

Sairas, levoton vai surullinen?

Allen Frances ja mielenterveysongelmien luokittelun haasteet

Teksti: Jani Kaaro, 2.8.2018

Paulon Säätiön XXIX kansainvälinen lääketieteellinen symposium – *Too Much Medicine*



Autististen lasten määrä nelikymmenkertaistui Yhdysvalloissa 2000-luvulla. Samalla ADHD-tapaukset lisääntyivät yli neljäkymmentä prosenttia. Yhä useammalla lapsella oli kaksisuuntainen mielialahäiriö, jota ei aiemmin todettu lapsilla koskaan.

Psykiatrian professori Allen Frances seurasi tilannetta huolestuneena. Hänellä oli aavistus häiriöepidemian syistä – ja huono omatunto.

Jos pitäisi valita mieleenpainuva terveyskeskustelu 2000-luvun ensimmäisiltä vuosikymmeniltä, hyvä ehdokas olisi autismi. Autismia on luultavasti ollut niin kauan kuin ihmisiäkin, mutta 2000-luvun alussa keskusteluun autismista ilmaantui pelon elementti. Autismi nimittäin vaikutti lisääntyvän, vastustamattomasti ja selittämättömästi. Vielä vuonna 2000 autismiin sairastui Yhdysvalloissa vain yksi lapsi sadastaviidestäkymmenestä. Vuonna 2008 määrä oli kuitenkin jo yksi 88:aa kohti, ja vuonna 2016 siihen sairastui yksi 68 lapsesta^{1,2}. Suunta oli jokseenkin sama kaikkialla länsimaissa.

Mistä autismin lisääntyminen johtui? Mitä sellaista oli tapahtunut viime vuosikymmeninä, mikä aiheutti lukujen nopean kasvamisen?

Vuosien mittaan on kuultu monenlaisia hypoteeseja. Ehkä kyseessä ovat virukset? Tai ravinnon gluteiini ja kaseiini? Ehkä syy on äidin raskausaikana kokema stressi tai kilpirauhasongelma? Vai olisiko odottavien äitien testosteroni koholla? Voisivatko synnytyksessä käytettävät kipulääkkeet aiheuttaa autismia? Entä jos sairaus saakin alkunsa lasten vinoutuneesta mikrobiomista? Jospa kysymys on hormonihäiriköistä? Tai D-vitamiinin puutteesta? Ovatko autistiset lapset altistuneet raskasmetalleille? Mitä jos lapset sairastuvatkin rokotteista? Voisiko kyse olla rokotteiden aiheuttamasta autoimmunireaktiosta? Tai rokotteiden lisäaineista, alumiinisuoloista tai tiomersaalista?

Kun keskustelu kävi yhä kovemmilla kierroksilla, Duken yliopiston psykiatrian professori **Allen Frances** seurasi sitä huolestuneena. Hänellä oli siihen ainakin kolme syytä.

Diagnostiset kriteerit ja tautitapaukset

Ensimmäinen syy Francesin huolestumiseen oli se, että autismikeskustelussa ei huomattu kahta muuta diagnoosia, joiden määrä oli lisääntynyt vielä autismiakin enemmän. Tarkkaavuushäiriö ADHD:n diagnoosit olivat lisääntyneet lapsilla kymmenessä vuodessa 42 prosentilla³. Diagnoosit olivat samoin lisääntyneet räjähdysmäisesti myös lasten kaksisuuntaisen mielialahäiriön kohdalla⁴ – jota ei aiemmin ajateltu esiintyvän lapsilla lainkaan.

Toinen syy Francesin huolestumiseen oli se, että hänellä oli paha aavistus siitä, mistä autismilukujen kasvaminen johtui. Vuonna 1994 oli ilmestynyt uusi versio amerikkalaisesta mielenterveyden häiriöiden luokitusjärjestelmästä, ja sitä oli tarkennettu vuonna 2000. Luokitus tunnetaan lyhenteellä DSM, joka tulee sanoista *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Frances uskoi, että uusi versio, nimeltään DSM-IV, oli muuttanut autismidiagnoosin kriteerit liian epämääräisiksi.

”DSM-IV:n kenttäkokeiden perusteella ennakoimme, että Aspergerin oireyhtymän lisäys aiheuttaisi autismidiagnoosien kolminkertaistumisen. Olin järkyttynyt, kun diagnoosit 40-kertaistuivat verrattuna aikaan ennen DSM-IV:n julkaisua. Tämä johtui paitsi löysistä kriteereistä, myös huolimattomista arvioinneista ja siitä, että lapset tarvitsivat diagnoosin saadakseen erityispalveluita kouluissa”, Frances sanoo.

Samanlainen kriteerien muutos johti sairaustapausten nopeaan lisääntymiseen myös ADHD:n ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön kohdalla.

Kolmas syy Francesin huolestumiseen oli henkilökohtainen. Amerikkalaisen *Wired*-lehden laajasta artikkelista⁵ saa sen kuvan, että Frances soimasi tapahtuneesta myös itseään.

Allen Francesilla jos kenellä oli ollut mahdollisuus vaikuttaa kriteereihin, kun DSM-IV-luokitusjärjestelmää laadittiin. Hän oli nimittäin ollut puheenjohtajana työryhmässä, jossa luokitus suunniteltiin. DSM-IV:n kriteerit olivat kuitenkin näiden häiriöiden osalta jääneet Francesin mukaan liian epämääräisiksi ja tulkinnanvaraisiksi. Niiden vuoksi monet tavallisista elämän ongelmista ja kehityksen väliaikaisista viiveistä kärsivät lapset saivat lääketieteellisen häiriön diagnoosin.

Tavallinen ongelma vai mielenterveyden häiriö?

DSM-luokitusta on kutsuttu amerikkalaisten psykiatrien raamatuksi. Se sisältää yksityiskohtaiset diagnostiset kriteerit valtavalle määrälle mielenterveyden häiriöitä. Euroopassa käytetään toista järjestelmää, ICD-10:tä, mutta DSM:n vaikutusvaltaisuuksensa vuoksi sitä seurataan tarkoin myös Euroopassa. Monissa mielenterveyden häiriöissä ICD-10 ja DSM ovatkin hyvin lähellä toisiaan. DSM-järjestelmää päivitetään säännöllisesti: DSM-III julkaistiin 1980, DSM-IV 1994 ja DSM-5 vuonna 2013.

Vertaus Raamattuun on sikäli osuva, että amerikkalaisten psykiatrien auktoriteetti diagnosoida mielenterveyden häiriöitä pohjautuu juuri DSM-luokitukseen. Jos häiriötä ei löydy DSM:stä, sitä ei virallisesti ole olemassa. Vastaavasti jos DSM-järjestelmään kirjataan uusi mielenterveyden häiriö, siitä tulee hoitojärjestelmän ja viranomaisten näkökulmasta todellinen.

Luokitusjärjestelmän vaikutusvalta ulottuu kuitenkin vielä tätäkin laajemmalle. Jos häiriö löytyy DSM:stä, se oikeuttaa potilaat hakemaan korvausta vakuutusyhtiöiltä. Yhdysvalloissa sen arvovaltaan nojaavat myös psykologit ja sosiaalityöntekijät lastensuojelusta vankeinhoitoon kirjoittaessaan asiantuntijalausuntoja. Lisäksi myös oikeuslaitoksen viranomaiset ja asianajajat käyttävät Yhdysvalloissa sitä perustellessaan syytettyjen syyntakeellisuutta tai -takeettomuutta.

Onko homous sairaus? Äänestetään.

Koska DSM:llä on näin merkittäviä suoria ja epäsuoria vaikutuksia monien ihmisten elämään, siihen tehdyt muutokset herättävät usein kiihkeää keskustelua. Hyvä esimerkki on homoseksuaalisuus. Vielä DSM-II:ssa, joka julkaistiin vuonna 1968, homoseksuaalisuus oli määritelty mielenterveyden häiriöksi. Vuonna 1973 Yhdysvaltain Psykiatriyhdistys APA kysyi vuosikokouksensa osanottajilta, oliko homoseksuaalisuus heidän mielestään mielenterveyden häiriö. Lähes 6000 oli sitä mieltä, että homoseksuaalisuus pitäisi poistaa DSM:stä, ja noin 4000 oli sitä mieltä, että se pitäisi säilyttää.

Seuraavassa DSM-II painoksessa homoseksuaalisuus poistettiin, mutta sen tilalle työstettiin ”seksuaalisen orientaation häiriö”, johon vähemmistöön jääneet psykiatrit edelleen saattoivat luokitella homot, jos halusivat. Vuonna 1980 julkaistu DSM-III säilytti eräänlaisena kompromissina rippeen homoseksuaalisuusdiagnoosista nimellä ”Ego-dystonic Homosexuality”, joka oli suunnattu omasta seksuaalisuudestaan ahdistuneille homoseksuaaleille. Lopullisesti homoseksuaalisuus omana kategorianaan poistettiin DSM-III-R:sta vasta vuonna 1987.

Homoseksuaalisuuden kohtelu onkin hyvä esimerkki siitä, miksi DSM on usein saanut osakseen kritiikkiä: psykiatreilla ei ollut objektiivista mittaria sille, onko homoseksuaalisuus mielenterveyden häiriö vai ei. Niinpä he äänestivät asiasta, ja äänestys perustui psykiatrien mielipiteeseen.

Myös muita mielenterveyden häiriöitä koskevat rajat ja diagnostiset kriteerit ovat samalla tavalla sopimusluontoisia, ja myös niissä luokitukset perustuvat asiantuntijoiden konsensukseen. Kriteereillä on kuitenkin merkittävä vaikutus siihen, minkälaisen diagnoosin potilaat saavat, kuten autismin, ADHD:n ja lasten kaksisuuntaisen mielialahäiriön esimerkit osoittavat. Kun diagnostisia kriteerejä löyhennetään, kategorioihin voidaan nopeasti saada valtavasti uusia potilaita.

Frances muuttaa mielensä

Mutta palataan professori Francesiin. Lähestytään 2000-luvun toista vuosikymmentä ja keskustelu autismista käy kuumana.

Frances tietää, millaiseen diagnostiseen paisutteluun DSM-IV on johtanut. Hän ei kuitenkaan ole sitä tyyppiä, joka lähtee väittelemään julkisuudessa. Hänen mielestään väittelyt asiantuntijoiden kesken on ratkaistava asiantuntijoiden foorumeilla. Mutta sitten tapahtuu jotakin, mikä saa hänet muuttamaan mielensä: DSM on koonnut asiantuntijatyöryhmän päivittämään luokitusjärjestelmästä uuden version, DSM-5:n.

Kun Frances sai tietoonsa, millaisia muutoksia DSM-5:een kaavailtiin, hän piti niitä katastrofaalisina. Francesin mielestä DSM-5:n diagnostiset kriteerit johtaisivat käytännössä väliin tulkintoihin ja veisivät psykiatrian liian usein alueelle, joka kuului normaalin elämän piiriin. Tästä alkoi tuorein merkittävä julkinen väittely DSM:n roolista mielenterveyden häiriöiden määrittelijänä.

Onko suru sairaus?

Mitä Frances tarkalleen ottaen tarkoittaa normaaliuden patologisoimisella? Hyvä esimerkki on suru.

Francesin luotsaamassa DSM-IV:ssa ajateltiin, että läheisen menetystä koskeva suru voi muuttua kliiniseksi masennukseksi, jos se on pitkäaikaista. DSM-IV:ssä lähdettiin siitä, että surua on hoidettava, jos siihen liittyy esimerkiksi voimakkaita ahdistavia harha-aistimuksia ja itsemurha-ajatuksia. DSM-5:ssä normaalin surun ja kliinisen masennuksen raja muuttui kuitenkin selvästi häilyvämmäksi⁶. Uusien kriteerien mukaan kliinisen masennuksen diagnoosi täyttyi, jos suru jatkui yli kaksi viikkoa. Toisin sanoen, jos oli menettänyt pitkäaikaisen puolisonsa tai lapsensa eikä suru ollut hellittänyt kahdessa viikossa, saattoi saada kliinisen masennuksen diagnoosin ja oikeutuksen lääkehoitoon.

Toinen kuvaava esimerkki on yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Sillä tarkoitetaan tilaa, jossa ihminen kokee olosuhteisiin nähden suhteetonta tai pitkäaikaista ahdistusta. Francesin ja monien muiden kriitikoiden mukaan DSM-5 höllensi yleistyneen ahdistuneisuushäiriön diagnostiset kriteerit niin väljiksi, että tavallinen haastaviin elämänvaiheisiin liittyvä ahdistuneisuus riitti diagnoosiin.

Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö tarjoaa sekin oppitunnin tapaan, jolla DSM vaikuttaa mielenterveyden sairauksien yleisyyteen. Katgoria luotiin vasta DSM-III:ssa vuonna 1980. Aiempi katgoria, ahdistuneisuusneuroosi, poistettiin ja sen tilalle luotiin kaksi uutta. Ensimmäinen oli paniikkihäiriö, johon niputettiin äkilliset, voimakkaat ahdistukset. Epämääräisemmät ahdistuneisuuden ongelmat sijoitettiin yleistyneen ahdistuneisuushäiriön katgoriaan. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö oli siis eräänlainen roskakorikatgoria; sinne pantiin tapaukset, joille ei löydetty muutakaan paikkaa. Asia ei tuolloin herättänyt erityistä keskustelua, sillä ahdistuneisuushäiriöt olivat harvinaisia. Niistä kärsi Yhdysvalloissa vain 2-4 prosenttia väestöstä.

Kun diagnostiset kriteerit vuonna 1980 oli luotu, katgoria alkoi kuitenkin vähitellen täyttyä potilaista. Vuonna 1994 ahdistuneisuushäiriöistä kärsi kyselytutkimuksen mukaan viisitoista prosenttia Yhdysvaltain väestöstä. Kun DSM-IV oli julkaistu, potilaiden määrä kasvoi edelleen, ja pian ahdistuneisuushäiriöstä kärsi kyselytutkimuksen mukaan 49.5 prosenttia väestöstä⁷. Näin voimakas kasvu ei tosin tietenkään johtunut yksin muutoksista DSM:ssä. Lääkeyhtiöt kampanjoivat voimakkaasti ahdistuneisuushäiriöiden tunnistamisen puolesta ja media vei viestiä eteenpäin. DSM:n muutokset yksinkertaisesti mahdollistivat sen, että diagnoosi voitiin asettaa yhä laajemmalle joukolle ihmisiä.

DSM-5 laajensi diagnostisia kriteereitä entisestään. DSM-IV:ssä ahdistuneisuuden piti jatkua kuusi kuukautta, jotta diagnoosin saattoi saada. DSM-5:ssä kesto pudotettiin kolmeen kuukauteen – ja jopa kuukautta ehdotettiin. Lisäksi DSM-IV:ssä diagnostisia kriteereitä oli kuusi, joista kolmen piti täytyä. DSM-5:ssä kriteereitä on neljä, ja diagnoosiin riittää, että yksikin niistä täyttyy⁸.

Asiantuntijat ja normaalius

Francesin taistelu DSM-5:n muutoksia vastaan tuotti kuitenkin myös voittoja. Eräs DSM-5-järjestelmään ehdotetuista uusista mielenterveyden häiriöistä oli nimeltään *psykoosiriskioireyhtymä*. Tällä haluttiin tavoittaa ne lapset ja nuoret, joilla oli sekavia ajatuksia ja jotka kuuluivat ääniä tai kokivat muita harha-aistimuksia. Nämä nuoret eivät oireistaan huolimatta kuitenkaan menettäneet kosketustaan todellisuuteen – jos he kuuluivat ääniä, he tiesivät niiden olevan vain ääniä – eivätkä siksi täyttäneet minkään olemassa olevan psykoottisen oireyhtymän kriteereitä. Uuden kategorian kautta heillekin olisi saatu diagnoosi ja heitäkin olisi voitu lääkittää.

Francesin mielestä tämä oli ongelma, sillä hänen mukaansa suurella osalla näistä nuorista oireet olivat ohimeneviä. Vain neljännekselle oireet yltyvät täysimittaiseksi psykoosiksi⁵. Nuorten lääkitseminen varmuuden vuoksi – estämään ongelmia joita ei välttämättä koskaan ilmene – olisi arvostelijoiden mukaan ollut haitallisempaa kuin lääkitsemättä jättäminen. Vuonna 2012, vuosi ennen DSM-5:n ilmestymistä, psykoosiriskioireyhtymä päätettiin vähin äänin jättää pois.

”Asiantuntijat ovat ripustautuneet toivottomasti kriteerien laajentamiseen”, Frances sanoo nyt, vuonna 2018. ”ICD-10 omaksui monia DSM-5:n virheitä ja lisäsi muutaman omansa. Onneksi nykyisin yhä useammat asiantuntijat ja mediankin edustajat ovat ymmärtäneet, miksi normaaliuden pelastaminen on tärkeää.”

Työvälineenä kiukkupussisyndrooma

Kenties kiinnostavin esimerkki siitä, miten monimutkaista ja sopimusluonteista mielenterveyden häiriöiden luokittelu voi olla, on tunteiden säätelyhäiriönä tunnettu kategoria (engl. *disruptive mood dysregulation disorder*), joka lisättiin DSM-5:een uutena mielenterveyden häiriönä. Suomeksi sitä on kutsuttu kiukkupussisyndroomaksi, ja se kuvaa käytännössä lasten hankalaa käytöstä – temperamenttia ja raivokohtauksia, jotka ovat olosuhteisiin ja ikätovereiden käytökseen nähden kohtuuttomia. Kun tieto kiukkupussioireyhtymästä tuli suuren yleisön tietoisuuteen, monet pitivät sitä naurettavana ja lasten normaalin käytöksen medikalisoimisena.

Kiukkupussioireyhtymän sisällyttämisellä DSM-5:een oli kuitenkin toinen, melko epätavallinen syy. Monet psykiatrit olivat havahtuneet siihen, että hankalasti käyttäytyvät lapset saivat uusien DSM-versioiden maailmassa helposti kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosin ja sen mukana usein hyvin voimakkaan lääkityksen. Monet pelkäsivät – ja pelolle oli perusteita – että lääkitys saattaisi vaikuttaa vahingollisesti keskushermostoon ja lasten kehitykseen. He pitivät kiukkupussioireyhtymää ratkaisuna tähän dilemmaan⁹.

Jos tällainen häiriöluokitus olisi olemassa, voimakkaalla temperamentilla varustetut lapset voitaisiin sijoittaa tähän kategoriaan, jolloin he todennäköisemmin välttyisivät voimakkaalta lääkitykseltä. Arvostelijoiden mukaan tämä ei kuitenkaan ollut hyväksyttävä syy uuden kategorian luomiseksi, koska kategorialle ei ollut tieteellisiä perusteita ja lasten lääkitseminen oli heistä joka tapauksessa perusteetonta. Kiukkupussioireyhtymä oli siis täysin sopimuksenvarainen kategoria, joka luotiin korjaamaan DSM:n edellisessä versiossa tehtyjä virheitä, mutta joka arvostelijoiden mukaan olisi aiheuttanut kokonaan uudenlaisia hankaluuksia.

”Kaksisuuntaisen mielialahäiriön mukana olisi pitänyt tulla varoitus sen väärinkäytöstä: ei niin, että se johtaa uuteen diagnoosiin, jota sitäkin voidaan käyttää väärin”, Frances sanoo.

Entä autismi?

Palataksemme siihen mistä lähdimme liikkeelle: mitä DSM-5 teki autismille? Jos DSM-5 on jostakin saanut kiitosta myös arvostelijoiltaan, se on tullut autismin kriteereiden tiukentumisesta.

Muutos tarjosi samalla hyvän tosielämän testin autismin lisääntymistä koskeville teorioille. Jos autismin lisääntyminen johtui diagnostista kriteereistä, joita DSM-IV oli höllentänyt, tiukennusten jälkeen suuntauksen pitäisi kääntyä.

Mitä tutkimukset siis sanovat? DSM-5 ilmestyi 2013, eikä uusien autismediagnoosien määrä Yhdysvalloissa ole sen jälkeen enää merkittävästi kasvanut. Näyttää siis siltä, että DSM:n muutokset todella vaikuttivat 2000-luvun autismediapidemiaan.

Lähdeluettelo

1. Centers for Disease Control and Prevention. Autism and Developmental Disabilities Monitoring (DDM) Network (siteerattu 2.8.2018). <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/addm.html>
2. Gnaulati E. The Atlantic, 11.4.2012. 1 in 68 Children Now Has a Diagnosis of Autism Spectrum Disorder – Why? (siteerattu 2.8.2018). <https://www.theatlantic.com/health/archive/2014/04/1-in-68-children-now-has-a-diagnosis-of-autism-spectrum-disorder-why/360482/>
3. National Institute of Mental Health. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) (siteerattu 2.8.2018). <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd.shtml>
4. Frances A. Huffpost, 4.4.2012. The False Epidemic of Childhood Bipolar Disorder (siteerattu 2.8.2018). https://www.huffingtonpost.com/allen-frances/children-bipolar-disorder_b_1213028.html
5. Greenberg G. Wired, 27.12.2010. Inside the battle to define mental illness (siteerattu 2.8.2018). https://www.wired.com/2010/12/ff_dsmv/all/1/
6. Frances A. Huffpost, 27.1.2012. Don't Confuse Grief With Depression (siteerattu 2.8.2018). https://www.huffingtonpost.com/allen-frances/dont-confuse-grief-with-d_b_1233883.html
7. Begley S, Reuters. In the Age of Anxiety, are we all mentally ill? (siteerattu 2.8.2018). <https://www.reuters.com/article/us-usa-health-anxiety/in-the-age-of-anxiety-are-we-all-mentally-ill-idUSBRE86C07820120713>
8. Frances A. Psychology Today, 12.4.2011. DSM 5 Will Medicalize Everyday Worries Into Generalized Anxiety Disorder (siteerattu 2.8.2018). <https://www.psychologytoday.com/us/blog/dsm5-in-distress/201104/dsm-5-will-medicalize-everyday-worries-generalized-anxiety-disorder>
9. Dobbs D. Slate, 7.12.2012. The New Temper Tantrum Disorder (siteerattu 2.8.2018). http://www.slate.com/articles/double_x/doublex/2012/12/disruptive_mood_dysregulation_disorder_in_dsm_5_criticism_of_a_new_diagnosis.html