

Psykiatrian historiaa

– lyhyt oppimäärä



Jyrki Korkeila
Prof. emeritus

Ajan kuluessa mielisairauksien oletetut syyt ovat vaihdelleet ”pahasta silmästä” paholaisen riivattuna olemiseen ja humoraaliopin neljän eri nesteen epätasapainoon. Erikoisalana psykiatria on 218 vuotta vanha (1). Saksalainen professori Johann Reil on määritellyt mielisairaiden hoidon psykiatriaksi. Valistusajan filosofi ja lääkäri John Locke pohti ihmisen mieltä kokemuksen, persoonan ja ideoiden käsitteiden avulla. Mieli käsitteli Locken mukaan ideoita, jotka ovat peräisin kokemuksesta. Myöhemmin 1700-luvulla tällaisten käsitteiden avulla pohdittiin mielisairauksia ja eräät ajan auktoriteetit ehdottivat alan nimeksi ”ideologia”, jonka nykyisen yhdistämme aatteisiin ja politiikkaan (2).

Psykiatrian ”perustaja”

Johann Reil laati kattavan ja systemaattisen kuvauksen psykiatrisista häiriöistä. Mielenterveyden häiriöistä kärsiviä pyrittiin auttamaan mm. uskonnollisissa yhteisöissä tai heitä säilöttiin laitoksiin, joissa ei edes ollut lääkäreitä. Kertomus Philippe Pinelistä on edelleen voimissaan, kun alan historiasta keskustellaan. Hän ei kuitenkaan irrotanut mielisairaita kahleistaan, vaan sen teki sairaalan isännöitsijä, joka oli aiemmin ollut samassa sairaalassa potilaana. Vääristynyt kertomus on peräisin isänsä mainetta nostattaneelta Pinelin pojalta. Pinel nimittäin menetti maineensa Ranskan vallankumousta seuranneen monarkian paluun aikana. Tuntisimme Johann Reilin tarinan psykiatrian syntykertomuksena, jos hän ei olisi kaatunut Napoleonin vastaisessa sodassa vuonna 1813 (2,3).

Mielisairaaloista avohoitoon

Levottomia mielisairaita saatettiin kauan sitten Suomessakin kahlehtia seinään. Tällä hetkellä maailmassa löytyy edelleen maita, joissa ihmiset ovat joutuneet olemaan kahleissa kymmeniä vuosia. Suomen ensimmäinen ”houruinhuone” perustettiin spitaalihospitaalin tiloihin, josta spitaalia sairastavat oli siirretty Seilin saareen (4). Nykyään Pyhän Yrjön hospitaalin paikalla on Sairashuoneenkatu ja sen lähellä Kakola, joka sai nimensä mielisairaiden hoitopaikasta. Sittemmin heidät siirrettiin Seilin saaren houruinhuoneeseen.

Suomessa sairastuneet saattoivat asua omaistensa

kanssa tai he elivät eristettyinä yhteiskunnasta laitoksissa kuten hospitaaleissa, vankiloissa tai vaivastaloissa. Venäjän tsaarin keisarillinen asetus vuodelta 1841 erotti mielisairauksien hoidon köyhäinhoidosta. Mielisairas tuli asetuksen mukaan lähettää tarkoitusta varten perustettuun sairaalaan. Vuosisadan vaihteessa mielisairaaloita oli jo useampia. Sairastuneet saattoivat joutua odottamaan sairaalaan pääsyä pitkälti toista vuotta. Tuolloin potilaita rauhoitettiin sitomalla sänkyyn tai pitkiin kylpyihin, jotka saattoivat kestää jopa puoli vuorokautta.

Vasta vuonna 1937 säädetyin lain mukaan mielisairaajat tulivat Suomessa lääkärin antaman hoidon valvontaan. Erilaisia pakkokeinoja käytettiin edelleen usein niitä kirjaimatta ja valvomatta. Suomessa rakennettiin monia sairaaloita, joiden sairaansijat olivat 1970-luvun lopulla maailmanennätystasoa. Maailmalla kehityksen suunta oli jo aivan päinvastainen. Viime vuosisadan alussa oli Yhdysvalloissa jo kiinnitetty huomiota isojen laitosten epäinhimillisiin piirteisiin (6). Presidentti John F. Kennedyn päätös käynnisti avohoidon kehittämisen, joka lopulta sairaansijojen huomattavaan vähentämiseen.

Hoitojen kehitys

Metyylisinisestä kehitettiin lääkkeiksi sedatoivia fenotiatsiineja, joilla oli antiallergisia, antikolinergisiä ja sedatoivia vaikutuksia. Aiemmin väriainetta oli käytetty vaikeiden infektioiden hoidossa ja sen oli todettu olevan myös rauhoite. Keskeinen haitta

” Tsaarin keisarillinen asetus vuodelta 1841 erotti mielisairauksien hoidon köyhäinhoidosta.

oli potilaan värjäytyminen siniseksi. Ruumiinavauksissa aivojen saatettiin todeta sinertyneen. Fenotiatsiineja käytettiin preoperatiivisesti sedatoimaan haavoituneita Ranskan Vietnamin sodan aikana. Kirurgi Henri Laborit oli keskeinen hahmo klooripromatsiinin kehittämisessä. Hän motivoi psykiatreja tutkimaan lääkkeen mahdollisia hyötyjä potilaiden hoidossa (6). Klooripromatsiinia edeltäen oli jo käytetty rauhoitteina mm. bromideja ja kloraalihydraattia. Vaikeissa tiloissa käytettiin erilaisia sokkihoitoja.

Suomessa valtasi 1960-luvulla alaa psykoanalyysi johtavana käsitejärjestelmänä. Muualla Euroopassa psykiatria oli biologisemmin orientoitunutta ja psykoanalyysiä ja sen ajatuksia toteutettiin pitkälti yksityisellä sektorilla. Sitten 1970-luvun lopulla yksilöiden terapoinnin rinnalle otettiin perheterapia aktiiviseen käyttöön. Ammattilaiset istuivat peili-ikkunoiden takana observoiden terapeuttien, potilaan ja omaisten vuorovaikutusta. Psykoterapiakentälle on 1990-luvulta alkaen tullut uusia menetelmiä psykoanalyttisen psykoterapian lisäksi. Muutamia vuosia sitten kognitiivinen terapia oli koulutettujen määrän perusteella johtava menetelmä. Nykyään ratkaisukeskeinen terapia on psykoterapeuttien tavallisin menetelmä.

Kehityksen suuntaa Suomessa

Sairaansijojen määrä oli huipussaan 1970-luvun loppupuolella. Vuonna 1984 Mielenterveystyön komitea suunnitteli sairaansijojen vähentämistä ja henkilökunnan siirtoa avohoitoon. Professori Yrjö Alasen johtama valtakunnallisen Skitsofreniaprojektin päätavoite oli vähentää psykiatrisen hoidon sairaalakeskeisyyttä, siirtää painopistettä avohoitoon, lisätä kuntoutusta ja kohentaa skitsofrenian varhaista toteamista (5). Hanketta seurasi Akuutin Psykoosin Integroitu hoito -tut-



Seilin sairaala kuvattuna 1962.

Kuva: Welin/Museovirasto

» Suomessa rakennettiin monia sairaaloita, joiden sairaansijat olivat 1970-luvun lopulla maailmanennätystasoa.

kimushanke, jossa yhdistettiin perhe- ja yksilöterapiaa ja pyrittiin tarpeenmukaisesti vähentämään lääkehoitojen käyttöä. Tutkimuksen aikana syntyi myös nk. ”Keroputaan malli”, joka lopulta melko vähäisessä määrin erosi Turussa käytetystä mallista.

Psykiatrian paradigman muutokseen on oleellisesti vaikuttanut professorisukupolven eläköityminen, biologisen tutkimuksen lisääntyminen maailmalla ja rakenteellisen diagnostiikan omaksuminen 1990-luvulla.

Kokonaisvaltaisuus oli toisinaan epäkäytännöllistä ja korkealentoista pohdiskelua, jossa psykososiaaliset menetelmät olivat itseioikeutetussa asemassa. Nykyään keskiössä on diagnoosi, jolle etsitään käypää hoitoa. Potilaan kertomuksen kuuntelemiselle on oireiden ja taustatekijöiden karitoituksen ohella aiempaa vähemmän sijaa.

Sairaansijojen määrä on nykyään varsin pieni. Avohoidon potilaan on vaikea saada tavattua lääkäriä, jonot hoitoon ovat pitkiä ja lääkeannokset aiempaa selvästi suurempia. Alan erikoislääkäreistä on jatkossa huomattava pula. Työolosuhteiden vuoksi

valmistuneet saattavat siirtyä yksityissektorille. Tahdosta riippumattoman hoidon ja toimenpiteiden seuranta, uudet interventiot kriisitilanteissa ja uudet erityistilat rauhoittumista varten ovat vähentäneet pakon käyttöä psykiatriassa. Asumispaaluissa tarvitaan aktiivista uudistusta, jotta sieltä kyettäisiin siirtymään itsenäiseen asumiseen. Valitettavasti potilaat joutuvat edelleen syrjityiksi eri yhteyksissä, ja muutosta tarvitaan myös yhteiskunnassa ja kansalaisten asenteissa.

Kirjallisuutta

1. Marneros A. Psychiatry's 200th birthday. Br J Psychiatry. 2008; 193:1-3.
2. Makari G. Soul Machine. The Invention of Modern Mind. New York W.W.: Norton & Company Inc, 2015.
3. Weiner DB. Philippe Pinel in the twenty-first century. Kirjassa Wallace ER, Gach J. toim. History of psychiatry and medical psychology. New York: Springer. ss. 305-312.
4. Valtakunnallisesti merkittävät rakennetut ympäristöt: Seilin hospitaali. Luettu 24.8. 2026: https://www.rky.fi/read/asp/r_kohde_det.aspx?KOHDE_ID=1010
5. Korkeila J. Perspectives on the Public Psychiatric Services in Finland: Evaluating the Deinstitutionalisation Process. Stakes, julkaisuja 1998.
6. Sneider W. The 50th Anniversary of Chlorpromazine. Drug News Perspect. 2002; 15:466-471.