

Psykiatrian uusi tautiluokitus selkiyttää autismikirjon häiriöiden asemaa

## Minne Aspergerin oireyhtymä katosi?

**Toukokuussa 2013** julkaistu psykiatrisen tautiluokituksen uusien versio, DSM-5 (1) ei lopulta tuonut odotettua suurta muutosta mielenterveyden häiriöiden diagnostiikkaan. Lukuisia uudistuksia kuitenkin löytyy, yhtenä niistä autismikirjon häiriöiden (ASD, Autism Spectrum Disorder) luokka, joka kattaa aiemman tautiluokituksen lapsuusiän autismin ja laaja-alaiset kehityshäiriöt. ASD:n myötä Aspergerin oireyhtymä omana diagnoosinaan jäi pois DSM-luokitukselta.

Vuonna 1943 Leo Kanner kuvasi lapsilla ilmenevän ”tunne-elämän autistisen häiriintymisen” (2) ja vuotta myöhemmin Hans Asperger ”autistisen psykopatian” (3). Aspergerin kuvaamalla lapsilla esiintyi kielellisen ja ei-kielellisen viestinnän poikkeavuuksia, ongelmia sosiaalisessa vuorovaikutuksessa sekä rutiineja, rituaaleja tai erityisen intensiivisiä mielenkiinnon kohteita. Ero Kannerin kuvaamiin autistisiin lapsiin ei kuitenkaan ollut suuri.

Saksaksi kirjoittanut Asperger jäi melko lailla unholaan, kunnes englantilainen psykiatri Lorna Wing 1981 nosti hänet uudelleen esiin (4). Hän kuvasi sarjan lapsipotilaitaan, joilla esiintyi samoja piirteitä kuin Aspergerin alkuperäisissä kuvauksissa. Tri Wing nimesi häiriön Aspergerin oireyhtymäksi (AS). Vuonna 1992 Aspergerin oireyhtymä pääsi ICD-10-tautiluokituksen ja vuonna 1994 Yhdysvaltain Psykiatriyhdistyksen DSM-IV-luokituksen.

Autismikirjon häiriöiden esiintyvyys suureni selvästi Aspergerin oireyhtymän myötä (5). Tämä epidemia tuskin selittyy autismin todellisella yleistymisellä. AS laajensi autismikirjon diagnostisia rajoja ja yleistä tietoisuutta, niin että hetken aikaa voitiin puhua jopa muoti-diagnoosista. Julkisuudessa alkoi levitä käsitys erityislahjakkaista AS-ihmisistä, ja AS alkoi

näyttäytyä jopa tavoiteltavana diagnoosina – sekä potilaiden että heidän vanhempiensa keskuudessa. AS:n esittäminen neurologisena sairautena vähensi pelkoa mielenterveyden häiriöihin yhdistyvistä stigmoista.

AS:llä oli tärkeä tehtävä: se herätti kiinnostusta autismikirjon häiriöihin ja pienensi kynnystä tehdä tämän ryhmän diagnoosi. Lääkäreille AS oli puuttuva linkki, kategoria, johon sopivat monet ”oudot” potilaat, joille ei aiemmin tuntunut löytyvän sijaa diagnoosiluokitukselta. AS oli valtava edistysaskel sekä potilaille että etenkin heidän vanhemmilleen, jotka usein olivat tienneet koko ajan, että heidän lapsessaan on jotain vialla, mutta eivät olleet saaneet vastauksia hoitojärjestelmästä. Diagnoosilla oli myös merkittäviä taloudellisia vaikutuksia – se avasi väylän kuntoutus- ja tukipalveluihin.

AS:n jättäminen pois oli yksi eniten keskustelua herättäneistä kysymyksistä DSM-5:n tekoprosessin aikana. Silti siihen päädyttiin, perusteellisen arvioinnin jälkeen. Tärkein syy oli diagnostisten rajojen epäselvyys. Laaja tutkimustyö ei ole tuonut mitään näyttöä siitä, että AS eroaisi olennaisesti autismista. Diagnoosikriteerit ovat olleet pääosin samat – AS on ollut ”autismia ilman merkitsevää viivästy-mää kehityksessä ensimmäisen kolmen elinvuoden aikana.” Kliinisessä työssä ero on ollut yhtä häilyvä – käytännössä lievästi oireilevat ja kognitiivisesti hyvätaoiset potilaat ovat saaneet AS-diagnoosin, muut vaihtelevin perustein joko AS- tai autismediagnoosin.

Kliinisessä työssä olemme toistuvasti tavanneet potilaita, joille AS-diagnoosi on tehty osittain huomioimatta häiriön kehityksellistä luonnetta ja oireikuvan pitkäaikaista ilmentymistä, erityisesti silloin kun diagnoosi on tehty nuorella aikuisiällä. Diagnostisesti vaikeinta

on yleensä rajankäynti nuoruusiän normaalien kehityshaasteiden ja eristäytyvän persoonallisuuden suuntaan. Siinä huolellinen oirekuvan kartoitus varhaislapsuudesta nykyhetken saakka on yksi oikeaan diagnoosin asetteluun ohjaava tekijä. On oletettavaa ja toivottavaa, että kun taudinmäärityksessä korostuu autisimpiirteiden osuus, myös erotusdiagnostinen pohdinta psykiatristen häiriöiden suuntaan tehdään aiempaa perusteellisemmin.

DSM-5:n uusi, laaja autismikirjon häiriöiden luokitus selkiyttää sekä kliinistä työtä että tutkimusta. Yhtenäinen kriteeristö lisää diagnostiikan luotettavuutta ja toistettavuutta. Häiriöiden moniulotteinen luonne pyritään huomioimaan vaikeusasteen luokittelulla. Diagnostiikan näin radikaali muutos on kuitenkin ollut omiaan herättämään huolta omaisten ja potilasjärjestöjen keskuudessa. Muutos ei ”vie” keneltäkään diagnoosia. DSM-5:ssä todetaan, että aiemman tautiluokituksen mukaisesti AS:n tai laaja-alaisen kehityshäiriön diagnoosin saaneille tulisi pääsääntöisesti tehdä ASD-diagnoosi. Lisäksi Aspergerin oireyhtymä löytyy virallisesta tautiluokituksesta edelleen, ainakin siihen asti kunnes ICD-11 julkaistaan. Epidemiologissa tutkimuksissa kriteerien muutos saattaa näkyä ainakin alkuvaiheessa esiintyvyyden pienentymisenä (6).

Toinen huoli on, että AS-potilaiden siirto autismikirjoon stigmatisoi heidät. Mielenterveyden häiriöihin, myös kehityksellisiin neuropsykiatrisiin häiriöihin liittyvä kielteinen leima johtuu useimmiten tietämättömydestä.

AS on toiminut tienavaajana autismikirjon popularisoinnissa. Autismikirjon häiriöiden diagnostiikan muutos on tervetullut. Muutos selkiyttää diagnostiikkaa ja vähentää epätie-toisuutta sekä potilaiden että lääkärökunnan keskuudessa – ja toivottavasti johtaa siihen, että ymmärrys ja tieto koko autismikirjosta lisääntyy. ■

### KIRJALLISUUTTA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (viides painos) Arlington: American Psychiatric Publishing 2013.
2. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child* 1943;2:217–50.
3. Asperger H. Die ”Autistischen Psychopathen” im Kindesalter. *Arch Psychiatr Nervenkr* 1944;117:76–136.
4. Wing L. Asperger’s syndrome: a clinical account. *Psychol Med* 1981;11:115–29.
5. Fisch GS. Nosology and epidemiology in autism: classification counts. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 2012;160C:91–103.
6. Maenner MJ, Rice CE, Arneson CL, ym. Potential impact of DSM-5 criteria on autism spectrum disorder prevalence estimates. *JAMA Psychiatry* 2014;71:292–300.



**SAMI LEPPÄMÄKI, psykiatrian dosentti, ylilääkäri**  
Työterveyslaitos ja HYKS:n psykiatrian yksikkö  
Topeliuksenkatu 41aA, 00250 Helsinki



**ASKO NIEMELÄ, psykiatrian erikoislääkäri**  
Wellmind Terveys Oy  
Kirkkokatu 20 II krs, 90100 Oulu

### SIDONNAISUUDET

Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia