

Tarkkaavuushäiriön (ADHD) kehittyminen lääketieteelliseksi diagnoosiksi

Tässä artikkelissa pyrin valottamaan tarkkaavuushäiriön kehittymistä yksilökohtaiseksi lääketieteelliseksi diagnoosiksi kolmen rinnakkain vaikuttaneen lääketieteen ja yhteiskuntatieteen suuntauksen kautta. Ensimmäinen suuntaus, psykomytologiasta neuromytologiaan, on lääketieteen sisäinen suuntaus. Toinen suuntaus, medikalisaatio, on peräisin sosiologiasta. Kolmas suuntaus, ruumiin hallinnasta mielen hallintaan, on peräisin yhteiskuntafilosofi Foucaulta. Eri suuntausten kautta esiin nousevat kysymykset ja havainnot ovat erilaisia. Ensimmäisen suuntauksen kautta esiin nouseva kysymys on, onko huomion kiinnittäminen neurologia – psykologia vastakohtaan mahdollistanut ilmiöön liittyvän sosiaalisen ulottuvuuden sivuuttamisen. Toisen suuntauksen kautta pystytään selittämään ilmiöön liittyviä sosiaalisia seurausvaikutuksia. Medikalisaatio-teesi on kuitenkin riittämätön selvittämään ilmiöön johtavia syitä. Kolmannen suuntauksen kautta ilmiöön johtavat syyt selittyvät parhaiten. Varsinkin perheiden ja potilaitten oma aktiivisuus selittyy Foucaultin luoman itseohjautuvat tekniikat -käsitteen kautta. Lääketieteessä ja yhteiskuntatieteessä vallitsevat suuntaukset ovat selvästi vaikuttaneet siihen, miten tarkkaavuushäiriöön eri ajanjaksoina on suhtauduttu. Häiriössä on kuitenkin osoitettu olevan yleisesti havaittavia piirteitä, jotka ovat riippumattomia yhteiskunnallisista valtavirroista ja niissä tapahtuvista muutoksista.

SAULI SUOMINEN

Kuten sosiologi Solvang (1999) toteaa, on lapsen ongelmakäyttäytyminen koulussa yhä useammin saanut lääketieteellisen leiman: kehitys on johtanut siihen, että 'kurittomista' lapsista on tullut tarkkaavuushäiriöisiä, 'laiskoista' ja 'tyhmistä' dyslektikoita ja sisäänpäinkääntyneistä omalaa-tuisista persoonallisuuksista Aspergerin syndroo-masta kärsiviä lapsia. Vaikka tämän artikkelin päähuomio on tarkkaavuushäiriössä, koskevat johtopäätökset monilta osin myös Solvangin mainitsemaa kahta muuta diagnoosiryhmää ja vastaavia lievempiä, neuropsykiatrisiksi määri-teltyjä lapsuuden poikkeavuuden tiloja.

Artikkelin tavoitteena ei kuitenkaan ole ADHD-diagnoosin kyseenalaistaminen. Diag-noosiin liittyy kuitenkin tekijöitä, joita pidän ar-

veluttavina. Ensinnäkin häiriötä on yhä useam-min haluttu tarkastella ainoastaan biologisesta näkökulmasta (esim. Barkley ym. 2002a, 2002b). Tämä on johtanut lääkehoidon ensisijai-suuteen häiriön hoidossa ja sen selvään lisäänty-miseen (Conrad ja Potter 2000, Rubia ja Smith 2001). Hoitotutkimusten kohteena ovat miltei yksinomaan lapsen lääkehoito (Rubia ja Smith 2001) ja etiologiaa koskevissa tutkimuksissa bio-logiset tekijät (Joseph 2000a). Häiriön esiinty-vyyden arvellaan viime vuosikymmeninä jatku-vasti lisääntyneen (Schachar ja Tannock 2002). Diagnoosi on laajenemassa uusiin ryhmiin, kuten aikuisväestöön tai tyttöihin, joiden keskuudessa diagnoosia pidetään aliedustettuna (Conrad ja Potter 2000).

Tämän katsauksen kohteena olevat kehitysuuntaukset ovat aikajänteeltään eri pituisia. Siirtyminen psykomytologiasta neuromytologiaan käsittää viimeisen maailmansodan jälkeisen ajan tapahtumien tulkintaa (Rutter 1984a:2). Medikalisaatiokeskustelun syntymä voidaan liittää Zolan vuonna 1972 julkaistuun artikkeliin, jossa hän sanoo tarkastelevansa prosessia, jonka hän näkee yhteiskunnallisena tendenssinä ja joka tulee näkymään selvemmin tulevaisuudessa (Zola 1972). Siirtyminen ruumiin hallinnasta mielen hallintaan käsittää Foucaultin (2000) mukaan yhteiskunnan valtavirroissa viimeisen kahden vuosisadan aikana tapahtunutta muutosta.

Tulkintoina medikalisaatio ja ruumiin hallinnasta mielen hallintaan ovat suunnilleen yhtä vanhoja, eli sijoittuvat 1970-luvun alkuun. Psykomytologiasta neuromytologiaan liittyy Rutterin kirjoitukseen vuodelta 1984(a).

KATSAUKSEN LÄHTÖKOHTA JA LÄHESTYMISTAPOJEN TARKASTELU

Danzigerin (1997) mukaan inhimillisen käyttäytymisen psykologiset selitysmallit eivät perustu uusiin ainutlaatuisiin oivalluksiin psyken luonnollisesta ja normaalista toimintatavasta. Käyttäytymistä käsittelevät psykologiset termit, teorit ja selitysmallit heijastavat pikemminkin yhteiskuntamme arvoja ja niissä tapahtuvia muutoksia. Muutokset taas johtavat erilaisten muotiteorioiden syntyyn. Danziger näkee esimerkiksi, että sosiaaliset selitysmallit ovat saaneet tehdä sijaa yksilökeskeisille psykologisille selitysmalleille. Psykologian käsitteistö ja selitysmallit eivät hänen mukaansa perustu suoraan tieteeseen vaan kielessä rakentuneeseen esiyymmärrykseen.

Danzigerin havainnot perustuvat inhimillisen käyttäytymisen psykologisista selitysmalleista tehtyyn meta-analyysiin. Omassa katsauksessani pyrin tekemään sosiologisen analyysin ADHD:n tieteeseen perustuvista selitysmalleista. Danzigerin tavoin pyrin kolmen kehitysuuntauksen kautta esiin nousevan tieteellisen kirjallisuuden meta-analyysiin.

Katsauksen alussa haluan kiinnittää huomiota tarkkaavuushäiriö-käsitteen ongelmallisuuteen Osa *Psykomytologiasta neuromytologiaan* kuvaava tarkkaavuushäiriön selitysmallin kehitystä lääketieteessä (Rutter 1984a). *Medikalisaatiota* käsittelevä osa perustuu pääasiassa Peter Conradin tarkkaavuushäiriötä ja medikalisaatiota koskeviin tutkimuksiin. Tässä osassa käsittelem myös Suomessa jyrkässä nousussa olevaa tarkkaa-

vuushäiriödiagnoosin saaneiden lasten hoitoa keskushermostoa stimuloivalla lääkityksellä, lähinnä amfetamiinilla ja amfetamiinijohdannaisilla lääkeaineilla (stimulanttihoito). *Ruumiin hallinnasta mielen hallintaan* -otsakkeen alla tarkastelen poikkeavuuden syntytapaa ja sen hallinnointia Foucaultin luoman ja mm. Rosen kehittämän käsitejärjestelmän kautta. Ydinkysymyksenä ei ole itse käsitejärjestelmä vaan tarkkaavuushäiriön tarkastelu tämän järjestelmän avulla.

Katsauksessa käytetään yleisnimitystä tarkkaavuushäiriö kuvaamaan seuraavassa kappaleessa esiintyviä poikkeavuuden tiloja. Samoin käytetään rinnakkain termejä orgaaninen, biologinen, neurobiologinen ja neurologinen kuvaamaan tarkkaavuushäiriöön johtavia oletettuja biologisia tekijöitä.

TARKKAAVUUSHÄIRIÖ (ADHD) RISTIRIITAISENA KÄSITTEENÄ

Tarkkaavuushäiriöllä tarkoitetaan lapsuudenaikaista tai lapsuudessa alkanutta poikkeavuutta, jonka pääasiallisina oireina ovat tarkkaavuushäiriö, ylivilkkaus ja impulsiivisuus. Yleisin tällä hetkellä käytössä oleva oireryhmän diagnoosi on ADHD (attention-deficit hyperactivity disorder) mutta tämän rinnalla käytetään myös muita kuten Hyperkineettistä häiriötä (HD) tai Hyperaktiivisuutta (esim. Sandberg 1996, Schachar ja Tannock 2002.) Pohjoismaissa on käytössä myös diagnoosi DAMP (deficits in attention, motor control and perception), joka ei kuitenkaan ole saanut kansainvälistä hyväksyntää (Taylor 1994, Schachar ja Tannock 2002). ADHD:n kriteerit täyttävät lapset voidaan jakaa kolmeen alaluokkaan: (1) niihin, joiden pääasiallinen ongelma on keskittymiskyvyn puute, (2) niihin, joiden pääasiallinen ongelma on hyperaktiivisuus-impulsiivisuus sekä (3) niihin, jotka kärsivät molemmista edellä mainittujen luokkien ongelmista (Barkley 1997:14, Schachar ja Tannock 2002)

Tarkkaavuushäiriö on diagnoosina ristiriitainen. Tähän vaikuttavat monet tekijät, joista tässä käsittelem neljää tärkeintä. Ensinnäkin käytössä on lukuisia eri diagnooseja ja niiden määritelmät vaihtelevat (Schachar ja Tannock 2002). Toiseksi diagnoosit tehdään pääasiassa lapsen käyttäytymisen perusteella eli behavioristisin perustein ja arviot lapsesta saattavat vaihdella arvioijan, tilanteen ja ympäristön mukaan (Rutter 1984b, Taylor 1994, Schachar ja Tannock 2002). Kolmanneksi asiantuntijat ovat myös eri-

mieltä siitä, muodostavatko häiriön oireet laadullisesti oman kategoriansa vai onko kysymys oireista, joista koko väestö enemmän tai vähemmän kärsii (Taylor ja Rutter 2002). Schachar ja Tannockin (2002) mukaan oireita esiintyy yli 10–20 %:lla lapsista kun taas diagnostiset kriteerit täyttyvät riippuen tautiluokituksesta 5–10 tai 1–2 %:lla lapsista. Neljänneksi diagnoosin tekee yksilötasolla pulmalliseksi komorbiditeetti (muiden oireiden ja sairauksien samanaikainen esiintyvyys) ja sen erottaminen muista samankaltaisista lapsen kasvuun ja kehitykseen liittyvistä häiriöistä (Schachar ja Tannock 2002).

Lääkärit havaitsivat jo 1800-luvulla, että osoitettavissa olevat aivovammat saattoivat aiheuttaa tarkkaavuushäiriöoireita. Myös muiden tarkkaavuushäiriöistä kärsivien lasten ajateltiin kärsivän lievemmistä, ei osoitettavissa olevista neurologisista häiriöistä. Johtopäätös osoitautui kuitenkin myöhemmin heikosti perustelluksi (Werry 1972, Rutter 1984a). Ongelmana on, että tietyn käyttäytymishäiriön ja tietyn aivotoiminnan häiriön välillä ei useimmiten ole selvää syy-yhteyttä (Rutter 1984a, Kalverboer 1999). Myös Bradley'n 1930-luvulla tekemä havainto, jonka mukaan lasten keskushermostoa stimuloiva amfetamiini odotusten vastaisesti rauhoittaa hyperaktiivisia ja muita käytöshäiriöisiä lapsia, antoi tärkeän käytännön synn orgaanis pohjaisen diagnoosin tekemiseen (Taylor 1994). Havaintoa ei kuitenkaan useista syistä johtuen voida käyttää todisteena häiriön biologis peräisyydestä (Rutter 1984c, Taylor ja Rutter 2002).

Tarkkaavuushäiriödiagnoosin ja lasten stimulanttilääkityksen yleistymisen johtivat 1970-luvulla kuitenkin häiriön lisääntyvään kriittiseen tarkasteluun ja ympäristötekijöiden huomioimiseen. Tizard ja Hodges (1978) havaitsivat tutkimuksessaan yhteyden tarkkaavuushäiriön ja laitoksessa kasvamisen tai häiriintyneiden varhaisen vuorovaikutussuhteiden välillä. Joissakin teorioissa esitettiin myös nopeaa teknologista kehitystä ja ympäristön muutosta tarkkaavuushäiriön syyksi. Samoin ruoka-aineallergian esitettiin aiheuttavan lapsessa myrkytyksenomaisen tilan, joka ilmeni hyperaktiivisuutena. Monissa kirjoituksissa ja kirjoissa kyseenalaistettiin joko koko käsitteen olemassaolo tai katsottiin diagnooseja annettavan liian leväperäisesti (Sandberg ja Barton 1996).

Useissa tutkimuksissa on osoitettu, että lasten varhaiset biologiset riskitekijät useimmin johtavat haitallisiin jälkitiloihin silloin kun lapsi

varttuu epäsuotuisassa psykososiaalisessa ympäristössä (Werner ym. 1971, Rutter 1984a, Zeana ym. 1997). Tämä seikka ei kuitenkaan ole ollut keskeisellä sijalla tarkkaavuushäiriötä koskevissa tutkimuksissa. Eric Taylor (1994:297) huomauttaa tutkijoiden kiinnittäneen vähemmän huomiota lapsen psyykkiseen ympäristöön kuin aivojen toimintaan liittyviin tekijöihin. Schachar, joka tänä päivänä on ADHD:n tutkijoita, totesi vielä 1980-luvun puolessavälissä tarkkaavuushäiriön biologis peräisenä oireyhtymänä säilyttäneen asemansa, vaikka se yhä useammassa tutkimuksessa on voitu liittää sosiaaliseen heikkosaisuuteen (Schachar 1986). Myös muut tämän alueen tutkijat kuten Sandberg ja Rutter, eivät ainakaan aikaisemmissa kirjoituksissaan ehdottaneet hyväksyneet ADHD-diagnoosia (Rutter 1984b: 273–274, Sandberg ja Barton 1996:20).

Kaikista poikkeavuuteen liittyvistä epävarmuuksista ja ristiriitaisuuksista huolimatta on tarkkaavuushäiriö löytänyt tiensä yleisesti käytössä oleviin tautiluokituksiin ICL-10 (World Health Organization 1993) ja DSM IV (American Psychiatric Association 1994).

PSYKOMYTOLOGIASTA NEUROMYTOLOGIAAN

Kuten psykodynaamisesti suuntautunut Anthony (1973) toteaa, on selvästi havaittavien neurologisten häiriöiden ja normaalisti toimivan neurologisen järjestelmän välissä harmaa vyöhyke, joka on hyvin altis tieteessä tapahtuville tulkinnan muutoksille. Tiettyinä ajanjaksoina häiriöt nähdään ensisijaisesti biologisesta, toisinaan taas psykologisesta viitekehyksestä käsin. Tästä ilmiöstä Rutter (1984a) käyttää käsitteitä psykomytologia ja neuromytologia. Hän tuo esiin ilmiöihin liittyvän heiluriliikkeen sekä niiden taipumuksen kärjistyä.

HEILURIN LIIKE 1900-LUVULLA

Se, että tarkkaavuushäiriö 1800–1900-luvun vaihteessa nähtiin syntyperältään biologisena, tulee nähdä niitä saavutuksia vastaan, joita lääketiede oli tehnyt 1800-luvun jälkipuoliskolla. Erityisesti neurologian ja patologian kautta oli voitu osoittaa monien aivoperäisten sairauksien aiheuttamat muutokset ihmisen käyttäytymisessä. Myös psyykkisiä häiriöitä alettiin pitää aivosairauksina ja ajateltiin, että patologian ja aivotutkimuksen kautta löytyy niille oikea hoito (Schachar 1986). Sosiaalidarvinismi oli tuolloin voimakkaasti vaikuttavana taustateorianana. Häiriöstä kärsivinä lapsina pidettiin ainoastaan pa-

remmista sosiaaliryhmistä ja hyvistä kasvatusoloista tulevia lapsia. Kun kurjuudessa elävän alimman sosiaaliryhmän parissa esiintyi vastavia ongelmia, ne jäivät huomiotta koska niiden arveltiin johtuvan heikosta perimästä (Schachar 1986, Sandberg ja Barton 1996). Ympäristöön liittyvät tarkkaavuushäiriötä selittävät tekijät jäivät siis pohdinnan ulkopuolelle.

Lapsuuden psykopatologiaa koskeva orgaanisia tekijöitä painottava tutkimus jäi 1900-luvun alkuvuosikymmeninä vähäiseksi, eikä tämän tutkimussuuntauksen vuosisadan alussa valinneeseen optimismiin kyetty vastaamaan. Ne harvat tutkijat, jotka omistautuivat tälle työlle, toimivat suhteellisen eristäytyneinä eikä heillä hoitoa ajatellen ollut juuri mitään annettavaa (Kessler 1980). Vähitellen, ainakin 1940-luvulta alkaen, orgaanisesti suuntautuneet tutkijat joutuivat ainakin Yhdysvalloissa yhä enemmän sivuun lastenpsykiatrian ja kasvatustieteiden valtavirrasta, jota psykoanalyysistä johdettu psykodynaaminen teoria hallitsi (Laufer 1975:110, Kessler 1980:25). Werryn (1972) mukaan mielenkiinto orgaanisten tekijöiden vaikutuksesta psykopatologiaan oli Yhdysvalloissa hiipumassa jo ensimmäisen maailmansodan jälkeisenä aikana. Syyksi hän esittää psykoanalyttisen teorian popularisointia ja mielenterveysliikkeen syntyä. Conradin (1997) mukaan psykoanalyttisellä ajattelutavalla oli Yhdysvalloissa laaja jalansija ainakin vielä 1960-luvulla.

Ajan kuluessa kävi kuitenkin selväksi, ettei tarkkaavuushäiriöstä kärsiviä lapsia myöskään voitu auttaa psykoanalyysistä johdetun terapian kautta, mikä taas vahvisti biologisen mallin uskottavuutta (Kessler 1980:25, Sandberg ja Barton 1996:13). Merkki alkavasta paradigmanmuutoksesta oli 1950-luvun puolessavälissä aloitettu laaja lasten stimulanttilääkitys (Laufer 1975:110). Tärkeä virstanpylväs oli myös Clementsin ja Petersin (1962:185) artikkeli, jossa psykodynaamisia teorioita kritisoidaan siitä, että niiden pyrkimyksenä on ”rakentaa täydellinen kausaalinen tehdas sellaisista stereotypioiden hauraista rihmoista kuin sisarkateus, torjuvat vanhemmat, tukahdutettu viha, oidipaalinen konflikti, tukahdutettu seksuaalisuus, jne.” (ks. Rutter 1984a) Artikkelissaan vuodelta 1973 Anthony toteaa biologisen mallin olevan saamassa yliotteen tarkkaavuushäiriön tutkimuksessa.

Varsinainen siirtyminen psykoanalyttisistä biologiseen näkemykseen tapahtui kuitenkin vuonna 1980, kun laajassa käytössä olevaa DSM-tau-

tiluokitusta (American Psychiatric Association) uudistettiin. Aikaisemmat diagnoosijärjestelmät, DSM I ja II heijastivat psykoanalyttisen ajattelun hallitsevaa asemaa. Vuonna 1980 tämän ajatussuunnan kannattajat jäivät kuitenkin alakynteen ja muutosta seuraavat diagnoosijärjestelmät DSM III ja DSM IV edustavatkin biopsykiatrista tai biolääketieteellistä näkemystä (Cooksley ja Brown 1998, Conrad ja Potter 1999).

LIIKKUUKO HEILURI TODELLA LAIDASTA LAITAN?

Tarkkaavuushäiriön biologinen ja psykologinen selitysmalli saattavat vaikuttaa toisensa poissulkevilta. Kuitenkin näiden kahden koulukunnan välistä vuorovaikutusta ja keskustelua on käyty koko 1900-luvun ajan. Sigmund Freud, psykoanalyysin kehittäjä ja psykodynaamisen koulukunnan perustaja, aloitti ammattiuransa neurologina ja neuroanatomina ja monet hänen töistään näillä aloilla ovat uranuurtavia ja sivuavat tarkkaavuushäiriöön liittyvää problematiikkaa (Anthony 1973:52–60). Freud esitti 1800-luvun lopussa, kliinisiin havaintoihin nojautuen, oletuksen mahdollisesta syy-yhteydestä raskaudenaikaisten, synnytysten aikaisten ja synnytysten jälkeisten riskitekijöiden ja myöhempien kehityksellisten häiriöiden välillä ja häntä voidaan pitää yhtenä tämän tutkimussuunnan pioneerina (Casper ym. 1991:139–174).

Freudin teoriat ovat myös suoraan vaikuttaneet tarkkaavuushäiriön ja siihen läheisesti liittyvien poikkeavuuksien hahmottamiseen ja ymmärtämiseen (Anthony 1973:52–60). Anthony kirjoittaa Freudin ensimmäisenä esittäneen Polyglot-mallia aivon ja mielen välisestä vuorovaikutuksesta, johon kuuluu sekä fysiologisia että psykologisia elementtejä ja jotka kytkeytyvät toisiinsa pikemminkin merkityksellisten kuin kausaalisten suhteiden kautta. Freud lienee myös ensimmäisenä esittänyt neurologispohjaisen selitysmallin kielellisille häiriöille (Strother 1973: 8–17).

Aikaisemmin todettiin, että yksi käytännön syy biologisen mallin vahvistumiselle tarkkaavuushäiriötä selittävänä tekijänä oli 1930-luvulla tehty havainto, jonka mukaan nämä lapset reagoivat myönteisesti stimulanttilääkitykseen. Bradley, joka ensimmäisenä vuonna 1937 kirjoitti aiheesta artikkelin, esitti teorian lääkkeen korjaavasta vaikutuksesta häiriintyneeseen neurologiseen järjestelmään. Seuraavassa julkaisussaan vuodelta 1941 Bradley ja hänen kumppaninsa Bowen totesivat amfetamiinin tehoavan myös

muihin psyykkisistä oireista kärsiviin lapsiin. Tämä sai Bradley'n ja Bowenin (1941) luopumaan aikaisemmasta teoriastaan lääkkeen neurologista järjestelmää korjaavasta vaikutuksesta. Hän siirtyi Lauferin (1975) mukaan kannattamaan ajatusta, jonka mukaan tarkkaavuushäiriöiset lapset olivat elämäänsä tyytymättömiä, onnettomia ihmisiä. Amfetamiini sai lapset voimaan paremmin ja näin ollen he toimivat paremmin. Amfetamiini ei siis korjannutkaan neurologista järjestelmää, vaan toimi eräänlaisena piristeenä.

Strauss ja Lehtisen tutkimus vuodelta 1947, jossa esitettiin suora syy-yhteys tarkkaavuushäiriön ja aivovamman välillä, on mielenkiintoinen. Tämä työ, joka kaikilta osin perustui väärin yleistyksiin (Werry 1972, Rutter 1984a, Schachar 1986), johti Yhdysvalloissa erityisopetusohjelmien syntymiseen ja antoi nopeasti kasvaville oppimisvaikeuksista kärsivien lasten vanhempainyhdistyksille peruserätykset (Schachar 1986). Kuten Schachar (1986) huomauttaa, tapahtui Straussin ja Lehtisen työ ajankohtana, jolloin psykoanalyttisesti orientoitunut psykoterapia oli täysin hallitseva. Sen avulla ei vaikeista tarkkaavuushäiriöistä kärsiviä lapsia useinkaan voitu auttaa ja monet lastenlääkärit kokivat, että heidän psykiatrikollegansa olivat jättäneet heidät yksin (Schachar 1986).

Kuten aikaisemmin on mainittu, pidetään M.W. Lauferia yhtenä biologisen mallin tärkeänä puolestapuhujana (Conrad ja Schneider 1980:58, Rutter 1984a, Taylor 1994). Laufer (1975), joka oli myös psykoanalyttisesti koulutautunut, korostaa kuitenkin omassa neurologisten häiriöiden historiaa valaisevassa tarkastelussaan sitä, ettei hänen työryhmänsä koskaan halunnut sivuuttaa emotionaalisten tekijöiden merkitystä. He ovat päinvastoin halunneet korostaa neurologisten ja emotionaalisten tekijöitten yhteisvaikutusta. Saman käsityksen saa, kun lukee työryhmän keskeistä artikkelia vuodelta 1957 (Laufer ym. 1957). Laufer toteaa ajatustensa lapsen häiriön osittaisesta biologisesta syntyperästä olleen vielä tätäkin varhaisempaa perua. Asian esiin nostaminen oli kuitenkin Lauferin mukaan tuolloin vallitsevassa psykodynaamisessa työympäristössä täysin mahdotonta (Laufer 1975).

PSYKOMYTOLOGIA JA NEUROMYTOLOGIA – POHDINTAA

Edellisen perusteella voidaan esittää, että biologisen ja psykodynaamisen selitysmallin vuoropuhelu on sitä rakennusmateriaalia, joka on vie-

nyt tarkkaavuushäiriötä koskevaa tutkimusta ja tiedon muotoutumista eteenpäin. Pohdittavaksi kuitenkin jää kysymys siitä, onko tämä vastakohta-asetelma mahdollistanut ja jopa johtanut sosiaalisen ulottuvuuden sivuuttamiseen. Schacharin (1986) mukaan välinpitämättömyys sosiaalisia seikkoja kohtaan oli vallitsevana, kun tarkkaavuushäiriö diagnosoitiin sai alkunsa 1900-luvun alussa ja on leimannut häiriön koko historiaa. Tarkkaavuushäiriöön liittyvien sosiaalisten seikkojen sivuuttaminen ei kuitenkaan ole vierasta tänä päivänäkään. Oiva osoitus tästä on, että joissakin kouluissa Yhdysvalloissa jopa 30–40 % oppilaista saa häiriöihinsä stimulanttihuonetta (Ghodse 1999, Rubia ja Smith 2001).

Vaikka sekä psykodynaaminen että neurologinen selitysmalli Foucaultin käsitemaailmasta käsin edustavat samankaltaisia yksilöllisen mielen hallinnan muotoja, tulisi niiden eroihin kiinnittää tarkempaa huomiota. Neurologinen diagnoosi edustaa enemmän staattista, asian tilaa lukkoon lyövää toteamusta. Se edustaa eräänlaista ”pakottavaa tietoa”, jota ei voi kyseenalaistaa tai johon ei voi esittää vaihtoehtoja tulkintaa (Palmlblad ja Eriksson 1995, Börjesson 1999). Psykodynaamiseen teoriaan perustuva ongelmanmäärittely on taas enemmän työhypoteesiksi käsitettävä, asian tilan muutosta mahdollistava lausuma. Psykodynaamisesta viitekehyksestä lähtevät kirjoittajat näyttävät myös olevan valmiimpia keskustelemaan tarkkaavuushäiriöstä laajemmasta filosofisesta näkökulmasta käsin, johon kuuluu myös sosiaalisten seikkojen huomioiminen. Myös Cooksley ja Brown (1998) toteavat alkuperäisten psykoanalyttisesti suuntautuneiden DSM I ja II tautiluokituksien pyrkineen näkemään diagnoosit avarammin sisällyttään niihin koko yhteiskunnan (Conrad ja Potter 2000).

Lopuksi voidaan todeta, että Bradley'n ja Lauferin tutkimukset ovat saaneet toimia todisteena tarkkaavuushäiriön biologisesta luonteesta riippumatta tutkijoiden omista johtopäätöksistä. Myös Strauss ja Lehtisen myöhemmin vääriksi todistettuihin yleistyksiin perustuva tutkimus on ollut tärkeällä sijalla kun biologinen malli on julkinen hyväksyty. Edellä mainitut tutkimukset eivät siis ole tulleet merkityksellisiksi niiden johtopäätösten tai todistusvoiman perusteella vaan lääketieteessä tai laajemmin yhteiskunnassa niitä kohtaan suunnatun sosiaalisen tilauksen kautta. Tätä seikkaa käsitellään laajemmin seuraavan kahden pääotsakkeen alla.

MEDIKALISAATIO

Kun poikkeavalle käyttäytymiselle esitetään lääketieteellistä selitystä, voidaan sosiologian termin puhua medikalisaatiosta (Zola 1972). Tarkkaavuushäiriötä medikalisaation näkökulmasta on ensimmäisenä laajemmin tutkinut Conrad (1976) teoksessaan ”Identifying Hyperactive Children”. Conrad on myöhemmin yhdessä Schneiderin kanssa julkaissut jo klassikoksi muodostuneen tutkimuksen poikkeavasta käyttäytymisestä ja medikalisaatiosta (Conrad ja Schneider 1980, uusintapainos 1992). Teoksessaan Conrad (1976:72) ja myöhemmin Conrad ja Schneider (1980:242–52, 1992) jakavat medikalisaation sosiaaliset seurausvaikutukset myönteisiin ja kielteisiin. Myös Ruotsissa on viime vuosina käyty voimakasta keskustelua tarkkaavuushäiriön oikeutuksesta lääketieteellisenä diagnoosina (ks. esim. Kärffe 2000).

MEDIKALISAATION MYÖNTEISET VAIKUTUKSET

Medikalisaation myönteisiä vaikutuksia käsitellessään Conrad ja Schneider (1980:246, 1992) luettelevat ensin kaksi tekijää, jotka muuttavat potilaan ja hänen perheensä sosiaalisia rooleja ja niihin kohdistuvia odotuksia. Ensiksi, kun poikkeavalle käyttäytymiselle, esim. oppimisvaikeudelle, löydetään orgaaninen selitys, vapautuu potilas siihen liittyvästä leimautumisesta, esimerkiksi että häntä pidetään ”tyhjänä, laiskana tai pahana”. Ongelma ei ole hänen tietoisessa minässään, vaan löytyy hänen orgaanisesta rakenteestaan. Tätä ilmiötä Conrad ja Schneider nimittävät medikalisaation inhimilliseksi suuntaukseksi. Toiseksi Conrad ja Schneider (1980:246, 1992) käsittelevät medikalisaatiosta seuraavan syyllisyyden/häpeän poistumista tai moraaliseen vastuusta vapautumista. Potilas ja hänen perheensä eivät ole moraalisesti vastuussa asian tilasta. Esimerkiksi lapsen tarkkaavuushäiriö ei ole hänen itsensä tai perheensä aiheuttama. Sairauteen ei liity samaa syyllisyyttä kuin syntiin tai rikollisuuteen.

Kolmantena Conrad ja Schneider (1980:247, 1992) mainitsevat medikalisaatioon liittyvän ajatuksen sairauden optimistisesta ennusteesta, sairauden hoidettavuudesta tai oireiden lieventämisestä. Neljänneksi tutkijat olettavat, että potilas saattaa hyötyä siitä arvovallan noususta, mikä ongelman määrittelemisestä lääketieteelliseksi seuraa. Viidenneksi tutkijat esittävät, että lääketieteeseen perustuvaa sosiaalista kontrollia voidaan pitää joustavampana ja tehokkaampana

kuin oikeudellisuuteen tai lainmukaisuuteen perustuvaa kontrollia. Esimerkiksi tarkkaavuushäiriöstä kärsivät levottomat lapset, joihin vanhempien tai opettajien sanktiot eivät ole tehonneet, voivat lääkityksen kautta rauhoittua ja muuttua tottelevimmiksi. (Conrad ja Schneider 1980:247–248, 1992)

Conrad ja Schneiderin näkemystä medikalisaation seurausvaikutuksista on käytetty monissa pohjoismaisissa lapsuudenajan poikkeavuuksien määrittelyä ja tulkintaa käsittelevissä töissä (esim. Börjesson 1997, Solvang 1999, Zetterqvist Nelson 2000). Edellä mainituista myönteisistä puolista Solvang (1999) pitää kahta ensimmäistä, eli inhimillistä suuntausta ja moraaliseen vastuusta vapautumista, kaikista tärkeimpänä. Solvang (1999) pitää tärkeänä myös diagnoosin myötä lapselle, perheelle ja usein myös koululle avautuvaa oikeutta erilaisten etuuksien hakemiseen.

MEDIKALISAATION KIELTEISET VAIKUTUKSET

Monet medikalisaation myönteisinä ilmenevät sosiaaliset seurausvaikutukset sisältävät oman vastakohtansa; ne voidaan nähdä myös kielteisenä. Kun potilaan oireilun katsotaan johtuvan hänen biologisesta rakenteestaan, hän vapautuu syyllisyydestä ja moraaliseen vastuusta. Hän ei kuitenkaan silloin enää vastaa täysin omista teoistaan. Kuten Conrad ja Schneider (1980:248, 1992) huomauttavat, tarkoittaa vastuun menettäminen aina myös toisen luokan kansalaisuutta. Tällöin yhteiskunnassa ei-täydessä vastuussa olevat sairastavat ovat riippuvaisia täydessä vastuussa olevista ei-sairaista.

Vastuun menettämisen seurausvaikutukset toteutuvat myös yksilötasolla tilanteessa, jossa lapsi sisäistää oman diagnoosinsa ja lakkaa yrittämästä tai kun vanhemmat eivät diagnoosista johtuen aseta lapsen kasvatukselle välttämättömiä julkilausuttuja tai sisäisiä tavoitteita ja päämääriä. Diagnoosi on tässäkin tapauksessa muuta kuin lääketieteellinen toteamus; se on lapsen sosiaalisia suhteita ja kehitystä selvästi leimaava seikka. Näin diagnoosista voi muotoutua itseään toteuttava ennuste. Asiasta on sosiologiassa käytetty nimitystä stigmatisoituminen tai leimautuminen. (Goffman 1961)

Toisena medikalisaation kielteisenä puolena Conrad ja Schneider (1980:249, 1992) mainitsevat olettamuksen lääketieteen moraaliseen neutraliteetista. Tieteen mantteliin verhottua lääketiedettä pidetään objektiivisena ja arvovapaana.

Schachar (1986) on tarkkaavuushäiriön historiaa tarkastelevassa artikkelissaan kuitenkin osoittanut, miten 1900-luvun alun näkemys tarkkaavuushäiriöstä oli täysin sidoksissa sen aikaisiin yhteiskunnallisiin ideologioihin, mm sosiaalidarvinismiin. Huolimatta siitä, että nämä 1900-luvun alussa esitetyt näkemykset ovat tieteellisesti katsoen ehdollisia, luonteeltaan ensisijaisesti ideologisia tai eettisiä ja että niitä vastaan on esitetty päteviä vastaväitteitä, ovat ne kuitenkin huomattavalla tavalla vaikuttaneet käsitteen myöhempään kehitykseen ja ymmärtämiseen (Schachar 1986:24, Sandberg ja Barton 1996).

Kolmantena seurausvaikutuksena Conrad ja Schneider (1980:249, 1992) mainitsevat asian tuntijavallan ja -kontrollin lisääntymisen. Kun jokin ilmiö määritellään lääketieteelliseksi, niin sen hallinta siirtyy lääketieteen ammattilaisille ja muutoksen sosiaaliset seurausvaikutukset jäävät huomioimatta. Neljäntenä vaikutuksena Conrad ja Schneider (1980:249–50, 1992) mainitsevat sosiaalisen kontrollin lääketieteellistymisen. Tällä tutkijat viittaavat ensinnäkin siihen, ettei ongelman määrittäminen lääketieteelliseksi ja sen hoito lääkinnällisin keinoin suinkaan ole arvopaata toimintaa ja toiseksi, että lääkinnällinen hoito aina edellyttää lääkinnällistä diagnoosia. Esimerkiksi lapsen tarkkaavuushäiriön hoito amfetamiinijohdannaisilla lääkkeillä ei ole mahdollista ilman diagnoosia.

Tutkijoiden viides havainto, sosiaalisten ongelmien yksilöityminen, ja kuudes seurausvaikutus, poikkeavan käyttäytymisen depolitisoituminen, ovat lähellä toisiaan (Conrad ja Schneider 1980:250–251, 1992). Kun poikkeava käyttäytyminen määritellään sairaudeksi, diagnoosiin liittyviksi oireiksi, erotetaan poikkeavuus siitä ympäristöstä, missä se esiintyy, eikä se ole käytettävissä esim. silloin kun koulun opetusta kehitetään. Esim. lapsen haastava käyttäytyminen ei johdu koulun väärästä opetustavasta, liian isoista luokista, liian korkeasta vaatimustasosta, vanhempien ristiriitaisista odotuksista, riittämättömästä vanhemmuudesta, vaikeuksista kodin ja koulun suhteessa jne, vaan lapsen sairaudesta (Slee 1995). Myös Gergen näkee, että yhdessä neuvoteltu asian tila ei voi olla vaikuttamatta siihen, miten asian suhteen toimitaan. Kun lapsen haastavan käyttäytymisen syyksi esitetään neurologista häiriötä, muuttaa se myös toimintäkökulmaa. Intervention tai toiminnan kohde ei tämän jälkeen enää ole perhe tai yhteiskunta. Ajan kuluessa kohteena olevan asian ympärille raken-

tuva toiminta perustuu yleisesti hyväksytyyn selitysmallin varaan (Gergen 1985).

Slee (1995) on koulun kurinpitäjärjestelmän kehitystä tarkastelevassa tutkimuksessaan kiinnittänyt huomiota siihen, miten ennen häiritseviksi ja levottomiksi määriteltyjä oppilaita yhä useammin määritellään vammaisiksi. Tällöin sivuutetaan sellaiset asiaan liittyvät tekijät kuin sosiaaliluokka, rotu, etnisyys, sukupuoli jne. Vammaisuudesta seuraava erityisoppilaan status ja erityissijoitus palvelee, vakuutteluista huolimatta, Sleen mukaan ensinnäkin enemmän normaaliin luokkaan jääneitä oppilaita kuin sijoitettuja. Toiseksi erityissijoitus palvelee, hänen mukaansa juuri eniten kaikkein lievemmistä häiriöistä kärsiviä oppilaita kuin niitä, joille erityisluokka nimenomaan on tarkoitettu. Slee huomauttaa lisäksi, että vaikeiden oppilaiden löytämisestä voi tulla tapa. Kun kaikkein vaikeimmat oppilaat on poistettu luokasta, löytyy samasta luokasta usein uusia vaikeita oppilaita heidän tilalleen (Slee 1995:9, 67, 70, 83).

Viimeisenä tutkijat tuovat esiin medikalisaatiosta seuraavan pahuuden pois sulkemisen. Pahuutta ei enää haluta kohdata, koska sitä pidetään primitiivisenä ja epäinhimillisenä jäänteinä teologiselta ajalta. Tutkijat näkevät kuitenkin pahuuden poissulkemisen myös osana yleistä yhteiskunnallista trendiä, johon myös sosiaalitieteet kuuluvat. Kysymys on merkitykseltään laaja. Koska se ei liity tämän katsauksen perusasetelmaan, sen lähempi sisältö jää tässä selvittämättä.

MEDIKALISAATIO JA LASTEN STIMULANTTILÄÄKITYS

Diagnoosin mahdollistava tarkkaavuushäiriöisen lapsen stimulanttilääkitys on Conradin (1976) ja myöhemmin Conrad ja Schneiderin (1992) mukaan tärkeällä sijalla medikalisaation seurausvaikutuksia tutkittaessa. Lasten käyttäytymiseen vaikuttaminen lääkkeillä on heidän mukaansa voimakas väliintulo ja selvä kannanotto. Lääkkeiden käyttö lapsen hoidossa on kansainvälisesti katsoen kasvanut nopeasti (Ghodse 1999, Schachar ja Tannock 2002). Vaikka stimulanttilääkitys on Pohjoismaissa vielä harvinaista ja sitä kontrolloidaan lupamenettelyn kautta, on lääkkeen käyttö kuitenkin myös täällä jyrkässä nousussa (Janols 2001). Kuten medikalisaatiolla yleensä, voidaan myös lääkityksellä nähdä olevan sekä myönteisiä että kielteisiä seurausvaikutuksia.

Lukuisissa kansainvälisissä tutkimuksissa on voitu osoittaa, että lääkitys tehoaa noin 65–

75 % niistä lapsista, joille se on aloitettu. Lääkitys lieventää lapsen levottomuutta ja ylivilkkautta sekä parantaa keskittymiskykyä. Stimulanttilääkitys ei tutkimuksien mukaan aiheuta huumeriippuvuutta ja sen sivuvaikutukset arvioidaan pieneksi. Niinpä lääkehoitoa yhä selvemmin esitetään luonnolliseksi osaksi lapsen hoitoa (Schachar ja Tannock 2002). Stimulanttihoitoon liittyy kuitenkin myös lääketieteellisesti katsoen epäselvyyksiä. Ensinnäkin lääkkeen farmakologista toimintatapaa ei toistaiseksi täysin tunneta (Heyman ja Santosh 2002). Toiseksi lääkkeen suotuisista pitkäaikaisvaikutuksista ei ole tieteellistä näyttöä Kolmanneksi ei ole voitu sopia yhtenäisistä kriteereistä, jotka selvästi puoltaisivat lääkityksen aloittamista (Schachar ja Tannock 2002). Schachar ja Tannock (2002) toteavat myös, että lääkkeiden käytön lisääntyminen liittyy myös edullisten ja toimivien ei-lääkinnällisten hoitomuotojen puutteeseen, lääkkeiden käytön laajaan hyväksymiseen sekä lääkehoidon osoitettuun paremmuuteen ei-lääkinnällisiin hoitomuotoihin verrattuna.

Lääkkeisiin varauksellisesti suhtautuvat tutkijat ovat kuitenkin huomauttaneet, että hoitotutkimukset ovat pääosin keskittyneet lääkehoitoon ja sivuuttaneet psykososiaaliset interventiot (Klassen 1999 ym., Rubia ja Smith 2001). Hoitotutkimuksissa on useimmiten myös huomattaviksi arvioituja metodologisia ongelmia (Jadad ym. 1999). Lääkkeen sivuvaikutukset saattavat myös olla arvioitua vaikeammat (esim. Cherland ja Fitzpatrick 1999). Merkittävän amerikkalaisen MTA-tutkimuksen mukaan pelkkä lääkitys tehoaa juuri tarkkaavuushäiriön oireisiin kun taas yhdistelmähoito (lääkitys ja psykososiaalinen interventio) tehoaa paremmin muihin osa-alueisiin kuten käytöshäiriöihin, oireiden sisäistämiseen, suoritusastoon, vanhempi-lapsi-suhteisiin ja sosiaalisiin taitoihin (The MTA Cooperative Group 1999b). Pelhamin mukaan (1999) lääkitys tehoaa huomattavasti pienemmällä annostuksella, kun se aloitetaan psykososiaalisella interventiolla. Tämä havaittiin myös MTA-tutkimuksessa ja huomio on merkittävä, koska sivuvaikutukset liittyvät annoksen suuruuteen (The MTA Cooperative Group 1999a).

Yhtenä tärkeänä syynä tarkkaavuushäiriön vahvistamiselle lääketieteelliseksi diagnoosiksi oli Conrad ja Schneiderin (1992) mukaan stimulanttilääkityksellä saavutetut hoitotulokset. Sosiaalisen kontrollin mahdollistava mekanismi (tässä tapauksessa lääkehoito) keksittiin heidän mu-

kaansa 20 vuotta ennen kuin tarkkaavuushäiriö diagnoosi otettiin käyttöön 1950-luvulla (Conrad ja Schneider 1980:159, 1992). Tutkijat esittävätkin, että diagnoosi kenties luotiin, koska stimulanttien käyttö piti legitimoida. He kysyvätkin, ilmestyvätkö lääketieteelliset diagnoosit aina, kun lääketieteelliset sosiaalisen kontrollin mekanismit on keksitty (Conrad ja Schneider 1980:159, 1992). Myös Laufer (1975) on artikkelissaan kiinnittänyt huomiota siihen, että stimulantit tulivat yleiseen käyttöön vasta pari vuosikymmentä niiden myönteisten vaikutusten havaitsemisen jälkeen. Hänen selityksensä on kuitenkin toinen kuin Conrad ja Schneiderin. Lauferin mukaan stimulantteja ei otettu laajempaan käyttöön ennen 1950-lukua, koska psykoanalyttisen teorian hallitsevuus ei mahdollistanut orgaanisten tekijöiden pohtimista (Schachar 1986:26, Sandberg ja Barton 1996:11).

Psykostimulanttien yleisesti hyväksytytty käyttö tarkkaavuushäiriön hoidossa Yhdysvalloissa liittyy suurempaan muutokseen, jossa psyykkiset häiriöt yhä selvemmin nähdään biologisina ja ratkaisuksi esitetään lääkehoitoa (Healy 1997, Conrad ja Potter 2000). Tämän uuden aikakauden varsinainen kulmakivi oli vuonna 1980 tapahtunut siirtyminen DSM II tautiluokituksesta DSM III:meen, jossa biopsykiatrinen malli saavutti voiton psykoanalyttisestä lähestymistavasta ja psyykkisiin häiriöihin mahdollisesti johtavat sosiaaliset tekijät jäivät taka-alalle (Cooksley ja Brown 1998). Laajemmin tämän voi nähdä kehityksenä, jossa lääkehoidosta yhä selvemmin on tullut ratkaisu elämäntilanteiden ongelmiin. Tätä psyykkisten häiriöiden ymmärryksessä, hoidossa ja diagnostiikassa tapahtunutta kehitystä ovat valottaneet esim. Caplan (1995), Healy (1997) ja Luhrman (2000).

MEDIKALISAATION POHDINTAA

Conrad ja Schneiderin tarkkaavuushäiriön medikalisoitumista koskevissa tutkimuksissa on ainakin kaksi ongelmakohtaa. Ensinnäkin he näkevät tarkkaavuushäiriön hyväksymisen lääketieteessä liian yksioikoisena prosessina. Conrad ja Schneiderin (1992) tutkimuksesta ei selvästi ilmene, miten ongelmallinen käsite tarkkaavuushäiriö lääketieteen sisällä on ollut. Conrad ja Schneiderin (1980:156, 1992) mukaan Bradley, Strauss ja Lehtinen sekä Laufer ovat vaikuttaneet tarkkaavuushäiriön ymmärtämiseen orgaanisena häiriönä. Kuten aikaisemmin esitin, tämä on kuitenkin tapahtunut riippumatta mainittujen tutkijoiden

omista tarkoituksista tai tutkimusten todistusvoimasta.

Toiseksi voidaan todeta, että vaikka Conrad myöhemmissä kirjoituksissaan (Conrad 1999, Conrad ja Potter 2000) painottaa maallikkojen merkitystä jonkun ongelman ymmärtämisessä, niin hän näkee maallikot kuitenkin jonkinlaisena professionaalisen näkemyksen passiivisena vastaanottajina tai myötävaikuttajana, ei kriittisesti ajattelevana ja toimivana osapuolena. Maallikkojen, ammattilaisten ja tiedotusvälineiden yhteistoiminta on esimerkiksi Conrad ja Potterin (2000) mukaan vaikuttanut aikuisiän tarkkaavuushäiriödiagnoosin vakiintumiseen. Tällä hetkellä on kuitenkin juuri median ja suuren yleisön kriittinen suhtautuminen ADHD-diagnosiin saanut Barkleyn ja noin sadan muun tarkkaavuushäiriön kansainvälisen tutkijan julkaisemaan vetoomuksen ADHD-diagnosiin puolesta (Barkley ym. 2002a, 2002b). Vetoomuksessa häiriö esitetään perustaltaan geneettiseksi ja sosiaalitieteilijöiden kritiikki poliittisesti värjäytyneeksi. Williams ja Calnan (1996) toteavatkin, että medikalisaation suurin ongelma on se, että siinä nähdään maallikot passiivisina, kriittiseen ajatteluun ja itsenäiseen toimintaan kykenemättöminä yksilöinä (myös Lupton 1997).

Conrad ja Potterin (2000) mukaan tarkkaavuushäiriödiagnoosia käytetään yhä useammin myös selittämään aikuisiän poikkeavuutta, esim. henkilökohtaista epäonnistumista. Tämä uusi aluevaltaus on kuitenkin medikalisaation näkökulmasta erilainen kuin aikaisemmat kategoriat. Useissa tapauksissa asiakas itse määrittelee tarkkaavuushäiriön ongelmiansa mahdolliseksi syyksi. Ajatus sotii siis leimautumisteoriaa vastaan, teoriaa, jossa asiakas nähdään uhrina. Toiseksi stimulanttihoito ei tässä tapauksessa ainoastaan edusta sosiaalisen kontrollin välinettä, vaan palvelee myös asiakkaan tarpeita (Conrad ja Potter 2000). Juuri näistä kahdesta havainnosta johtuen tämä uusi aluevaltaus, jossa asiakas nähdään aktiivisena toimijana, avautuu paremmin Foucaultin ja Rosen kehittämän kansalaisten itseohjautuvuus käsitteen kautta (käsitelty tarkemmin seuraavan otsakkeen alla).

Medikalisaatio-teesiä on syytetty siitä, että se ei kyseenalaista omaa näkökulmaansa ja että se syyllistyy samaan imperiumin rakentamiseen kuin mistä se ekspansionistista lääketiedettä syyttää (Strong 1979, Woolgar ja Pawluch 1985, Conrad ja Schneider 1992:277–280). Myös tässä käydyn keskustelun valossa kritiikki näyttää hy-

vin perustellulta. Williams ja Calnan (1996) toteavat, että medikalisaatio-teesi on rajallinen. Heidän mielestään tarvitaan medikalisaatiota laajempaa yhteiskuntatieteellistä tarkastelua, kun medikalisaation syitä tai asiantuntijoiden ja maallikkojen valtarakenteissa tapahtunutta muutosta halutaan selvittää. Conrad (1997) kuitenkin itse toteaa oman medikalisaatio-tutkimuksensa halunneensa pääasiassa selvittää sitä, miten (sosiaalisia) ongelmia määritellään ja mitä seurausvaikutuksia tällä määrittelyllä on.

RUUMIIN HALLINNASTA MIELEN HALLINTAAN

Viimeisen kahdensadan vuoden aikana kurinpito on Foucaultin mukaan olennaisesti muuttunut. Kun rankaisun ja kurinpidon kohteena aikaisemmin oli rikollisen ruumis, on se nyt poikkeavan sielu. Ennen sattumanvaraisesti toimeenpannun ruumiillisen rangaistuksen tarkoituksena oli toimia varoittavana esimerkkinä muille. Nykyään kohteena on poikkeavan sielu, joka pyritään ottamaan haltuun, tarkkailemalla, luokittelemalla ja yksilöllisesti käsittelemällä. Tavoitteena ei enää itse asiassa ole rankaiseminen, vaan ohjentaaminen, kouluttaminen, parantaminen ja normaalistaminen (Foucault 2000).

Siirtyminen ruumiin hallinnasta mielen hallintaan on Foucaultin mukaan tarkoittanut siirtymistä sattumanvaraisesta, yksilöllisestä rankaisemisesta kaikkialle ulottuvaan, kaiken kattavaan vallankäyttöön, tarkkailuun ja kuriin, joka on sisällyttänyt piiriinsä myös sairaalat, koulut ja työpaikat. Tarkkaavuushäiriö on tästä oiva esimerkki. Ennen se oli kurinpidollinen ongelma, jota hoidettiin ruumiillinen rangaistuksen kautta. Nykyään sitä lähestytään yksilöllisen, ymmärtämisen diskurssin kautta. Lasta tutkitaan ja tuloksia verrataan normaalijakautumaan. Tarpeeksi suuri poikkeavuus johtaa diagnosointiin, mahdollistaa erityisopetukseen siirtämisen tai tarkkaavuushäiriön, aggressiivisuuden ja epäsosiaalisuuden hoitamiseen amfetamiinilääkityksellä (esim. Slee 1995).

Foucaultin (2000:25–26) kysymys siitä, onko siirtyminen yksilöllisestä ruumiillisesta rankaisusta kaikkialle ulottuvaan tarkkailuun viimeisen kahden sadan vuoden aikana todella merkinnyt kurinpitokäytäntöjen lieventymistä, on tärkeä myös tarkkaavuushäiriötä pohdittaessa. Sleen (1995) mielestä siirtyminen ruumiin hallinnasta mielen hallintaan, esimerkiksi koulussa, ei ole tarkoittanut todellista kvalitatiivista muutosta koulun kurinpitojärjestelmässä. Syynä kouluhäi-

riöihin ovat vieläkin yksittäiset oppilaat, ei koulun toimintaan tai oppiaineisiin liittyvät tekijät.

Siirtyminen ruumiin hallinnasta mielen hallintaan ei ole mahdollista ilman hyvinvointialan autonomisia ammattilaisia, kuten lääkäreitä, psykologeja, sosiaalityöntekijöitä, sosiologeja jne., joiden valta perustuu heidän hallitsemaansa asiantuntijatietoon (Rose 1999). Tieto koostuu sekä normaaliväestöstä että tarkkailun alla olevasta poikkeavuudesta ja poikkeavasta yksilöstä kerätystä tiedosta ja sen jalostuksesta. Juuri tähän yleiseen ja yksilölliseen tietoon kurinpito ja mielen hallinta perustuu. Poikkeavuus on siis Foucaultin (2000) mukaan sosiaalisesti konstruoitu, se ei ole ”objektiivisesti” olemassa, vaan piirtyy ammattilaisten hallitseman tiedon, jaotellun ja luokittelun, ns. totuusdiskurssin kautta. Ajan kuluessa jaottelu ja luokittelu on saavuttanut tieteellisyyden ja objektiivisuuden leiman. Tähän perustuva mielen hallinta ja kurinpito on samalla muuttunut näkymättömäksi, yleisesti hyväksytyksi tosiasiaksi.

Autonomisten, hallinnosta vapaiden ammattilaisten synty liittyy siihen historialliseen vaiheeseen, kun hallinto muodostuu omaksi alakseen ja erottuu hallitsijan alaisiaan kohtaan käyttämästä suorasta ja yksisuuntaisesta vallasta (Foucault 2000). Hyvä hallinto tulee nyt hallitsijasta riippumattomaksi. Se perustuu vastavuoroisuuteen, missä hallitsija on kiinnostunut kansakunnan tilasta, kansalaisten hyvinvoinnista ja mielipiteistä. Kansalaiset myös hyväksyvät hallitsijansa ja paikallisten instituutioiden kautta harjoitettavan hallinnon. Desentralisaatio, kansalaisten itseohjautuvuus ja vapauskäsitteet tulevat hallinnossa tärkeiksi (Foucault 1979, 1988). Foucault käyttää tästä uudesta hallinnon mallista termiä *gouvernementalité*, josta on suomeksi käytetty erilaisia termejä, kuten hallintamentaliteetti tai hallinnallistuminen (Vuori 2001:48–49).

Yksityisestä kansalaisesta kerättävät tiedot ja kansalaisten hallinta ovat tulleet yhteiskunnan kehittyessä yhä tärkeimmiksi (Foucault 2000). Autonomisten asiantuntijoiden kautta osa hallintovallasta on voitu siirtää ristiriitaiselta poliittiselta areenalta oman totuusdiskurssinsa hallitseville asiantuntijoille. Itse asiassa asiantuntijoiden toiminta on eräänlaista etäältä hallitsemista. Autonomisen asiantuntijan neutraalisuus, auktoriteetti ja eettisyys on itse asiassa vapaan yksilön ruumiillistuma ja perikuva ja toimii näin ollen kansalaisille esikuvana, samalla kun häneen tätä kautta voidaan istuttaa itseohjautuvia tekniikoi-

ta, joiden kautta kansalaiset voivat suunnata henkilökohtaiset valintansa samansuuntaisiksi kuin hallinnon päämäärät (Rose 1993, 1999, Rose ja Miller 1992). Myös Foucault käsitteli myöhemmissä kirjoituksissaan tätä ilmiötä ja totesi sen kehitykseksi, jossa itseohjautuvat tekniikat yhä selvemmin ovat korvaamassa kaikkialle ulottuvan ja kaikkia koskevan kontrollin (Foucault 1988).

Se, että hyvinvointipalvelut nykyään toteutuvat sekä julkisen että yksityisen tai nk. kolmannen sektorin kautta, ei välttämättä tarkoita vähentävää ohjausta. Päinvastoin vaikuttaa siltä, että nykyaikainen hajautettu hallinto vaatii toimiakseen uusia avauksia, verkostoja ja sopimuksia. Tässä hallinnossa kansalainen ei enää ole pakkovallan kohde. Sen edellytys on päinvastoin valistettu, itsensä vapaaksi tunteva kansalainen, joka eri kanavia käyttäen (esim. Internet) itse osallistuu hallintotoimintaan ja sen kehittämiseen. (Rose 1999, Rose ja Miller 1992). Esimerkkinä tästä voidaan pitää diagnoosipohjaisia vanhempainyhdistyksiä, joiden kautta vanhempien tyytymättömyys voi kanavoitua paremmaksi hoitokäytännöksi, siis hallinnoksi, samalla kun niissä toimiminen vaatii valistuneisuutta ja itseuria.

Rosen (1993:298) mielestä kehittyneen liberalismiin tunnusmerkki on tila, jossa asiantuntijan kehotukset käyvät yksiin kansalaisen omien, itsenäisyyteen ja merkityksellisyyteen perustuvien elämänprojektien kanssa. Itse asiassa kehitynyt liberalismi kysyy Rosen mukaan itseltään, voiko hallinto toteutua vapaiden toimijoiden (kansalaisten, kuluttajien, vanhempien jne.) itse tekemien säädelyjen ja laskelmoitujen valintojen kautta. Tarkkaavuushäiriön diagnostiikka on mielestäni esimerkki tästä. Diagnoosia ei tehdä ainoastaan potilasta tutkimalla tilassa, jossa vain hän ja lääkäri ovat läsnä, vaan se edellyttää yksittäisten kansalaisten (vanhemmat, päivähoiton ja koulun henkilöstö jne.) myötävaikutusta ja kannanottoja.

RUUMIIN HALLINNASTA MIELEN HALLINTAAN – POHDINTAA

Rose (1999:3–5) mainitsee omassa tutkimuksessaan myös sosiaalisten ongelmien medikalisaation ja sitä koskevan tutkimuksen. Hän liittää sen osaksi sosiokritiikiksi kutsumaansa paradigmaa. Tästä paradigmasta käsin nousevat havainnot ovat kyllä Rosen mielestä merkittäviä, mutta ongelmana on kuitenkin kritiikin rajallisuus. Sosiokritiikissä kysytään esimerkiksi, voidaanko hallitsevien asiantuntijoiden väärä ja alistava tie-

to korvata uusien asiantuntijoiden puhtaalla tiedolla tai esimerkiksi tukahduttavatko instituutiot ihmisen toiminnan. Foucaultin ja Rosen käsitejärjestelmästä lähtevä kysymys on kattavampi. Se tutkii kansalaista ja hallintoa vuorovaikutuskuviosta käsin ja kysyy, mitä muutoksia tässä suhteessa historiallisesti on tapahtunut (Rose 1999, Foucault 2000). Foucaultin näkökulmasta käsin medikalisaatioissa ei siis ole kysymys valtasuhteesta, jossa toinen alistaa toista vaan suhteesta josta molemmat voivat hyötyä ja jota koko yhteiskuntaa koskevat valtavirrat ohjaavat. Näin ollen ei myöskään demedikalisaatio muuta tätä valtasuhdetta (Lupton 1997).

Kansalaisten itseohjautuvuus on tarkkaavuushäiriön kannalta merkittävää ja se näkyy ainakin kahdella tavalla. Ensinnäkin siten, että aikuiset yhä selvemmin hyväksyvät ja jopa hakevat tarkkaavuushäiriö-diagnoosia selitykseksi omiin epäonnistumisiinsa ja elämänvaikeuksiinsa (Conrad ja Potter 2000). Kuten aikaisemmin totesin, on tämä uusi asiakasryhmä medikalisaatio-teesin kannalta ainakin kahdessa suhteessa ongelmallinen ja se edellyttää aikaisemmasta uhritulkinnaasta luopumista. Foucaultin käsitejärjestelmästä käsin se on kuitenkin oiva osoitus kansalaisten itseohjautuvuudesta.

Toisen esimerkin kansalaisten itseohjautuvuudesta esittää Börjesson (1997). Hän toteaa vanhempien 1900-luvun alkupuolella usein vastustaneen lastensa erilliskäsittelyä ja -sijoitusta. Tilanne on hänen mukaansa tällä hetkellä toinen, kun vanhemmat vaativat lapsensa tutkimista, diagnosointia ja erillissijoitusta ja perustavat diagnoosipohjaisia vanhempainyhdistyksiä etujensa ajamiseksi (myös Zetterqvist Nelson 2000: 32). Samanlainen muutos vanhempien aseenteissa on myös havaittavissa muissa länsimaissa ja näkyy juuri vanhempainyhdistysten perustamisena ja niiden vaikutusvallan lisääntymisenä (esim. Conrad 1976, Conrad ja Schneider 1992). Mielestäni edellä mainitut havainnot ovat myös hyviä esimerkkejä siitä, miten hallinnon päämäärät ja henkilökohtaiset valinnat ovat samansuuntaistuneet.

Lopuksi voidaan kysyä, onko tarkkaavuushäiriö siis puhtaasti ”kliinisen katseen” tulos, jonka psykologit ja erilaiset muut hyvinvoinnin ammattilaiset ovat luoneet pikemminkin kuin löytäneet? Ajallisesti se sopisi hyvin. Foucault esittää siirtymisen ruumiin hallinnasta mielen hallintaan tapahtuneen viimeisen kahdensadan vuoden aikana ja tarkkaavuushäiriö on useim-

pien lähteiden mukaan löydetty 1900-luvun alussa. Palmer ja Finger (2001) esittävät kuitenkin 1700–1800-luvun taitteessa vaikuttanutta tohtori Alexander Crichtonia tarkkaavuushäiriön isäksi. Crichtonin kirjoituksissa vuodelta 1798 ei heidän mielestään esiinny samaa sosiaalidarvinismiin perustuvaa moralismia kuin esimerkiksi häiriön pioneeriksi mainitussa Stillin kirjoituksissa. Crichtonin havainnot poikkeavuuteen liittyvästä tarkkaavuushäiriöstä ja levottomuudesta muuten terveissä lapsissa vastaavat Palmer ja Fingerin mukaan suurilta osin DSM IV:n tarkkaavuushäiriön alaryhmää.

Crichtonin havainnot jäivät kuitenkin ”yksittäiseksi havainnoiksi”, kuten Palmer ja Finger (2001) toteavat. Selitykseksi tälle voidaan lainata Foucaultia ja todeta, että Crichtonin havaintojen ajankohta edelsi sitä 200 vuoden aikana tapahtunutta muutosta, joka johti hyvinvointivaltion vapaan ammattilaisen syntyyn ja tieteelliseen teoriaan poikkeavuudesta ja sen synnystä. Crichtonilta yksinkertaisesti puuttui tämä poikkeavuuden määrittelyyn osallistuva ”infrastruktuuri”. Crichtonin havainto kertoo kuitenkin myös sen, että tarkkaavuushäiriössä on joitain tarkkailijalle samalla tavalla avautuvia piirteitä, jotka ovat säilyttänyt asemansa jo kahden vuosisadan ajan riippumatta yhteiskunnallisten valtavirtojen muutoksesta.

LOPUKSI

Kaikkien kolmen artikkelissa käsitellyn kehitysuuntauksen lopussa on oma pohdintaosa, joten en palaa niihin. Käsittelen tässä osassa teemoja, jotka artikkelin kautta ovat nousseet kysymyksiä esille, mutta joihin ei toistaiseksi ole vastattu. Ensimmäisenä käsittelen kysymystä tarkkaavuushäiriön biologisesta luonteesta ja erityisesti teoriaa poikkeavuuden geneettisestä alkuperästä. Seuraavaksi käsittelen pulmia, jotka liittyvät tarkkaavuushäiriötä koskevaan syy- ja seurausajatteluun. Kolmanneksi tulen artikkelin havaintojen perusteella ehdottamaan preventio- ja hoitosuosituksia. Neljänneksi totean, etteivät tarkkaavuushäiriön lääketieteelliset ja sosiologiset tutkimukset kohtaa; vuoropuhelusta saattaisivat kuitenkin molemmat osapuolet hyötyä. Lopuksi tulen esittämään arvioita häiriön ymmärtämisen tulevaisuudesta.

En missään suhteessa epäile, etteikö tarkkaavuushäiriöllä olisi biologista vastetta. Mitä tarkemmiksi aivokuvaus ja muut tutkimusmenetelmät kehittyvät, sen paremmin pystymme myös

todentamaan biologisen vasteen. Tällä havainnolla ei kuitenkaan ole mitään tekemistä häiriön syntyperän kanssa. Tarkkaavuushäiriön syntyyn johtavat syyt saattavat olla hyvin erilaisia. (Schachar ja Tannock 2002). On kuitenkin mielenkiintoista, että tarkkaavuushäiriö arvovaltaiselta tasolta yhtäältä esitetään syntyperältään biologiseksi (Barkley 2002a, 2002b) ja toisaalta yhtä arvovaltaiselta tasolta todetaan oirekuvaukseksi vailla etiologista merkitystä (Taylor ja Rutter 2002). Jotkut tutkijat, kuten Schachar ja Tannock sekä Taylor korostavat omissa tutkimuksissaan häiriön monisyisyyttä, mutta ovat myös alk kirjoittaneet Barkleyn (2002a, 2002b) vetoomuksen. Ilmiö on vaikeasti selitettävissä. Foucaulta lainaten voidaan kuitenkin todeta, että tiedettä ennen ohjannut näkymätön ”objektiivisuus” on tullut näkyväksi kaikkien arvioitavissa olevaksi vetoomukseksi ja kannanotoksi.

Inhimillisten poikkeavuuksien syyksi esitetään yhä useammin geenejä. Tätä uudistettua medikalisaatio-teesiä, jossa geenit nähdään häiriöiden aiheuttajiksi, on kutsuttu genetisaatioksi (geneticization) (Conrad 1997, 1999, Riska 2000). Conrad (1999) huomauttaa kuitenkin, että vain kaksi prosenttia sairauksista on voitu liittää yksittäiseen geeniin. Myös McGuffin ja Rutterin (2002) mukaan geenien vaikutus nähdään usein liian yksinkertaisena ja deterministisenä, vaikka kysymys usein on monien geenien ja ympäristön monimutkaisesta yhteisvaikutuksesta. Edellä mainitussa Barkleyn ym. (2002a, 2002b) vetoomuksessa tarkkaavuushäiriö esitetään syntyperältään geneettiseksi. Tarkkaavuushäiriön geneettistä alkuperää osoittavat kaksos- ja adoptiotutkimukset ovat kuitenkin Josephin (2000a) mukaan monessa suhteessa puutteellisia. Perinnöllisyyttä ja genetiikkaa ei Josephin mukaan ole pystytty erottamaan toisistaan ja kysymys on hänen mukaansa ympäristöperäisestä poikkeavuudesta. Jos tarkkaavuushäiriö on geneettisesti periytyvää, se saattaa Taylor ja Rutterin (2002) mukaan olla yhtä periytyvää sen vaikeassa, diagnosoitiin johtavassa muodossa kuin sen lievemmissäkin muodoissa.

Syy-seuraussuhteen selvittäminen voi tarkkaavuushäiriön ja monen muun vastaavan poikkeavuuden osalta olla vaikeaa. McGuffin ja Rutter (2002) toteavat, että perinnöllisiä eivät ainoastaan ole poikkeavuuksiksi määritellyt piirteet vaan kaikki inhimillisen käyttäytymisen yksilölliset erot. Kulttuurin kautta siirtyvät ominaisuudet voivat usein näyttää geneettisiltä. Tämä

on osoitettu Englannissa tehdyssä simulaatiossa, jossa testattiin lääketieteellisiin opintoihin haikutumiseen vaikuttavaa geeniä 1990-luvun alussa. Suoritetun monimutkaisen tilastollisen menetelmän perusteella voitiin todeta geeniyhteyden olevan voimakkaampi kuin yhdenkään siihen aikaan tutkitun neuropsykiatrisen häiriön geneettinen yhteys (Joseph 2002b, McGuffin ja Rutter 2002).

Jos tarkkaavuushäiriön geneettinen yhteys kuitenkin pystytään osoittamaan, niin syntykö oikeus pitää geenejä tarkkaavuushäiriön synnyn? Voidaan ajatella, että myös sosiaalinen huonosaisuus osoittautuu perinnölliseksi esim. jonkin siihen liittyvän piirteen kautta. Mutta oikeuttaisiko tämä köyhyyteen liittyvien sosiaalisten seikkojen sivuuttamiseen? Esim. köyhälistön parissa esiintyvä tarkkaavuushäiriö sivuutettiin 1900-luvun alussa, koska sen ajateltiin olevan seurausta heikosta perimästä (Schachar 1986). Geneettinen selitysmalli on Conradin (1999) mukaan sivuuttamassa muut selitysmallit ja muodostumassa samanlaisiksi kuin Dubosin (1959) liian kapealaiseksi ja selitysarvoltaan riittämättömäksi arvostelema bakteerimalli. Kalverboerin (1999) mielestä tulisi hyväksyä, että ADHD voidaan kattavasti selittää lähtökohdiltaan hyvin erilaisten selitysmallien kautta, joista biologinen malli on yksi.

Tarkkaavuushäiriön hoidossa tulisi Suomessa ja muualla Euroopassa käyttää tiukempaa ICD-tautiluokitusta. DSM-tautiluokituksessa tapahtuneet muutokset ovat aina lisänneet häiriön esiintyvyyttä. ICD-tautiluokitusta käyttäen häiriön esiintyvyys jäisi 1–2 %:iin (Schachar ja Tannock 2002). Tämä estäisi diagnoosin käyttämistä sosiaalisen kontrollin välineenä. Myös yhteiskunnalliset syyt ja nopea elämänrytmi saattavat johtaa lapsen levottomuuteen (esim. Schachar ja Tannock 2002). Primäärinä preventiona tulisikin edellä mainittujen tekijöiden osuutta selvittää ja puuttua niihin. Toimivalla varhaisella vuorovaikutuksella on suotuisa vaikutus lapsen kehitykseen ja sen on voitu osoittaa vähentävän neuropsykiatrisia häiriöitä (esim. From Neurons to... 2000). Lapsen ja vanhemman vuorovaikutuksen tukeminen onkin yhä selvemmin muodostumassa tärkeäksi osaksi neuvolatyötä ja sitä tulisikin jatkuvasti kehittää.

Biologisten ja sosiaalisten riskien samanaikaisen esiintyvyyden on jo kauan tiedetty aiheuttavan vakavia riskejä lapsen kehitykselle (esim. From Neurons... 2000). Varhainen näiden per-

heiden tilanteeseen puuttuminen ja yksilöllinen tukeminen ovat osa sekundaarista preventiota. Sekundaariseen preventioon kuuluu myös lapsen yksilöllisiä eroja huomioiva opetus. Näin lapsen levottomuuteen ja keskittymiskyvyn puutteeseen voidaan vaikuttaa yleisen tason interventioilla.

Tertiärisen preventioon kuuluu oireiden vähentäminen kuntoutuksen kautta (Offord ja Bennett 2002). Ennen diagnoosin tekoa asiantuntijoiden tulisi arvioida diagnoosin merkitystä perheessä ja sitä, miten se vaikuttaa lapsen omaan minäkuvaan ja sen kehittymiseen. On tärkeää kysyä, onko diagnoosi oikea vastaus perheen ongelmiin (myös Rutter ja Taylor 2002)? Onko lapsen diagnoosista saama hyöty suurempi kuin haitta (esim. leimautuminen)? Diagnoosi on aina monimerkityksinen eikä pelkkä lääketieteellinen toteamus. Lapsen stimulanttilääkitys tulisi aloittaa vain poikkeustapauksissa kun tarkkaavuushäiriöt leimaavat lapsen kaikkia toimintaympäristöjä ja vaarantavat hänen kehitystään, eivätkä muut tukitoimet auta. Sivuvaikutuksien takia lääkitys tulisi vakiinnuttaa alhaisimmalle vaikuttavalle tasolle. Tämä on mahdollista silloin kun (1) sitä edeltää psykososiaalinen interventio ja (2) lääkitys aloitetaan mahdollisimman alhaisella tasolla ja sen vaikutusta seurataan tarkasti (Pelham 1999).

Tämä tutkimus osoittaa, etteivät tarkkaavuushäiriötä koskevat lääketieteelliset ja ilmiön sosiologiset tutkimukset kohtaa. Pidän tätä valitettavana. Lääketieteen edustajat eivät suinkaan aina ja ilman kritiikkiä ole hyväksyneet diagnoosia. He ovat päinvastoin ihmetelleet, että niin monen lapsipotilaan arvellaan kärsivän tästä poikkeavuudesta (Rutter 1984a). Sosiologit puolestaan ovat varoittaneet diagnoosin ja lääkityksen käyttämisestä sosiaalisen kontrollin välineenä. Erityisesti Ruotsissa näkemys on johtanut kahden erillisen leirin syntymiseen. Pidän mielen-

kiintoisena Ruotsin sosiaalihuollituksen julkaisemaa ADHD:n tietokatsausta (Socialstyrelsens 2002). Katsaus tarkastelee tarkkaavuushäiriötä ainoastaan neurobiologisesta näkökulmasta käsin, eikä yli 50 sivua käsittävästä viiteluettelosta juurikaan löydy sosiologisia lähteitä.

Entä miltä tulevaisuus näyttää? Kaksitoista tutkijayhteisöä eri puolilla maailmaa tutkii tällä hetkellä ADHD:n geneettistä taustaa (Barkley ym. 2002a, 2002b). Koska kaikki yksilölliset piirteet ovat geneettisesti periytyviä, tultaneen ilmeisesti löytämään lisää todisteita ADHD:n geneettisestä taustasta. Koska biologiset syyt ja biologinen hoito kulkevat käsi kädessä, tultaneen stimulanttihoitoa myös meillä esittämään luonnolliseksi osaksi lapsen hoitoa. Tutkijat ja kliinikot ovat ja tulevat myös tulevaisuudessa suhtautumaan ADHD:n eri tavoin. Suomessa ja Ruotsissa Michelsson ym. (2000) ja Gillberg (1996) edustavat neurobiologista selitysmallia, kun taas esim. Almqvist (2000) ja Assarsson ja Hofsten (1997) painottavat biologisen riskin ja ympäristön välistä vuorovaikutusta. Jotkut kliinikot ja tutkijat tulevat luultavasti myös tulevaisuudessa kieltämään häiriön biologisen syntymekanismien.

Mielenkiintoisin ja ehkä tulevaisuudessa tärkein rooli on kuitenkin maallikoilla. Maallikot ovat jo nyt alkaneet suhtautua diagnoosin laajaan käyttöön kriittisesti. Tämä on johtanut aikaisemmin mainitun Barkleyn ym. (2002a, 2002b) vetoomuksen syntyyn. Lasten vanhempien käyttäytymisessä on myös havaittavissa muutos. Yhä useammin vanhemmat suhtautuvat lasten laajalle levinneeseen stimulanttilääkitykseen kriittisesti (Pelham 1999, Rubia ja Smith 2001). Maallikkojen ja vanhempien kannanotot tulevat luultavasti yhä selvemmin vaikuttamaan tarkkaavuushäiriön tutkimuksen suuntautumiseen ja sen hoidon painottamiseen.

This review article analyses the development of the concept of ADHD in terms of three paradigms in medicine and the social sciences. The first is named *from psychomythologies to neuro-mythologies* after Rutter, and has existed in medicine for half a century. The second – *medicalisation* – comes from medical sociology and has been known for 30 years. As far as it concerns ADHD, it is often connected to P. Conrad. The third paradigm is the Foucauldian *from governing the body to governing the soul*.

The issues and findings arising from each of the three paradigms are different. The main question in the first is whether the debate about

psychology vs. neurology has made it feasible to disregard findings linking social adversity and the social environment to disruptive behaviour in children. The second paradigm is useful for analysing the social consequences of ADHD, but not adequate for describing its causes. These are best understood through the third paradigm. Active families and patients are also best described in terms of the Foucauldian technologies of the self.

The understanding of and perceptions about ADHD over time are closely tied to changes in ideologies and society. Nevertheless, the disorder may have features that are generally observable and independent of ideological shifts.

KIRJALLISUUS

- Almqvist F. Tarkkaavuuden ja aktiivisuuden häiriöt. Teoksessa Räsänen E, Moilanen I, Tamminen T, Almqvist F, toim. Lasten ja nuorisopsykiatria (2 pain.). Gummerus, Jyväskylä 2000.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed (DSM IV) American Psychiatric Association, Washington DC 1994.
- Anthony JE. A psychodynamic model of minimal brain dysfunction. *Ann NY Acad Sci* 1973;205: 52–60.
- Assarson N, Hofsten G. Familjeterapi för barn med neuropsykiatriska handikapp – En utvärdering. Omsorgsnämndens rapportserie 97–08. Stockholms läns landsting, Stockholm 1997.
- Barkley RA. ADHD and the nature of self-control. The Guilford Press, New York 1997.
- Barkley RA, Cook, Diamond A, Zemetkin A, Thapar A, Teeter A, Anastopoulos A, ym. International Consensus Statement on ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2002a;11:96–98.
- Barkley RA, Cook, Diamond A, Zemetkin A, Thapar A, Teeter A, Anastopoulos A, ym. International Consensus Statement on ADHD. *Clin Child and Fam Psychol Rev* 2002b;5(2).
- Bradley C. The behaviour of children receiving Benzedrine. *Am J Psychiatry* 1937;94: 577–585.
- Bradley C, Bowen M. Amphetamine (Benzedrine) therapy of children's behaviour disorders. *Am J Orthopsychiatry* 1941;11:92–103.
- Börjesson M. Om skolbarns olikheter. Diskurser kring "särskilda behov" i skolan – med historiska jämförelsepunkter. Skolverket, Stockholm 1997.
- Caplan P. They say You're Crazy. How the World's Most Powerful Psychiatrists Decide Who's Normal. Addison-Wesley, Massachusetts 1995.
- Casaer P, Vries de L, Marlow N. Prenatal and perinatal Risk factors for psychosocial development. Teoksessa Rutter M, Casaer P, eds. Biological risk factors for psychosocial disorders. Cambridge University Press, Cambridge 1991.
- Cherland E, Fitzpatrick R. Psychotic side effect of psychostimulants: a 5-year review. *Can J Psychiatry* 1999;44:811–813.
- Clements SM, Peters PE. Minimal Brain Dysfunctions in the School-Age Child, Diagnosis and Treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1962;6: 185–197.
- Conrad P. Identifying Hyperactive Children. The Medicalization of Deviant Behaviour. Lexington Books, Toronto 1976.
- Conrad P. Public Eyes and Private Genes: Historical Frames, News Constructions and Social Problems. *Soc Probl* 1997;44(2):139–154.
- Conrad P. A mirage of genes. *Sociol Health Illn* 1999;21(2):228–241.
- Conrad P, Potter D. From Hyperactive Children to ADHD Adults: Observations on the Expansion of Medical Categories. *Soc Probl* 2000;47(4): 559–582.
- Conrad P, Schneider JW. Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness. The C.V. Mosby Company, St Louis 1980.
- Conrad P, Schneider JW. Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness. Expanded Edition. The C.V. Mosby Company, St Louis 1992.
- Cooksley E, Brown P. Spinning on its Axes: DSM and the Social Construction of Psychiatric diagnosis. *Int J of Health Serv* 1998;28(3):525–554.
- Danziger K. Naming the Mind, How Psychology found its language. Sage Publications, London 1997.

- Dubos R. *Mirage of Health*. Harper and Row, New York 1959.
- Foucault M. Governmentality. *Ideology and Consciousness*, 1979;3(6):5–21.
- Foucault M. *Technologies of the Self. A Seminar by Michel Foucault*. Ed. by Martin L, Gutman H, Hutton P. Tavistock, London 1988.
- Foucault M. *Tarkkailla ja rangaista. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu 2000.*
- From Neurons to Neighborhoods. *The Science of Early Childhood Development*. Ed. by Shonkoff J, Phillips D. National Academy Press, Washington, D.C. 2000.
- Gergen KJ. *Social Constructionist Inquiry: Context and Implications*. Teoksessa Gergen KJ, Davis KE, eds. *The Social Construction of the Person*. Springer-Verlag, New York 1985.
- Ghodse AH. Dramatic increase in methylphenidate consumption. *Curr Opin Psychiatry* 1999;12: 265–268.
- Gillberg C. *Ett barn i varje klass. Om DAMP MBD ADHD*. Cura, Stockholm 1996.
- Goffman E. *Asylums*. Anchor Press, 1961.
- Healy D. *The Antidepressant Era*. Harvard University Press, Cambridge 1997.
- Heyman I, Santosh P. *Pharmacological and other Physical Treatments*. Teoksessa Rutter M, Taylor E. eds. *Child and Adolescent Psychiatry*. Fourth Edition. Blackwell Publishing, Oxford 2002.
- Jadad A, Booker L, Gault M, Kakuma R, Boyle M, Cunningham C, Charles E, Kim M, Schachar R. *The Treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: An Annotated Bibliography and Critical Appraisal of Published Systematic Reviews and Metaanalysis*. *Can J Psychiatry* 1999;44(10): 1025–1035.
- Janols J-O. *Pharmacotherapy for the attention-deficit/hyperactivity disorder and co morbid condition from a Scandinavian perspective*. Teoksessa Michelsson K, Stenman S, eds. *The Many Faces of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*. Acta Gyllenbergiana II. The Signe and Ane Gyllenberg Foundation, Helsinki 2001.
- Joseph J. *Not in Their Genes: A Critical View of the Genetics of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*. *Dev Rev* 2000a;20:539–567.
- Joseph J. *Reply. Problems in Psychiatry and Genetic Research: A Reply to Faraone and Biederman*. *Dev Rev* 2000b;20:582–593.
- Kalverboer AF. *Early Development and the Risk for Neurobehavioural Disorder*. Teoksessa Kalverboer AF, Genta ML, Hopkins JB, eds. *Current Issues in Developmental Psychology*. Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1999.
- Kessler JW. *History of Minimal Brain Dysfunctions*. Teoksessa Rie HE, Rie ED, eds. *Handbook of Minimal Brain Dysfunctions. A Critical View*. John Wiley & Sons, New York 1980.
- Klassen A, Miller A, Raina P, Lee S, Olsen L. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Youth: A Quantitative Systematic Review of the Efficacy of Different Management Strategies*. *Can J Psychiatry* 1999;44(10):1007–1016.
- Kärfve E. (2000). *Hjärnsnöken. DAMP och hotet mot folkhälsan*. Symposium, Stockholm 2000.
- Laufer MW. *Teoksessa In Osler's Day it was Syphilis*. Teoksessa Anthony, James ed. *Explorations in Child Psychiatry*. Plenum Press, New York 1975.
- Laufer MW, Denhoff E, Solomons G. *Hyperkinetic Impulse Disorders in Children's Behaviour Problems*. *Psychosom Med* 1957;19:38–49.
- Luhrman TM. *Of 2 Minds. The Growing Disorder in American Psychiatry*. Alfred A. Knopf, New York 2000.
- Lupton D. *Foucault and the medicalization critique*. Teoksessa Petersen A, Bunton R, eds. *Foucault Health and Medicine*. Routledge, London 1997.
- McGuffin P, Rutter M. *Genetics of Normal and Abnormal Development*. Teoksessa Rutter M, Taylor E, eds. *Child and Adolescent Psychiatry*. Fourth Edition. Blackwell Publishing, Oxford 2002.
- Michelsson K, Saresma U, Valkama K, Virtanen P. *MBD ja ADHD Diagnostointi, kuntoutus ja sopeutumisen. PS-kustannus, Juva 2000.*
- Offord D, Bennett K. *Prevention*. Teoksessa Rutter M, Taylor E, eds. *Child and Adolescent Psychiatry*. Fourth Edition. Blackwell Publishing, Oxford 2002.
- Palmblad E, Eriksson BE. *Kropp och politik: Hälsouppllysning som samhällspegel I Sverige från 30-tal till 90-tal*. Carlsson Bokförlag, Stockholm 1995.
- Palmer ED, Finger S. *An Early Description of ADHD (Inattentive Subtype): Dr Alexander Crichton and 'Mental Restlessness' (1798)*. *Child Psychology & Psychiatry Review* 2001;6(2):66–73.
- Pelham W. *The NIMH Multimodal Treatment for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Just Say Yes to Drugs Alone?* *Can J Psychiatry* 1999; 44(10):981–990.
- Riska E. *Interaktionismin teoreettiset juuret ja kehitys terveys sosiologiassa*. Teoksessa Kangas I, Karvonen S, Lillrank A, toim. *Terveys sosiologian suuntauksia*. Gaudeamus, Helsinki 2000.
- Rose N, Miller P. *Political power beyond the state: problematics of government*. *Br J Sociol* 1992; 43(2):172–205.
- Rose N. *Government, authority and expertise in advanced liberalism*. *Econ Soc* 1993;22(3): 283–299.
- Rose N. *Governing the soul. The shaping of the private self*. Second edition. Free Association Books, London 1999.
- Rubia K, Smith A. *Attention deficit-hyperactivity disorder: current findings and treatment*. *Curr Opin Psychiatry* 2001;14(4):309–316.
- Rutter M. *Introduction: Concepts of Brain Dysfunction Syndromes*. Teoksessa Rutter M, ed. *Developmental Neuropsychiatry*. Churchill Livingstone, Edinburgh 1984a.

- Rutter M. Behavioural studies: Questions and Findings on the Concept of a Distinctive Syndrome. Teoksessa Rutter M, ed. *Developmental Neuropsychiatry*. Churchill Livingstone, Edinburgh 1984b.
- Rutter M. Issues and Prospects in Developmental Neuropsychiatry. Teoksessa Rutter M, ed. *Developmental Neuropsychiatry*. Churchill Livingstone, Edinburgh 1984c.
- Sandberg S. Preface. Teoksessa Sandberg S, ed. *Hyperactivity Disorders of Childhood*. Cambridge University Press, Cambridge 1996.
- Sandberg S, Barton J. Historical development. Teoksessa Sandberg S, ed. *Hyperactivity Disorders of Childhood*. Cambridge University Press, Cambridge 1996.
- Schachar R. Hyperkinetic Syndrome: Historical Development of the Concept. Teoksessa Taylor E, ed. *The Overactive Child*. Clinics of Developmental Medicine No. 97. Blackwell, Oxford 1986.
- Schachar R, Tannock R. Syndromes of Hyperactivity and Attention Deficit. Teoksessa Rutter M, Taylor E, eds. *Child and Adolescent Psychiatry*. Fourth Edition. Blackwell Publishing, Oxford 2002.
- Slee R. *Changing Theories and Practices of Discipline*. The Falmer Press, London 1995.
- Socialstyrelsen. *ADHD hos barn och vuxna*. Modin-Tryck, Stockholm 2002.
- Solvang P. Medikaliserings av problem i skolan. *Locus* 1999;11(2):16–29.
- Strauss AA, Lehtinen LE. *Psychopathology and Education of the Brain-injured Child*. Grune & Stratton, New York 1947.
- Strong P. Sociological imperialism and the medical profession: a critical examination of the thesis of medical imperialism. *Soc Sci Med* 1979;13A:199.
- Strother CR. Minimal cerebral dysfunction: A historical overview. *Ann NY Acad Sci* 1973;205: 6–17.
- Taylor E. Syndromes of Attention Deficit and Overactivity. Teoksessa Rutter M, Taylor E, Hersov L, eds. *Child and Adolescent Psychiatry, Modern Approaches*. Blackwell Science, Oxford 1994.
- Taylor E, Rutter M. Classification: Conceptual Issues and Substantial Findings. Teoksessa Rutter M, Taylor E, eds. *Child and Adolescent Psychiatry*. Fourth Edition. Blackwell Publishing, Oxford 2002.
- Tizard B, Hodges J. The effect of early institutional rearing on the development of eight year old children. *J Child Psychol Psychiat* 1978;19: 99–118.
- The MTA Cooperative Group. A 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999a;56:1073–1086.
- The MTA Cooperative Group. Moderators and Mediators of Treatment Response for Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999b;56:1088–1096.
- Vuori J. *Äidit, isät ja ammattilaiset*. Tampere University Press, Tampere 2001.
- Werner EE, Bierman JM, French FE. *The Children of Kauai*. University of Hawaii Press, Honolulu 1971.
- Werry JS. Organic Factors in Childhood Psychopathology. Teoksessa Quay HC, Werry JS, eds. *Psychopathological Disorders of Childhood*. John Wiley & Sons, New York 1972.
- Williams S, Calnan M. The 'Limits' of Medicalization?: Modern Medicine and the Lay Populace in 'Late' Modernity. *Soc Sci Med* 1996;42(12):1609–1620.
- Woolgar S, Pawluch D. Ontological Gerryandering: The Anatomy of Social Problems Explanations. *Soc Probl* 1985;32(2):214–237.
- World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. World Health Organization, Geneva 1993.
- Zeanah CH, Boris NW, Larrieu JA. Infant Development and Developmental risk: A Review of the Past 10 Years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997;36(2):165–178.
- Zetterqvist Nelson K. På tal om dyslexi. En studie av hur barn, föräldrar och lärare berättar om och ger betydelse åt diagnoser som dyslexi och specifika läs- och skrivsvårigheter. Linköpings Universitet, Linköping 2000.
- Zola I. Medicine as an institution of social control. *Sociol Rev* 1972;4:487–504.

SAULI SUOMINEN
VTL, sosiaalityön lehtori
*Helsingin yliopisto, Svenska Social-
 och Kommunalhögskolan*