

Tuomo Pohjola

MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖN NATURALISTINEN RAJAAMINEN JA PSYKIATRIAN LEGITIMITEETTI

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Kandidaattitutkielma
Toukokuu 2021

TIIVISTELMÄ

Tuomo Pohjola: Mielenterveyden häiriön naturalistinen rajaaminen ja psykiatrian legitimitteetti
Kandidaattitutkielma
Tampereen yliopisto
Filosofian tutkinto-ohjelma
Toukokuu 2021

1960-luvun yhteiskunnallinen debatti toi mukanaan kysymyksen psykiatrian tieteellisyyden ja toiminnan oikeutuksen perusteista. Arvostelijat vaativat, että psykiatrian tuli selvittää, miten mielenterveydelliset ongelmat erotetaan sosiaalisista ja moraalisisista ongelmista. Seuraavina vuosikymmeninä psykiatrian ja filosofian piirissä luodut mielenterveyden häiriön määritelmät on tulkittu yrityksiksi vastata yhteiskunnalliseen kritiikkiin. Määritelmien avulla on pyritty rajaamaan psykiatrian legitimi tai moraalisesti oikeutettu toiminta-ala.

Terveiden filosofiassa naturalismiksi kutsutun rajaamisen tavan mukaan mielenterveyden häiriö voidaan määritellä arvoneutraalisti, luonnontieteeseen tukeutuen. Tutkielmani tarkastelee mielenterveyden häiriön naturalistisen rajaamisen ja psykiatrian legitimitteetin suhdetta.

Kaksi tunnetuinta naturalistista määrittelyn kehystä, Christopher Boorsen biostatistinen malli (BST) ja Jerome C. Wakefieldin haitallisen toimintahäiriön malli, perustuvat evoluutioteoriaan. Tutkimuskysymykseni on kaksiosainen. Pyrin tutkielmassani yhtäältä selvittämään, miten evolutiivinen naturalismi toimeenpanee häiriön ja häiriöttömyyden rajaamisen. Toisaalta selvitän, miten kysymys psykiatrian legitimitteetistä on historiallisesti muotoutunut. Lopullinen tutkimuskysymykseni tuo nämä yhteen. Etsin siis tutkielmassani selvyyttä kysymykseen, miten evolutiivinen naturalismi vastaa psykiatrian tosiasialliseen legitimitteettiongelmaan.

Naturalismin selvityksessä tukeudun filosofiseen tutkimuskirjallisuuteen. Esittelen Boorsen ja Wakefieldin mallit sekä niiden saaman kritiikin. Tarkennan erityisesti kysymykseen, miten mallit rajaavat erilleen mielenterveyden häiriön ja häiriöttömyyden. Legitimitteettiongelman syntyyn haen valaisua tieteenhistoriallisista tarkasteluista. Tarkennan legitimitteettiongelmaa edelleen filosofisen käsiteanalyysin ja aineistolähtöisten tarkastelujen pohjalta. Aineistonani ovat psykiatriset luokitukset, ennen muuta DSM.

Johtopäätökseni esitän, että evolutiivinen naturalismi ei anna vastausta psykiatrian tosiasialliseen legitimitteettiongelmaan. Argumentoin, että naturalistinen rajaaminen ja psykiatrian legitimitteetin kysymys kuuluvat käsitteellisesti eri tasoille.

Avainsanat: psykiatria, mielenterveyden häiriö, legitimitteetti, arvot, naturalismi, demarkaatio

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

Sisällysluettelo

1	Johdanto	4
2	Rajaamisen vaateen taustaa	6
3	Mielenterveyden häiriön naturalistiset mallit	8
3.1	Keskeisiä käsitteitä	8
3.2	Boorsen biostatistinen terveyden teoria	10
3.2.1	Tarkempi terveyden määrittely Boorsen mallissa: viiteryhmät	11
3.2.2	Biostatistisen mallin kritiikkiä	12
3.2.3	Boorsen demarkaatiokriteeri	14
3.3	Wakefieldin evolutiivinen naturalismi	16
3.3.1	Wakefieldin luonnollisen toiminnon analyysi	16
3.3.2	Wakefieldin evolutiivisen naturalismin ongelmia	17
3.3.3	Wakefieldin demarkaatiokriteeri	17
3.4	Yleinen naturalismin ohjelman ongelma	18
3.5	Yhteenveto naturalistisesta demarkaatiosta	19
4	Nykyaikainen psykiatrian luokittelu	19
4.1	Politiikka, arvot ja normit psykiatrian luokituksissa	20
4.1.1	Tautiluokitusten koonti ja normatiivisuus	21
4.1.2	Moraaliset arvot psykiatrian luokituksissa	22
4.2	Yhteenveto psykiatrian luokittelusta ja arvoista	22
5	Johtopäätökset ja pohdinta	23
	Lähteet	25

1 Johdanto

Tieteenfilosofiassa tieteen erottamista muista inhimillisen toiminnan alueista kutsutaan demarkaation eli rajanvedon ongelmaksi. Rajaamisella etsitään selkeyttä teoreettisiin ja normatiivisiin kysymyksiin tieteen luonteesta ja tieteen legitimoimista toiminta-alaista. Vaikka demarkaation pyrkimystä on usein motivoinut intressi erottaa tiede *näennäistieteestä*, voidaan rajanveto mieltää laajemmin tieteen erottamisena siitä, mikä ei ylimalkaan ole tiedettä.

Yleisen tieteen demarkaation kysymyksen rinnalla voidaan erottaa erityistieteellisiä ja rajatumpia demarkaation kysymyksiä. Tarkastelen tässä tutkielmassani yhtä tällaista kysymystä, joka koskee "mielenterveyden häiriön" (*mental disorder*) alaan kuuluvien ja kuulumattomien ilmiöiden erottamista toisistaan. Luon katsauksen siihen, millä tavalla tunnetuimmat mielenterveyden häiriön määrittämisen mallit koettavat vastata rajaamisen pulmaan ja hahmottelevat teoreettista eroa terveyden ja sairauden välille.

Pyrkimys mielenterveyden häiriön määritelmälliseen rajaamiseen on seurannut oleellisesti tarpeesta määrittää psykiatrian legitimi toiminta-ala. Koska lääketiede on terveyden edistämisen arvoon pyrkivä tieteenala, ja psykiatria on ymmärretty lääketieteen piiriin kuuluvana opinalana, on pidetty itsestään selvänä, että sen toimintaa rajaavat eettiset näkökohdat. Mielenterveyden häiriön määritelmän avulla on haluttu koota yhteen ne ilmiöt, jotka oikeutetusti kuuluvat psykiatrian alaan. Vastaavasti määritellyn käsitteen alan ulkopuolelle jäävät ilmiöt eivät kuulu sen legitimiin toiminta-alaan.

Tutkielmani pääkysymys koskee yhdenlaisen rajaamisen ja legitimitietin suhdetta. *Naturalismiksi* kutsutun rajaamisen tavan mukaan mielenterveyden häiriö voidaan määritellä luonnontieteeseen tukeutuen. Samalla naturalistiset määritelmät, erityisesti evoluutioteoriaan perustuvat, on tulkittu yrityksiä vastata psykiatrian legitimaation vaateeseen. Koetan tutkielmassani tuoda näkyville sen, miten naturalismi toteuttaa rajaamisen sekä millä tavalla se vastaa psykiatrian historiallisesti motivoituun legitimitietinongelmaan.

Argumenttini pääväittäjä on kaksiosainen. Yhtäältä esitän, että historiallisesti psykiatrian legitimitietinongelma on pääosin käytännöllinen ja koskee oleellisesti psykiatrian reaalisten taudinmääritysten ja niihin liittyvien käytäntöjen oikeutusta. Toisaalta esitän, että evolutiivisen naturalismin toimeenpanema rajaus on puhtaasti teoreettinen ja samalla määräämätön suhteessa psykiatrian reaalisiin määrittäisiin ja käytäntöihin. Näiden kahden

huomion yhdistämisestä seuraava johtopäätökseni on, että evolutiivinen naturalismi ei anna vastausta psykiatrian tosiasialliseen legitimitettiongelmaan. Puollan siis johtopäätökseni näkemystä, että nämä kaksi tarkastelua kuuluvat käsitteellisesti eri tasoille.

Aihealueen hahmotuksessa hyödynnän naturalististen määrittelyjen keskeisiä lähteitä, eli Thomas Szaszin, Christopher Boorsen ja Jerome Wakefieldin tekstejä. Mielenterveyden häiriön demarkaation selventämisessä ja kysymyksen historiallisessa taustoituksessa päälähteenäni on ollut Derek Boltonin teos *What is Mental Disorder?* (2008). Teoksessaan Bolton myös arvioi seikkaperäisesti ja kriittisesti Boorsen ja Wakefieldin malleja. Lisävalaistusta naturalismin merkitykseen terveyden filosofiassa sekä naturalismin kritiikkiin olen saanut Elsejlin Kingman artikkeleista. Psykiatrisen luokittelun, DSM:n, selventämisessä olen nojautunut paitsi itse diagnostiseen manuaaliin, myös sen historiaa käsitteleviin teksteihin. Arvojen ja psykiatrian luokittelun yhteyden arvioinnissa olen tukeutunut John Z. Sadlerin hyvin perusteelliseen ja monipuoliseen analyysiin. Näiden lisäksi olen avainkohdissa sekä psykiatrian tieteenhistorian selvityksessä hyödyntänyt joitakin toissijaisia lähteitä.

Yleisellä tasolla tutkielmani avainkysymykset liittyvät filosofiseen ja käsiteanalyttiseen keskusteluun siitä, mitä terveys ja sairaus ovat. Koetan antaa tutkielmassani yleiskuvan yhdestä tämän keskustelun päälinjasta, joka koskee debattia terveyden ja sairauden käsitteiden arvoluonteesta, ja arvioida sitä tutkielmaani soveltuvilta osin. Koska psykiatrian legitimitetin kysymys on suurelta osin käytännöllinen ja koskee olemassa olevia instituutioita, pyrin myös hahmotelmallisesti kuvaamaan miten käytössä olevan psykiatrian luokittelun, DSM:n, käsitteenmuodostus tapahtuu. Näin tutkielmaani sisältyy lyhyt tieteenhistoriallinen ja aineistolähtöinen käsitetarkastelu. Tämä on tarpeellista taustaa, joka mahdollistaa psykiatrian legitimitettiongelman ja naturalistisen demarkaation suhteen arvioinnin.

Alkuun esittelen mielenterveyden häiriön määrittelyä ja rajaamista motivoitua historiallista ja yhteiskunnallista taustaa. Samalla selvitän, millä tavalla kysymykset mielenterveyden häiriön rajaamisesta ja psykiatrian legitimitetistä liittyvät toisiinsa. Tutkielmani kolmannessa luvussa esittelen terveyden filosofian peruskäsitteet, naturalistiset määrittelyt ja niiden kritiikin. Luvun lopuksi kokoon yhteen päätelmät mallien demarkaatiokriteereistä. Neljännessä luvussa esittelen nykyaikaiset psykiatrian luokitukset, kokoon näyttöä niiden arvoperustaisuudesta sekä perustelen, miksi niiden käsitteenmuodostus antaa aihetta oikeutuksen kysymyksiin. Tutkielmani viimeisessä luvussa teen yhteenvedon esittelemistäni

rajanvetoa koskevista argumenteista sekä pyrin perustelemaan, miksi evolutiivinen naturalismi ei vastaa reaaliseen, psykiatrian legitimizeettiä koskevaan kysymykseen.

2 Rajaamisen vaateen taustaa

1960-luvulla läntisissä liberaalidemokratioissa kuohui. Valtakriittinen ja kansalaisyhteiskuntaa perännyt yhteiskunnallinen liikehdintä toi mukanaan myös institutionaalisen psykiatrian kritiikin. Laitoshoidon epäkohtiin ja mielisairaalapotilaiden oikeudettomaan asemaan alettiin kiinnittää julkista huomiota. Sekä psykiatrian ammattikunnan sisältä että sosiologian piiristä ilmaantui syytöksiä, että psykiatria oli tieteeksi naamioitua sosiaalista kontrollia. Jyrkimmät arvostelijat esittivät, ettei mielen sairauksia ollut lainkaan olemassa (Szasz 2010 [1961]). Vähimmilläänkin vaadittiin, että psykiatrian tulisi tehdä selviksi perusteet, joilla mielenterveydelliset ongelmat erotetaan sosiaalisista ongelmista. Mikäli psykiatria oli aito tiede, sen tuli tehdä selväksi, millä tavalla sen diagnostiset käytännöt ja hoitotavat perustuivat tieteellisiin, objektiivisiin mittapuihin. (Decker 2013, 9–25.)

Sanalla sanoen pintaan ilmaantui jotakin, mitä voi kutsua psykiatrian *legitimizeettiongelmaksiksi*. Asian ydin voidaan nähdäkseni ilmaista näin: Lääketieteen uskottuna tehtävänä pidetään ensi sijassa terveyden edistämistä ja sairauksien ehkäisyä. Nämä ovat sen julki lausuttuja, jaettuja ja ei-kiistanalaisia arvoja, joiden edistämisen takeena on demokraattinen, lain suoma mandaatti. Mikäli lääketieteen huomataan ulottavan toimintansa alueelle, joka ei ilmiselvästi kuulu terveyden edistämisen tai sairauksien ehkäisemisen alaan, herää kysymys tämän toiminnan oikeutuksesta. Mitä kiistanalaisempia ovat tarkastellun alueen arvot, sen painavampi on oikeutuksen taakka.

Mielenterveyden häiriön demarkaation yritykset on tulkittu vastauksiksi psykiatrian legitimizeettiongelmaan (Bolton 2008, 154). Yhteys on helppo ymmärtää: mielenterveyden häiriön määrittelyllä on pyritty sekä rajaamaan että perustelemaan, mitä voidaan oikeutetusti sisällyttää psykiatriasiin luokitteluihin. Ideaalitapauksessa määritelmä auttaa ratkaisemaan yksikäsitteisesti diagnoosijärjestelmän alan. Myös psykiatriasiin tautiluokitukseen on alettu 1980-luvulta lähtien sisällyttää häiriön määritelmiä. Legitimizeettiongelman ympärillä käyty debatti toi keskusteluun myös terminologisen muutoksen: mielisairauden (*mental illness*) asemesta alettiin puhua mielenterveyden häiriöstä (*mental disorder*) (Bolton 2008, 104–105). Tässä puhettavassa kontrastipariksi asetuvat terveys ja häiriöisyys.

Selvyys psykiatrian legitimizeettiongelmaan vaatii selvästikin sen lähempää tarkastelua, mitä psykiatria tieteenä tekee. 1960-luvulla voimistunut psykiatria kohtaan suunnattu kritiikki

esitti, että *arvot* tulevat ongelmallisella tavalla mukaan sen toimintapiiriin. Yhdysvalloissa, joka oli keskeinen kritiikin näyttämö, elettiin tällöin vielä psykoanalyysin valtakautta, joka korosti yksilössä piilevien psykologisten mekanismien selvittämisen tärkeyttä eikä pitänyt diagnostisointia keskeisenä. Tautiluokitus DSM:n uudistus, DSM-III, toi vuonna 1980 diagnoosin psykiatriassa etualalle, jossa se on sittemmin säilyttänyt paikkansa. (Mayes & Horwitz 2005, 250.)

Nykyään psykiatrian legitimitietin tarkastelun keskiössä on juuri diagnostinen luokittelu, sillä sen merkitys psykiatrian kliinisen työn ja tutkimuksen ohjauksessa on keskeinen. Lisäksi luokittelut asettavat käsitteelliset raamit terveystaloudelle. Psykiatrisen diagnostiikan perustana ovat psykiatrian tautiluokitus DSM ja kansainvälinen tautiluokitus ICD, joissa yksittäiset mielenterveyshäiriöt tulevat määritellyiksi.¹ (Sadler 2013, 754.) Niinpä huomio kiinnittyy erityisesti niihin tapoihin ja kriteereihin, joiden nojalla tautiluokkia luodaan ja sisällytetään näihin diagnostisiin luokitteluihin.

Psykiatrian kritiikki tarttui siis arvokysymyksiin. Yksi ydinkysymys on laajan yleisön keskusteluissakin esiin tuleva kysymys normaaliudesta: millaisia ovat perusteet, joilla psykiatria erottelee häiriöisyyden ja normaaliuden? Diagnostisten luokittelujen lähemmässä tarkastelussa huomio kiinnittyykin normatiivisen sanaston yleisyyteen tautiluokkien kuvauksissa. Nykyisissä tautiluokituksissa määritellyt tilat sisältävät piirteitä, jotka hyvin tyypillisesti mainitaan ”kliinisesti merkittävänä”, ”epänormaaleina”, ”liiallisina” tai vastaavien määrein (k. esim. DSM-5). Koska jonkin arvioiminen merkittäväksi, liialliseksi tai epänormaalksi edellyttää jotakin vertailun mittapuuksi määrittyvää viiter ryhmää, näitä arvostelmia voidaan luonnehtia relatiivisiksi normatiivisiksi erotteluiksi.

Filosofisesti voidaan siis sanoa, että psykiatrian tieteelliseksi ja teoreettiseksi haasteeksi tuli sen eksplikoiminen tai selvittäminen, mihin sen relatiiviset normatiiviset erottelut perustuvat. Erityisesti psykiatrian tuli osoittaa, että sen normatiiviset erottelut ovat lääketieteen piiriin eikä sosiaalis-poliittiseen sfääriin kuuluvia (Bolton 2008, xiv). Teen seuraavassa luvussa selkoa, miten naturalistinen terveyden teoria katsoo tieteenä asemansa vakiinnuttaneen biologian voivan perustaa normatiivisia erotteluja. Huomattakoon siis, että normatiivisten erottelujen läsnäoloa ei ole pidetty ohittamattomana esteenä psykiatrisen käsitteenmuodostuksen tieteellisyydelle. Normaalisuuden ongelman vanavedessä kulkee toinen selvitystä vaativa kysymys, joka koskee erotellun epänormaalisuuden laatua. Koska

¹ Kumpaakin tautiluokitusta on muutettu useasti. Tällä hetkellä käytössä olevat versiot ovat DSM-5 ja ICD-10.

diagnostisissa käsitteissä ja kriteereissä ilmaistuun epänormaalisuuteen sisältyy moraalisesti ladattuja, käyttäytymistä normittavia kuvauksia, näiden käyttö tuntuisi vaativan oikeutusta. Tarvitaan siis selvitystä siitä, miten normaalisuuden ja epänormaalisuuden raja voidaan toimeenpanna osin ihmisen moraalikäyttäytymisen alueella. Diagnostisten kriteerien arvoulottuvuuksiin palaan tutkielmani lopussa.

3 Mielen terveyden häiriön naturalistiset mallit

Tässä luvussa tarkastelen tapoja, joilla naturalistiset mallit rajaavat erilleen häiriöisyyden ja häiriöttömyyden. Alkuun, alaluvussa 3.1, esittelen tehtävän taustoituksessa ja hahmotuksessa hyödyllisiä käsitteitä. Teen eron arvo seuraamisen ja arvo sitoumuksen käsitteiden välillä, sekä esittelen naturalismin ja normativismin käsitteet. Käsitteistä siirryn varsinaisten naturalististen mallien tarkasteluun. Ensin on vuorossa Christopher Boorsen biostatistinen terveyden teoria, jota käsittelevät alaluvut 3.2–3.4. Alaluvut 3.5–3.7 käsittelevät puolestaan Jerome Wakefieldin haitallisen toimintahäiriön mallia. Kummankin mallin käsittelyn yhteydessä esittelen laajalti niihin liitettyä teoreettista kritiikkiä. Alaluvussa 3.8 tuon esiin ongelman, jonka Derek Bolton näkee yhdistävän naturalismin ohjelmaa. Luvun lopussa teen yhteenvedon naturalistisista rajausyrityksistä, ja perustelen, miksi yksikään naturalistinen määritelmä ei anna ongelmatonta mittapuuta mielen terveyden ja sairauden rajaamiseen.

3.1 Keskeisiä käsitteitä

Usein psykiatrian kritiikoiden kohteena ovat olleet diagnostisten käytäntöjen haitalliset *arvo seuraamukset*, kuten leimautuminen, sosiaalinen poissulkeminen ja vapausoikeuksien loukkaukset. Näihin kiinnitti huomiota myös psykiatrian tunnetuimpiin kritikoihin lukeutuva Thomas Szasz (1920–2012). Szasz kiisti mielisairauksien olemassaolon ja katsoi psykiatrian tunkeutuvan illegitiimisti ihmisen henkilökohtaisen vapauden ja vastuun alueelle. Psykiatrian kohtaamat ilmiöt olivat Szaszin mukaan poliittiset ja moraaliset ulottuvuutensa käsittäviä ”elämisen ongelmia”, eivät sairauksia. (Ks. esim. Szasz 2010 [1961], 262–268.)

Mielen terveyden häiriön määrittely on ollut ja yhä on arvoja koskevien filosofisten kiistojen aihe. Tähän keskusteluun liittyvät arvokysymykset saavat kuitenkin oleellisesti toisenlaisen muodon kuin edellä mainitut, arvo seuraamuksia koskevat kysymykset. Perustavin demarkaatiota koskeva kysymys on, ovatko sairauden (häiriön) ja terveyden käsitteet arvoille perustuvia normatiivisia käsitteitä vai arvoista riippumattomia käsitteitä. *Naturalismi* puoltaa jälkimmäistä kantaa. Sen mukaan vastaus kysymykseen sairauden luonteesta ja

rajoista löytyy luonnosta ja voidaan ratkaista luonnontieteellisen tutkimuksen avulla (Bolton 2008, 109). Sairaus on siis naturalistisessa katsannossa jossakin oleellisessa mielessä arvoista riippumaton käsite. Vastakkaisen kannan, *normativismin*, mukaan taas rajanveto on välttämättä arvoperustaista. Mielen terveyden häiriön demarkaatiota koskevaa pulmaa voidaankin luonnehtia *arvositoumuksia* koskevaksi kiistaksi. (Kingma 2013, 364–365.)

Naturalistiset mielen terveyden teoriat pitävät sairaustilan (*disease*) tai häiriön (*disorder*) määrittelyn välttämättömänä ehtona *luonnollisen toiminnon*² *häiriötä* (*natural dysfunction*) (Bolton 2008, xxiv). Tähän keskusteluun on antanut omintakeisen panoksen myös luvun alussa mainitsemani Szasz, joka kiisti mielisairauksien olemassaolon naturalistiseen premissiin tukeutuen. 1960-luvulla kirjoittanut Szasz piti sairauden tuntomerkinä ruumiillista toimintahäiriötä tai vammaa. Koska psykiatriassa oli postuloitu sairausluokkia ilman todennettavaa ruumiin toimintahäiriötä, Szasz päätyi esittämään, ettei psykiatrian nimikkeistö viitannut mihinkään reaaliseen; mielisairauksia ei ollut olemassa. Varsinainen naturalismin teoreetikko Szasz ei ollut, ja hänen asemansa naturalismin kehityksessä on poikkeava, sillä Szaszia seuranneet naturalistit ovat yleensä pyrkineet tukemaan ja legitimoimaan ainakin osia psykiatria (Kingma 2013, 366).

Szaszin sairauskäsitystä on sittemmin arvosteltu liian kapeaksi; Szaszin kriteerein jotkut selvästi varsinaisina sairauksina pidettävät tilat rajautuvat sairauden käsitteen ulkopuolelle (Benning 2016). Nykyään myös ajatellaan, että psykologiset toimintahäiriöt, ilman elimellisistä vikaa, tulee voida ulottaa sairauden käsitteen piiriin. Asiaa on havainnollistettu tietokoneanalogialla: kuten tietokoneen toimintahäiriö voi olla ohjelmistoperäinen, ilman fyysikaalista vikaa, voi mielen toimintahäiriö olla psykologinen, ilman elimellistä vikaa (Kingma 2013, 366).

1970-luvulta lähtien enimmäkseen huomiota saaneet naturalistiset mielen terveyden häiriön mallit ovat olleet evoluutioteoriaan perustuvia (Bolton 2008, 116). Tunnetuimmat kaksi mallia ovat Christopher Boorsen biostatistinen teoria (BST) ja Jerome Wakefieldin vahingollisen toimintahäiriön (*harmful dysfunction*) malli. Näissä malleissa mielen terveyden häiriön välttämättömänä ehtona ovat mielen luonnollisten toimintojen häiriöt, evolutiivisessa

² Englanninkielisessä keskustelussa pääroolissa ovat sanat "function" ja "to function". En keksi tyydyttävää suomenkielistä vastinetta, joka samalla säilyttäisi substantiivin ja verbin yhteyden. Mahdollisia substantiiveja ovat "toiminta", "toiminto", "tehtävä" ja "funktio". "Toiminta" on hyvin laajassa käytössä oleva yleiskielinen sana, joka tekee siitä merkitykseltään turhan epämääräisen. Sanat "funktio" ja "tehtävä" esiintyvät biologiassa ja lääketieteessä, mutta niille ei ole vastaavia asiayhteyteen sopivia verbimuotoja. Päädyin käyttämään tekstissäni sanaa "toiminto", joka pitää yhteyden verbiin "toimia" ja on "toimintaa" spesifimpi. Tälle hieman epäsointuisaa on, että sanan "dysfunction" suomenkieliseksi vastineeksi on vakiintunut "toimintahäiriö".

kehyksessä ymmärrettynä. Naturalismin teoreetikoista tunnetuin ja keskustelluin on 1970-luvulla työnsä aloittanut Christopher Boorse. Esittelen seuraavaksi hänen biostatistisen terveyden teoriansa ja selvitän, miten Boorse koettaa perustaa mielenterveyden häiriön määrittelyn luonnollisen toiminnon häiriöön.

3.2 Boorsen biostatistinen terveyden teoria

Christopher Boorsen biostatistinen malli pyrkii määrittelemään terveyden kahden käsitteen, biologisen toiminnon (*biological function*) ja tilastollisen normaaliuden, avulla. Boorsen mukaan hänen terveyskäsitteensä jatkaa sellaista lääketieteen perinnettä, jossa terveys ymmärretään sairauden (*disease*) poissaolona (Boorse 1977, 542). Tarkastelutapa on siis dikotominen: kaikki sairaudesta vapaat tilat ovat terveitä tiloja. Tällainen teoreettinen ymmärrys terveydestä ja sairaudesta erkanee sanojen arkimerkityksestä. Arkipuheessa terveyteen liitetään usein positiivisia määreitä ja vertailuasteita. Vastaavasti arkipuheessa syntymävikoja ja luunmurtumia ei välttämättä lueta sairaustiloiksi.³ Niinpä myös Boorsen sairaustilan käsite on varsin laaja.

Boorsen (1977, 554) terveyskäsitteksen perusajatus on hänen omien sanojensakin mukaan yksinkertainen ja jatkaa jo antiikista tuttua ideaa: terveys on jotakin, mikä on luonnollista ja normaalia. Boorsen teoriassa tämä ajatus saa kuitenkin täsmällisen sisällön niin, että luonnollinen määrittely biologisen toiminnon käsitteen avulla ja normaali tilastollisen normaaliuden käsitteen avulla. Vastaavasti sairaustilat ovat luonnollisten toimintojen häiriöitä. Naturalismille keskeistä Boorsen mallissa on ajatus, että biologia voi perustaa normatiivisia erotteluja. Biologiassa on tavallista tarkastella systeemejä *päämääriin* pyrkivinä. Voimme esimerkiksi puhua sydämen tehtävästä verenkierron ylläpitäjänä. Tällainen päämääräsuuntautuneisuus vallitsee Boorsen mukaan organismien rakenteen kaikilla tasoilla. Boorsen (1977, 556) mukaan fysiologisen tason tarkastelussa tärkeitä viimekätisiä päämääriä ovat organismin itsesäilytys ja lisääntyminen. Biostatistisessa mallissa terveys on siis normaalia toiminnollisuutta, jolloin normaali toiminto on määritelmällisesti sellainen, joka edistää itsesäilytystä ja lisääntymistä tilastollisesti tyypillisellä tavalla. Sairaustila tai häiriö (*disorder*) ovat tässä katsannossa toimintojen häiriöitä, dysfunktioita.

³ Boorse (1975, 56) erottelee termit "disease" ja "illness", joista vain ensin mainitun on määrä olla arvovapaa tieteellinen termi. Boorsen teoria siis rakentaa termin "disease" varaan. Käytän havainnollisuuden vuoksi tekstissäni usein sanan "disease" kohdalla suomen kielen sanaa "sairaustila". Boorsen (1977, 562) selvityksen valossa tämä on luonteva valinta: "A disease is a type of internal state which impairs health...".

Lajien toiminnollisen organisaation selvittäminen on Boorsen mukaan asia, joka kuuluu luonnontieteellisen tutkimuksen piiriin. Ihmisen tilan arvioiminen terveeksi tai sairaaksi onkin Boorsen mukaan objektiivinen, arвориippumaton asia. Boorse myöntää, että terveydenhoidon arkeen kuuluu useita arvosidoksisia käsitteitä, mutta teoreettinen terveyden analyysi voidaan hänen mukaansa suorittaa arvoneutraalilla tavalla. (Boorse 1977, 542; Boorse 2014, 684.)

Lisäksi Boorse (1976, 62) esittää, että hänen analyysinsä soveltuu määrätyn oletuksen paitsi ruumiin terveyteen myös mielen terveyteen. Selvitys mielenterveydestä vaatii Boorsen mukaan kahden ehdon voimassaoloa. Ensimmäinen on oletus, että joillakin mielen prosesseilla on ihmisen käyttäytymisessä kausaalinen rooli. Toinen oletus on, että ihmismieli organisoituu toiminnollisesti jollakin vakioisella tavalla. Kun nämä ehdot ovat voimassa, voidaan mielen ja ruumiin terveys ymmärtää analogisesti. (Boorse 1976, 62–64.) Nämä oletukset liittyvät keskeisesti tutkielmani peruskysymykseen, ja palaan niihin Boorsea käsittelevän osion lopussa.

3.2.1 Tarkempi terveyden määrittely Boorsen mallissa: viiteryhmät

Lajinsisäinen vaihtelu on Boorsen mukaan suurta. Esimerkiksi 2-vuotiaan, 20-vuotiaan ja 80-vuotiaan kehon ja mielen toiminnoissa on melkoisia eroja. Siksi normaaliuden arvioinnin mittapuuksi ei tule Boorsen mukaan valita *koko* lajia vaan iän ja biologisen sukupuolen suhteen yhdenmukainen viiteryhmä (*reference class*). Viiteryhmän hän määrittelee sellaiseksi organismien luonnolliseksi ryhmittymäksi, joka jakaa samanlaisen toiminnollisen organisaation. Hän myös hieman tarkentaa terveyden määritelmäänsä puhumalla toiminnollisista valmiuksista (*functional ability*). Näin tarkennettuna terveys on Boorsen mallissa viiteryhmässä normaalia toiminnollista valmiutta (Boorse 1977, 555).

Vaikka Boorse ratkaisee viiteryhmän käsitteellään normaaliuden määrittämiseen liittyviä ongelmia, se on ollut naturalismin kritikoiden pääkohteita. Useat kritiikot katsovat, että Boorsen terveyden analyysi nojautuu tavalla tai toisella arvoperustaisiin oletuksiin. Keskeinen väittämä on, että arvoperustaisuus tulee biostatistiseen teoriaan käsitteellisten valintojen tasolla. Esittelen alla Boorsen osakseen saamaa kritiikkiä. Boorse on myös antanut perusteellisia vastauksia kritikoilleen (mm. Boorse 2014).

3.2.2 Biostatistisen mallin kritiikkiä

Arbitraarinen rajakohta

Boorsen biostatistinen naturalismi koettaa siis sanoa, että tilastollinen poikkeama normista voi tukea sairaustilan ja häiriön käsitteitämme. Boorsen sairauskäsitys tällöin erkanee psykiatriassa vahvaa asemaa pitäneestä medikaalisen mallin mukaisesta sairaustulkinnasta, joka sitoutuu tautientiteetin (*disease entity*) käsitteeseen (Boorse 1977, 552; Bolton 2008, 63). Tässä ajattelussa psykiatristen häiriöiden syinä pidetään joitakin erityisiä kehon järjestelmien vaurioituneita prosesseja (Bolton 2008, 63). Boorsen mallissa sairaustilan attribuutioon riittää jonkin toiminnollisuuden poikkeaminen normaalivaihtelusta ilman jyrkkää luonnossa ilmenevää rajalinjaa.

Boltonin (2008, 112) mukaan tärkein vastaväite Boorsen mallille on, että *pelkkä ero* ei riitä tuomaan esiin sairaustilan tai häiriön käsitteiden olemusta. Hänen mukaansa on oletettavaa, että Boorsen ”poikkeama normista” jo viittaa *ongelmalliseen* toimintaan, ei vain toiminnan eroon. Mikäli Boorse nojautuu selvityksessään terveyden ja sairauden alaa määrittäviin arvoperustaisiin oletuksiin, hänen analyysistään tulee kehällinen. Myös muut kirjoittajat ovat epäilleet Boorsea kehällisyydestä (k. esim. Kingma 2007; Varga 2011).

Tähän liittyen Bolton (2008, 113) muistuttaa, että psykologiset ja käyttäytymisen piirteet, myös psykiatriisiin häiriöihin liitetyt, ovat tavallisesti normaalijakautuneita. Jatkuvalle jakaumalle rajakohdan määrittäminen häiriön ja häiriöttömyyden välillä näyttää mielivaltaiselta. Missä vaiheessa poikkeama keskiarvosta alkaa merkitä toiminnon vajausta tai häiriötä? Boorse itse myöntää, että hänen malliinsa lukeutuu sopimuksenvarainen elementti kynnyksarvon muodossa: mikäli toiminnon suorituskyky (*function's efficiency*), alittaa sovitun kynnyksarvon, se määrittyy sairaustilaksi (Boorse 1977, 559). Tämä ei kuitenkaan ole Boorsen mukaan mallille ongelma, koska empiirisen jakauman muodon sanelee luonto.

Lisäksi Boorse (2014, 686) esittää Boltonin tulkinnan olevan virheellinen. Boorsen mukaan Bolton ei kylliksi huomioi hänen malliinsa sisältävää biologisen toiminnon analyysiä. Biostatistisessa mallissa terveyden analyysi ei perustu pelkkään tilastolliseen eroon, vaan yhteen tarkennettuun toiminnollisten erojen ryhmään. Koska mallissa normaali toiminto on määritelmällisesti sellainen, joka edistää itsesäilytystä ja lisääntymistä tilastollisesti tyypillisellä tavalla, voidaan toiminnon normaalia alempi (*subnormal*) suorituskyky Boorsen mukaan analysoida deskriptiivisesti.

Laajempi ja hankalampi Boorsea kohtaan suunnattu kritiikki esittää, että arvoperustaisuus tulee biostatistiseen malliin käsitteellisten valintojen tasolla. Kriitikoiden huomion kohteena ovat olleet erityisesti Boorsen ehdotukset ihmisen lajityypillisiksi päämääriksi ja asianmukaisiksi viiteryhmiiksi. Esittelen seuraavassa tätä keskustelua.

Boorsen viiteryhmiä ja päämäärien valinnan kritiikki

Boorsen biostatistisessa mallissa arvioinnin kohteen toimintoja verrataan siis asianmukaisessa viiteryhmissä vallitsevaan tasoon. Viiteryhmä asettaa mittapuun, jota vasten yksittäisen henkilön toimintojen suorituskyykyä arvioidaan. Boorsen nimenomaiset viiteryhmät ovat *ikä* ja *biologinen sukupuoli (sex)*.⁴ Yksi Boorsen lääketieteestä noutama esimerkki mahdollisesta viiteryhmästä on ”7–9-vuotiaat tytöt”. Yksittäisen lapsen toimintojen suorituskyyvyn ja täten mahdollisen sairaustilan arviointi tapahtuisi siis hänen ikänsä ja biologisen sukupuolensa mukaisen viiteryhmän toimintojen muodostamaa jakaumaa vasten. (Boorse 1977, 558.)

Normaali toiminnollisuus määrittyy siis Boorsen mallissa suhteessa viiteryhmään. Kuten Kingma huomioi, Boorsen viiteryhmiä valinnalla on kiinteä sija normaaliuden ja terveyden määrittämisessä; jos viiteryhmä valitaan toisin kuin Boorse tekee, normaalisuus ja siis myös terveys määrittyvät toisin. Siksi Boorsen tulee antaa sellainen ei-kehällinen arvoriippumaton oikeutus viiteryhmiensä valinnalle, joka samalla sulkee pois kilpailevat vaihtoehdot. Tällaista Boorsella ei ole tarjota ja Kingma päätyy samanlaisiin johtopäätöksiin kuin Bolton: on luultavaa, että Boorsen viiteryhmät heijastelevat aikaisempia, mahdollisesti arvoperustaisia oletuksia siitä, millaiset ryhmät ovat normaaleja ja terveitä. (Kingma 2013, 370.)

Kingma luo argumenttiaan valaisemaan kuvitteellisen XST-mallin, joka on täysin yhtäläinen BST-mallin kanssa lukuun ottamatta yhtä eroa: XST-mallissa myös seksuaalinen suuntautuneisuus määrittää viiteryhmiä (Kingma 2013, 370). Tämän valinnan suora looginen seuraus on, että homoseksuaalisuuden sairausstatus määrittyy malleissa eri tavalla. (Kingman esimerkkivalintaan lienee vaikuttanut se, että homoseksuaalisuuden sairausstatus on ollut psykiatrian historiassa hyvin kiistanalainen kysymys.) Kingma esittää, että Boorse ei pysty objektiivisella, arvoriippumattomalla tavalla oikeuttamaan BST-mallin valintaa XST-mallin sijasta. Esimerkki tuo samalla esiin huomionarvoisen seikan: sekä BST-malli että XST-malli määrittelevät terveyden ja häiriön käsitteet *ilman arvotermejä*. Argumentin mukaan tämä ei ole vielä riittävää osoittamaan malleja arvo- tai

⁴ Joissakin erityisissä yhteyksissä viiteryhmiä voidaan Boorsen (1977, 558) mukaan huomioida myös rotu.

intressiriippumattomiksi, sillä arvosidoksisuus voi tulla kuvaan mukaan myös käsitteellisten valintojen – kuten viiteryhmiä valinnan – tasolla.

Boorsen sitoumista itsensäilytyksen ja lisääntymiseen päämääriin on arvosteltu hyvin samantapaisin perusteluin kuin viiteryhmiä valintaa. Kriitikoiden mukaan ihmiselle lajityypillisten päämääriä valikossa on useita vaihtoehtoja, ja Boorsen pitäytyminen näihin kahteen on arvoperustainen valinta (DeVito, 2000, 541–2; Ereshefsky, 2009, 223). Toisten päämääriä valinta johtaisi toisenlaiseen sairauskäsitykseen.

Boorsen vastine viiteryhmiä ja päämääriä valinnan kritiikkiin noudattaa yhteistä peruslinjaa. Boorsen mukaan hänen analyysinsä pyrkii olemaan yhtäpitävä sen kanssa, miten lääketiede ymmärtää terveyden. Teoreettiset painotukset biologiaan ja fysiologiaan ovat lääketieteen omaksumia, ja BST:ssä viiteryhmiä pitäytyvät organismien biologisten luokittelujen perusjakoihin ja päämäärät fysiologian teoriaan. Boorse myöntää, että terveyden edistäminen on lääketieteen omaksuma normatiivinen tavoite, mutta hänen mukaansa tavoitteen valinnasta ei seuraa, että terveyden ja sairauden *käsitteet* ovat arvoperustaisia. Päinvastoin, ne voidaan analysoida arvovapaasti. (Boorse 2014, 693–694.)

Joka tapauksessa aiheesta käyty keskustelu on ollut varsin mutkikasta ja polveilevaa. En yritä tässä ratkaista, suoriutuuko Boorse ”käsitteellisten valintojen” kritiikistä, eikä se ole tutkielmani tarkoituksien kannalta tarpeenkaan. Koetankin seuraavaksi perustella, miksi Boorsen määritelmän ja psykiatrian legitimitetin suhde on määräämätön, vaikka myöntäisimme Boorsen teoreettisen terveyden käsitteen olevan arvovapaa.

3.2.3 Boorsen demarkaatiokriteeri

Boorse siis esittää, että määrätyn oletuksen mielen terveys voidaan analysoida yhtäläisesti ruumiin terveyden kanssa; avainasemassa on nykyin luonnollisen toiminnon käsite. Mielen terveyden eksplikaatio vaatii kuitenkin kahden ehdon voimassaoloa. Ensimmäiseksi Boorsen (1976, 63–64) mukaan on oletettava, että joillakin mielen prosesseilla on ihmisen käyttäytymisessä kausaalinen rooli. Toiseksi tulee olettaa, että ihmisen mieli organisoituu toiminnollisesti jollakin vakioisella käyttäytymiseen heijastelevalla ihmislaajille yhdenmukaisella tavalla. Kun nämä oletukset ovat voimassa, voimme kutsua mielen toimintojen häiriöitä sairaustiloiksi (Boorse 1976, 64).

Vaikka Boorse on nykytieteen näkökulmasta ensimmäisessä oletuksessaan vahvoilla,⁵ Kingma (2013, 367–368) näkee jälkimmäisessä oletuksessa ongelmia, jotka ovat oleellisia tutkimuskysymyksen kannalta. Ensiksikään ei ole mitenkään selvää, onko mielellä toiminnollinen struktuuri. Toiminnollinen analyysi on ollut menestykseäs ruumiin lääketieteessä, mutta ymmärrysemme mielen toiminnasta on alkeellista. Mitään hyvin kehiteltyä ja laajasti kannatettua tieteellistä mallia ei ole tarjolla. Kingma (2013, 367) käyttää esimerkkinään auditorista prosessointia, josta on kehitelty useita kilpailevia ja toisensa pois sulkevia malleja. Toiseksi, tällainen mielenterveyden malli on kyllin erottelukykyinen vasta, kun oletetaan, että mielellä on jonkinlainen modulaarinen rakenne korkean yksityiskohtaisella tasolla. Mikäli näin ei ole, on mahdotonta erotella mielenterveyden häiriöitä erilleen muista ajattelun ja sosiaalisen toiminnan vinoumista. (Kingma 2013, 367–368).

Kingma (2013, 368) lisää, että mielen toiminnasta on mahdollista kannattaa jonkinlaista pluralistista mallia. Mikäli mieli organisoituu lajitasolla monella tavalla, tästä seuraa, että *useat* mielen toiminnolliset kuvaukset ovat yhtä aikaa tosia. Tästä puolestaan seuraa, että mielen häiriön ja häiriöttömyyden välille muodostuu useita samanaikaisesti tosia rajalinjoja. Yhtenäinen mielenterveyden teoria olisi vaikeuksissa. Boorse on ollut näistä rajoituksista tietoinen itsekin. Mielenterveyden teoriaa koskevassa artikkelissaan Boorse (1976, 77) toteaa, että vasta yksityiskohtainen ja hyvin koeteltu teoria ihmismielen toiminnosta voisi oikeuttaa olemassa olevien psykiatrian kliinisten kategorioiden käytön.

Mitä siis voimme sanoa Boorsen demarkaatiokriteeristä? Ainakin tässä tieteen kehitysvaiheessa se on puhtaan teoreettinen ja samalla määräämätön. Sellaista mielen toiminnollisuuden tiedettä ei ole, joka antaisi käyttöömme erotuskykyisen normalisuuden mittapuun. Ilman normalisuuden kriteeriä ei ole mitään tapaa erotella jostakin kohdepopulaatiosta mieleltään häiriöisiä ja mieleltään häiriöttömiä. Boorsen demarkaatiokriteeri ei siis ole kliinisesti käyttökelpoinen. Palaan tähän tutkielmani päämäärien kannalta oleelliseen huomioon luvun lopun yhteenvedossa. Ennen sitä tarkastelen Jerome Wakefieldin mallia, joka sekin perustaa evoluutioteoriaan, mutta Boorsesta eroten nojautuu syyopillisiin eikä tilastollisiin tarkasteluihin.

⁵ Nykyiset psykopatologian mallit ovat monitekijäisiä ja hyväksyvät mentaalisen kausaation, kuten informaatiovälitteiset prosessit, yhtenä kausaalisenä tekijänä sairastumisen selittämisessä (Bolton 2008, 73–76). Boorsen oletus on siis tällä kentällä laajalti jaettu.

3.3 Wakefieldin evolutiivinen naturalismi

Siinä, missä Boorse luo yleistä terveyden ja sairauden teoriaa, Jerome Wakefieldin malli on varsinainen mielenterveyden häiriön malli. Yhteistä näille analyyseille on, että ne kumpikin jäsentävät mielenterveyden häiriön luonnollisen toiminnon häiriönä. Lisäksi Wakefield täydentää omaa mielenterveyden häiriön analyysiään arvoihin perustuvalla komponentilla. Jälkimmäinen koskee arviota siitä, onko kysymyksessä oleva luonnollisen toiminnon häiriö *haitallinen*. Mikäli nämä kaksi kriteeriä täyttyvät, on Wakefieldin mukaan kysymyksessä mielenterveyden häiriö. Wakefieldin hybridimalli tunnetaankin *haitallisen toimintahäiriön (harmful dysfunction)* mallina. (Bolton 2008, 117–119.)

Yhteistä Boorsen ja Wakefieldin malleissa on myös pyrkimys perustaa toiminnon analyysi evolutiivisiin itsesäilytyksen ja lisääntymisen päämääriin. Boorsen tavoin siis Wakefieldkin katsoo biologian voivan perustaa normatiivisia erotteluja. Wakefield kuitenkin kritisoi tilastollisia määrittelyjä, mukaan lukien Boorsen. Tilastollinen kriteeri ei ole hänen mukaansa kyllin erotteleva: harvinainen ei ole aina häiriöistä ja häiriöinen ei ole aina harvinaista; niinpä tilastollinen poikkeama ei voi olla osa mielenterveyden häiriön määrittelyämme (Wakefield 1992a, 377–378). Wakefieldin mukaan voimme pystyä parempaan, mikäli perustamme luonnollisten toimintojen ja niiden häiriöiden analyysin evoluutioteoriaan ja tulkitsemme ne evolutiivisen suunnitelman (*design*) kehyksessä.

3.3.1 Wakefieldin luonnollisen toiminnon analyysi

Wakefieldin (1992b, 236) mukaan lupaavin luonnollisen toiminnon analyysi lähtee evolutiivisen suunnitelman ajatuksesta. Tässä yhteydessä puhe suunnittelusta on metafora, jolla koetetaan selittää jonkin elimen tai mekanismin rakennetta tai olemassaoloa sen *vaikutuksista* käsin. Wakefieldin mukaan jotkut mekanismit tulevat luonnonvalinnassa valikoiduiksi niiden kelpoisuutta lisäävien vaikutusten vuoksi. Nämä vaikutukset ovat määritelmällisesti mekanismien luonnollisia toimintoja (*natural functions*). Tämän mukaisesti sydämen luonnollinen toiminto on pumpata verta, mikä tehtävä selittää sen rakennetta. Vastaavasti Wakefield katsoo, että mielen mekanismeja voidaan analogisesti selittää niiden vaikutuksista käsin. Kaikki suotuisat vaikutukset eivät tässä tarkastelutavassa ole luonnollisia toimintoja, vaan vain ne, jotka evoluutioteoreettisesti selittävät mekanismin rakenteen tai olemassaolon. Wakefield rakentaa siis kausaalista mallia, jossa mekanismien luonnollisille toimintoille haetaan kehityshistoriallisia distaalisia syitä. Onkin tärkeää huomata, että Wakefieldin mielenterveyden häiriön analyysiin sisältyy etiologinen eli syyopillinen elementti. Tilastollinen mielenterveyden häiriön malli ei pidä sisällään tällaista

sitoumista. Psykiatrinen tautiluokitusjärjestelmä DSM nykymuodossaan ei liioin sisällä syyopillisia sitoumuksia; sen 1980-luvulla alkanut kehitys on pyrkinyt kuvailemaan ja kausaaliin oletuksiin sitoutumattomaan lähestymistapaan.

Wakefieldin sitoumus, että mielenterveyden häiriön tapauksiin kuuluu välttämättömänä ehtona jonkin evolutiivisesti valikoituneen luonnollisen toiminnon häiriö, asettaa teoriassa tarkkarajaisen kriteerin sille, millaisia tiloja voidaan legitiimisti pitää häiriöinä (Bolton 2008, 119). Tarkastelen seuraavassa, millaisia ongelmia Wakefieldin teoriaan ja hänen demarkaatiokriteeriinsä liittyy.

3.3.2 Wakefieldin evolutiivisen naturalismin ongelmia

Arvostelijat pitävät Wakefieldin mallin keskeisenä ongelmana sitä, että malli rakentuu sellaisten melko yksityiskohtaisten evolutiivista historiaamme koskevien olettamusten varaan, joihin meillä ei ole tiedollista pääsyä (Bolton 2008, 131; Kingma 2013, 374; Zachar 2014, 120–121). Bolton muistuttaa, että evoluutioteoria tarjoaa muitakin tulkintavaihtoehtoja poikkeaville mielen ja käyttäytymisen piirteille. Yksi mahdollisuus on, että jotkut psykiatriin häiriöihin liitetyt piirteet ovat itse asiassa adaptiivisia eli elinympäristöön sopeuttavia tai adaptiivisten piirteiden mukana tulleita piirteitä. Tällainen tulkinta sopii hyvin yhteen sellaisen evoluutioteoreettisen näkökulman kanssa, joka painottaa biologisten resurssien valikoitumista puolustukselliseen sisäisten ja ulkoisten haasteiden voittamiseen. Vaikkapa joidenkin psykiatristen häiriöiden yhteydessä esiintyvä välttämiskäyttäytyminen voidaan mieltää yksinkertaisena ongelmanratkaisustrategiana, vain yhden esimerkin mainitakseni. (Bolton 2008, 78–79.)

Myös Kingma arvostelee Wakefieldiä valikoivuudesta. Kingman mukaan Wakefield ei anna mitään käypää perustetta valinnalleen suosia adaptiivisia selityksiä meille mieluisien piirteiden kohdalla ja karttaa niitä meille epämieluisien piirteiden kohdalla. Kingman mukaan Wakefield näyttää myös ajoittain vetoavan erottelussa intuitioihimme siitä, millaiset piirteet ovat mielenterveydellisesti pulmallisia ja syyllistyvän tällöin kehällisyyteen – Wakefieldin tavoitteenahan on määritellä mielenterveyden häiriö hänen luonnollisen toiminnon analyysinsä avulla. (Kingma 2013, 378.)

3.3.3 Wakefieldin demarkaatiokriteeri

Vaikka Wakefieldin kehittelyn pohjana ovat osin Boorsesta poikkeavat oletukset, Wakefieldin demarkaatio näyttää päätyvän samanlaiseen tilanteeseen kuin Boorsenkin: tieteen nykyisessä vaiheessa on määräämätöntä, millaiset reaaliset psykologiset tilat ovat

Wakefieldin kriteerin nojalla häiriöitä ja mitkä eivät ole. Meillä ei yksinkertaisesti ole tiedollista pääsyä evolutiivista historiaamme koskeviin tosiasioihin sellaisella tarkkuudella, joka voisi tehdä Wakefieldin kriteeristä kliinisesti erottelevan. Palaan tähänkin luvun lopun yhteenvedossa.

3.4 Yleinen naturalismin ohjelman ongelma

On oma kysymyksensä, antavatko naturalistiset mallit ylipäätään toteuttamiskelpoiset ja sisäisesti koherentit suuntaviivat häiriöisyyden ja häiriöttömyyden rajaa paikantavalle tieteelliselle tutkimukselle. Voi olla hyviä syitä epäillä sellaisen tarkan ”toiminnollisuuden tieteen” mahdollisuutta, jota naturalistiset mallit pitävät häiriön ja häiriöttömyyden rajan paikantamisen ehtona. Tämän lähempi arvioiminen jää tutkielmani kehyksen ulkopuolelle. Nostan kuitenkin esiin yhden Boltonin esittämän vastaväitteen, joka näyttää olevan ongelma kummallekin evoluutioteoreettisen naturalismin muodolle.

1960-luvulla psykiatrian asemasta alkanut debatti loi siis motivaation mielenterveyden häiriön naturalistisille malleille. Bolton katsoo kuitenkin, että tämän kiistan osapuolet ovat yhteisesti omaksuneet oletuksen, jota ei nykytieteen valossa voida pitää enää kestäväenä. Tämä oletus on idea selväpiirteisestä rajalinjasta luonnollisten biologisten normien ja sosiaalisten normien välillä. On perusteita, miksi tämä erottelu ei pidä. Yhtäältä evoluutiopsykologiset mallit esittävät, että ihmisen evoluutio on tapahtunut sosiaalisissa ryhmissä ja jotkut valikoituneet toiminnot ovat samanaikaisesti biologisia ja sosiaalisia. Toisaalta perimän tutkimuksessa omaksuttu painotus geenit-ympäristö-vuorovaikutuksesta katsoo, että monet psykologiset fenotyypit (mukaan lukien monet psykiatriset tilat) ovat perimän ja ympäristön yhteisvaikutusta, eivät vain valikoituneita tai vain sosiaalisesti tuotettuja. (Bolton 2008, 151–161.)

Tieteenfilosofinen naturalismi – joka tulee jyrkästi erottaa naturalismista terveyden filosofiassa – esittää, että tiede ja filosofia kuuluvat yhteen ja että tieteenfilosofian tulee ottaa lähtökohdaksi, pragmaattisesti katsoen, parhaat saatavilla olevat teoriat ja uskomukset maailmasta. Tieteenfilosofisen naturalismin orientaation hyväksymisestä seuraa yllä mainitun debatin keskeisen rajalinjaoletuksen hylkääminen ja uudenlaisten asemien ottaminen mielenterveyden filosofiassa. Tämä on nähdäkseni hedelmällinen suunta, vaikka en otakaan sitä asiakseni tässä yhteydessä puolustaa.

3.5 Yhteenveto naturalistisesta demarkaatiosta

Olen tässä luvussa tarkastellut kolmea demarkaatiokriteeriä, Szaszin, Boorsen ja Wakefieldin. Tuloksena näyttää olevan, että vain Szaszin demarkaatiokriteeri antaa välittömästi hyödynnettävän mittapuun terveyden ja sairauden rajaamiseen. Szaszin kriteerin ongelma näyttää olevan liiallinen karsivuus: se rajaa melkoisen joukon haitallisia tiloja sairauden alan ulkopuolelle. Näitä eivät ole vain psykologiset toimintahäiriöt, vaan migreenin kaltaiset tilat, joille ei ole löydetty selvää biologista tunnusmerkkiä (Benning 2016). Mitä psykiatriaan tulee, Szaszin kriteerin karsivuus on lähes täydellinen; yhdellekään mielenterveyden häiriölle ei ole löydetty toistettavaa, sensitiivistä ja spesifiä biologista markkeria (Bolton 2013, 446). Boorsen ja Wakefieldin demarkaatiokriteerit taas nojautuvat ainakin toistaiseksi tieteellisesti todentamattomiin oletuksiin. Näiden määritelmien toimeenpanema rajaus on siis puhtaan teoreettinen eikä anna kliinisesti käyttökelpoista kriteeriä häiriön ja häiriöttömyyden erottamiseen.

Kuten tutkielmani johdannossa alustin, psykiatrian legitimititeettiongelma on suuressa määrin käytännöllinen ja koskee reaali maailman instituutioiden ja käytäntöjen oikeutusta. Näiden toimintaa kehystävät olemassa olevat psykiatriset luokittelut, DSM ja ICD. Koetan seuraavaksi kuvailla DSM:ää esimerkinä käyttäen, miten käsitteenmuodostus niissä tapahtuu. Näin saan toisen tarpeellisen elementin tutkimustehtävääni, joka kysyy naturalistisen demarkaation ja psykiatrian legitimitietin suhdetta.

4 Nykyaikainen psykiatrian luokittelu

Mielenterveyden häiriöiden luokittelussa on laajalti käytössä kaksi järjestelmää, Amerikan Psykiatriyhdistys APA:n julkaisema DSM, joka on yksinomaisesti mielenterveyden häiriöiden luokitus, sekä Maailman terveysjärjestön WHO:n julkaisema kattava tautiluokitus ICD, joka sisältää yhtenä osanaan mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden luokittelun. Kumpaakin järjestelmää on uudistettu useasti. Tällä hetkellä käytössä olevat järjestelmät ovat DSM-5 ja ICD-10.⁶ ICD-10 on käytössä myös Suomessa, vaikka DSM-kriteerejä on käytetty laajalti epävirallisesti täälläkin (Lönnqvist ym. 2017, 63). Vaikka näissä kahdessa luokitusjärjestelmässä on eroja, niiden kehityshistoriat limittyvät yhteen ja niitä on kaiken aikaa pyritty harmonisoimaan suhteessa toisiinsa (Clark ym. 2017). Esittelen luokittelusta seuraavassa joitakin tarkastelulleni relevanteja asioita.

⁶ WHO on julkaissut ICD:stä uuden päivitetyn version ICD-11:n. Se on määrä ottaa käyttöön vuonna 2022.

4.1 Poliitikka, arvot ja normit psykiatrian luokituksissa

Psykiatrian nykyyhistorian tunnetuimpia tapauksia on homoseksuaalisuuden poistaminen DSM-II -tautiluokituksesta APA:n jäsenäänestyksellä vuonna 1974. Tämä toimi sekä sen ympärillä käyty julkinen keskustelu toivat laajemmassa mielessä yleiseen tietoisuuteen idean, että psykiatriset taudinmääritykset voivat olla arvoperustaisia; onhan äänestäminen enemmän politiikan kuin tieteen areenoilla tuttu menettelytapa. (Sadler 2005, 204.) Tieteenhistoriallisesti psykiatristen luokittelujen ja moraalisuuden kytkös ei sinänsä ollut mitään uutta, vaan kulkee psykiatrian historiassa läpi leikkaavana teemana (Sadler 2005, 221). Ennen 1950-lukua ei muutenkaan kannettu kovin suurta huolta siitä, olivatko psykiatriset luokat tieteellisesti valideja luokkia nykyaikaisessa mielessä (Sadler 2005, 87).

DSM-II:n julkaisun aikaan (1968) amerikkalainen psykiatria oli kriisiytynyt, osin toisessa luvussa mainitsemistani syistä. Kriisiä edistivät myös muut tekijät, kuten institutionaaliset muutokset ja mielenterveyden parissa toimivien ammattikuntien kiistat. Kun 1970-luvulla DSM:n muutostyö uskottiin psykodynaamiseen teoriaan kriittisesti suhtautuvan Robert Spitzerin alaisuuteen, näiden tekijöiden yhteisvaikutuksesta seurasi prosessi, joka DSM-III:n (1980) muodossa uudisti psykiatrian viitekehysten. (Horwitz 2015, 4–5.) Tapaus oli myös kauaskantoinen, sillä uudistus ja DSM-III:n kuvaileva lähestymistapa näytti suunnan tulevalle psykiatialle. Myöhemmät DSM-luokitukset ovat seuranneet DSM-III:n käyttöön ottamaa lähestymistapaa (Clark ym. 2017, 94).

DSM-III:n tuomaa muutosta on kutsuttu ”paradigmanvaihdokseksi”. On kuitenkin jonkin verran erimielisyyttä siitä, oliko tämä perusteellinen psykiatrian murros tieteellinen vallankumous Thomas Kuhnin tarkoittamassa mielessä.⁷ (Decker 2013, 309–310.) On silti nähdäkseeni valaisevaa poimia vertailuun joitakin analogisia piirteitä tämän kumouksen ja kuhnilaisen vallankumouksen välillä.

Ensiksikin, DSM-III:een johtanut muutos ei ollut uuden tiedon kumuloitumisen seurausta. Mitään erityistä uutta mielen häiriintymisen syistä tai hoidosta ei ollut keksitty. Toiseksi, tieteenulkoisten tekijöiden vaikutus murroksessa oli ratkaisevaa. Kansalaisoikeusliikkeen vaatimukset, osallisten ammattiryhmien keskinäiset kiistat asiakaskunnista ja rahavirroista

⁷ Klassisessa esityksessään *Tieteellisten vallankumousten rakenne* Thomas Kuhn haastoi aiemmat käsitykset tieteen kehityksestä. Kuhnin mukaan tiedettä ei luonnehdi jatkuva edistyvä tiedollinen kasaantuminen, vaan sen kehitykselle on leimallista vakaiden ja kumouksellisten kausien vuorottelu. Koska kumoukset tuovat tieteen käytäntöihin, käsitteisiin ja havaintojen tulkintaan laadullisia muutoksia, ei kumousta edeltävän ja kumouksen jälkeisen tieteen vertailuun ole selkeitä mittapuita. Lisäksi Kuhn esittää, että tieteen vallankumouksia usein edistävät tieteenulkoiset tekijät, kuten avainasemassa olevien henkilöiden toimet. (Kuhn 1994 [1962].)

sekä vakuutusyhtiöiden tarve rajata ja harmonisoida maksujensa alaa olivat kaikki muutosta edistäviä tieteenulkoisia voimia. Kolmanneksi, vanha ja uusi psykiatrian viitekehys olivat käsitteellisesti yhteismitattomia. Vanhaan viitekehykseen kuului kattavia oletuksia psykiatristen häiriöiden psykodynaamisista syistä, kun taas uusi kehys oletti psykiatristen häiriöiden syiden olevan pitkälti epäselviä ja julistautui teorianeutraaliksi suhteessa etiologiaan. Käsitteellinen painopiste siirtyi piilevistä psykologisista mekanismeista havaittavan käyttäytymisen kuvailuun. Samalla siirtymä luokittelujen välillä oli epäjatkuvaa, joskin käyttäytymisen kuvailuun perustuvalla luokittelulla olikin takanaan pitkä perinne. Tieteen kannalta katsoen uutta oli lähinnä tautiluokkien operationalisointi diagnostisten kriteerien muodossa.⁸ Myös se, mikä tulkittiin diagnostisesti relevantiksi ”dataksi”, muuttui: varhainen DSM korosti varhaista elämänhistoriaa ja intrapsyykkisiä konflikteja, ja piti oiretason merkitystä etupäässä symbolisena; uusi DSM taas rakensi diagnostisoinnin oireiden ja merkkien observoinnin varaan lääketieteen mallin mukaisesti. Yhteenvedona voi todeta, että keskeinen muutosta ajanut voima oli useiden eri tahojen intressi diagnostiikan standardisointiin. DSM-III:a seuranneen uudistuksen on katsottu myötävaikuttaneen suuresti biologisen psykiatrian ja psykofarmakologian nousuun. (Mayes & Horwitz 2005, 258–265.)

4.1.1 Tautiluokitusten koonti ja normatiivisuus

Millainen on se prosessi, jolla tautiluokituksia kootaan? Bolton esittää, että niiden konstruoinnin lähtökohtana, niiden ”perusdataa”, on avun hakemisen kliininen konteksti. Hän mainitsee, kuinka DSM-III -työryhmään kuulunut psykiatri Donald Klein kiinnitti huomiota siihen, että diagnostiset manuaalit keräsivät piiriinsä niitä asioita, joita potilaat toivat klinikalle ja lääkärit hoitivat. On huomionarvoista, että sairauden tai häiriön määrittely tulee vasta tämän *jälkeen*. Luokitteluja ei siis ole koottu joidenkin eksplikoitujen valikoinnin periaatteiden tai sairauden määritelmän perustalta. (Bolton 2013, 434–435.) Lisäksi on esitetty, että DSM-III:n aloittamaa uudistusta edeltänyt psykodynaaminen psykiatria oli laajentanut psykiatrian toiminta-alaa tuntuvasti: psykoanalyysiin voitiin tulla aviollisten ongelmien tai muiden elämänpettymysten motivoimina (Mayes & Horwitz 2005, 251). Tällaista taustaa vasten tuntuu selvältä, että kliiniseen kontekstiin, tautiluokitusten käsitteellistämisen lähtökohtaan, kuuluu ilmiöitä, joilla on moraalinen ulottuvuus.

⁸ Diagnostinen päättely on DSM-III -viitekehyksessä muodoltaan totuusfunktionaalista (Bolton 2008, 209). Potilaan luokkaan kuuluminen määräytyy yksikäsitteisesti diagnostisille kriteereille tehdyn totuusarvojakelun perusteella.

Kuten luvussa 2 kerroin, nykyisissä DSM-tautiluokkien kuvauksissa esiintyy runsaasti normatiivisia erotteluja. Boltonin (2008, 11–15) mukaan näiden alkuperä jää manuaalin laatijoilta selvittämättä. Sadler, Hulgus ja Agich (1994, 272–273) tulkitsevat, että DSM-III -työryhmän omaksuma kuvaileva ja biologista psykiatria edistävä käsitteellistämisen tapa heijastelee naiivia käsitystä tieteen ja psykiatrisen luokittelun arvovapaudesta.

4.1.2 Moraaliset arvot psykiatrian luokituksissa

Arvojen ja psykiatrisen diagnoosin yhteyttä perusteellisesti selvittänyt Sadler on kehittänyt filosofista menetelmää arvojen tunnistamiseen psykiatrian diskursseissa. Moraaliset arvot tulevat hänen mukaansa psykiatrian diskurssiin kolmella alueella: luokittelun kehitysprosessissa, diagnostisten kriteerien termeissä ja diagnoosijärjestelmän käytössä (Sadler 2013, 761). Sadler (2005, 213) on halunnut viedä analyysinsä filosofisiin intuitioihin vetoamista pidemmälle ja luonut tässä tarkoituksessa ns. *moraalinen vääräys -testin*, jonka tehtävä on tunnistaa diskurssin moraaliperustaiset käsitteet. Moraalinen vääräys -testin soveltaminen diagnostisiin kriteereihin merkitsee seuraavan kysymyksen asettamista: Pitäisikö merkittävä osa sen kulttuurin väestöstä, jossa kriteeriä sovelletaan, kriteerin kuvaamaa käytöstä tai kokemusta ”moraalisesti vääränä”?⁹ Mikäli vastaus on ”kyllä” tai epäselvä, arvoanalyysiä on syytä jatkaa. Sadler korostaa, että hänen testinsä palvelee etupäässä varoitussignaalin tehtävää. Hänen mukaansa psykiatrian diskurssien arvoluonne ei itsessään ole niinkään ongelma, vaan se, että käsillä olevat arvot ovat kiistanalaisia ja ei-konsensuaalisia (Sadler 2005, 225). Ensimmäiseksi ratkaisun askeleeksi hän ehdottaakin ongelmallisten diagnostisten kriteerien uudelleenmäärittelyä siten, että niiden kuvauksiin sisältyy vain ei-moraalisia arvoja (Sadler 2005, 214).

4.2 Yhteenveto psykiatrian luokittelusta ja arvoista

Olen koettanut tämän luvun lyhyessä katsauksessa nykyisiin psykiatriin luokitteluihin välittää lukijalle tutkimuskirjallisuuteen pohjaavaa näyttöä luokitusten arvoperustaisuudesta. Tarkoitukseni on ollut tuoda esiin, miten legitimitteettiongelma voi ilmetä nykyisten psykiatristen luokitusten kohdalla. Perusteluni pääkohdat olivat: 1. Nykyaikaisen DSM:n käsitteenmuodostusta ovat ohjanneet poliittiset ja tieteenulkoiset prosessit. 2. DSM-luokittelussa esiintyy runsaasti normatiivisia erotteluja, joiden luonne jää selvittämättä. 3.

⁹ Voisimme siis Sadlerin moraalinen vääräys -testin hengessä alistaa vaikkapa seuraavat ICD-10:n mukaiset Psykiatrian luokituskäsikirjan (THL, 2012 [1997]) diagnostisiin kriteereihin sisältyvät kuvaukset testiin: ”paatunut välinpitämättömyys toisten tunteita kohtaan”; ”huomattavia vaikeuksia istua paikallaan”; ”kahden tai useamman tulipalon syyttäminen ilman erityistä motiivia”; ”kohdistaa fyysistä julmuutta eläimiin”. Myös asian empiirinen testaaminen tulisi kysymykseen.

Psykiatrian diagnostiseen käsitteenmuodostukseen sisältyy kiistanalaisia ja ei-konsensuaalisia moraalisia arvoja. On syytä lisätä, että psykiatriset luokittelut ovat hyvin laajoja ja monikoosteisia aineistoja ja että tautiluokkien arvoulottuvuuksissa on paljon vaihtelua.

5 Johtopäätökset ja pohdinta

Olen edellä selvittänyt, miten terveyden filosofian naturalistisilla malleilla koetetaan rajata erilleen mielenterveyden häiriö ja häiriöttömyys. Tarkasteluni keskiössä olivat evoluutioteoriaan tukeutuvat mallit, jotka on tulkittu yrityksiksi vastata psykiatrian legitimaation eli moraalisen oikeutuksen vaateeseen. Pyrinkin erityisesti selvittämään, miten mallien määritelmät suhteutuvat normatiiviseen kysymykseen psykiatrian legitimitetistä.

Tutkimukseni päätulos on, että evolutiivisen naturalismin kehittyminen mielenterveyden häiriön demarokaatioon eivät vastaa psykiatrian legitimitetiongelman. Perusteeni on, että naturalistinen demarokaatio ja psykiatrian legitimitetin kysymys eivät kohtaa niin sanoakseni samassa käsitteellisessä avaruudessa. Evolutiivisen naturalismin toimeenpanema demarokaatio on puhtaan teoreettinen ja perustuu todentamattomiin mielen luonnollisia toimintoja koskeviin oletuksiin. Mallit eivät liioin anna käyttökelpoista kriteeriä psykologisten tilojen kliiniseen erotteluun tai kliinisten luokkien validointiin. Lisäksi mallien sisäinen koherenssi on oma erillinen selvitystä vaativa kysymyksensä. Psykiatrian legitimitetin kysymys puolestaan koskee reaali maailman instituutioiden ja käytäntöjen oikeutusta. Tämän oikeutuksen tarkastelun ytimessä on kysymys psykiatristen tautiluokitusten arvoluonteesta. Selvitystä vaativat erityisesti luokituksiin sisältyvät toiminnan normit sekä ne arvot, joiden status on kiistanalainen. Olen koettanut lähteiden ja aineiston avulla perustella, miksi legitimitetin vaade on nykyisten tautiluokitusten suhteen yhä aiheellinen.

Koska naturalismi-normativismi -debatti koskee terveyden teoreettista rajaamista, johtopäätökseni ei ole välttämättä kannanotto normativismin puolesta. Kenties terveyden teoriassa naturalismilla on paikkansa. On kuitenkin syytä huomata, että naturalismi asettaa mielenterveyden filosofiaan yhden keskeisen raja-arvon, eli ajatuksen siitä, että oleellinen osa psykiatrian toiminta-alaa voidaan paikantaa arvoneutraalilla tavalla. Mikäli sen ohjelma on vaikeuksissa, näyttää arvoneutraalin psykiatrian *teoreettinenkin* mahdollisuus kaukaiselta.

Psykiatrian käytössä olevaan diagnostiseen käsitteenmuodostukseen näyttää joka tapauksessa sisältyvän oleellisesti arvositoumuksia. Näiden sitoumusten selvittely ei ole

välttämättä filosofisesti niinkään helppo tehtävä. Edelleen, tällä arvosidoksisuudella näyttää olevan yhteiskunnallisesti ja eettisesti tärkeitä seurauksia. Keskeinen ulottuvuus koskee psykiatrista asiantuntijavaltaa, sekä sen oikeutusta että alaa. Psykiatrian valta on nykyään paljon enemmän määrittelyvaltaa kuin pakkovaltaa. Yhtä kaikki valtaa sillä on, mikä näkyy paikallisesti vaikkapa hoitotavoissa ja työkyvyttömyyseläkepääätöksissä. Psykiatrian arvoperustaisten määritysten ja käytäntöjen leviäminen ylikulttuurisesti antaa aiheen lisähuoleen etnosentrismistä.

Viimeistään klassinen liberalismi toi mukanaan vaateen vallan ja vallan instituutioiden oikeutuksesta; liberaalidemokratioissa voidaan aina perätä, millaiseen oikeutukseen jonkin valtaa käyttävän instituution asema perustuu. Vastauksesta riippuu, tuleeko instituutio säilyttää, demokratisoida vai purkaa. Tämä vaade voidaan ulottaa myös psykiatriaan, jonka piirissä ihmisen psykologinen kärsimys tulee keskeisesti ammatillisesti kohdatuksi. Nykyisellään ei ole ilmiselvää, millaiselle oikeutukselle sen määrittelykset perustuvat ja vastaavatko sen käytännöt ihmisen henkiseen ahdinkoon aina tarkoituksenmukaisella tavalla.

Lähteet

- American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5. painos.
- Benning, Tony B. 2016. "No such thing as mental illness? Critical reflections on the major ideas and legacy of Thomas Szasz." *BJPsych bulletin* 40(6): 292–295.
- Bolton, Derek. 2008. *What Is Mental Disorder? An Essay in Philosophy, Science, and Values*. Oxford: Oxford University Press.
- Bolton, Derek. 2013. "What is mental illness?" Teoksessa *The Oxford handbook of philosophy of psychiatry*, toim. K. W. M. Fulford, Martin Davies, Richard Gipps, George Graham, John Sadler, Giovanni Stanghellini ja Tim Thornton. Oxford: Oxford University Press. 434–450.
- Boorse, Christopher. 1975. "On the Distinction Between Disease and Illness." *Philosophy and Public Affairs* 5(1): 49–68.
- Boorse, Christopher. 1976. "What a Theory of Mental Health Should Be." *Journal for the Theory of Social Behaviour* 6, 61–84.
- Boorse, Christopher. 1977. "Health as a Theoretical Concept." *Philosophy of Science* 44(4): 542–573.
- Boorse, Christopher. 2014. "A Second Rebuttal on Health." *Journal of Medicine and Philosophy* 39:683–724.
- Clark, Lee Anna, Bruce Cuthbert, Roberto Lewis-Fernández, William E. Narrow ja Geoffrey M. Reed. 2017. "Three Approaches to Understanding and Classifying Mental Disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC)." *Psychological Science in the Public Interest*: 18(2): 72–145.
- Decker, Hannah S. 2013. *The Making of DSM-III: A Diagnostic Manual's Conquest of American Psychiatry*. New York: Oxford University Press.
- DeVito, Scott. 2000. "On the value-neutrality of the concepts of health and disease: Unto the breach again." *Journal of Medicine and Philosophy* 25(5): 539–567.
- Ereshefsky, Marc. 2009. "Defining 'health' and 'disease'." *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 40: 221–27.

- Horwitz, Allan V. 2015. "DSM-I and DSM-II." Teoksessa *The International Encyclopedia of Clinical Psychology*, toim. Robin L. Cautin ja Scott O. Lilienfeld. New York: John Wiley and Sons. 1–6.
- Kingma, Elsejlin. 2007. "What is it to be healthy?" *Analysis* 67: 128–33.
- Kingma, Elsejlin. 2013. "Naturalistic accounts of mental disorder." Teoksessa *The Oxford handbook of philosophy of psychiatry*, toim. K. W. M. Fulford, Martin Davies, Richard Gipps, George Graham, John Sadler, Giovanni Stanghellini ja Tim Thornton. Oxford: Oxford University Press. 363–384.
- Kuhn, Thomas S. 1994 [1962]. *Tieteellisten vallankumousten rakenne*. Vuoden 1969 laitoksesta suomentanut Kimmo Pietiläinen. Helsinki: Art House.
- Lönnqvist, Jouko, Markus Henriksson, Mauri Marttunen ja Timo Partonen. 2017. *Psykiatria*. 12., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Mayes, Rick ja Horwitz, Allan V. 2005. "DSM-III and the revolution in the classification of mental illness." *Journal of the History of the Behavioral Sciences* 41(3): 249–267.
- THL. 2012 [1997]. *Psykiatrian luokituskäsikirja: Suomalaisen Tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit*. 2., tarkistettu painos. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-549-9>.
- Sadler, John Z. 2005. *Values and Psychiatric Diagnosis*. New York: Oxford University Press.
- Sadler, John Z. 2013. "Values in psychiatric diagnosis and classification." Teoksessa *The Oxford handbook of philosophy of psychiatry*, toim. K. W. M. Fulford, Martin Davies, Richard Gipps, George Graham, John Sadler, Giovanni Stanghellini ja Tim Thornton. Oxford: Oxford University Press. 753–778.
- Sadler, John Z., Yosaf F. Hulgus ja George J. Agich. 1994. "On values in recent American psychiatric classification." *The Journal of Medicine and Philosophy* 19: 261–277.
- Szasz, Thomas S. 2010 [1961]. *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. Tarkistettu painos. New York: Harper Perennial.
- Varga, Somogy. 2011. "Defining mental disorder. Exploring the 'natural function' approach." *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 6:1.

Wakefield, Jerome C. 1992a. "The Concept of Mental Disorder: On the Boundary Between Biological Facts and Social Values." *American Psychologist* 47: 373–388.

Wakefield, Jerome C. 1992b. "Disorder as Harmful Dysfunction: A Conceptual Critique of *DSM-III-R*'s Definition of Mental Disorder." *Psychological Review* 99(2): 232-247.

Wakefield, Jerome C. 1997. "Diagnosing DSM-IV – Part I: DSM-IV and the concept of disorder." *Behav. Res. Ther.* 35(7): 633–649.

Zachar, Peter. 2014. *A Metaphysics of Psychopathology*. Cambridge, MA: MIT Press.