise: When is a behavioural disorder of a group type a psychiatric disorder or illness? Who or what has caused it? Who defines it? How should it be addressed and how can the problem be solved?

When problematic situations occur, it is useful for both experts and laymen to talk about them. In psychiatry problems are approached by means of a diagnostic system, and it is customary to refer to them with diagnostic terms. The most recent disease classifications which I studied are linguistically good general language, which for a layman is both a good and a bad thing. A disease classification is democratic when it describes the symptoms of a disease explicitly in the reader's native tongue. There is, however, the danger that the layman interprets the syndromes on the basis of general language. My fourth hypothesis was that the language of psychiatry is many-sided and represents an intermediary form between the humanistic – social scientific and medical use of language. Furthermore, I assumed that diagnoses in psychiatry are not labels but descriptions and characterisations. Short diagnoses are generalising metaphors, e.g. *skitsofrenia* (schizophrenia); long diagnoses are more transparent descriptions, e.g. *useiden lääkeaineiden ja psyykkisiin toimintoihin vaikuttavien aineiden käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt; jäännöstilana esiintyvä tai viivästynyt psykoosi* (organic brain syndromes and behavioural disorders caused by the use of several drugs and substances affecting psychic functions; delayed psychosis). My study indicates that the use of language in psychiatry is humanistic-philosophic-social scientific and its content is more subjective than that of the other specialties of medicine which is based on natural scientific research tradition. The hypothesis is true.

As the most important finding of my research I present the following: psychiatry more than other specialties of medicine requires that both doctors and patients realise that the

psychiatrist and patients very often use the same words but in a different sense. Psychiatry operates on a descriptive, verbal level which is difficult to verify. Prototypes are specified as statistical concepts. Generally speaking, the world can be perceived from many different points of view. In the "normal world" prototypes can be verified: for a layman a whale is a fish and a bat a bird although in the biological classification they are mammals. Although this classification which is based on their fish- or bird-like figure is mistaken, it is not injurious, at least not to the same extent as the classification of human personality and behaviour which is commonly equated with the exact classes of medicine. In other fields of medicine, naming of terms can also be based on the description of symptoms, e.g. *diabetes*, *sikotauti* (diabetes, mumps), but this is not harmful because what is described is not the personality and because treatment is usually available and it is believed to be effective.

Terms used in psychiatric classification are insufficient; they simplify and reduce their object. They can act as self-realising prophecies and mystify a person and their problems – particularly when terms used are of foreign origin. A term is the diamond of knowledge – which, however, in psychiatry is still quite rough. Cryptic vocabulary is purely for experts and as such it is easy to deal with. The patient does not assume that they know what for example *psykalgia* (psychalgia) and *pica in pueritia* mean. Hence the doctor has a chance to explain what it is all about and where the terms come from. There is even more insecurity involved in the interpretation of delphic vocabulary than is the case with cryptic, non-transparent terms. *Eläinkammo*, (Fear of animals or zoophobia) or *koulupinnaus* (truancy or cutting school) are familiar concepts, but they mean different things in general language and in psychiatry. Furthermore, a single psychiatric term often contains both cryptic and delphic characteristics, which might be even more confusing, for example *kahvikuppineuroosi* (social phobia) or *työneuroosi* (occupational neurosis), *koulufobia* (school phobia) and *dissosiativiset liikehäiriöt* (dissociative motor disorders). Social events make most people nervous, but the ahead-mentioned terms make a layman wonder when a condition is a neurosis or phobia and what they mean, or what dissociative motor disorders are like.

A finding that is related to medical practices and is more concrete than the above-mentioned findings is the answer to the following question: what linguistic methods can be used when a humane, therapeutic disease classification and naming is aimed at. Possibilities suggested by this research are different indexes attached to diagnoses to indicate time and place (for example *depression*_{2002^{Helsinki}}), a more positive name given to the diagnosis after discussion and the use of more descriptive diagnoses. The dynamic professional concepts of psychiatry could also be studied more thoroughly and they could be compared to the corresponding concepts and conceptual characteristics of medicine in general and of other disciplines.

The alternative, positive ways to interpret and name the phenomena treated in psychiatry help to realise how language opens and closes opportunities. Language is important in psychiatry, among other things as a therapeutic method, which is why therapeutic attitudes must also be present in the naming of disorders. Disease- and expert-oriented tradition of naming can be stigmatising and paralysing, but it is also possible to liberate, heal and be creative by means of language. Naming and classification have their functions, and so does their rejection. Words and labels are not the same as the person. What is important is what is said and what is left unsaid; most important is the spirit and attitude with which the helper, who always has "power" over the person asking for help, views the situation. In problematic conflicts and interactive situations the layman as well as the expert is just a human-being whose vision can be narrowed in the complexity and inconsistency of different background theories and explanatory models. Both conceptualisation and terminology are obscure, metaphoric concepts. Mental disorders and terms describing them can be interpreted and named, but it is not an easy task for either the layman or the expert. The problematic situations in life become so difficult because they cannot easily be logically "explained away" or "mastered" by naming.

LÄHTEET

- Achté, Kalle (1994). Sairaus ja ihmisen mieli. Psykiatrian näkökulmia. Teoksessa: *Sairaus ja ihminen. Kirjoituksia parantamisen perusteista*, 139–161. Toim. Katja Hyry. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Achté, Kalle, Yrjö O. Alanen & Pekka Tienari (1981). *Psykiatria 1*. Porvoo ym: WSOY.
- Achté, Kalle, Yrjö O. Alanen & Pekka Tienari (1987). *Psykiatria meille kaikille*. 3. p. Porvoo: WSOY.
- Achté, Kalle & Yrjö Alanen (1991). Psykiatria ja yhteiskunta. Teoksessa: *Psykiatria 2*, 397–474. Toim. Kalle Achté, Yrjö Alanen & Pekka Tienari. Juva: WSOY.
- Achté, Kalle & Taina Schakir (1983). Teoksessa: *Kansa parantaa*, 147–152. Toim. Pekka Laaksonen & Ulla Piela. Kalevalaseuran vuosikirja 63. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Achté, Kalle & A. Tuulio-Henriksson (1982). Psykiatrian ja etiologian välisiä vuorovai-
kutuksia. Teoksessa: *Psykiatria tänään*, 19–32. Societas pro Psychiatria Fennica. Jyväskylä: Gummerus Oy.
- Alanen, Yrjö O. (1989). *Skitsofrenia. Potilaan ja omaisen opas*. Toim. Kristina Salonen. Sairaalaliitto. Suomen mielenterveysseura.
- Alanen, Yrjö. O (1994). *Skitsofrenia. Syyt ja tarpeenmukainen hoito*. 2. p. Porvoo ym: WSOY.
- Alanen, Yrjö O. (2001). Aikuispsykiatrialle lisää voimavaroja. *Helsingin Sanomat* 13.8. 2001.
- Alanen, Yrjö O., Viljo Räkköläinen, Juhani Laakso & Riitta Rasimus (1982). Teoksessa: *Psykiatria tänään*, 33–44. Societas pro Psychiatria Fennica. Jyväskylä: Gummerus.
- Alenius, Jyrki (2000). Stetoskoopilla ei kuule sielua. *Helsingin Sanomat* 4.9.2000.
- Anttinen, Erik E. (1985). Mielisairas ja me muut ihmiset. *Duodecim* 101:17, 1632–1634.
- Austin, John Langshaw (1985 [1962]). *Zur Theorie der Sprechakte. How to do things with Words*. 2. p. Ditzingen: Reclam.
- Bunge, Mario (1980). *The Mind-body Problem. A Psychobiological Approach*. Oxford ym: Pergamon Press.
- Ciampi, Luc (1988). *The Psyche and Schizophrenia. The Bond between Affect and Logic*. Cambridge ym: Harvard University Press.

- Cruse, D. Alan. (1988). Word meaning and encyclopedic knowledge. Teoksessa: *Understanding the Lexicon. Meaning, Sense and World Knowledge*, 73–84. Toim. Werner Hülsen & Rainer Schulze. Tübingen: Max Niemeyer Verlag.
- Dahlberg, Ingetraut (1978a). A Referent-Oriented, Analytical Concept Theory for INTERCONCEPT. *International Classification* 5:3, 142–151.
- Dahlberg, Ingetraut (1978b). *Ontical Structures and Universal Classification*. Bangalore: Sarada Ranganathan Endowment for Library Science.
- de Shazer, Stevc (1995). *Ratkaisevat erot*. Tampere: Vastapaino.
- DIN 2342 (1992). *Begriffe der Terminologielehre. Grundbegriffe. Deutsche Norm*. Berlin: Deutsches Institut für Normung e.V.
- DSM-III (1983) = *Psykiatrinen diagnostiikka*. Lyhennetty suomennos (Ben Furman, Jouko Lönnqvist & Matti Huttunen). Toinen korjattu painos. Helsinki: Lääketehtas Orion.
- DSM-III-R (1991) = *Mielenterveyden häiriöiden diagnostinen ja tilastollinen ohjeisto DSM III R. Osa 3. Tautiluokitus 1987*. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Dubuc, Robert & Andy Lauriston (1997). Terms and Contexts. Teoksessa: *Handbook of Terminology Management, Vol. 1*, 80–87. Toim. Sue Ellen Wright ja Gerhard Budin. Amsterdam ym: John Benjamins Publishing Company.
- Dunn, Christine (1983). The implications of general semantics for the diagnosis of “mental illness”. *A Review of General Semantics* 40:1, 67–74.
- Duodecim* (1924). Nelikymmenvuotisen toimikauden päättyessä. Kirj. lehden toimitus. *Duodecim* 40:12, 525–527.
- Duodecim* (1924, 1975, 1985, 1994 ja 1995). Lääketieteellinen aikakauslehti. Lääketehtas Orion, 1885–.
- Engel, Georg, L. (1977). The need for a medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 196:8, 129–135.
- Enges, Pasi (1983). Happivesi ja vaihtoehtomedisiini. Teoksessa: *Kansa parantaa*, 92–105. Toim. Pekka Laaksonen & Ulla Piela. Kalevalaseuran vuosikirja 63. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Eskola, Antti (1982). Yhteiskuntatieteiden metodiongelmat ja psykoanalyttinen tutkimusperinne. Teoksessa: *Psykiaatria tänään*, 68–75. Societas pro Psychiatria Fennica. Jyväskylä: Gummerus.
- Feer, Hans (1987). *Die Sprache der Psychiatrie. Eine linguistische Untersuchung*. Berlin ym: Springer-Verlag.

- Felber, Helmut & Gerhard Budin (1989). *Terminologie in Theorie und Praxis*. Tübingen: Gunter Narr Verlag.
- Fiske, John (2001). *Merkkien kieli. Johdatus viestinnän tutkimiseen*. 7. painos. Tampere: Vastapaino.
- Furman, Ben (1983). Epävirallinen lääketiede. Teoksessa: *Kansa parantaa*, 69–75. Toim. Pekka Laaksonen & Ulla Piela. Kalevalascuran vuosikirja 63. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Furman, Ben, Jouko Lönnqvist & Matti Huttunen (1982). DSM-III, uusi psykiatrisen tautiluokitus. *Suomen Lääkärilehti* 37:5, 300–304.
- Furman, Ben, Matti Huttunen & Jouko Lönnqvist (1985). Psykiatrisen diagnostiikan kehittäminen. *Duodecim* 101:17, 1645–1653.
- Furman, Ben, Heikki Forsman & Tuula Saarela (1987). *Psykiatrian perusteet*. Porvoo: WSOY.
- Haaparanta, Leila (2000). *Kalevalasta ja metafysiikasta* [online]. [Lainattu 25.5.2000.] Saatavana World Wide Webistä: http://www.netn.fi/297/netn_297_nvain3.html.
- Haarala, Risto (1981). *Sanastotyön opas*. Kotimaisten kielten tutkimuskeskuksen julkaisuja 16. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Haarala, Risto (1989). Sanat tiedon ja taidon palveluksessa. Teoksessa: *Nyky-suomen sanavarat*, 259–275. Toim. Jouko Vesikansa. Juva: WSOY.
- Haarala, Risto (1999). Miten lääketieteen suomea huolletaan? *Kielikello* 3, 4–7.
- Hakulinen, Auli (1964). Katsauksia: Semantiikan periaatteet. *Virtittäjä* 68: 180–190.
- Hakulinen, Lauri (1970). *Kielen näkymiä. Kirjoitelmia suomen kielen tutkimuksen ja opetuksen alalta*. Tietolipas 63. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Halonen, Mia (2002). *Kertominen terapian välineenä. Tutkimus vuorovaikutuksesta myllyhoidon ryhmäterapiassa*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Hasan, Barbara (1986). General semantics as a tool to view psychiatrese. *A Review of General Semantics* 43:2, 175–180.
- Hautamäki, Antti (toim.) (1988). *Kognitiotiede*. Helsinki: Gaudeamus.
- Heikkilä, Matti (1976). Organisoitunut lääketiede ja sairauskäsite. *Helsingin lääkäri-lehti* 6, 17–21.
- Helsingin Sanomat* (1992, 1994, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002).
- Helsingin Sanomat*, kuukausiliite (1996).

- Henriksson, Markus, Erkki Isometsä, Matti O. Huttunen & Jouko Lönnqvist (1994). Masennustilojen diagnostiikan keskeisiä käsitteitä ja ongelmia. *Duodecim* 110:3, 227–237.
- Hervonen, Antti & Walter Nienstedt (1979). Lääketieteellinen ammattisanasto. 4., laajennettu painos. Tampere: Lääketieteellinen oppimateriaalikeskus.
- Hoffmann, Lothar (1976). *Kommunikationsmittel Fachsprache. Eine Einführung*. Berlin: Akademie-Verlag.
- Hoffmann, Lothar (1988). *Vom Fachwort zum Fachtext*. Tübingen: Gunter Narr Verlag.
- Hoikkala, Tommi (toim.) (1989). *Kieli, kertomus ja kulttuuri*. 2. p. Helsinki: Gaudeamus.
- Hoikkala, Tommi (1989). Puhuja, tilanne, konteksti (jälkisanat). Teoksessa: *Kieli, kertomus, kulttuuri*, 174–183. 2. p. Toim. Tommi Hoikkala. Helsinki: Gaudeamus.
- Honkasalo, Marja-Liisa (1994). Lääkäri ja sairaus. Merkityksiä etsimässä. Teoksessa: *Sairaus ja ihminen. Kirjoituksia parantamisen perusteista*, 126–138. Toim. Katja Hyry. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura .
- Honko, Lauri (1977). Kansanlääkintä kehityksen näkökulmasta. *Sananjalka* 19, 90–108.
- Honko, Lauri (1983). Terveyskäyttäytymisen kokonaisuus. Teoksessa: *Kansa parantaa*, 25–51. Toim. Pekka Laaksonen & Ulla Piela. Kalevalaseuran vuosikirja 63. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Honko, Lauri (1994). Kulttuuri ja sairaus. Teoksessa: *Sairaus ja ihminen. Kirjoituksia parantamisen perusteista*, 13–40. Toim. Katja Hyry. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Howard, Philip (1977). *New Words for Old*. Lontoo: Hamish Hamilton.
- Huittinen, Veli Matti (1987). Diagnoosien kieli. Missä yhteyksissä potilaat ja maallikot törmäävät diagnoosiin. *Kielikello* 2, 5–8.
- Huttunen, Matti O. (1979). Biologisen tutkimuksen ongelmista psykiatriassa. Teoksessa: *Mielenterveyden ja sen häiriöiden perustutkimuksen ongelmia*, 25–27. Toim. Yrjö O. Alanen & Johannes Lehtonen. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C. Osa 25.
- Huttunen, Matti O. (1994a). Masennus ja luovuus. *Duodecim* 110:3, 223–224.
- Huttunen, Matti O. (1994b). Masennustilojen psykoterapiasta. *Duodecim* 110:3, 307–319.
- Huttunen, Matti O. (1999). *Ihmiseksi. Kirjoituksia kolmannelta linjalta*. Helsinki: Duodecim.

- Hämeenaho, Pauli (1997). *NLP psykiatrin työssä. NLP:n ideoiden, mallien ja menetelmien soveltaminen terapiatyön kehittämiseen*. Tutkimus 1994–1996. Helsinki: Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö.
- ICD-6 (1948) = *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death*. Sixth Revision of International Lists of Diseases and Causes of Death. Volume 1. World Health Organization. Geneva.
- ICD-8 (1969) = *Tautiluokitus. Klassifikation av sjukdomar och dödorsaker*. Lääkintöhallituksen hyväksymä otettavaksi käyttöön 1 päivänä tammikuuta v. 1969. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- ICD-9 (1977) = *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death*. International Classification of Diseases. Based on the Recommendations of the Ninth Revision Conference, 1975, and Adopted by the Twenty-ninth World Health Assembly. Volume 1. Geneva: World Health Organization.
- ICD-9 (1986) = *Tautiluokitus. Klassifikation av sjukdomar 1987*. Osa 1. Systemaattinen osa. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- ICD-10 (1995) = *Tautiluokitus ICD-10*. Klassifikation av sjukdomar (1995). STAKES. Ohjeita ja luokituksia 1995: 3. Suomalainen laitos Maailman terveysjärjestön (WHO) luokituksista ICD-10. Aakkosellinen osa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus.
- ICD-10 (1995) = *Tautiluokitus ICD-10*. Klassifikation av sjukdomar (1995). STAKES. Ohjeita ja luokituksia 1995: 9. Suomalainen laitos Maailman terveysjärjestön (WHO) luokituksista ICD-10. Systemaattinen osa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus.
- ICD-10t (1995) = *Tautiluokitus ICD-10*. Klassifikation av sjukdomar (1996). STAKES. Ohjeita ja luokituksia 1996: 8. Täydennysosa 16.12.1996. Martti Virtanen. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus.
- Ihanus, Juhani (1994). Teorioita mielen pohjakerroksista. Voiko psykiatria olla ”aivotonta”? *Helsingin Sanomat* 25.9.1994.
- Ihanus, Juhani (toim.) (2002). *Koskettavat tarinat. Johdantoa kirjallisuusterapiaan*. Helsinki: BTJ Kirjallisuuspalvelu.
- Ingman, Erik Aleksander (Santeri) (1964 [1849]). Ovatko taudit itsenäisiä, eläväisiä olentoja? Tutkinto. *Suomen Sana* 8: 165–170. Ilmestynyt itsenäisenä, paperikantisena painosuna, jossa omakätinen nimikirjoitus ja vuosiluku 1881 (TYK). Ilmestynyt myös teoksessa *Finska Läkaresällskapetets handlingar* (1849) IV/2: 171–188. Helsingfors.
- Ingo, Rune (1990). *Lähtökielestä kohdekieleen. Johdatusta käännotieteeseen*. Porvoo: WSOY.

- IRSS (1982) = *Iso ruotsalais-suomalainen sanakirja. Stora svensk-finska ordboken I–III*. Toim. Göran Karlsson. Jyväskylä: Gummerus.
- Iso ruotsalais-suomalainen sanakirja. Stora svensk-finska ordboken I–III* (1982) = IRSS.
- Jaatinen, Jaana (1996). *Terapeuttinen keskustelutodellisuus. Diskurssianalyttinen tutkimus alkoholiongelmien sosiaaliterapeuttisesta hoidosta*. Stakes. Tutkimuksia 72. Jyväskylä: Gummerus.
- Jokinen, Jussi (1994). Julia Kristeva ja semioottinen, le sémiotique – psykoanalyysi, subjekti ja psykiatrisen sairauden kieli. *Psykologia* 29:6, 439–443.
- Joukamaa, Matti & Martti Heikkinen (1999). Mielenterveyden epidemiologia. Teoksessa: *Psykiaatria*, 247–558. Toim. Jouko Lönnqvist, Martti Heikkinen, Markus Henriksson, Mauri Marttunen & Timo Partonen. Helsinki: Duodecim.
- Jung, Carl Gustav (1966). *Piilotajunnan psykologiaa*. 7. p. Helsinki: Tammi.
- Juti, Riku (2001). *Johdatus metafysiikkaan*. Helsinki: Gaudeamus.
- Juul Jensen, Uffe (1985). *Sjukdomsbegrepp i praktiken. Det kliniska arbetets filosofi och vetenskapsteori*. Kööpenhamina: Esselte Studium.
- Kaila, Martti (1966). *Psykiatrician historia lääketieteen yleiskehityksen ja kulttuuri-historian valossa*. Porvoo: WSOY.
- Lönnrot, Elias (2000). *Kalevala*. 30. p. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Kamppinen, Matti (1994). Monitasoinen ontologia. Teoksessa: *Mielen malleja. Psykiatrisen tietenteorian uusia kysymyksiä*, 41–51. Toim. Hasse Karlsson. Helsinki: Yliopistopaino.
- Kamppinen, Matti (1999). Ihmisen aika – professori Rauhala eläinten ja enkelten välimaastossa. *Tieteessä tapahtuu*, 4, 59–65.
- Kangasniemi, Heikki (1997). *Sana, merkitys, maailma. Katsaus leksikaalisen semantiikan perusteisiin*. Helsinki: Finn Lectura.
- Kansa parantaa* (1983). Toim. Pekka Laaksonen & Ulla Piela. Kalevalaseuran vuosikirja 63. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Kapiala, Ulla-Helena (1989). *Tarttuvat taudit. Terminologinen tutkimus* (lensiaatin-tutkimus). Vaasan yliopisto: Vaasan yliopiston kirjasto.
- Kapiala, Ulla-Helena (1996). Mielisairauden yhteisölliset ja terminologiset ulottuvuudet. *Emakeel ja teised keeled II*, 18.–20. oktoober, 33–40. Ettekanded. Tartu: Tartu ülikool.

- Kaplan, Harold I., Alfred M. Freedman & Benjamin J. Sadock (1980) (toim.). *Comprehensive Textbook of Psychiatry I–III*. 3. p. Baltimore ym: Williams & Wilkins.
- Karihalme, Oili (1996). *Muotoilun teoriasanaston termistyminen*. Acta Wasaensia No 51. Kielitiede 10. Vaasa: Vaasan yliopisto.
- Karkia, Kimmo (1992). Mielenterveystyön kenttä jakautumassa kahtia? *Helsingin Sanomat* 6.4.1992.
- Karlsson, Fred (1983). *Suomen kielen äänne- ja muotorakenne*. Porvoo ym: WSOY.
- Karlsson, Fred (1988). Kieli ja kognitio. Teoksessa: *Kognitiotiede*, 121–140. Toim. Antti Hautamäki. Helsinki: Gaudeamus.
- Karlsson, Hasse (1994a). Tieteenteoria ja psykiatria. Teoksessa: *Mielen malleja. Psykiatrisen tieteenteorian uusia kysymyksiä*, 18–40. Toim. Hasse Karlsson. Helsinki: Yliopistopaino.
- Karlsson, Hasse (1994b). Todellisuus ja teoria psykiatriassa. Teoksessa: *Mielen malleja. Psykiatrisen tieteenteorian uusia kysymyksiä*, 83–117. Toim. Hasse Karlsson. Helsinki: Yliopistopaino.
- Karlsson, Hasse (1996). *Oireiden ulottuvuuksia. Psykiatrisen tutkimus terveyspalvelujen suurkäyttäjistä*. STAKES. Tutkimuksia 67. Jyväskylä: Gummerus.
- Karlsson, Hasse (toim.) (1994). *Mielen malleja. Psykiatrian tieteenteorian uusia kysymyksiä*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Karttunen, Kaarina (1979). *Nykyslangin sanakirja*. Porvoo: WSOY.
- Kelan sanomat* (1999, 2001).
- Kendell, R. E. (1975). *The Role of Diagnosis in Psychiatry*. Oxford ym: Blackwell Scientific Publications.
- KI (1992) = *Kiehtova ihmismieli. Käytännön psykologiaa nykypäivän ihmisille*. Toim. Rainer Palmunen. Helsinki: Valitut Palat – Reader’s Digest.
- Kiehtova ihmismieli* (1992) = KI.
- Kieli ja sen kieliopit* (1998) = KK.
- Kielikello*. Kielenhuollon tiedotuslehti (1987, 1994, 1995 ja 1999).
- Kiikkala (1999). Masennusta on käsiteltävä monesta näkökulmasta. *Helsingin Sanomat* 22.8.1999.

- KK (1998) = *Kieli ja sen kieliopit. Opetuksen suuntaviivoja*. Opetusministeriö. Helsinki: Edita.
- Kleinman, Arthur (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley ym: University of California Press.
- Kleinman, Arthur (1988). *Rethinking Psychiatry. From Cultural Category to Personal Experience*. New York: The Free Press.
- Koivusalo, Esko (1987). Sairauksien nimet suomeksi. *Kielikello* 2, 3–4.
- Korzybski, Alfred (1948). *Science and Sanity: An Introduction to non-Aristotelian Systems and General Semantics*. 3. p. Lakeville, Connecticut: The International Non-Aristotelian Library Publishing Company.
- Koski, Mauno (1989). Mitä se merkitsee? Teoksessa: *Kielestä kiinni*, 108–128. Toim. Seija Aalto, Auli Hakulinen, Klaus Laalo, Pentti Leino & Anneli Lieko. Tietolipas 113. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Kouvalainen, Kauko (1975). Aikakauskirja Duodecim lääketieteen painopistcalojen heijastajana. *Duodecim* 91:1, 31–43.
- Kraepelin, Emil (1889). *Psychiatrie*. 3. p. Leipzig: Verlag von Ambr. Abel.
- Kripke, Saul A. (1972). Naming and necessity. Teoksessa: *Semantics of natural Language*, 253–355. Toim. Donald Davidson & Gilbert Harman. 2. p. Dordrecht ym: D. Reidel Publishing Company.
- Kristeva, Julia (1998). *Musta aurinko: masennus ja melankolia*. Helsinki: Nemo.
- Kuikka, Pekka, Hannu Rätty & Mirja Sinkkonen (1982). *Mielenterveyden häiriöt Pohjois-Karjalassa: Mielenterveyden häiriöiden sosiaaliekologiasta ja mielenterveys-toimistojen käyttäjien hoitourista kehitysalueelläänissä*. Joensuun korkeakoulu. Kasvatustieteiden osaston selosteita ja tiedotteita 36. Joensuu: Joensuun korkeakoulu.
- Kuolinsyynimistö. Dödsorsaksnomenklatur* (1952). Lääkintöhallituksen 19. päivänä maaliskuuta 1952 vahvistama. Helsinki
- Kuronen, Marja-Liisa (1991). *Teemasta tekstiksi. Tietoa talouselämän tekstien tuottamisesta*. Loimaa: Finn Lectura.
- Kääriäinen, Mirja (1996). Psykoanalyysin harhat. *Helsingin Sanomat*, tammikuun kuukausiliite, 9.
- Laaksovirta, Tuula H. (1979a). *Kotimaisten lääketieteellisten aikakauslehtien julkaiseminen ja sisältöaines*. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tutkimuslaitos. Sarja D. Raportteja ja tiedotteita 73. Tampere. Tampereen yliopisto.

- Laaksovirta, Tuula H. (1979b). *Tieteellisen ja ammatillisen informaation välittyminen ja käyttö lääketieteessä. Tieteentutkimuksellinen tarkastelu lääkärien informaatioolosuhteista*. Tampereen yliopiston kansanterveystieteen laitos. Kansanterveystieteen julkaisuja M 51. Tampere. Tampereen yliopisto.
- Laitinen, Jorma (1994). *Lääketieteen mallit psykiatriassa – skitsofrenia tieteenfilosofisessa katsannossa*. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C. Osa 105. Turku: Turun yliopisto.
- Lakoff, George & Mark Johnson (1980). *Metaphors We Live By*. Chicago ym: The University of Chicago Press.
- Laurén, Christer (1993). *Fackspråk. Form, innehåll, funktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Laurén, Christer & Marianne Nordman (1987). *Från kunskapens frukt till Babels torn. En bok om fackspråk*. Stockholm: Liber.
- Laurén, Christer & Heribert Picht (1992a). Terminologilaeren og dens anvendelse. Teoksessa: *Terminologiläran och dess relationer till andra områden*, 7–18. Nordisk forskarkurs, Mariehamn. Stockholm: NORDTERM 4.
- Laurén, Christer & Heribert Picht (1992b). Terminologiska skolor. Teoksessa: *Terminologiläran och dess relationer till andra områden*, 217–236. Nordisk forskarkurs, Mariehamn. Stockholm: NORDTERM 4.
- Laurén, Christer, Johan Myking & Heribert Picht (1997): *Terminologie som vetenskapsgren*. Lund: Studenlitteratur.
- Lehtonen, Johannes (1979). Tieteidenvälisyydestä psykiatriassa. Teoksessa: *Mielenterveyden ja sen häiriöiden perustutkimuksen ongelmia*, 51–56. Toim. Yrjö O. Alanen & Johannes Lehtonen. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C. Osa 25.
- Lehtonen, Johannes (1985). Sielu, ruumis ja mielenterveys. *Duodecim* 101:17, 1637– 1643.
- Lehtonen, Johannes (1994a). *Mielen kellareissa. Tieteidenvälisiä tutkimusretkiä*. Helsinki. Yliopistopaino.
- Lehtonen, Johannes (1994b). Näkökohtia introspektiosta ja objektiivisuudesta. Teoksessa: *Mielen malleja. Psykiatrisen tieteenteorian uusia kysymyksiä*, 118–126. Toim. Hasse Karlsson. Helsinki: Yliopistopaino.
- Lehtonen, Johannes (1999). Psykiatrian ongelmiin löytyy lääkkeitä läheltä. *Helsingin Sanomat* 23.11.1999.
- Lehtonen, Johannes & Jouko Lönnqvist (1999). Mielenterveys ja psykiatria. Teoksessa: *Psykiatria*, 13–18. Toim. Jouko Lönnqvist, Martti Heikkinen, Markus Henriksson, Mauri Marttunen & Timo Partonen. Helsinki: Duodecim.

- Lehtonen, Johannes, Matti Isohanni, Raimo Salokangas & Pentti Nieminen (1998). Psykiatriasta virheellisiä väittämiä. *Helsingin Sanomat* 18.10.1998.
- Lehikoinen, Laila (1986). D. E. D. Europaeus kirjasuomen kehittäjänä ja kielentutkijana. *Virittäjä* 90:2, 178–202.
- Leino (1983). Ajaako suomen kieli ajattelemaan suomalaisesti? Teoksessa: *Nykysuomen rakenne ja kehitys*, 190–208. Toim. Auli Hakulinen & Pentti Leino. Tietolipas 93. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Leino, Pentti (1989). Kieli ja maailman hahmottaminen. Teoksessa: *Kieli, kertomus ja kulttuuri*, 26–51. 2. p. Helsinki: Gaudcamus.
- Lesche, Carl (1979). Tieteenteoria ja psykoanalyysi. Teoksessa: *Mielenterveyden ja sen häiriöiden perustutkimuksen ongelmia*, 40–49. Toim. Yrjö O. Alanen & Johannes Lehtonen. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C. Osa 25.
- Liikkanen, Antti (1999). Masennus: sairaus vai suru? *Helsingin Sanomat* 24.8.1999.
- Lindqvist, Martti (1996). Tunteet eivät petä. *Hyvä Terveys* 11:5, 56.
- Lipowski, Z. J. (1969). Psychosocial aspects of disease. *Annals of Internal Medicine* 71:6, 1197–1206.
- Louhija, Antti (1975). Aikakauskirja Duodecim 90-vuotias. *Duodecim* 91:1, 9–12.
- LS (1976) = *Lääketieteen sanakirja*. Toim. Niilo Pesonen & Eero Ponteva. Viides laajennettu laitos. Porvoo: WSOY.
- LT (1999) = *Lääketieteen termit. Duodecimin selittävä suursanakirja*. 3., uudistettu painos. Toim. Walter Nienstedt. Duodecim. Jyväskylä: WSOY.
- Lynch, Clove (1997a). INFOBOX No. 18. Medical etymology. Teoksessa: *Handbook of Terminology Management, Vol. 1*, 346. Toim. Sue Ellen Wright & Gerhard Budin. Amsterdam ym: John Benjamins Publishing Company.
- Lynch, Clove (1997b). Medical Terminology Management. Teoksessa: *Handbook of Terminology Management, Vol. 1*, 160–170. Toim. Sue Ellen Wright & Gerhard Budin. Amsterdam ym: John Benjamins Publishing Company.
- Lönnrot, Elias (1837). Mielen liikunnoista (vimmoista). *Mehiläinen*. Näköispainos teoksessa *Valitut teokset 2* (1990), 222–223. Toim. Raija Majamaa.
- Lönnqvist, Jouko (1985a). Mielisairaslaki ja sen tahdosta riippumatonta hoitoa koskeva sisältö. *Suomen Lääkärilehti* 40:8, 717–725.
- Lönnqvist, Jouko (1985b). Psykiatria lääketieteen osana. *Duodecim* 101:17, 1625–1627.
- Lönnqvist, Jouko (1999). Potilaan tutkiminen ja mielenterveyden häiriöiden luokittelu. Teoksessa: *Psykiatria*, 19–49. Toim. Jouko Lönnqvist, Martti Heikkinen,

Markus Henriksson, Mauri Marttunen & Timo Partonen. Helsinki: Duodecim.

Majava, Heikki (1991). Psykoanalyysi – tiede vaiko ideologia? Bakhtinin marxilainen Freud-kritiikki. *Psykoterapia* 1–2, 41–45.

Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death (1948) = ICD-6.

Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death. International Classification of Diseases (1977) = ICD-9.

Mattila, Juhani (1999). Terve mieli osaa oirehtia. *Helsingin Sanomat* 25.8.1999.

Michlsen, Kalle (2000). Uskotko todellisuuteen? *Tieteessä tapahtuu* 2, 53–59.

Mielenterveyden häiriöiden diagnostinen ja tilastollinen ohjeisto DSM III R. Osa 3. Tautiluokitus 1987 (1991) = DSM-III-R.

Morris, Charles (1970). *Foundations of the Theory of Signs. Toward an International Encyclopedia of Unified Science*. Vol. I. No 2. 12. p. Chicago: The University of Chicago Press.

Mäkinen, Jaana (1996). *Psykiatrisen ja oftalmologisen kirjallisen viestinnän tekstilingvivististä tutkimusta*. Nykysuomen pro gradu -tutkielma. Vaasan yliopisto. Vaasan yliopiston kirjasto.

Niemikorpi, Antero (1996). *Liekepostista tuikeilmaisemiseen ja sulhasesta kuraenkeliin. Erikoiskielten rakenteellisesta ja tyylillisestä vaihtelusta*. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia 213. Kielitiede 34. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Niiniluoto, Ilkka (1989). *Informaatio, tieto ja yhteiskunta. Filosofinen käsiteanalyysi*. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Niiniluoto, Ilkka (1990). *Maaailma, minä ja kulttuuri. Emergentin materialismin näkökulma*. Helsinki: Otava.

Niiniluoto, Ilkka (1994). Tieto, tieteen kieli ja oppikirjat. *Kielikello* 1, 8–11.

Niiniluoto, Ilkka (1999). *Johdatus tieteenfilosofiaan. Käsitteen- ja teorianmuodostus*. 2. p. Helsinki: Otava.

Nikkilä, Helena (1984). *Huomioita englantilaisesta psykiatrian termistöstä*. Englantilaisen filologian laudaturtyö. Turun yliopisto. Turun yliopiston kirjasto.

Niskanen, Pekka (1982). Psykiatrisesta työnohjauksesta. Teoksessa: *Psykiatria tänään*, 178–188. Societas pro Psychiatria Fennica. Jyväskylä: Gummerus.

- NS (1970) = *Nykysuomen sanakirja I–III*. Lyhentämätön kansanpainos. 3. painos. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. Porvoo: WSOY.
- NSS (1973) = *Nykysuomen sivistyssanakirja. Vierasperäiset sanat*. Toim. Nykysuomen laitos. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. Porvoo ym: WSOY
- Nuopponen, Anita (1994). *Begreppsystem för terminologisk analys*. Acta Wasaensia No 38. Språkvetenskap 5. Vaasa: Vaasan yliopisto.
- Nybakken, Oscar E. (1960). *Greek and Latin in Scientific Terminology*. Iowa: The Iowa State University Press.
- Nykysuomen sanakirja* (1970) = NS.
- Nykysuomen sivistyssanakirja. Vierasperäiset sanat* (1973) = NSS.
- Näre, Sari (1999). Helsinki tarvitsee oman mielenterveysohjelman. *Helsingin Sanomat* 31.8.1999.
- Ogden, C. K. & I. A. Richards (1985 [1923]). *The Meaning of Meaning. A Study on the Influence of Language upon Thought and the Science of Symbolism*. London ym: Routledge & Kegan Paul.
- Onikki, Tiina (2000). Mistä mieli merkityksen tutkimukseen? Kognitiivisen kielentutkimuksen merkitysnäkemyksestä. Teoksessa: *Merkillinen merkitys*, 85–114. Toim. Anu Airola, Heikki J. Koskinen, Veera Mustonen. Helsinki: Gaudeamus.
- Ozeki, Shuji (1987). Was ist der Begriff? Teoksessa: *Terminology and Knowledge Engineering. Proceedings. TKE '87*, 9–20. Toim. Hans Czap & Christian Galinski. Frankfurt/M: Indeks Verlag.
- Pesonen, Niilo & Eero Ponteva (1976). *Lääketieteen sanakirja*. Viides laajennettu laitos. Porvoo: WSOY.
- Picht, Heribert & Jennifer Draskau (1985). *Terminology: an Introduction*. University of Surrey. Surrey: Department of Linguistic and International Studies.
- Pietikäinen, Petteri (2002). *Sairas silti terve – C. G. Jungin käsitys mielenterveydestä* [online]. [Lainattu 7.1.2002.] Saatavana World Wide Webistä: <http://www.mielenterveys-taimi.fi/taimikko/jutut/jung.htm>.
- Pilke, Nina (2000). *Dynamiska fackbegrepp. Att strukturera vetande om handlingar och händelser inom teknik, medicin och juridik*. Acta Wasaensia No. 81 Språkvetenskap 15. Vaasa: Vaasan yliopisto.
- PL (1997) = *Psykiatrian luokituskäsikirja. Tautiluokitus ICD-10. Psykiatriaan liittyvät diagnoosit*. STAKES. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Ohjeita ja luokituksia 1997: 7. Stakes: Sosiaali- ja terveydenhuollon luokituskeskus.
- Pohjanpalo, Virve (2000). Parantavat tekstit. *Yliopisto* 4, 20–21.

- Popper, Karl R. & John C. Eccles (1977). *The Self and Its Brain. An Argument for Interactionism*. Berlin: Springer International.
- PS (1990, 1992, 1994) = *Suomen kielen perussanakirja I–III*. Kotimaisten kielten tutkimuskeskuksen julkaisuja 55. Helsinki: Kotimaisten kielten tutkimuskeskus.
- PsS (1995) = *Psykiatrian sanasto*. Recallmed. Jyväskylä: Gummerus.
- Psykiatria* (1999). Toim. Jouko Lönnqvist, Martti Heikkinen, Markus Henriksson, Mauri Marttunen & Timo Partonen. Helsinki: Duodecim.
- Psykiatrian luokituskäsikirja* (1997) = PL.
- Psykiatrian sanasto* (1995) = PsS.
- Psykiatrinen diagnostiikka* (1983) = DSM-III.
- Puhakainen, Jyri (2000). *Persoonan puolustaja. Lauri Rauhala ihmistutkimuksen pioneerina*. Helsinki: Like.
- Puuronen, Nina (1995). *Dynamiska fackbegrepp och deras språkliga uttryck*. Lisensiaatintyö. Vaasan yliopisto: Vaasan yliopiston kirjasto.
- Pylkkänen, Kari (1998). Irti masennuksen vuosikymmenestä. *Helsingin Sanomat* 20.5.1998 [online]. [Lainattu 15.2.2003.] Saatavana World Wide Webistä: <http://www.helsinginsanomat.fi/uutisarkisto/19980520/ajas/980520aj01.html>.
- Pylkkänen, Kari, Veikko Aalberg, Antero Toskala, Jukka Aaltonen, Jouko Lönnqvist, Hannu Lauerma, Eero Riikonen & Sara Vataja (1999). Psykoterapiat. Teoksessa: *Psykiatria*, 624–674. Helsinki: Duodecim.
- Pylkkänen, Kari (2002). Miten voi nuorten psykiatria? *Helsingin Sanomat* 25.1.2002.
- Pääkkönen, Irmeli & Markku Varis (2000). *Kriittinen lukutaito*. Helsinki: Finn Lectura.
- Raevaara, Liisa (2000). *Potilaan diagnoosiehdotukset lääkärin vastaanotolla. Keskusteluanalyttinen tutkimus potilaan institutionaalisista tehtävistä*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Raitasalo, Raimo (1999). Onnellinen persoonallisuus? *Kelan sanomat* 2, 13.
- Raitasalo, Raimo (2001). Onko tunneälyä olemassa? *Kelan sanomat* 2, 25.
- Raivio, Kari, Minna Pernaa & Lyly Teppo (toim.) (1994). *Lääketieteen kieliopas*. Helsinki: Duodecim.
- Rauhala, Lauri (1981). *Merkityksen ongelma psykologiassa ja psykiatriassa*. Helsingin yliopiston psykologian laitoksen soveltavan psykologian osaston tutkimuksia 8. Helsingin yliopisto: Psykologian laitos.

- Rauhala, Lauri (1997). Sairauden käsite ns. mielenterveysongelmissa. *Filosofinen aikakauslehti n & n* [online]. [Lainattu 25.5.2000.] Saatavana World Wide Webistä: http://www.netn.fi/297/netn_297_rauh.html.
- Rauhala, Lauri (1998). *Ihmisen ainutlaatuisuus*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Rauhala, Lauri (1999). Emergenssi hyppäyksenä merkitystasolle. *Tieteessä tapahtuu* 5, 40–44.
- Rauhala, Lauri (2000). Kurja elämäntilanne ei parane aivolääkkeillä. *Helsingin Sanomat* 22.5.2000.
- Rechardt, Eero (1993). Minuuden kokeminen musiikissa. Teoksessa: *Mielen ulottuvuudet*, 179–196. Toim. Esa Roos, Vesa Manninen & Jukka Välimäki. 2. p. Helsinki: Yliopistopaino.
- Regnéll, Hans (1971). *Semantik. Filosofiska och språkvetenskapliga grundfrågor inom betydelsetäran*. 2. p. Tukholma: Läromedelsförlagen.
- Reponen, Astrid (1931). Merkityso pillisia huomioita Värmlannin suomesta. *Virittäjä* 35: 436–447.
- Revonsuo, Antti (1994). Tietoiset ja piilotietoiset tilat ihmisäivoissa – voidaanko tajuntaa selittää tieteellisesti? Teoksessa: *Mielen malleja. Psykiatrian tieteenteorian uusia kysymyksiä*, 52–82. Toim. Hasse Karlsson. Helsinki: Yliopistopaino.
- Riikonen, Eero (1992). *Auttamistyön ongelmäkäsitykset ja haastattelukäytännöt: ongelmakielestä kompetenssieleen*. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 32. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Riggs, Fred W. (1986). Lexical lucidity: the intelligibility of technical communications. Teoksessa: *Wissenschaftssprache und Gesellschaft. Aspekte der wissenschaftlichen Kommunikation und des Wissenstransfers in der heutigen Zeit*, 113–132. Toim. Theo Bungarten. Hamburg: Edition Akademie.
- Riggs, Fred W. (1990). Interdisciplinary Tower of Babel. *International Social Science Journal* 42:4, 577–592.
- Riikonen, Eero & Antti Mattila (1994). Ovatko psykiatriset ongelmäkäsitykset ja –luokitukset masentavia? *Duodecim* 110:3, 347–359.
- Riikonen, Eero & Gregory Madan Smith (1998). *Inspiraatio ja asiakastyö*. Jyväskylä: Gummerus.
- Romanov, Matti (1998). Hyppysellinen ranskalaista maustetta suomalaisen psykiatriaän. *Suomen Lääkärilehti* 53:28, 3157–3160.

- Romppanen, Birgitta (2001). *Från målspråk till källspråk. Utvecklingen av den finsk-svenska och den enspråkiga finska ordboken*. Acta Wasaensia No. 91 Språkvetenskap 18. Vaasa: Vaasan yliopisto.
- Rosch, Eleanor (1977). Human categorization. Teoksessa: *Studies in Cross-cultural Psychology*, vol. 1, 1–49. Toim. Neil Warren. London: Academic Press.
- Rosenhan, David L. (1984 [1973]). On being sane in insane places. Teoksessa: *The Invented Reality. How Do We Know What We Believe We Know? Contributions to Constructivism*, 117–144. Toim. Paul Watzlawick. New York: W.W. Norton & Company.
- Rothenberg, Robert E. (1985). *Perhelääkäri*. Toim. Nina Louhija. Porvoo. Helsinki ym: WSOY.
- Räsänen, Olavi (1983). Muuttuva verenseisautusperinne. Teoksessa: *Kansa parantaa*, 153–162. Toim. Pekka Laaksonen & Ulla Piela. Kalevalaseuran vuosikirja 63. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Räsänen, Alpo (1978). Kantasanan ja johdoksen suhteesta. *Virittäjä* 82: 321–344.
- Räkköläinen, Viljo (1985). Perhe ja yksilön mielenterveys. *Duodecim* 101:17, 1739–1740.
- Räkköläinen, Viljo (1994). *Yksilö ja vuorovaikutus: sama vai eri psykologia?*. Teoksessa: *Mielen malleja*, 127–139. Toim. Hasse Karlsson. Helsinki: Yliopistopaino.
- Räty, Hannu (1981). *Mielenterveys sanomalehdessä: mielenterveyden sosiaalisen sisällön tarkastelua*. Joensuun korkeakoulu. Kasvatustieteiden osaston selosteita ja tiedotteita 28. Joensuu: Joensuun korkeakoulu.
- Räty, Hannu (1987). *Uhka vai uhri. Tutkimus mielisairauteen asennoitumisesta*. Joensuun yliopiston yhteiskunnallisia julkaisuja 10. Joensuu: Joensuun yliopisto.
- Räty, Hannu (1988). *Mielisairaus, mielenterveysongelma ja tavallinen sairaus. Tutkimus eräiden mielenterveyskäsitteiden arvioinnista*. Joensuun yliopisto. Psykologia. Keskustelualoitteita 13. Joensuu: Joensuun yliopisto.
- Saarinen, Esa (1995). *Filosofi*. Borgå: WSOY.
- Saelan, Th. (1897). Turvayhdistys mielisairaita varten. *Duodecim* 13:2, 69–71.
- Sager, Juan C (1990). *A Practical Course in Terminology Processing*. Amsterdam ym: John Benjamins Publishing Company.
- Salo, Markku (1996). *Sietämisestä solidaarisuuteen. Mielisairaalariformit Italiassa ja Suomessa*. Tampere: Vastapaino.
- Salokangas, Raimo K. R. (1994). Teoksessa: *Mielen malleja. Psykiatrisen tieteenteorian uusia kysymyksiä*, 6–17. Toim. Hasse Karlsson. Helsinki: Yliopistopaino.

- Salokangas, Raimo K. R. (2002). Kuka ratkaisisi potilaan hoitotarpeen? *Helsingin Sanomat* 4.2.2002.
- Salokangas, Raimo K. R. & Jyrki Korkeila (2002). Masennuksen hoito vähentää itsemurhia. *Helsingin Sanomat* 25.3.2002.
- Sanastotyön käsikirja. Soveltavan terminologian periaatteet ja työmenetelmät* (SFS 50-1989). Toim. Tekniikan Sanastokeskus r.y. SFS-käsikirja 50. Helsinki: Suomen Standardisoimisliitto SFS, Tekniikan Sanastokeskus.
- Sapir, Edward (1964). Conceptual categories in primitive languages. Teoksessa: *Language in Culture and Society. A Reader in Linguistics and Anthropology*, 128. Toim. Dell Hymes. New York ym: Harper & Row, Publishers.
- Sapir, Edward (1970 [1949]). *Culture, Language and Personality. Selected Essays*. Toim. David G. Mandelbaum. 9. p. Berkeley ym: University of California Press.
- Saugstad, Per (1989). *Language. A Theory of Its Structure and Use*. Oslo: Solum Forlag A/S.
- Saukkonen, Pauli (1984). *Mistä tyyli syntyy?* Porvoo ym: WSOY.
- Savory, Theodore H. (1967). *The Language of Science*. London: Andre Deutsch.
- Schalin, Lars-Johan (1993). Näkökohtia fallisesta viettienergiasta, sen kehityshistoriasta ja käyttömahdollisuuksista aikuisen viettitaloudessa. Teoksessa: *Mielen ulottuvuudet*, 83–112. Toim. Esa Roos, Vesa Manninen & Jukka Välimäki. 2. p. Helsinki: Yliopistopaino.
- Seikkula (1999). Lääkitystä voitiin keventää. *Helsingin Sanomat* 28.8.1999.
- Setälä, Ritva (1995a). Sosiologian ongelmalliset termisanat. Tieteellinen kielimuoto arkielämän ja teorian välissä. *Kielikello* 3, 7–12.
- Setälä, Ritva (1995b). *Termien rakenne ja polyseemisyys Erik Allardtin oppikirjassa Sosiologia I*. Suomen kielen sivulaudaturtutkielma. Turun yliopisto: Turun yliopiston kirjasto.
- Siltala, Pirkko (1986). Syöpäsairaus ja psykoterapeuttisen tutkimuksen näkökulma. Teoksessa: *Sairauden viesti. Psykosomaatikasta antropologiseen lääketieteeseen*, 107–140. Toim. Juhani Rekola, Kirsti Blomqvist, Kyllikki Kauttu & Hannu Makkonen. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Siltala, Juha (1996). Palvelukseen halutaan sopiva vihollinen. *Helsingin Sanomat*, maaliskuun kuukausiliite, 89–93.
- Siltala, Juha (1999). *Valkoisen äidin pojat*. Helsinki: Otava.
- SFS 50-1989 = *Sanastotyön käsikirja*.

- Smcdby, Björn (1985). Språket i sjukdomsklassifikationen. *Språkvård* 1, 6–9.
- Sowa, John F. (1983). *Conceptual Structures: Information Processing in Mind and Machine*. Reading, Massachusetts ym: Addison-Wesley Publishing Company.
- Stenij, Pekka (1982). Näkemyksiä psyyken sairauksien etiologista tekijöistä vuosisadan alkupuolella. Teoksessa: *Psykiatria tänään*, 248–255. Societas pro Psychiatria Fennica. Jyväskylä: Gummerus.
- Strömngren, Erik (1969). Uses and abuses of concepts in psychiatry. *The American Journal of Psychiatry* 126:6, 45–56.
- Suomen kielen perussanakirja I–III* (1990, 1992, 1994) = PS.
- Suomen Lääkärilehti* (1982, 1985).
- Szasz, Thomas S. (1975). *The Myth of Mental Illness. Foundations of a Theory of Personal Conduct*. Frogmore: Paladin.
- Söderholm, Annlis & Vappu Taipale (1982). Naistutkimus ja lääketiede. *Suomen Lääkärilehti* 37:5, 322–325.
- Taipale, Vappu (1982). Tarvitaanko psykiatriassa naisnäkökulmaa? Teoksessa: *Psykiatria tänään*, 256–267. Societas pro Psychiatria Fennica. Jyväskylä: Gummerus.
- Tautiluokitus* (1969) = ICD-8.
- Tautiluokitus 1987* (1986) = ICD-9.
- Tautiluokitus ICD-10* (1995) = ICD-10. Aakkosellinen osa.
- Tautiluokitus ICD-10* (1995) = ICD-10. Systemaattinen osa.
- Tautiluokitus ICD-10* (1996) = ICD-10t. Täydennysosa.
- Terminologian sanasto. Terminologiordlista. Vocabulary of Terminology* (TSK 9-1986). Helsinki: Tekniikan Sanastokeskus.
- Tietoa paniikkikohtauksista* (1991). Upjohn. Espoo: Algol. Lääkeosasto.
- Tirkkonen, Antti. (1985). Psykoosien hoito. *Duodecim* 101:17, 1686–1697.
- Toivanen, Juhani H. & Ani Raiman (1995). Puheen prosodiikka ja sanattomat viestit. *Duodecim* 111:7, 606–610.
- Toivonen, Veli-Matti & Matti Kiviaho (1998). *Tässä suhteessa. Erilaisuus, yhteys ja yhteistyö. NLP vuorovaikutuskirja*. Jyväskylä: Gummerus.

- Tofonen, Juha (1997). Oikeustiede tieteenä. Teoksessa: Minun metodini, 299–301. Toim. Juha Häihä. Helsinki: WSOY Lakitieto Oy.
- TSK 9-1986 = *Terminologian sanasto*.
- Tuomainen, Raimo, Markku Myllykangas, Jyrki Elo & Olli-Pekka Ryyänen (1999). *Medikalisaatio – aikamme sairaus*. Helsinki: Vastapaino.
- Tähkä, Veikko (1977). *Potilas-lääkärisuhde*. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto.
- Uimonen, Minna (1999). *Hermostumisen aikakausi: Neuroosit 1800- ja 1900-lukujen vaihteen suomalaisessa lääketieteessä*. Helsinki: Suomen Historiallinen Seura.
- Ullmann, Stephen (1973). *Meaning and Style. Collected Papers*. Oxford: Basil Blackwell.
- Utria, Seppo K. J. (2002). Muutakin apua kuin lääkepurkki. *Helsingin Sanomat* 11.2.2002.
- Vaskilampi, Tuula (1983). Kansanlääkinnän kulttuuriperusta. Teoksessa: *Kansa parantaa*, 61–68. Toim. Pekka Laaksonen & Ulla Piela. Kalevalaseuran vuosikirja 63. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Veivo, Harri & Tomi Huttunen (1999). *Semiotiikka. Merkeistä mieleen ja kulttuuriin*. Helsinki: Edita.
- Wiesc, Ingrid (1984). *Fachsprache der Medizin. Eine linguistische Analyse*. Leipzig: VEB Verlag Enzyklopädie.
- Virittäjä*. Kotikielen seuran aikakauslehti (1931, 1964, 1978 ja 1986). Helsinki: Kotikielen seura, 1897–.
- Wittgenstein, Ludwig (1962 ([1922])). *Tractatus Logico-Philosophicus*. 9. p. London: Routledge & Kegan Paul Ltd.
- Wittgenstein, Ludwig (1981). *Filosofisia tutkimuksia. Alkuteos Philosophische Untersuchungen*. Suom. Heikki Nyman. Juva: WSOY.
- Whorf, Benjamin Lee (1966). *Language, Thought, and Reality: Selected Writings of Benjamin Lee Whorf*. Toim. John B. Carroll. Cambridge: The M.I.T Press.
- Wright, Sue Ellen (1997). Term selection: The initial phase of terminology Management. Teoksessa: *Handbook of Terminology Management, Vol. 1*, 13–23. Toim. Sue Ellen Wright & Gerhard Budin. Amsterdam ym: John Benjamins Publishing Company.
- Vuori, Hannu (1979). *Lääketieteen historia – sosiaalishistoriallinen näkökulma*. Jyväskylä: Gummerus.
- Vuorio, Klaus A, Jukka Aaltonen & Viljo Rökköläinen (1994). C. S. Peircen semiotiikkaan perustuva näkökulma skitsofreeniseen oireeseen. Teoksessa: *Mielen*

malleja. Psykiatrisen tieteen teorian uusia kysymyksiä, 173–191. Toim. Hasse Karlsson. Helsinki: Yliopistopaino.

Wüster, Eugen (1970 [1931]). *Internationale Sprachnormung in der Technik. Besonders in der Electrotechnik (Die nationale Sprachnormung und ihre Verallgemeinerung)*. 3. Auflage. Bonn: Bouvier u. CO. Verlag.

Wüster, Eugen (1985). *Einführung in die Allgemeine Terminologielehre und Terminologische Lexikographie*. 2. Auflage herausg. Vom Fachsprachlichen Zentrum, Handelshochschule Kopenhagen.

Väisänen, Leena & Erkki Väisänen (1994). Masentunut potilas ja hänen perheensä. *Duodecim* 110:3, 333–338.

Yliopisto. Acta Universitatis (2000). 48:4, 3. maaliskuuta. Helsinki: Yliopistopaino.

Keskustelu

Matti O. Huttunen 21.2.2003. Kolmas linja. Helsinki.

KUVIOT

Kuvio 1.	Tetradrimalli.	20
Kuvio 2.	Psykiatrian suhde muihin tieteenaloihin: biologinen ja psykologinen psykiatria sekä sosiaalipsykiatria.	58
Kuvio 3.	Psykiatrian tarkasteluun vaikuttavat tekijät.	82
Kuvio 4.	Täysi- tai tervejärkisyys ja sen vastakohtat.	114
Kuvio 5.	Sairaus ja sen komponentit.	128
Kuvio 6.	Psykiatrian sairausmallit.	198
Kuvio 7.	Biopsykososiaalisen ajattelun mukainen yhteinen vuorovaikutusalue.	208
Kuvio 8.	Kulttuuribiologiseen integraatioon liittyvää käsitteistöä.	209
Kuvio 9.	Olemassaoloon ja sen ongelmatilanteisiin liittyvää käsitteistöä.	224

TAULUKOT

Taulukko 1.	Termiopillisen analyysin tasot.	80
Taulukko 2.	Teorian, tieteen ja todellisuuden tasot psykiatriassa.	83
Taulukko 3.	Ihmismielen eri tasot ja tietokone-analogia.	88
Taulukko 4.	Terminologisen ja tieteenteoreettisen analyysin tasot psykiatriassa.	203
Taulukko 5.	Ilmiöt, joihin mielenterveyden häiriö käsitteenä viittaa, näiden käsitteiden luonne ja häiriöiden syitä ilmaisevat käsittepiirteet.	214
Taulukko 6.	Psykiatrian yksisanaisten johdos- ja yhdyssanadiagnoosien oma- ja vierasperäisyys (%).	251
Taulukko 7.	Kansainväliseen ICD-10-järjestelmään (1995) perustuva luokitus-hierarkia.	266
Taulukko 8.	Abstraktio- eli yleisyystasot.	278

LIITE 1

Esimerkkejä ICD-10:n (1995) luokituksen tärkeinä pidetyistä, kolmimerkkisesti koodatuista psykiatrisista diagnooseista:

- F01 *verisuoniperäinen dementia*
- F04 *elimellinen amnestinen oireyhtymä, joka ei ole alkoholin eikä muiden psyykeen vaikuttavien aineiden aiheuttama*
- F32 *masennustila*
- F09 *määrittämätön elimellinen tai oireenmukainen (muun elimistön sairauden seurauksena esiintyvä) mielenterveyden häiriö*
- F20 *skitsofrenia*
- F24 *indusoitunut harhaluuloisuus (jaettu harhaluuloisuus)*
- F30 *mania*
- F32 *masennustila*
- F42 *pakko-oireinen häiriö*
- F64 *sukupuoli-identiteetin häiriö*
- F70–F73 *lievä (keskivaikea, vaikea, syvä) älyllinen kehitysvammaisuus*
- F82 *motoriikan kehityshäiriö*
- F99 *tarkemmin määrittämätön mielenterveyden häiriö*

LIITE 2

Psyykensisäisiin tapahtumiin viittaavia termejä [termin sijainti ICD-luokituksessa (1995) käy ilmi jäljessä olevasta indeksistä]:

*ahdistushysteria*_{ICD-10, 211}
*ahdistusneuroosi*_{ICD-10, 210}
*ahdistusreaktio*_{ICD-10, 210}
*ahdistustila*_{ICD 10, 210}
*ammattineuroosi*_{ICD-10, 218}
*depersonalisaatiohäiriö (minuudenkatohäiriö)*_{DSM-III-R, 36, 77}
*frigiditeetti*_{ICD-10, 221}
*harhaluuloisuushäiriö*_{ICD-10, 200; DSM-III-R, 28}
*identiteettihäiriö*_{ICD-10, 241; DSM-III-R, 61}
*kahvikuppineuroosi*_{ICD-10, 209}
*kannabisriippuvuus*_{DSM-III-R, 49}
*korvausneuroosi*_{ICD-10, 231}
*kulttuurisokki*_{ICD-10, 213}
*laihuushäiriö*_{ICD-10, 218; DSM-III-R, 52}
*mania*_{ICD-10, 203}
*masennustila*_{ICD-10, 205}
*masokismi*_{ICD-10, 230}
*nymfomania*_{ICD-10, 222}
*näpistelyhimo*_{ICD-10, 228; DSM-III-R, 60}
*orgasmivatkeus*_{ICD-10, 222}
*painajaisunet*_{ICD-10, 221}
*pakkovaellus*_{DSM-III-R, 33}
*paniikkihäiriö*_{DSM-III-R, 78}
*persoonallisuushäiriö*_{ICD-10, 224; DSM-III-R, 38}
*rajatilapersoonallisuus*_{ICD-10, 225}
*rajatilaskitsofrenia*_{ICD-10, 200}
*rajatilatyyppe*_{ICD-10, 75}
*sadismi*_{ICD-10, 230}
*sadomasokismi*_{ICD-10, 230}
*sanakuurous*_{ICD-10, 234}
*sisaruskateus(häiriö)*_{ICD-10, 241; DSM-III-R, 69}
*rajatilamustasukkaisuus*_{ICD-10, 241}
*sivupersoonahäiriö*_{ICD-10, 74; DSM-III-R, 33}
*skitsofrenia*_{ICD-10, 198; DSM-III-R, 78}
*unihäiriö*_{DSM-III-R, 53}

LIITE 3

Tutkimusaineiston yksisanaiset diagnoosit:

- ahdistushysteria* ICD-10, 211
ahdistusneuroosi ICD-10, 210
ahdistusreaktio ICD-10, 210
ahdistustila ICD-10, 210
ahmimishäiriö ICD-10, 219; DSM-III-R, 54
alkoholiaistiharhaisuus ICD-10, 210; DSM-III-R, 17
alkoholidementia DSM-III-R, 16
alkoholiharhaluuloisuus ICD-10, 192
alkoholiparanoia ICD-10, 192
alkoholiriippuvuus DSM-III-R, 48
amfetamiiniriippuvuus DSM-III-R, 49
ammattineuroosi ICD-10, 218 (esim. kirjoituskouristus)
balbuties ICD-10, 245
debiliteetti ICD-10, 232 (vanh. nimitys)
delirium DSM-III-R, 20
dementia DSM-III-R, 19, 21
depersonalisaatiohäiriö (minuudenkatohäiriö) DSM-III-R, 36, 77
dissosiaatiohäiriö(t) [konversiohäiriö(t)] ICD-10, 213; DSM-III-R, 33
dysmorfofobia (epämuotoisuuskammo) ICD-10, 216
eläinkammo ICD-10, 209
epämuotoisuuskammo (dysmorfofobia) ICD-10, 216
eroahdistushäiriö ICD-10, 211; DSM-III-R, 56
frigiditeetti ICD-10, 221
frotteurismi (hankaaminen, kihluttaminen) ICD-10, 230
hankaaminen (frotteurismi) ICD-10, 230
hallusinogeeniriippuvuus DSM-III-R, 49
harhaluuloisuushäiriö ICD-10, 200; DSM-III-R, 28
hebefrenia ICD-10, 199
heikkomielisyys ICD-10, 232 (vanh. nimitys)
hypokondria ICD-10, 216
hypomania DSM-III-R, 74
hysteria ICD-10, 213
identiteettihäiriö ICD-10, 241; DSM-III-R, 61
idiotia ICD-10, 232 (vanh. nimitys)
imbessilliteetti ICD-10, 232 (vanh. nimitys)
juoppohulluus (delirium tremens) ICD-10, 192; DSM-III-R, 16
jäännösskitsofrenia (residuaalinen skitsofrenia) ICD-10, 199
kahvikuppineuroosi ICD-10, 209
kannabisriippuvuus DSM-III-R, 49
karvojennypimishäiriö ICD-10, 228
kasteluhäiriö DSM-III-R, 55
kausijuoppous ICD-10, 192
kihluttaminen (frotteurismi) ICD-10, 230
kleptomania (näpistelyhimo) ICD-10, 288; DSM-III-R, 60
kokaiinipäihtymys DSM-III-R, 77
kokaiiniriippuvuus DSM-III-R, 49
konversiohysteria ICD-10, 213
konversiohäiriö (dissosiaatiohäiriö) ICD-10, 213; DSM-III-R, 33
konversioreaktio ICD-10, 213
korvausneuroosi ICD-10, 231
koulufobia DSM-III-R, 57
koulupinnaus ICD-10, 239
kulttuurisokki ICD-10, 213
käytöshäiriö(t) ICD-10, 239; DSM-III-R, 59
laihuushäiriö ICD-10, 218; DSM-III-R, 52
laitostumisoireyhtymä ICD-10, 242
liimanhaistelu DSM-III-R, 77
lobotomiaoireyhtymä ICD-10, 190
lääkeabstinenssi DSM-III-R, 77
lääkeriippuvuus DSM-III-R, 49
mania ICD-10, 203
masennustila ICD-10, 205
masokismi ICD-10, 230
MBD-oireyhtymä DSM-III-R, 77
minuudenkatohäiriö (depersonalisaatiohäiriö) DSM-III-R, 77
moni-infarktidementia ICD-10, 186
morfiniismi DSM-III-R, 77

- narkomania (päihderiippuvuus)* ICD-10, 193–194, 197; DSM-III-R, 48
- nekrofilia (sukupuolinen kiinnostus ruumiisiin)* ICD-10, 230
- nykimishäiriöt* ICD-10, 242
- nymfomania* ICD-10, 222
- näpistelyhimo (kleptomania)* ICD-10, 228; DSM-III-R, 60
- oneirofrenia* ICD-10, 201
- opiaattiriippuvuus* DSM-III-R, 49
- orgasmivaikeus* ICD-10, 222
- otsalohko-oireyhtymä* ICD-10, 190
- painajaisunet* ICD-10, 22
- pakkovaellus* DSM-III-R, 33
- paniikkihäiriö* DSM-III-R, 78
- parafrenia* ICD-10, 200
- pelihimo* ICD-10, 227; DSM-III-R, 59
- persoonallisuushäiriö(t)* ICD-10, 224; DSM-III-R, 38
- pica(-oireyhtymä)* DSM-III-R, 55, 78
- psykastenia* ICD-10, 218
- pulaatteluhäiriö (ruminatio)* ICD-10, 244; DSM-III-R, 55
- päihderiippuvuus (narkomania)* ICD-10, 193–195, 197; DSM-III-R, 48
- päihtymystilat* DSM-III-R, 50
- päiväkastelu* DSM-III-R,
- rajatilapersoonallisuus* ICD-10, 225
- rajatilaskitsofrenia* ICD-10, 200
- rajatilatyypit* ICD-10, 75
- riippuvuusoireyhtymä* ICD-10, 192, 194 jne.
- ruminatio (pulaatteluhäiriö)* ICD-10, 244; DSM-III-R, 55
- ryhmärikollisuus* ICD-10, 239
- sadismi* ICD-10, 230
- sadomasokismi* ICD-10, 230
- sammallus* ICD-10, 234
- sanakuurous* ICD-10, 234
- satyriaasi* ICD-10, 222
- sisaruskateus(häiriö)* ICD-10, 241; DSM-III-R, 69
- sisarusmustasukkaisuus* ICD-10, 241
- sivupersoonahäiriö* ICD-10, 74; DSM-III-R, 33
- skitsofrenia* ICD-10, 198; DSM-III-R, 78
- sokellus* ICD-10, 245; DSM-III-R, 52
- somatisaatiohäiriö* DSM-III-R, 37
- sopeutumishäiriö(t)* DSM-III-R, 56
- sukupuolenvaihtohalu (transseksualismi)* ICD-10, 228; DSM-III-R, 45, 79
- syömishäiriö(t)* ICD-10, 218
- tarkkaavaisuushäiriö* DSM-III-R, 62
- tinnerinhaistelu* DSM-III-R, 79
- torikauhu* DSM-III-R, 79
- transseksuaalisuus, transseksualismi (sukupuolenvaihtohalu)* ICD-10, 228; DSM-III-R, 45, 79
- transvestismi* DSM-III-R, 79
- tuhopolttohimo* ICD-10, 227; DSM-III-R, 60
- tuhriminen* DSM-III-R, 55
- tupakkariippuvuus* DSM-III-R, 50
- tylsämielisyys* ICD-10, 232 (vanh. nimitys)
- uhmakuushäiriö* ICD-10, 240; DSM-III-R, 60
- uneliaisuus* DSM-III-R, 79
- unettomuus* DSM-III-R, 79
- unihäiriö* DSM-III-R, 53
- unilääkepäihtymys* DSM-III-R, 79
- unissakävely(häiriö)* ICD-10, 220; DSM-III-R, 78
- vainoharhaisuus* DSM-III-R, 79
- vieroitusoireet* DSM-III-R, 18
- voyerismi* DSM-III-R, 79
- vähämielisyys* ICD-10, 232 (vanh. nimitys)
- yökastelu* DSM-III-R, 79
- änkytys* ICD-10, 245; DSM-III-R, 52
- ääntämishäiriö* ICD-10, 233

LIITE 4

Tutkimusaineiston yksisanaiset yhdistämättömät diagnoosinimikkeet:

Suomenkieliset johdokset:

hankaaminen
kihnuttaminen
sammallus
sokellus
tuhriminen
uneliaisuus
unettomuus
änkytys

Vierassanat (merkitykset poimittu *Psykiatrian sanastosta, Lääketieteen termit -teoksesta ja Lääketieteen Sanakirjasta*):

balbuties 'änkytys'
delirium 'sekavuus- tai houretila'
dementia 'tylsistyminen'
frigiditeetti '(naisen) sukupuolinen kylmyys'
frotteurismi 'hieromisen halu'
hypokondria 'luulosairaus'
hypomania 'lievä mania, lisääntynyt toimeliaisuus'
hysteria (vrt. dissosiaatiohäiriö, konversiohäiriö)
mania 'kiihko, vimma'
masokismi 'itseensä kohdistuvan seksuaalisen julmuuden halu'
morfinismi 'morfiinin käyttö huumeena'
ruminatio 'pulaatteluhäiriö'
sadismi 'halu aiheuttaa toisissa kipua pahoinpitelemällä, kiduttamalla tai nöyryyttämällä seksuaalisesti, ruumiillisesti tai psyykkisesti ja siitä saatava nautinto'
satyriaasi 'miehen hyperseksuaalisuus'
transseksuaalisuus 'sukupuolenvaihtohalu'
transvestismi 'seksuaalinen naiseksipukeutumisen halu'
voyerismi 'seksuaalinen tirkistelyhäiriö'

LIITE 5

Tutkimusaineiston suomenkieliset tai suomeen mukautuneet yksisanaiset yhdyssana-
diagnoosit:

<i>ahdistustila</i>	<i>sisarusmustasukkaisuus</i>
<i>ahnimishäiriö</i>	<i>sopeutumishäiriö(t)</i>
<i>alkoholiaistiharhaisuus</i>	<i>sukupuolenvaihtohalu</i>
<i>alkoholiharhaluuloisuus</i>	<i>syömishäiriö(t)</i>
<i>alkoholiriippuvuus</i>	<i>tarkkaavaisuushäiriö</i>
<i>eläinkammo</i>	<i>torikaudu</i>
<i>epämuotoisuuskammo</i>	<i>tuhopolttohimo</i>
<i>eroahdistushäiriö</i>	<i>tupakkariippuvuus</i>
<i>harhaluuloisuushäiriö</i>	<i>tylsämielisyys (vanh.)</i>
<i>heikkomielisyyys (vanh.)</i>	<i>uhmakkuushäiriö</i>
<i>juoppohulluus</i>	<i>unihäiriö</i>
<i>karvojennypimishäiriö</i>	<i>unilääkepäihtymys</i>
<i>kasteluhäiriö</i>	<i>unissakävely(häiriö)</i>
<i>kausijuoppous</i>	<i>vainoharhaisuus</i>
<i>koulupinnaus</i>	<i>vieroitusoireet</i>
<i>käytöshäiriö(t)</i>	<i>vähämielisyys (vanh.)</i>
<i>laihuushäiriö</i>	<i>yökastelu</i>
<i>laitostunisoireyhtymä</i>	<i>ääntämishäiriö</i>
<i>liimanhaistelu</i>	
<i>lääkeriippuvuus</i>	
<i>masennustila</i>	
<i>minuudenkatohäiriö</i>	
<i>nykimishäiriö(t)</i>	
<i>näpistelyhimo</i>	
<i>otsalohko-oireyhtymä</i>	
<i>painajaisunet</i>	
<i>pakkovaellus</i>	
<i>pelihimo</i>	
<i>pulautteluhäiriö</i>	
<i>päihderiippuvuus</i>	
<i>päihtymystila</i>	
<i>päiväkastelu</i>	
<i>rajatilatyyppi</i>	
<i>riippuvuusoireyhtymä</i>	
<i>ryhmärikollisuus</i>	
<i>sanakuurous</i>	
<i>sisaruskateus(häiriö)</i>	

LIITE 6

Tutkimusaineiston yhdyssanadiagnoosit:**osittain tai kokonaan vierasperäiset yksisanaiset yhdyssanadiagnoosit:**

Laina-aines yhdyssanan perusosana:

ahdistushysteria
ahdistusneuroosi
ahdistusreaktio
alkoholidementia
alkoholiparanoia
ammattineuroosi
jäännöskitsofrenia
kahvikuppineuroosi
korvausneuroosi
koulufobia
kulttuurisokki
lääkeabstinenssi
rajatilapersoonallisuus
rajatilaskitsofrenia
moni-infarktidentia
amfetamiiniriippuvuus

Laina-aines yhdyssanan määriteosana:

depersonalisaatiohäiriö
dissosiaatiohäiriö(t) eli *konversiohäiriö(t)*
hallusinogeeniriippuvuus
identiteettihäiriö
kokaiinipäihtymys
kokaiiniriippuvuus
lobotomiaoireyhtymä
MBD-oireyhtymä
opiaattiriippuvuus
orgasmivaikeus
paniikkihäiriö
persoonallisuushäiriö(t)
pica-oireyhtymä
somatisaatiohäiriö
tinnerinhaistelu

Täysin vierasperäiset yhdyssanadiagnoosit:

dysmorfofobia (syn. *epämuotoisuuskammo*)
hebefrenia 'skitsofrenian krooninen muoto; ominaista huomattava ajattelun ja käyttäytymisen hajanaisuus sekä tunneilmaisun puuttuminen tai asiaankuulumattomuus'
kleptomania (syn. *näpistelyhimo*)
konversiohysteria (PsS: ilmenee fyysisinä oireina, joihin ei liity rakenteellista vikaa, tai – –)
konversioreaktio
narkomania (syn. *päihderiippuvuus*)
nekrofilia 'seksuaalinen häiriö, jossa henkilö saa tyydytyksen vain yhdynnässä ruumiin kanssa'
nymfomania 'naisen hyperseksuaalisuus'
oneirofrenia (LS: 'eräs jakomielitaudin muoto')
parafrenia (PsP: epätasallinen termi, jota joskus käytetään psykoottisesta tilasta, jolle on ominaista vankka harhaluulojärjestelmä, tai – –)
psykastenia (LT: 'psykkinen heikkous tai väsymys')
sadomasokismi 'samanaikainen sadististen ja masokististen piirteiden esiintyminen'
satyriaasi 'michen hyperseksuaalisuus'
skitsofrenia

LIITE 7

Älylliseen kehitysvammaisuuteen tai psyykkisen kehityksen häiriöihin viittaavien yleiskielen *hölmön, tyhmän, tylsän ja typerän* slangivastineet Kaarina Karttusen *Nykyslangin sanakirjan (1979)* mukaan:

aivo, aivoton, avuton, bimbo, ceepee, CP, crazy, debiili, dille, dingdong, doing-doing, dorga, dorka, hidas, huuhaa, huuko, hönö, imbesilli, infantili, inva, invis, kuuli, kaheli, kahelo, kahju, kaho, kaista, kajahtanut, kako, kakslatvainen, kipsi, korni, kreisi, kusipäinen, köyhä, läski, löysä, moka, mulkku, mälli, mälsä, mälvä, mäntti, nuija, onnellinen, pimeä, pipi, pälli, rokko, simppeli, skitso, tajuton, tauhka, tauhko, taukki, torvi, tymä, töppö, törppö, törttö, töyssy, töö, tööt, töötti, tööt-tööt, uuno, vajaa, vamma, visva ja älyvapaa

LIITE 8

ICD-10-tautiluokituksen (1995) mielialahäiriöt eli affektiiviset häiriöt ja niiden pääkohtien luonnehdinnat:**Mielialahäiriöt (F30–F39)**

Perusoireena on mielialan muutos, joko masennus (johon saattaa liittyä ahdistuneisuutta) tai haltioituminen. Mielialan muutokseen liittyy tavallisesti muutos koko toiminnallisuuden tasossa. Suurin osa muista oireista on joko mielialan tai toiminnallisuuden muutoksesta johtuvia tai niihin liittyviä. Monet näistä häiriöistä ovat taipuvaisia toistumaan. Yksittäisten jaksojen alku voidaan usein jäljittää rasittaviin tapahtumiin tai tilanteisiin.

F30 *Mania*

Kaikkia tämän luokan alajaotuksia pitäisi käyttää vain yhden vaiheen määrittämiseen. Hypomaaniset ja maaniset vaiheet yksilöillä, joilla on ollut yksi tai useampia mielialahäiriövaiheita (masennus, hypomania, mania tai sekamuoto), pitäisi luokitella kaksisuuntaiseksi mielialahäiriöksi (F31).

F30.1 *Lievä mania* [oireita selostettu tarkemmin, ks. ICD-10, 1995: 203]

F30.2 *Mania ilman psykoottisia oireita* [vrt. ed., mp. 204]

F30.3 *Mania johon liittyy psykoottisia oireita* [vrt. ed., mp. 204]

F30.4–F30.7 [puuttavat luokitukselta]

F30.8 *Muu määritetty mania*

F30.9 *Määrittämätön mania*

F31 *Kaksisuuntainen mielialahäiriö*

Häiriössä esiintyy kaksi tai useampia jaksoja, joiden aikana mieliala ja toiminnallisuuden taso ovat merkittävästi häiriintyneet. Toisinaan mieliala on kohonnut ja tarmo ja toimeliaisuus lisääntyneet (hypomania ja mania), toisinaan mieliala on laskenut ja tarmo ja toimeliaisuus vähentyneet (masennus). Pelkät toistuvat hypomania- ja manijaksot luokitetaan kaksisuuntaisiin mielialahäiriöihin (F31.8).

F31.0 *Kaksisuuntaisen mielialahäiriön lievä maaninen (hypomaaninen) jakso* [oireita selostettu tarkemmin, ks. ICD-10, 1995: 204]

F31.1 *Kaksisuuntaisen mielialahäiriön maaninen jakso ilman psykoottisia oireita* [vrt. ed., mp. 204]

F31.2 *Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykoottinen maaninen jakso* [vrt. ed., mp. 204]

F31.3 *Kaksisuuntaisen mielialahäiriön lievä tai kohtalainen masennusjakso* [vrt. ed., mp. 205]

F31.4 *Kaksisuuntaisen mielialahäiriön vaikea masennusjakso ilman psykoottisia oireita* [vrt. ed., mp. 205]

F31.5 *Kaksisuuntaisen mielialahäiriön vaikea psykoottinen masennusjakso* [vrt. ed., mp. 205]

F31.6 *Kaksisuuntaisen mielialahäiriön sekamuotoinen jakso* [vrt. ed., mp. 205]

F31.7 *Kaksisuuntaisen mielialahäiriön elpymävaihe (remissio)* [vrt. ed., mp. 205]

F31.8 *Muut määritetyt kaksisuuntaiset mielialahäiriöt*

F31.9 *Määrittämätön kaksisuuntainen mielialahäiriö*

F32 *Masennustila*

Tyypillisessä lievässä, kohtalaisessa tai vaikeassa masennustilassa henkilö kärsii mielialan laskusta sekä tarmon ja toimeliaisuuden puutteesta. Kyky nauttia, tuntea mielenkiintoa ja keskittyä on heikentynyt, ja pienikin ponnistus johtaa uupumukseen. Tavallisesti uni on häiriintynyt ja ruokahalu vähentynyt. Itsetunto ja itseluottamus ovat melkein aina laskeneet, ja jopa lievässä masennuksessa esiintyy usein syyllisyyden tai arvottomuuden tunteita. Mieliala ei päivittäin juuri vaihtele, ja se on olosuhteista riippumaton. Mukana saattaa olla ns. somaattisia oireita, joita ovat mielenkiinnon ja mielihyvän menettäminen, herääminen aamuisin monta tuntia tavanomaista aiemmin, masennuksen paheneminen aamuisin, huomattava psykomotorinen hidastuminen, kiihtymys, ruokahalun puute, painon lasku ja seksuaalisen halukkuuden väheneminen. Oireiden määrän ja vaikeuden perusteella masennustila voidaan määrittää lieväksi, kohtalaiseksi tai vaikeaksi.

F32.0 *Lievä masennustila* [oireita selostettu tarkemmin, ks. ICD-10, 1995: 206]

- F32.1 *Keskivaikea masennustila* [vrt. ed., mp. 206]
 F32.2 *Vaikea masennustila ilman psykoottisia oireita* [vrt. ed., mp. 206]
 F32.3 *Vaikea, psykoottinen masennustila* [vrt. ed., mp. 206]
 F32.4–F32.7 [puuttuvat luokituksesta]
 F32.8 *Muut määritetyt masennustilat*
 F32.9 *Määrittämätön masennustila*
- F33 *Toistuva masennus*
 Häiriölle ovat ominaisia toistuvat F32:n kaltaiset masennustilat, joihin ei liity itsenäisiä kohonneen mielialan ja lisääntyneen tarmokkuuden vaiheita (maniaa). Välittömästi masennusjakson jälkeen saattaa kuitenkin esiintyä lyhyitä lievästi kohonneen mielialan ja lievän yliaktiivisuuden jaksoja (hypomaniaa), jotka voivat joskus olla hoidon aiheuttamia. Toistuvan masennuksen vakavammat muodot (F33.2 ja F33.3) muistuttavat paljon sellaisia aiempia käsitteitä kuin maanis-depressiivinen masennus, melankolia ja endogeeninen masennus. Ensimmäinen jakso voi esiintyä missä iässä tahansa lapsuudesta vanhuuteen, alku voi olla äkillinen tai vähittäinen, ja kesto vaihtelee muutamasta viikosta useisiin kuukausiin. Toistuvaa masennusta sairastavan potilaan vaara sairastua maniaan ei koskaan häviä, vaikka masennusjaksoja on useita. Jos maaninen vaihe ilmenee, diagnoosi pitäisi vaihtaa kaksisuuntaiseksi mielialahäiriöksi (F31).
 Kaamosmasennus
 F33.0 *Toistuvan masennuksen lievä masennusjakso* [oireita selostettu tarkemmin, ks. ICD-10, 1995: 207]
 F33.1 *Toistuvan masennuksen keskivaikea masennusjakso* [vrt. ed., mp. 207]
 F33.2 *Toistuvan masennuksen vaikea masennusjakso ilman psykoottisia oireita* [vrt. ed., mp. 207]
 F33.3 *Toistuvan masennuksen vaikea, psykoottinen masennusjakso* [vrt. ed., mp. 207]
 F33.4 *Toistuvan masennuksen elpymävaihe (remissio)* [vrt. ed., mp. 207]
 F33.5–F33.7 [puuttuvat luokituksesta]
 F33.8 *Muu määritetty toistuva masennus*
 F33.9 *Määrittämätön toistuva masennus*
- F34 *Pitkäaikaiset mielialahäiriöt*
 Jatkuvia ja tavallisesti vaihtelevia mielialahäiriöitä, joiden useimmat yksittäiset jaksot eivät ole niin vaikeita, että niitä voisi kuvata lieviksi manioiksi tai lieviksi masennusjaksoiksi. Koska ne kestävät vuosia ja joskus lähes suurimman osan henkilön aikuisikä, ne aiheuttavat huomattavaa kärsimystä ja vajaakykyisyyttä. Joissakin tapauksissa jatkuvan mielialahäiriön ohelle voi ilmaantua toistuvia tai yksittäisiä mania- tai masennusjaksoja.
 F34.0 *Mielialan aaltoiluhäiriö (syklotymia)* [oireita selostettu tarkemmin, ks. ICD-10, 1995: 208]
 F34.1 *Pitkäaikainen masennus* [vrt. ed., mp. 208]
 F34.2–F34.7 [puuttuvat luokituksesta]
 F34.8 *Muut määritetyt pitkäaikaiset mielialahäiriöt*
 F34.9 *Määrittämätön pitkäaikainen mielialahäiriö*
- F35–F37 [puuttuvat luokituksesta]
- F38 *Muut mielialahäiriöt*
 Mielialahäiriöt, joita ei voida luokitaa F30–F34:ään, koska ne eivät ole kyllin vaikeita tai pitkäkestoisia.
- F39 *Määrittämätön mielialahäiriö*

LIITE 9

Psykiatrian Sanaston (1995) masentuneisuudelle (hakusanana en depression) esittämät alalajit ja oirekuvaukset:**äkillinen masentuneisuus (melankolia, raskasmielisuus, alakuloisuus, apeus, surumielisuus)**

vakavan masentuneisuuden rajoittunut muoto, oireina muuttunut psykomotorinen toiminta, mielialan voimakas ja jatkuva laskeminen ympäristön muutoksista riippumatta, masentavat itseä syyttävät harhaluulot, kiinnostuksen menettäminen mielihyvää tuottaviin asioihin, merkittävä painon lasku ja keskittymiskyvyttömyys; oireet voimakkaampia yleensä aamuisin ja varhainen herääminen on melankolisten vakavan masentuneisuuden jaksojen ominainen piirre

agitoitunut depressio

ks. involuutiomelankolia; surkastumisesta johtuva melankolia; Emil Kraepelinin termi, jolla hän kuvasi naisilla vaihdevuosi-ään jälkeen ja miehillä myöhäisessä aikuisiässä alkavaa depressiota; termiä on käytetty yhä kuvaamaan myöhäisessä iässä alkavaa mielialahäiriötä

vaihdevuosiin liittyvä melankolia

ks. involuutiomelankolia

rappautumiseen liittyvä melankolia

ks. involuutiomelankolia

vainoharhainen melankolia

masentuneisuus, johon liittyy vainoharhaisia, yleensä syyttäviä osatekijöitä; ks.

involuutiomelankolia**levoton masentuneisuus**

huomattavaa levottomuutta ja lisääntyntä psykomotorista toimintaa

ambivalenttinen masentuneisuus

kaksijakoinen masentuneisuus, jossa vastakkaiset tunteet esiintyvät samanaikaisesti

anakiittinen masentuneisuus

varhaislapsuuden masentuneisuus, joka seuraa muutaman kuukauden pituisestä jatkuvasta erosta pääasiallisesta hoitajasta (yleensä äidistä); oireina mm. ruokahaluttomuus, unihäiriöt sekä fyysisen ja psyykkisen kehityksen pysähtyminen; häiriö peruuntuu, jos hyvä äiti-lapsi-suhde palautuu kolmen kuukauden kuluessa oireiden alkamisesta

pakkomielleinen masentuneisuus

viittaa apeuteen tai masentuneisuuteen, johon liittyy jännittyneisyys, hämmentyneisyys, levottomuus sekä pakkomielleitä ja vainoharhaisia ajatuksia, jotka ilmenevät henkilöillä, joiden sairautta edeltänyt persoonallisuus on ollut joustamaton ja pakkomielleinen

tilannemasentuneisuus**kehämasentuneisuus****sekava masentuneisuus, involuutiodepressio**

ks. psychosis, involutional

synkkämielinen masentuneisuus**postpsykoottinen masentuneisuus**

seuraa akuuttia skitsofreniajaksoa: selitetty skitsofreenista hajaantumista seuraavaksi normaaliksi reaktioksi, skitsofrenian neuroleptihoidon sivuvaikutukseksi, aiemmin skitsofrenian varjoon jääneeksi mielialahäiriöksi ja psykoterapian paljastamaksi potilaan rajallisuudeksi ihmissuhteiden hoidossa

psykoneuroottinen masentuneisuus

ks. reaktiivinen masentuneisuus, dystyyminen häiriö, neuroottinen alakuloisuus tai masentuneisuus

psykoottinen masentuneisuus

vakava masentuneisuus, johon liittyy selvä todellisuuden väärä tulkinta (myös aistiharhoja ja harhaluuloja); potilaalla ei aiemmin todettu masentuneisuutta tai huomattavia mielialan vaihteluja, mutta voimakkuudeltaan psykoottiset oireet ovat reaktiivisia eli liittyvät johonkin aikaisemmin koettuun

reaktiivinen masentuneisuus

masentuneisuuden tila, joka on suoraan paikallistettavissa johonkin ulkoiseen tilanteeseen ja poistuu ulkoisen tilanteen muuttuessa

unipolaarinen depressio

vakava masentuneisuus, johon ei liity maanisia jaksoja

tarkemmin määrittelemätön masentuneisuushäiriö

masentuneisuuden oireet eivät täytä vaikea-asteisen masentuneisuushäiriön, dystyymisen häiriön tai sopeutumishäiriön kriteerejä; voivat liittyä esim. naisilla kuukautiskiertoon, olla lyhytaikaisia tai olla jonkin psykoosin jälkitila

depressiivinen positio

Melanie Kleinin termi, joka kuvaa lapsen psyykkisen kehityksen vaihetta, joka seuraa paranoidis-
skitsoidista vaihetta. Se on voimakkaimmillaan kuuden kuukauden iässä. Lapsen ego vahvistuu ja kykenee integroimaan ja tekemään synteesejä. Lapsi alkaa tällöin pelätä vahingoittaneensa äitiään vihamielisillä ja sadistisilla mielikuvillaan ja haluaa hyvittää. Lapsi näkee äidin sekä hyvänä että pahana, vihattavana ja rakastettavana.

kaksoismasentuneisuus

vakavaa masentuneisuutta on edeltänyt lievä masentuneisuuden jakso (dystyyminen häiriö), joka on kestänyt vähintään kaksi vuotta

LIITE 10

Masennus Lääketieteen termit -suursanakirjassa ja Lääketieteen Sanakirjassa:**Lääketieteen termit (1999):**

masennus masennustila, masentuneisuus, alakuloisuus, depressio
mielentila, jolle on ominaista mm. alakuloisuus, aloitekyvyn puute, väsymys ja unihäiriöt; ks. myös
kaksisuuntainen mielialahäiriö, sopeutumishäiriö, pitkäaikainen masennus

ankliittinen masennus/depressio (*depressio anaclitica*)

varhaislapsuudessa (n. 6–24 kk:n iässä) ilmenevä masennus seurauksena muutaman
kuukauden pituisesta erosta pääasiallisesta hoitajasta (yleensä äidistä), oireina mm.
ruokahaluttomuus, unihäiriöt sekä fyysisen ja psyykkisen kehityksen pysähtyminen
epätypillinen masennus (*depressio atypica*)

vuodenaikamasennus (*depressio de tempore anni dependens*)

masennus, jonka oireet pahenevat vuodenaikojen mukaan

kaamosmasennus (*depressio hiemalis*) / **talvimasennus**

masennus jonka oireet pahenevat talvella (vuodenaikamasennuksen alamuoto)

kaksinkertainen masennus (*depressio duplex*)

tila, jossa pitkäaikaisen lievän masennuksen ohella esiintyy lyhytaikaisempi vakava
masennustila

endogeeninen masennus / sisäsyntyinen masennus (*depressio endogenes*)

vakava masennus, joka erään käsityksen mukaan on biologispohjainen;

vrt. reaktiivinen masennus

vakava masennustila (*depressio mentis gravis*)

psyykkinen häiriö, jota luonnehtivat lähes päivittäin mielialan masentuneisuus, unihäiriöt,
syyllisyyden tunteet ja kuoleman ajatukset

neuroottinen depressio (*depressio neurotica*)

ks. pitkäaikainen masennus

skitsofrenian jälkeinen masennus (*depressio postschizophrenica*)

reaktiivinen masennus (*depressio reactiva*)

menetyksen tai muun tapahtuman aiheuttama masennus; vrt. endogeeninen/sisäsyntyinen
masennus

toistuva masennus (*depressio recurrens*)

pitkäaikainen masennus (*neurosis depressiva*)

krooninen masentuneisuus, masennusneuroosi, **depressiivinen neuroosi/persoonallisuus**, dystymia
neuroosin tasoinen vuosia kestävä psyykkinen häiriö, jolle ovat ominaisia mielen masentuneisuus,
unihäiriöt, ruokahalun muutokset, voimattomuus ja keskittymisvaikeudet; vrt. **masennus**

Lääketieteen Sanakirja (1976):

depressio

(painuma, laskeuma, sisäänkääntymä); **masennus, alakuloisuus**; (alipaine)

(kaihimiökiön alaspainaminen; kohdunlaskeuma, kohdun sisäänkääntymä)

sisäsyntyinen masennus

sielusyntyinen masennus

oireellinen alakuloisuus

masennustila, johon liittyy pelokas itsensä tarkkailu ja parantumattomien

sairauksien epäily

ehtymisikäisen masentuneisuus

ulkopuolisten järkytysten aiheuttama masennus