

Oireesta diagnoosiksi

Asiantuntijoiden tieto väsymysoireyhtymästä 2000-luvulla käsiteanalyysin valossa

Juha Liira

Sivuaineen tutkielma

Kulttuurihistoria

Historian, kulttuurin ja taiteiden tutkimuksen laitos

Humanistinen tiedekunta

Turun yliopisto

Tutkielman valmistumiskuukausi huhtikuu 2026

Turun yliopiston laatu järjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu

Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä

Sivuaineen tutkielma

Kulttuurihistoria

Juha Liira

Oireesta diagnoosiksi

Sivumäärät: tutkielman sivumäärä 38

Tiivistelmä

Tässä tutkielmassa tarkastellaan kroonista väsymysoireyhtymää (ME/CFS) suomalaisessa lääketieteellisessä keskustelussa 2000-luvulla käsitehistoriallisesta näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on analysoida väsymysoireyhtymän jäsentämisessä käytettyjä käsitteellisiä ja diskursiivisia kehyksiä sekä niiden muutosta tarkastelujakson aikana. Aineisto koostuu Suomen Lääkärilehdessä ja Duodecim-lehdessä julkaistuista artikkeleista, jotka edustavat keskeisiä suomalaisia lääketieteellisen keskustelun foorumeita.

Tutkimus yhdistää käsitehistoriallisen ja diskurssianalyttisen lähestymistavan.

Teoreettisena viitekehyksenä hyödynnetään Reinhart Koselleckin käsitehistoriaa, Quentin Skinnerin kielellisten tekojen teoriaa sekä Charles Rosenbergin näkemystä diagnooseista institutionaalisina kategorioina. Näiden avulla tarkastellaan, miten väsymysoireyhtymä rakentuu lääketieteellisessä tiedossa ja käytännöissä.

Historiallisesti väsymysoireita on selitetty useiden eri käsitteiden, kuten neurastenian, neuroosien ja psykosomatiikan avulla. Nämä selitysmallit ovat jättäneet jälkensä nykykäsityksiin. Analyysin perusteella suomalaisessa lääketieteellisessä keskustelussa voidaan erottaa neljä keskeistä tulkintakehystä: biolääketieteellinen, biopsykososiaalinen, toiminnallinen ja institutionaalinen. Tarkastelujaksolla painopiste siirtyy biolääketieteellisestä etiologian etsimisestä kohti oireiden kliinistä hallintaa ja hoitokäytäntöjen järjestämistä.

Väsymysoireyhtymä ei vakiinnu selkeärajaiseksi sairausentiteetiksi, vaan sen merkitys muoutuu näiden kehysten välisessä vuorovaikutuksessa. Tutkielman keskeinen johtopäätös on, että väsymysoireyhtymän määrittely toimii esimerkkinä lääketieteellisestä käsitteestä, joka tehtävä ei ole pelkästään kuvata biologista todellisuutta, vaan myös jäsentää epävarmuutta ja ohjata kliinistä toimintaa. Näin diagnoosi toimii ensisijaisesti käytännöllisenä välineenä tilanteessa, jossa sairauden syy on epäselvä.

Avainsanat: Krooninen väsymysoireyhtymä, käsitehistoria, lääketieteellinen diskurssi

Sisällysluettelo

1. Johdanto	4
<hr/>	
2. Väsymysoireyhtymän käsitehistoriaa	7
2.1 Uupumuksen selitysten historia	7
2.2 Väsymysoireyhtymän käsitehistoriallinen tarkastelu	13
3. Väsymysoireyhtymä suomalaisessa lääketieteessä	16
3.1 Väsymysoireyhtymän viitekehys lääketieteellisissä julkaisuissa	18
3.2 Väsymysoireyhtymän käsitteellinen jäsentäminen	22
4. Lopuksi	32
Lähdeluettelo	32
Analysoidut artikkelit ja niiden viitekehukset	32
<hr/>	
Tutkimuskirjallisuus	36

1. Johdanto

Uupumus ja pitkäaikainen väsymys ovat ilmiöinä tunnettuja jo pitkään, mutta niiden lääketieteellinen tulkinta on vaihdellut merkittävästi eri aikakausina. 1800-luvun neurastenia ja 1900-luvun neuroosi-teoriat tarjosivat varhaisia kehyksiä väsymyksen selittämiseksi, kun taas myöhemmin masennusdiagnoosiin on liitetty uupumusoireita. ¹ 1980-luvulta lähtien, psykiatristen diagnoosikriteerien täsmentyessä, huomio on kohdistunut myös sellaisiin pitkittyneisiin väsymysoireisiin, jotka eivät asetu selkeästi olemassa oleviin tautiluokkiin. Näistä keskeisin on krooninen väsymysoireyhtymä (ME/CFS), joka on herättänyt laajaa lääketieteellistä ja yhteiskunnallista keskustelua. ²

Väsymysoireyhtymä (ME/CFS) on sairaus, jota luonnehtii pitkäaikainen uupumus, toimintakyvyn heikkeneminen ja oireiden paheneminen rasituksen jälkeen. Sairautta on kuvattu sekä lääketieteellisesti vaikeasti määriteltävänä että sosiaalisesti kiistanalaisena ilmiönä, joka sijoittuu somaattisten ja psyykkisten häiriöiden rajapintaan. ³ Suomessa väsymysoireyhtymän käsite on saanut virallista jalansijaa erityisesti 2000-luvulla, mutta sen käsitteellinen muoto, diagnostiset kriteerit ja yhteiskunnallinen asema ovat olleet jatkuvan neuvottelun kohteena. ⁴

Tässä tutkielmassa tarkastellaan, miten väsymysoireyhtymää on käsitelty suomalaisessa lääketieteellisessä keskustelussa 2000-luvulla. Tutkimuksen empiirinen aineisto koostuu Suomen Lääkärilehdessä ja Duodecim-lehdessä julkaistuihin artikkeleihin, jotka edustavat lääkärikunnan keskeisiä keskustelufoorumeita. Näissä julkaisuissa muotoutuvat paitsi kliiniset käytännöt myös käsitteelliset rajaukset siitä, mitä pidetään sairautena, oireena tai hoidon kohteena. Tutkimalla näitä tekstejä voidaan analysoida, miten lääketieteellinen tieto rakentuu ja millaisia merkityksiä väsymysoireyhtymälle annetaan eri yhteyksissä.

Tutkimus yhdistää käsitehistoriallisen ja diskursiivisen lähestymistavan. Lähtökohtana on ajatus siitä, että lääketieteelliset diagnoosit eivät ole pelkästään biologisia kuvauksia, vaan historiallisesti muuttuvia käsitteitä, jotka rakentuvat tieteellisessä keskustelussa ja kliinisissä käytännöissä. ⁵ Tavoitteena ei

¹ Beard 1869; Freud 1963 [1916–1917]; Shorter 1992.

² Holmes ym. 1988; Wessely 1990, Wessely 1997.

³ Ware 1992; Sharpe 2010.

⁴ Koivula & Soppi 1989; Leppävuori 2006; Helander ym. 2019.

⁵ Foucault 1973; Aronowitz 1998.

ole ratkaista väsymysoireyhtymän etiologiaa, vaan analysoida, miten sitä koskeva asiantuntijakeskustelu rakentuu ja millaisia käsitteellisiä kehyksiä siinä käytetään.

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys perustuu käsitehistorialliseen ja diskurssianalyttiseen lähestymistapaan. Reinhart Koselleckin käsitehistoria korostaa käsitteiden ajallista kerrostuneisuutta sekä niiden yhteyttä kokemuksen ja odotuksen horisontteihin. Quentin Skinner puolestaan tarkastelee käsitteiden käyttöä kielellisenä toimintana, jonka avulla pyritään vaikuttamaan siihen, miten ilmiöitä ymmärretään.

Näitä näkökulmia täydentää Charles Rosenbergin teoria, jossa sairausdiagnoosit nähdään osana lääketieteellisiä ja yhteiskunnallisia käytäntöjä. Diagnoosien merkitys muotoutuu tällöin tiedon, käytäntöjen ja hallinnollisten rakenteiden vuorovaikutuksessa. Yhdessä nämä lähestymistavat tarjoavat tavan tarkastella väsymysoireyhtymää käsitteenä, joka ei ole pysyvä, vaan muuttuu ajan ja käytön myötä.⁶

Tutkimuksen tavoitteena on analysoida, millaisia käsitteellisiä ja diskursiivisia kehyksiä suomalaisessa lääketieteellisessä keskustelussa käytetään väsymysoireyhtymän jäsentämiseen. Erityisesti tarkastelen, miten oireyhtymä sijoittuu biolääketieteeseen, biopsykososiaaliseen ja toiminnallisten häiriöiden viitekehykseen sekä millaisia muutoksia näiden kehysten painotuksissa tapahtuu tarkastelujaksolla. Samalla analysoin, miten diagnoosia käytetään vallan ja vaikuttamisen välineenä kliinisessä ja tieteellisessä keskustelussa.

Tässä tutkimuksessa esitän, että väsymysoireyhtymä ei suomalaisessa lääketieteellisessä keskustelussa kehity selkeärajaiseksi sairausentiteetiksi, vaan muuntuu diskursiivisesti kohti institutionaalista käyttöä, jossa diagnoosin keskeinen tehtävä on ohjata hoitoa ja jäsentää potilaan asemaa tilanteessa, jossa etiologinen varmuus puuttuu. Näin ollen väsymysoireyhtymä toimii esimerkkinä laajemmasta ilmiöstä, jossa lääketiede ei ratkaise käsitteellistä epävarmuutta, vaan organisoii sen osaksi kliinistä käytäntöä.

Tutkielma on kulttuurihistoriallinen siinä mielessä, että se tarkastelee lääketieteellisen käsitteen historiallista muotoutumista, merkityksiä ja käyttöä. Samalla se sijoittuu monitieteiseen tutkimuskenttään, jossa yhdistyvät lääketieteen historia, medical humanities ja yhteiskuntatieteellinen terveyden tutkimus. Näkökulma korostaa, että diagnoosit eivät ole pelkästään biologisia faktoja, vaan myös

⁶ Koselleck 2004; Skinner 2002; Rosenberg 1992; Rosenberg 2002.

tulkinnallisia ja institutionaalisia rakennelmia, jotka muovaavat sekä lääketieteellistä tietoa että potilaan asemaa.

Tutkimuksessa on hyödynnetty tekoälypohjaista kielimallia tekstin jäsentelyyn ja kielellisen muokkauksen tukena. Analyysi ja tulkinta ovat tekijän omia.

Idealisella lääkärin vastaanotolla lääkäri haastattelee ja tutkii potilaan, kertoo diagnoosin ja määrää hoidon tai kertoo taudin kulun ja ennusteen. Lääkärillä on portinvartijan rooli yhteisesti hyväksyttävän diagnoosin asettamisessa.⁷ Diagnostisessa prosessissa lääkäriellä on tiedon auktoriteetti ja hänellä on vastuu riittävästä tutkimuksista ja tuloksista.⁸ Vastaanotolla lääkäriellä on kontrolli keskustelun etenemisestä, mutta potilaalla on oma vaikutusvuoronsa lopputulemaan.⁹ Perusterveydenhuollon vastaanotto ei aina johda diagnostiseen loppupäätelmään.¹⁰ Monesti kirjataan ns. oirediagnoosi, joka kuvaa sairauden pääoireita.

Sairaudet eroavat toisistaan sekä vakavuudeltaan että vakuuttavuudeltaan. Lääketieteellisesti tunnettuja ja verifioitavia sairauksia on yhä laajeneva joukko. Tarkkaan määrittymättömien oireiden kantaja joutuu moraalisen arvioinnin kohteeksi. Oireryypään osatekijäksi voidaan katsoa psykosomaattiset syyt eli oireilijan henkilökohtaiset ominaisuudet.¹¹

Oirediagnooseissa ei ole sinällään mitään väärää tai epäilyttävää. Lääketieteellisesti tarkkaan määrittymättömien oireyhtymien kohdalla ongelmaksi voi muodostua oikeus sellaiseen diagnoosiin, johon liittyvät yhteiskunnan tarjoamat sairaan rooli, hoidot, kuntoutus ja toimeentulotuki.

⁷ Parsons 1951.

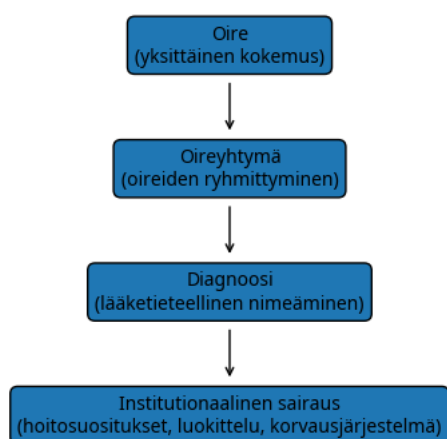
⁸ Peräkylä 1998.

⁹ Ruusuvoori 2000.

¹⁰ Heritage 2019.

¹¹ Kaikkonen 2024.

Oireesta diagnoosiksi – lääketieteellisen käsitteen kehitys



Kuvio 1. Oireesta diagnoosiksi.

Kuvio 1 havainnollistaa lääketieteellisen käsitteen kehitystä yksittäisestä oireesta kohti institutionaalisesti vakiintunutta sairautta. Väsymysoireyhtymä sijoittuu tähän kehitykseen oireyhtymän ja diagnoosin välimaastoon. Väsymysoireyhtymä näyttäytyy lääketieteellisessä keskustelussa rajatapauksena, jossa oireyhtymä on nimetty diagnoosiksi, mutta sen institutionaalinen asema sairauskategoriana on edelleen osittain avoin.¹²

2. Väsymysoireyhtymän käsitehistoriaa

2.1 Uupumuksen selitysten historiaa

Väsymyksellä on käsitteenä pitkä kulttuurinen historia, mutta diagnoosina sen historia alkaa 1800-luvulta. Väsymys, uupumus ja ekshaustio ovat oireena vanhoja. Lääketieteen valoon oireen ovat nostaneet esiin lääkärit, jotka ovat hahmottaneet oireryppään diagnoosiksi ja antaneet sille nimen.¹³

Uupumusdiagnoosilla on 'biopsykososiaaliset' tai oikeammin 'sosiopsykobiologiset' historialliset vaiheet sen mukaan, millaiset selitysmallit ovat pitkäaikaista väsymystä selittäneet. Käsitteet kantavat mukanaan historiallisia merkityksiä, jotka vaikuttavat myöhempään tulkintaan ja ajatteluun.¹⁴

¹² Rosenberg 2002; Louhiala 2019.

¹³ Wessely 1990; Wessely ym. 1999.

¹⁴ Koselleck 2004.

Voimassaolevassa tautiluokituksessa ICD-10 väsymys hakusanalla löytyy oirediagnoosi R53 (huonovointisuus ja väsymys) ja väsymysoireyhtymä hakusanalla F48 (neurastenia, heikkohermoisuus) sekä G93.3 (virusinfektiota seuraava väsymysoireyhtymä).¹⁵ Uudemmassa ICD-11-luokituksessa vastaava diagnoosi on 8E49 (postviral fatigue syndrome).

Neurastenia

Neurastenia, eli "hermostollinen uupumus", nousi lääketieteelliseksi ja kulttuuriseksi käsitteeksi 1800-luvun lopun Yhdysvalloissa ja levisi nopeasti Eurooppaan. Käsitteen loi yhdysvaltalainen neurologi George M. Beard vuonna 1869 kuvaamaan tilaa, jossa hermoston liiallinen kuormittuminen aiheutti uupumusta, ärtyneisyyttä, unettomuutta ja fyysisiä oireita ilman havaittavaa elinpatologiaa, ja se liitettiin erityisesti kaupunkien keskiluokan ja yläluokan ihmisiin.¹⁶

Neurastenian kulttuuri- ja käsittehistoria on tärkeä, koska se on ensimmäinen laajaa julkisuutta saavuttanut lääketieteestä ja luonnontieteestä lähtevä väsymyksen ja ahdistuksen diagnoosi ja selitysmalli. Se hyödynsi aikansa edistyneintä tiedettä (hermoverkot, sähköimpulssit) selittämään sosiaalisen muutoksen (moderni yhteiskunta) ja yksilöllisen oireilun välistä suhdetta. Sen selitysvoima oli suuri, ja vaikkakin kukoistuskauti jäi lyhyeksi, sen vaikutus lääketieteelliseen ajatteluun ja käsitteistöön oli pitkäaikainen.¹⁷

Charles Rosenbergin mukaan Beard yhdisti aikansa tieteen saavutuksia käsitteelliseen kokonaisuuteen, jossa hermoston fysiologiaa ja sähköä koskevat teoriat muokattiin selitykseksi hermoston ylikuormitustilalle.¹⁸ Tähän kokonaisvaltaiseen selitysmalliin liittyivät myös sähkö- ja magneettihoidot, joita Beard itse markkinoi. Selityksen uskottavuutta vahvisti se, että siinä hyödynnettiin aikansa moderninta tiedettä selittämään moninaisia oireita.¹⁹

¹⁵ WHO 1992 (ICD-10).

¹⁶ Beard 1869.

¹⁷ Wessely 1990; Schuster 2005.

¹⁸ Rosenberg 2002.

¹⁹ Aronowitz 1998.

Hermoston kuormitus ymmärrettiin ennen kaikkea fyysiseksi, ei mentaaliseksi tilaksi. Ihmisellä ajateltiin olevan rajallinen määrä “hermovoimaa”, joka oli luonteeltaan sähköistä ja jota keho pystyi tuottamaan vain tietyn määrän. Hoitona korostettiin lepoa ja energiavarojen säästämistä: potilaan tuli suhtautua voimiinsa kuin rajallisiin taloudellisiin resursseihin.²⁰

Neurastenian laaja oirekuva vastaa Edward Shorterin esittämää ajatusta “oirevarastosta”, jossa ahdistuksen ja uupumuksen ilmenemismuodot muotoutuvat kulttuurisesti saatavilla olevien oireiden mukaan.²¹ Neurastenia ei ollut yhtenäinen sairaus, vaan sen merkitys vaihteli eri maissa, yhteiskuntaluokissa ja sukupuoliryhmissä.

1900-luvun kuluessa neurastenia menetti vähitellen asemansa lääketieteellisenä diagnoosina, ja sen tilalle tulivat muun muassa masennus ja ahdistuneisuushäiriöt. Sen vaikutus lääketieteelliseen ajatteluun säilyi kuitenkin pitkään. Neurastenia näyttäytyy varhaisena esimerkkinä tilasta, jossa ulkoiset kuormitustekijät ymmärrettiin epätasapainona yksilön hermojärjestelmässä – tulkintana, joka muistuttaa myöhempiä toiminnallisten häiriöiden käsitteitä.

Neuroosit – ahdistuksen psykologisaatio

Neuroosin käsite esitettiin 1700-luvulla William Cullenin toimesta viittaamaan hermoston toimintahäiriöihin ilman selkeää ruumiillista syytä.²² Käsitteen merkitys muuttui ratkaisevasti 1900-luvun alussa, kun Sigmund Freud määritteli neuroosin psyykkisen konfliktin aiheuttamaksi häiriöksi.²³

Freudilaisessa ajattelussa neuroosi kattoi monenlaisia oireita, kuten ahdistusta, fobioita ja somaattisia oireita, ja se nähtiin merkinä yksilön psyykkisestä ristiriidasta. Tämä merkitsi siirtymää, jossa aiemmin ruumiillisina pidettyjä oireita alettiin tulkita psykologisesti. Monet neurasteniaan liitetyt oireet saivat uuden tulkinnan osana neuroottista oireilua.²⁴

Neuroosin käsitteen historiallinen merkitys liittyy paitsi sen kliiniseen käyttöön myös siihen, miten se mahdollisti uudenlaisen psyykkisen itsen mallin syntymisen. Yksilö ymmärrettiin nyt sisäisesti jännitteiseksi ja kerrokselliseksi toimijaksi, jonka oireet olivat psykologisesti tulkittavia. Tämä oli merkittävä siirtymä lääketieteellisessä ja kulttuurisessa ymmärryksessä. Somaattinen oire ei enää ollut vain

²⁰ Shorter 1992.

²¹ Shorter 1992.

²² Cullen 1777; Shorter 1992.

²³ Freud 1963 [1916–1917]; Breuer & Freud 2000 [1895].

²⁴ Shorter 1992; Roudinesco 2003.

ruumiillinen ilmiö, vaan se nähtiin viestinä psyykkisestä ristiriidasta, joka edellytti tulkintaa ja hoitoa psykoanalyttisessa viitekehysessä.²⁵

Freudin suhde psykosomatiikkaan on välillinen mutta perustavanlaatuinen. Hän ei ollut psykosomaattisen lääketieteen perustaja sanan varsinaisessa merkityksessä, mutta hänen teoriansa tiedostamattomasta, konversiosta ja psyykkisen konfliktin ruumiillistumisesta loivat pohjan myöhemmälle psykosomaattiselle ajattelulle.²⁶

Psykosomatiikka ja infektiosairaudet

Psykosomatiikka viittaa lääketieteelliseen lähestymistapaan, jossa kehon ja mielen välistä yhteyttä tarkastellaan sairauksien ja oireiden selittämisessä. Sen juuret ulottuvat varhaiseen lääketieteeseen, mutta nykyaikainen psykosomaattinen ajattelu kehittyi 1900-luvun alussa psykoanalyysin vaikutuksesta. Tällöin syntyi käsitys, että psyykkiset tekijät voivat ilmetä ruumiillisina oireina.²⁷

1900-luvun puolivälissä psykosomatiikka vakiintui lääketieteen osa-alueena erityisesti Saksassa, Yhdysvalloissa ja Ranskassa. Keskeinen ajatus oli, että somaattiset sairaudet – kuten astma, verenpainetauti, mahahaava tai sydänsairaudet – saattoivat olla yhteydessä potilaan persoonallisuuteen, stressiin tai elämänhistoriaan.²⁸ Tämä ajattelu korosti yksilön kokonaistilannetta ja pyrki irtautumaan pelkistä biologisista selityksistä. Samalla psykosomatiikan yleistyminen toi mukanaan myös käsitteellisiä epäselvyyksiä, sillä rajanveto psyykkisen ja somaattisen välillä jäi avoimeksi ja kiistanalaiseksi.²⁹

Käsittehistoriallisesti psykosomatiikka muodostaa raja-alueen lääketieteessä: se haastaa kehon ja mielen dualismin mutta samalla altistaa potilaat kokemusten psykologisoinnille tai epäilylle. Potilas, jonka oireille ei löydy selkeää orgaanista selitystä, saattaa jäädä diagnostisen määrittelyn ulkopuolelle tai joutua tulkittavaksi psykologisena tapauksena. Tämä koskee erityisesti väsymysoireita, joita on psykosomaattisen mallin puitteissa vaikea sijoittaa selkeään kliiniseen kehykseen.

Psykosomatiikka avasi tietä myöhemmille holistisille ja biopsykososiaalisille malleille, mutta sen historia osoittaa myös, kuinka lääketieteelliset käsitteet voivat toimia välineinä epävarmuuden hallinnassa.³⁰ Käsittehistoriallisesti psykosomatiikka esiintyy välivaiheena biolääketieteellisten ja

²⁵ Roudinesco 2003; Foucault 1973.

²⁶ Breuer & Freud 2000 [1895]; Alexander 1950.

²⁷ Breuer & Freud 2000 [1895].

²⁸ Alexander 1950.

²⁹ Greco 2012.

³⁰ Foucault 1973; Greco 1993.

biopsykososiaalisten mallien välillä: se purkaa kehon ja mielen erottelua, mutta voi samalla johtaa oireiden psykologisoitumiseen tilanteissa, joissa selkeää orgaanista syytä ei löydy.

Lääketieteen kehityksessä 1800-luvun bakteriologiset läpimurrot muuttivat sairauksien ymmärtämistä ratkaisevasti. Louis Pasteurin ja Robert Kochin tutkimukset loivat perustan infektiosairauksien biologiselle selitykselle.³¹ Myös pitkäaikainen väsymys on ajoittain liitetty infektiosairauksiin, ja erityisesti 1900-luvun lopulla virologian ja immunologian nousu vaikutti kroonisen väsymysoireyhtymän selitysmalleihin. Näin biologisten ja psykologisten tulkintojen välinen jännite heijastaa kulloisenkin ajan lääketieteellisiä painotuksia.³²

Biopsykososiaalinen malli

Biopsykososiaalinen malli esitettiin ensimmäisen kerran systemaattisesti yhdysvaltalaisen psykiatrin George L. Engelin toimesta vuonna 1977 vastapainoksi biolääketieteen yksinkertaistavalle paradigmalle. Engel korosti, että sairauksien ymmärtäminen ja hoito eivät voi perustua pelkästään biologisiin mekanismeihin, vaan ne on nähtävä monitasoisina ilmiöinä, joissa psyykkiset, sosiaaliset ja biologiset tekijät ovat vuorovaikutuksessa.³³

Mallia on pidetty tärkeänä edistysaskeleena kokonaisvaltaisen lääketieteen kehityksessä, mutta samalla sen soveltaminen on herättänyt kriittistä keskustelua. Käytännössä mallia sovelletaan usein epätasaisesti: erityisesti tilanteissa, joissa biologista syytä ei kyetä osoittamaan, painottuvat psykososiaaliset selitykset. Tämä koskee myös väsymysoireyhtymää, jossa biopsykososiaalista mallia on käytetty perusteluna kognitiivis-behavioraalille hoidoille ja aktiivisuuden asteittaiselle lisäämiselle.³⁴

Käsitehistoriallisesti malli toimii kompromissikäsitteenä, joka yhdistää psykosomaatiikan, stressilääketieteen ja sosiaalilääketieteen elementtejä. Koselleckin teorian valossa se edustaa käsitteen laajenemista semanttisesti kattavaksi mutta osin myös jäsentymättömäksi kokonaisuudeksi. Skinnerin näkökulmasta malli toimii retorisenä välineenä, jolla hoitolinjauksia tai sairauden rajauksia voidaan perustella tilanteen mukaan: se antaa vaikutelman tieteellisestä moniulotteisuudesta, mutta voi samalla siirtää vastuun sopeutumisesta ja paranemisesta potilaalle.³⁵

³¹ Rosenberg 1992.

³² Hyrkäs 2022.

³³ Engel 1977.

³⁴ Wessely, Sharpe & Hotopf 1999.

³⁵ Greco 2012; Dumit 2006, Ware; Koselleck 2004; Skinner 2002.

Biopsykosiaalinen malli on siten käsitteenä jännitteinen: se on lupaus kokonaisvaltaisuudesta, mutta myös väline, jonka kautta epävarmat oireet voidaan ohjata biolääketieteellisen selityksen ulkopuolelle ja hallita kliinisessä käytännössä. Tämä tekee siitä keskeisen käsitteen nykyaikaisessa väsymyksen ja kroonisten oireiden luokittelussa.

Toiminnallinen häiriö

Toiminnallisen häiriön käsite toimii keskeisenä selitysmallina väsymysoireyhtymän kohdalla erityisesti tilanteessa, jossa oireille ei voida osoittaa selkeää elinpatologiaa. Mallissa oireiden ajatellaan syntyvän elimistön toiminnallisista säätelyhäiriöistä, kuten autonomisen hermoston epätasapainosta, kuormituksen ja palautumisen häiriöistä sekä aivojen tavasta käsitellä kehollisia signaaleja.³⁶ Näin ollen oireet ovat potilaalle todellisia, mutta niiden taustalle ei oleteta yksittäistä rakenteellista vauriota. Toiminnallinen selitysmalli kykenee jäsentämään väsymysoireyhtymälle tyypillistä oireiden moninaisuutta ja pitkittymistä: säätelyhäiriö voi ilmetä samanaikaisesti väsymyksenä, kipuna, kognitiivisina vaikeuksina ja unihäiriönä. Oireiden jatkuvuutta selitetään muun muassa hermoston herkistymisellä ja kuormituksen säätelyn häiriöillä.³⁷ Tämän seurauksena hoidon painopiste siirtyy etiologian etsimisestä oireiden hallintaan ja kuntoutukseen.

Historiallisesti toiminnallisten häiriöiden malli asettuu osaksi pidempää jatkumoa, jossa selittämättömiä oireita on tulkittu eri tavoin. 1800-luvun neurastenia liitti väsymyksen hermoston ylikuormitukseen ja modernin elämän rasitukseen, kun taas 1900-luvun alun neuroositeoriat korostivat psyykkisiä konflikteja oireiden taustalla. Psykosomatiikka pyrki myöhemmin yhdistämään somaattiset ja psyykkiset tekijät, ja 1970-luvulta lähtien biopsykosiaalinen malli jäseni oireita monitekijäisinä ilmiönä.³⁸ Toiminnallisten häiriöiden käsite nähdään aiempien selitysmallien synteessä, jossa biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät yhdistyvät hermoston toiminnan tasolla ilman oletusta yksittäisestä syystä. Toiminnallisen häiriön piiriin on katsottu kuuluvan monia erillisiä oireryhmiä ja se vie väsymysoireyhtymän tulkinnan erityisestä yleiseen.

Käsitehistoriallisesta näkökulmasta toiminnallinen häiriö edustaa kerrostunutta käsitettä, joka sisältää piirteitä aiemmista diagnoosimalleista mutta muotoilee ne uudelleen nykyaikaisen lääketieteen käsittein.³⁹ Diskursiivisesti se toimii ratkaisuna tilanteeseen, jossa oireet ovat kiistattomia mutta niiden selitys on epävarma: painopiste siirtyy kysymyksestä “mikä sairaus on kyseessä” kysymykseen “miten

³⁶ Wessely, Hotopf & Sharpe 1999; Sharpe & Greco 2019; Saunders ym. 2023.

³⁷ Sharpe, Mayou & Seagroatt 1996; Wessely 1990; Liira, Virrantaus & Sainio 2023.

³⁸ Beard 1869, Alexander 1950, Engel 1977; Shorter 1992.

³⁹ Skinner 2002; Koselleck 2004.

oireita voidaan ymmärtää ja hoitaa”. Samalla toiminnallinen malli toimii käytännön työkaluna, joka mahdollistaa diagnoosin käytön kliinisessä työssä ilman vakiintunutta etiologiaa.⁴⁰ Moninaisten oireiden tarkasta rajauksesta suuntaudutaan samansuuntaiseen hoitoon tai oireiden lievitykseen.

2.2 Uupumuksen käsitehistoriallinen tarkastelu

Sairauden asema historiallisesti

Sairauksien asema lääketieteessä on hierarkkinen ja historiallisesti muuttuva. Selitysmallit ovat vaihdelleet ympäristökiteijöistä ja psyykkisistä prosesseista bakteereihin, geeneihin ja neurobiologiaan, mutta nykyisin biologiset selitykset ovat hallitsevassa asemassa.⁴¹

Charles Rosenberg on esittänyt, että sairauksien historiallista kehitystä voidaan tarkastella eräänlaisena draamallisena prosessina, jossa sairaus saa vähitellen merkityksen lääketieteessä ja yhteiskunnassa. Rosenbergin mukaan sairaudet eivät ilmesty lääketieteeseen valmiina biologisina entiteetteinä, vaan niiden merkitys rakentuu vaiheittain lääketieteellisen tiedon, potilaiden kokemusten ja yhteiskunnallisten tulkintojen vuorovaikutuksessa.⁴²

Ensimmäisessä vaiheessa uusi oirekokonaisuus alkaa tulla näkyväksi. Potilaat raportoivat oireita, joita ei vielä täysin ymmärretä, ja ilmiö herättää epävarmuutta sekä lääketieteellisessä yhteisössä että laajemmin yhteiskunnassa. Oireet näyttäytyvät hajanaisina kokemuksina ilman vakiintunutta lääketieteellistä selitystä.

Toisessa vaiheessa lääketiede pyrkii jäsentämään ilmiötä. Oireita ryhmitellään ja niille etsitään biologisia, psykologisia tai sosiaalisia selityksiä, jolloin syntyy kilpailevia tulkintoja. Samalla ilmiö saa usein ensimmäiset käsitteelliset nimityksensä, esimerkiksi oireyhtymän muodossa.⁴³

Kolmannessa vaiheessa ilmiön tulkinnasta käydään laajempaa yhteiskunnallista ja lääketieteellistä neuvottelua. Lääkärit, tutkijat, potilaat ja viranomaiset osallistuvat keskusteluun siitä, miten oireita tulisi ymmärtää ja hoitaa, ja samalla syntyy kiistoja diagnoosin asemasta, hoitokäytännöistä ja potilaiden oikeuksista.

⁴⁰ Rosenberg 2002; Louhiala 2019.

⁴¹ Porter 1997.

⁴² Rosenberg & Golden 1992.

⁴³ Rosenberg & Golden 1992.

Neljännessä vaiheessa sairaus saa vähitellen vakiintuneen aseman lääketieteellisessä järjestelmässä. Diagnoosi institutionalisoituu esimerkiksi tautiluokitusten, hoitosuositusten ja tutkimusohjelmien kautta, ja ilmiön merkitys osana lääketieteellistä tietoa vakiintuu.

Kaikki oirekokonaisuudet eivät kuitenkaan saavuta samaa asemaa. Oireet, joille ei löydy selkeää biologista selitystä, voivat jäädä lääketieteellisen järjestelmän marginaaliin tai sijoittua psykosomatiikan ja toiminnallisten häiriöiden alueelle. Tällöin syntyy jännite potilaiden kokemusten ja lääketieteellisen diagnoosin välillä: potilaat kokevat oireita, mutta lääketiede edellyttää objektiivisia löydöksiä.⁴⁴

Historiallisesti osa diagnooseista, kuten masennus ja krooninen kipu, on saavuttanut vakiintuneen aseman biologisten selitysmallien ja hallinnollisten käytäntöjen kautta, kun taas väsymysoireyhtymän kaltaiset oirekokonaisuudet ovat jääneet tämän kehityksen ulkopuolelle.⁴⁵ Diagnoosien asema määräytyy siten paitsi tieteellisen näytön myös institutionaalisten ja sosiaalisten prosessien kautta. Suomessa väsymysoireyhtymää ei ole vakiinnutettu täysin itsenäiseksi diagnoosiksi, vaan se esiintyy usein infektion jälkeisenä väsymysoireyhtymänä (ICD-10: G93.3).⁴⁶

Oireyhtymän institutionaaliseen asemaan vaikuttavat myös hoitosuositukset, konsensuslausumat, kuntoutuskäytännöt, vakuutusjärjestelmä ja sosiaaliturva. Koska biologinen perusta on edelleen kiistanalainen, myös diagnoosin käytännöllinen asema jää osittain avoimeksi. Tästä näkökulmasta väsymysoireyhtymän historia ei ole vain lääketieteellisen tiedon kehitystä, vaan myös käsitteellinen ja institutionaalinen prosessi, jossa 'diagnoosin' merkitys rakentuu tieteellisen keskustelun, potilaiden kokemusten ja terveydenhuollon käytäntöjen vuorovaikutuksessa.

Käsitehistoriallinen tarkastelu

Käsitehistorian kehittäjien Reinhart Koselleckin ja Quentin Skinnerin mukaan käsitteet eivät ole neutraaleja kuvauksia todellisuudesta, vaan ne toimivat välineinä poliittisissa ja tieteellisissä kamppailuissa.⁴⁷ Käsitehistoriallinen tutkimus voidaan Koselleckin mukaan jakaa synkroniseen (lyhyen aikavälin) ja diakroniseen (pitkän aikavälin) tarkasteluun, mikä mahdollistaa käsitteiden merkitysten muutoksen analyysin eri aikatasoilla.⁴⁸ Tämä tekee väsymysoireyhtymästä keskeisen tutkimuskohteen: Koselleckin näkökulmasta se edustaa semanttisesti kerrostunutta ja jännitteistä käsitettä, kun taas

⁴⁴ Wessely, Hotopf & Sharpe 1999.

⁴⁵ Mäkilä 2024.

⁴⁶ World Health Organization 1992w

⁴⁷ Rosenberg 2002.

⁴⁷ Koselleck 2004; Skinner 2002.

⁴⁸ Peltonen 2010, Koselleck 2004.

Skinnerin näkökulmasta siihen liittyvä käsittekkampailu määrittelee potilaan oikeuden tulla tunnustetuksi sairaaksi.⁴⁹

Koselleckin käsitehistoria (*Begriffsgeschichte*) painottaa käsitteiden ajallista kerrostuneisuutta. Käsitteet eivät ole muuttumattomia, vaan ne heijastavat ja muokkaavat aikakauden odotushorisonttia (*Erwartungshorizont*) ja kokemushorisonttia (*Erfahrungshorizont*).⁵⁰ Tämän näkökulman mukaan väsymyksen selitysmallit voidaan ymmärtää historiallisina kerrostumina, joissa aiemmat merkitykset säilyvät uusien tulkintojen rinnalla.

Quentin Skinnerin mukaan käsitteiden käyttö on kielellistä toimintaa: käsitteillä ei pelkästään kuvata todellisuutta, vaan niillä myös oikeutetaan, kiistetään ja legitimoidaan ilmiöitä tietyissä historiallisissa tilanteissa.⁵¹ Käsitehistoriallinen tutkimus on siten myös analyysia siitä, mitä käsitteillä pyritään tekemään ja kenellä on valta määritellä niiden merkitys.

Tässä tutkimuksessa yhdistetään kolme toisiaan täydentävää näkökulmaa kroonisen väsymysoireyhtymän käsitteen analysoimiseksi. Koselleckin käsitehistoriallinen lähestymistapa mahdollistaa käsitteiden ajallisen muutoksen ja merkityskerrostumien tarkastelun, Skinnerin näkökulma tuo esiin diagnoosien diskursiivisen ja argumentatiivisen luonteen, ja Charles Rosenbergin diagnoositeoria korostaa diagnoosien institutionaalista roolia lääketieteessä.⁵² Näiden näkökulmien yhdistäminen mahdollistaa väsymysoireyhtymän tarkastelun historiallisesti muotoutuvana käsitteenä, jonka merkitys rakentuu samanaikaisesti käsitteellisessä muutoksessa, erilaisissa tulkintakiistoissa ja lääketieteen käytännöissä.

⁴⁹ Koselleck 2004; Skinner 2002.

⁵⁰ Koselleck 2002.

⁵¹ Skinner 2002.

⁵² Rosenberg & Golden 1992; Rosenberg 2002.

3. Väsymysoireyhtymän suomalaisessa lääketieteessä

Tässä luvussa tarkastellaan, miten väsymysoireyhtymää jäsennetään suomalaisissa lääketieteellisissä julkaisuissa 2000-luvulla. Analyysin kohteena ovat erityisesti ne puhettavat, joiden kautta oireyhtymän luonnetta, diagnostiikkaa ja hoitoa määritellään. Tarkastelun perusteella aineistossa voidaan erottaa neljä keskeistä tulkintakehystä: biolääketieteellinen, biopsykososiaalinen, toiminnallinen ja institutionaalinen. Luvun tavoitteena on kuvata, miten nämä kehykset ilmenevät aineistossa ja miten niiden painopiste muuttuu tarkastelujakson aikana.

Tutkielman empiirisenä osana on väsymysoireyhtymän käsittely suomalaisissa lääketieteen julkaisuissa, erityisesti Suomen Lääkärilehdessä ja Duodecim-lehdessä. Lääkärilehti on paitsi lääkäreiden ammattilehti, myös lääketieteellisiä uutisia ja artikkeleita julkaiseva 2–3 kertaa kuukaudessa ilmestyvä julkaisu.⁵³ Aikakauskirja Duodecim on tieteellisen seuran lehti, joka ilmestyy 1–3 kertaa kuussa.⁵⁴ Artikkeleina puheenvuoroja, tutkimusreferaatteja, katsauksia ja tieteellisiä artikkeleita. Käsittelen molempien lehtien väsymysoireyhtymää ja uupumusta sekä niiden diagnostiikkaa ja hoitoa käsitteleviä ja sivuavia artikkeleita. Artikkelien haku kohdistuu pääosin 2000-luvulle. Arviointiin on otettu mukaan KELAn rahoittama väsymysoireyhtymän lääketieteellistä tietoa kokoama katsaus⁵⁵ ja Pekka Louhialan diagnoosien merkitystä kartoittava artikkeli.⁵⁶ Lähdeaineiston artikkelien viitekehys on kuvattu tutkielman lopussa ennen tutkimuskirjallisuutta.

Analyysin toteutus

Analyysi toteutettiin kolmessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa lääketieteelliset artikkelit luettiin lähiluvun menetelmällä.⁵⁷ Tarkastelun kohteena olivat erityisesti se, miten kroonista väsymysoireyhtymää ja siihen liittyviä oireita kuvattiin sekä millaisia diagnostisia käsitteitä ja selitysmalleja artikkeleissa käytettiin.

Toiseksi tarkastellaan, mihin käsitteelliseen kenttään väsymysoireyhtymä sijoitetaan. Artikkelit voivat esimerkiksi kuvata sitä neurologisena sairautena, biopsykososiaalisena oireyhtymänä tai osana toiminnallisten häiriöiden ryhmää.

⁵³ Suomen Lääkärilehti.

⁵⁴ Aikakauskirja Duodecim.

⁵⁵ Pasternack ym. 2017.

⁵⁶ Louhiala 2019.

⁵⁷ Peltonen 2010.

Kolmannessa vaiheessa artikkeleita tulkittiin Skinnerin, Koselleckin ja Rosenbergin teoreettisten näkökulmien avulla.⁵⁸ Skinnerin kontekstuaalisen tekstintulkinnan avulla tarkasteltiin, millaisia tavoitteita artikkeleilla oli lääketieteellisessä keskustelussa. Koselleckin käsitehistoriallinen lähestymistapa puolestaan mahdollisti diagnoosikäsitteiden ja selitysmallien historiallisen muutoksen tarkastelun. Rosenbergin teoria sairaudesta institutionaalisenä kategoriana auttoi analysoimaan, miten diagnoosit kytkeytyivät klinisiin käytäntöihin ja terveydenhuollon rakenteisiin.⁵⁹

Seuraavissa alaluvuissa tarkastellaan tarkemmin, millaisia käsitteellisiä ratkaisuja suomalaiset lääketieteelliset artikkelit tarjoavat väsymysoireyhtymän tulkintaan. Ensin analysoidaan artikkeleita, joissa väsymysoireyhtymä esitetään biolääketieteellisenä tai neurologisena sairautena. Tämän jälkeen tarkastellaan tekstejä, joissa oireyhtymä sijoitetaan biopsykososiaaliseen viitekehykseen. Lopuksi analysoidaan artikkeleita, joissa väsymysoireyhtymä tulkitaan osaksi toiminnallisten häiriöiden kokonaisuutta ja joissa painopiste siirtyy oireiden kliiniseen hallintaan ja hoidon institutionaaliseen järjestämiseen.

3.1 Väsymysoireyhtymän viitekehys lääketieteellisissä julkaisuissa

Aineiston analyysi ei ainoastaan kuvaa erilaisia tulkintakehyksiä, vaan osoittaa, että nämä kehykset edustavat erilaisia tapoja ratkaista sama käsitteellinen ongelma: miten lääketiede jäsentää oireita, joiden biologinen perusta on epävarma.

Analysoidut artikkelit osoittavat, että väsymysoireita koskeva suomalainen lääketieteellinen keskustelu on 2000-luvulla muuttunut merkittävästi. Aineistossa voidaan tunnistaa kolme osittain päällekkäistä tulkintakehystä: biolääketieteellinen (1990–2000), biopsykososiaalinen (2000–2010) sekä toiminnallinen tai institutionaalinen kehys (2010–2025).⁶⁰ Nämä kehykset eivät korvaa toisiaan lineaarisesti, mutta niiden painopiste muuttuu tarkastelujakson aikana.

Aineiston perusteella näyttää siltä, että suomalaisessa lääketieteellisessä keskustelussa väsymysoireyhtymä siirtyy biolääketieteellisestä syndroomakäsitteestä kohti laajempaa toiminnallisten oireiden viitekehystä. Samalla keskustelun painopiste siirtyy etiologian etsimisestä oireiden kliiniseen hallintaan ja hoitokäytäntöjen järjestämiseen. Tämä muutos liittyy käsitteelliseen muutokseen lääketieteellisessä ajattelussa ja kuvastaa diagnoosien institutionaalista roolia terveydenhuollon järjestelmässä.⁶¹

⁵⁸ Skinner 2002; Koselleck 2004.

⁵⁹ Rosenberg 2002; Rosenberg & Golden 1992.

⁶⁰ Koivula & Soppi 1989; Leppävuori 2006; Liira 2020.

⁶¹ Rosenberg 2002; Louhiala 2019.

Biolääketieteellinen viitekehys

Varhaisemmissa teksteissä väsymysoireyhtymä esitetään ensisijaisesti biolääketieteellisenä syndroomana. Koivula ja Soppi kuvaavat kroonista väsymysoireyhtymää uutena kliinisenä kokonaisuutena, jonka taustalla oletetaan mahdollisia virusinfektioon ja immunologisiin mekanismeihin liittyviä tekijöitä.⁶² Tällaisessa tulkinnassa keskeinen tutkimuksellinen kysymys on oireyhtymän biologinen etiologia ja sen erottaminen muista uupumusta aiheuttavista sairauksista. Tämän lähestymistavan tavoitteena on diagnoosin legitimointi lääketieteellisenä sairausentiteettinä.

Koivulan ja Sopen sekä Pasternackin ym.⁶³ artikkelit edustavat suomalaisessa lääketieteellisessä keskustelussa biolääketieteistä tulkintakehystä, mutta niiden suhde kansainväliseen tutkimuskirjallisuuteen on sävyltään erilainen. Koivulan ja Sopin varhaisempi artikkeli sijoittuu vaiheeseen, jossa krooninen väsymysoireyhtymä pyritään jäsentämään uutena lääketieteellisenä syndroomana. Artikkelissa korostuvat oletukset virusperäisestä tai immunologisesta etiologiasta, mikä heijastaa 1980–1990-lukujen kansainvälistä tutkimusintressiä, jossa pyrittiin löytämään selkeä biologinen syy oireyhtymälle. Tässä mielessä artikkeli asettuu osaksi biolääketieteellistä tutkimustraditiota, jossa diagnoosin legitimointi perustuu oletukseen tunnistettavasta patofysiologisesta mekanismista.⁶⁴

Pasternackin myöhempi artikkeli edustaa biolääketieteistä diskurssia reflektiivisemmässä muodossa. Se ei ainoastaan toista oletusta biologisesta etiologiasta, vaan arvioi kriittisesti siihen liittyvää tutkimusnäyttöä. Artikkelissa tarkastellaan laajaa kansainvälistä tutkimuskirjallisuutta ja tuodaan esiin, että yksiselitteistä biologista selitystä ei ole onnistuttu osoittamaan, vaikka erilaisia hypoteeseja – kuten immunologisia, neurologisia ja infektioperäisiä mekanismeja – on esitetty.⁶⁵ Tässä suhteessa Pasternackin teksti heijastaa biolääketieteisen tutkimuksen myöhempää vaihetta, jossa alkuvaiheen vahvat etiologiset odotukset ovat osittain väistyneet kriittisemmän ja varovaisemman arvioinnin tieltä. Yhdessä tarkasteltuna nämä kaksi artikkelia kuvaavat biolääketieteisen keskustelun sisäistä kehitystä. Koivulan ja Sopin teksti edustaa vaihetta, jossa krooninen väsymysoireyhtymä pyritään asemoimaan selkeästi biologiseksi sairaudeksi, kun taas Pasternackin artikkeli osoittaa, miten tämä pyrkimys kohtaa empiirisiä rajoituksia.

Biolääketieteinen tutkimustraditio ei siten katoa, mutta sen perusteluiden luonne muuttuu: vahvoista etiologisista oletuksista siirrytään kohti epävarmuuden tunnustamista ja tutkimusnäytön kriittistä

⁶² Koivula & Soppi 1989.

⁶³ Pasternack ym. 2017.

⁶⁴ Koivula & Soppi 1989.

⁶⁵ Pasternack ym. 2017.

arviointia. Tämä kehitys selittää osaltaan, miksi väsymysoireyhtymä säilyy lääketieteellisessä keskustelussa kiistanalaisena diagnoosina, vaikka se samalla pysyy biolääketieteellisen tutkimuksen kohteena.

Biopsykososiaalinen viitekehys

Keskustelussa 2000-luvun alussa biolääketieteellinen kehys siirtyi kohti biopsykososiaalista tulkintaa. Turunen, Piikivi ja Mäkitalo esittelevät sosiosomaattikan käsitteen, jossa somaattiset oireet ymmärretään biologisten, psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden vuorovaikutuksena.⁶⁶ Samansuuntaista tulkintaa edustaa Leppävuoren katsaus krooniseen väsymysoireyhtymään, jossa todetaan etiologian olevan epäselvä ja monitekijäinen.⁶⁷ Tällaisessa puhetavassa keskeiseksi ongelmaksi muodostuu kliinisen epävarmuuden hallinta: oireet tunnustetaan todellisiksi, mutta niiden yksiselitteistä biologista selitystä ei ole mahdollista osoittaa.

Siirtymävaiheessa keskusteluun tulee myös metatason pohdintaa diagnoosin luonteesta. Louhiala tarkastelee diagnooseja käsitteellisinä kategorioina ja korostaa, että diagnoosit eivät ole pelkkiä luonnollisia luokitteluja vaan myös lääketieteellisen ajattelun ja käytäntöjen tuottamia tulkintakehyksiä.⁶⁸ Tällainen näkökulma tuo esiin diagnoosin käsitteellisen ja institutionaalisen ulottuvuuden.

Turusen ym. sosiosomaattinen lähestymistapa edustaa teoreettisesti eksplisiittistä muotoa tästä traditiosta. Artikkelit eivät keskity yksittäiseen diagnoosiin, vaan esittelee laajemman viitekehysten, jossa somaattiset oireet ymmärretään osana psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden kokonaisuutta.⁶⁹ Tämä vastaa biopsykososiaalisen mallin klassista muotoa, jossa keskeistä on eri selitystasojen integraatio. Leppävuoren artikkelissa tämä lähestymistapa saa kliinisemmän muodon: krooninen väsymysoireyhtymä esitetään monitekijäisenä tilana, jonka taustalla voi olla useita samanaikaisia mekanismeja.⁷⁰ Helanderin ym. lasten ja nuorten väsymysoireyhtymää käsittelevässä artikkelissa biopsykososiaalinen kehys näkyy puolestaan erityisesti kehityksellisen ja perhetilanteeseen liittyvän näkökulman korostuksena.⁷¹

Suhteessa kansainväliseen kirjallisuuteen nämä artikkelit edustavat biopsykososiaalisen mallin vakiintunutta soveltamista pikemminkin kuin sen kriittistä uudelleenarviointia. Niissä ei pyritä ratkaisemaan

⁶⁶ Turunen, Piikivi & Mäkitalo 2004.

⁶⁷ Leppävuori 2006.

⁶⁸ Louhiala 2019.

⁶⁹ Turunen, Piikivi & Mäkitalo 2004.

⁷⁰ Leppävuori 2006.

⁷¹ Helander ym. 2019.

väsymysoireyhtymän etiologista kysymystä, vaan tarjoamaan kehys, jonka avulla oireita voidaan ymmärtää ja hoitaa kliinisessä työssä.⁷² Yhdessä tarkasteltuna nämä artikkelit osoittavat, että biopsykososiaalinen diskurssi toimii eräänlaisena välivaiheena biolääketieteellisen varmuuden ja toiminnallisten häiriöiden kokonaisvaltaisuuden välillä.

Toiminnallinen viitekehys

Uudemmissa teksteissä painopiste siirtyy yhä selvemmin toiminnallisten oireiden ja pitkittyneiden kehollisten oireiden kehykseen. Liira tarkastelee väsymysoireita osana toiminnallisten häiriöiden kokonaisuutta, jossa keskeistä ei ole yksittäisen biologisen syyn löytäminen vaan oireiden kliininen hallinta ja kuntoutus.⁷³ Samantyyppinen lähestymistapa näkyy myös Vuokon ym. artikkelissa, jossa puhutaan pitkittyneistä kehollisista oireista ja esitellään kliinisiä arviointityökaluja niiden tunnistamiseen ja hoitoon.⁷⁴ Rauma ym. puolestaan korostavat pitkittyneesti väsyneen potilaan kohtaamista ja hoitosuhteen merkitystä.⁷⁵

Liiran artikkelissa toiminnalliset häiriöt esitetään omana diagnostisena ja kliinisenä tautiryhmänä, jonka avulla voidaan jäsentää oireita, joille ei löydy selkeää elinpatologista selitystä.⁷⁶ Tämä vastaa kansainvälisessä kirjallisuudessa vakiintunutta lähestymistapaa, jossa toiminnalliset häiriöt nähdään erillisenä mutta laaja-alaisena oirekokonaisuuksien ryhmänä. Liira ym. laajentavat tätä näkökulmaa tarkastelemalla pitkittyneitä oireita yhteisenä kliinisenä ilmiönä, mikä heijastaa viimeaikaista kehitystä, jossa yksittäisten diagnoosien sijaan korostetaan oireiden yhteisiä mekanismeja ja hoitoperiaatteita.⁷⁷ Vuokon artikkelissa toiminnallinen kehys saa käytännöllisen muodon: keskiössä ovat konkreettiset työkalut oireiden hallintaan, mikä korostaa lähestymistavan soveltavuutta kliinisessä työssä.

Suhteessa kansainväliseen tutkimuskirjallisuuteen nämä artikkelit edustavat toiminnallisten häiriöiden mallin vakiintunutta ja kliinisesti orientoitunutta soveltamista. Niissä ei ensisijaisesti pyritä ratkaisemaan oireiden etiologiaa, vaan tarjoamaan käytännöllisiä keinoja oireiden ymmärtämiseen ja hoitoon.

⁷² Engel 1977; Wessely, Hotopf & Sharpe 1999.

⁷³ Liira 2020; Liira ym. 2023.

⁷⁴ Vuokko ym. 2024.

⁷⁵ Rauma ym. 2025.

⁷⁶ Liira 2020.

⁷⁷ Liira ym. 2023.

Tämä vastaa laajempaa muutosta, jossa toiminnallisten häiriöiden tutkimus on siirtynyt etiologisista kysymyksistä kohti mekanismien ja hoitointerventioiden kehittämistä.

Samalla osa teksteistä pyrkii edelleen vahvistamaan kroonisen väsymysoireyhtymän diagnostista asemaa. Komulaisen, Vatajan ja Ruuskasen konsensuslausuma ME/CFS-oireyhtymästä pyrkii täsmentämään diagnoosin kriteerejä ja ohjaamaan hoitoa.⁷⁸ Tällaiset tekstit liittyvät diagnoosin institutionaaliseen vakiinnuttamiseen, jossa keskeistä on yhteisten diagnostisten määritelmien ja hoitokäytäntöjen luominen.

Yhdessä tarkasteltuna nämä artikkelit osoittavat, että toiminnallisten häiriöiden oireryhmä merkitsee käsitteellistä siirtymää pois yksittäisten diagnoosien erottelusta kohti oireiden yhteistä jäsentämistä. Väsymysoireyhtymä ei tällöin näyttäydy enää itsenäisenä sairausentiteettinä, vaan yhtenä ilmentymänä laajemmassa pitkittyneiden oireiden kentässä. Tämä edustaa toiminnallisten häiriöiden kirjallisuudessa keskeistä ajatusta, jossa oireiden merkitys rakentuu niiden toiminnallisen taustan eikä yksittäisen etiologisen selityksen kautta.⁷⁹ Diagnoosin selitysvoima korvautuu kliinisellä käytettävyydellä, jossa keskeiseksi nousevat oireiden hallinta, hoitopolut ja kliininen järjestäminen.

Institutionaalinen viitekehys

Louhialan, Komulaisen ym. sekä Rauman ym. artikkelit edustavat suomalaisessa lääketieteellisessä keskustelussa institutionaalista tulkintakehystä, jossa väsymysoireyhtymää tarkastellaan ensisijaisesti lääketieteen käytäntöjen, diagnoosijärjestelmien ja hoitomallien näkökulmasta. Näissä teksteissä keskeinen kysymys ei ole enää oireiden etiologinen selitys, vaan se, miten sitä sovelletaan kliinisessä työssä ja miten potilaita hoidetaan tilanteessa, jossa tieteellinen varmuus on rajallista.

Louhialan artikkeli edustaa institutionaalista näkökulmaa pohtivassa muodossa. Se ei keskity yksittäiseen sairauteen, vaan tarkastelee diagnoosien luonnetta yleisellä tasolla ja tuo esiin niiden käsitteellisen ja käytännöllisen funktion lääketieteessä.⁸⁰ Tällainen lähestymistapa vastaa kansainvälisessä kirjallisuudessa esiintyvää kriittistä diagnoosikeskustelua, jossa diagnooseja tarkastellaan sekä tiedollisina että normatiivisina rakenteina.⁸¹

⁷⁸ Komulainen, Vataja & Ruuskanen 2021.

⁷⁹ Wessely, Hotopf & Sharpe 1999; Sharpe 2010.

⁸⁰ Louhiala 2019.

⁸¹ Rose 2006; Greco 2012.

⁸² Rosenberg 1992; Rosenberg 2002

⁸³ Rauma ym. 2025.

Komulaisen ym. konsensuslausuma puolestaan edustaa institutionaalista näkökulmaa normatiivisessa muodossa. Sen tavoitteena on yhtenäistää väsymysoireyhtymän määritelmiä ja tarjota ohjeita diagnostiikkaan ja hoitoon, mikä vastaa Rosenbergin kuvaamaa vaihetta, jossa diagnoosi institutionalisoituu osaksi lääketieteellistä järjestelmää.⁸² Rauman artikkelissa institutionaalinen näkökulma konkretisoituu kliinisessä vuorovaikutuksessa: keskiössä on potilaan kohtaaminen ja hoitosuhdetilanteessa, jossa oireiden selitys on epävarma.⁸³

Suhteessa kansainväliseen kirjallisuuteen nämä artikkelit heijastavat kehitystä, jossa diagnoosien merkitystä tarkastellaan yhä enemmän niiden käytännöllisen funktion kautta. Sen sijaan, että diagnoosi nähtäisiin ensisijaisesti biologisena kuvauksena sairaudesta, sitä lähestytään välineenä, jonka avulla lääketiede jäsentää epävarmoja oireita, ohjaa hoitoa ja määrittelee potilaiden asemaa. Tämä vastaa Rosenbergin diagnoositeorian keskeistä ajatusta, jonka mukaan diagnoosit toimivat ennen kaikkea lääketieteellisen ja sosiaalisen järjestyksen rakentamisen välineinä.⁸⁴

Yhdessä tarkasteltuna nämä artikkelit osoittavat, että institutionaalinen diskurssi merkitsee analyysissa siirtymää pois kysymyksestä “mikä sairaus on” kohti kysymystä “mitä diagnoosilla tehdään”. Väsymysoireyhtymä ei tällöin näyttäydy ensisijaisesti biologisena entiteettinä, vaan osana terveydenhuollon käytäntöjä, joissa keskeistä on oireiden hallinta, hoitopolkujen rakentaminen ja potilaan aseman jäsentäminen.

3.2. Väsymysoireyhtymän käsitteellinen jäsentäminen

Edellisessä luvussa tunnistettiin neljä keskeistä tulkintakehystä, joiden kautta väsymysoireyhtymää jäsennetään suomalaisessa lääketieteellisessä keskustelussa. Tässä luvussa näitä havaintoja tulkitaan käsitteellisesti Quentin Skinnerin ja Reinhart Koselleckin käsiteanalyysin ja Charles Rosenbergin institutionaalisen viitekehyksen näkökulmista. Kiinnostuksen kohteena on, mitä eri viitekehykset tekevät, millaiseen käsitteelliseen asemaan väsymysoireyhtymä niissä sijoittuu ja miten diagnoosia käytetään käytännössä.

Analyysissa lähtökohtana on diskursiivinen ja käsitehistoriallinen näkökulma, jossa lääketieteellisiä diagnooseja tarkastellaan ajassa muuttuvina käsitteinä. Tutkimuksessa hyödynnetään kolmea toisiaan täydentävää lähestymistapaa: Quentin Skinnerin näkemystä käsitteiden käytöstä kielellisenä toimintana, Reinhart Koselleckin käsitehistoriaa sekä Charles Rosenbergin diagnoositeoriaa. Näiden avulla voidaan tarkastella, miten väsymysoireyhtymästä puhutaan, millaisia merkityksiä sille annetaan ja

⁸² Rosenberg 1992; Rosenberg 2002

⁸³ Rauma ym. 2025.

⁸⁴ Rosenberg 2002.

miten sitä jäsennetään käsitteellisesti. Samalla huomio kohdistuu siihen, miten diagnoosia käytetään osana lääketieteellistä käytäntöä.⁸⁵

Suomalaisessa politiikan- ja historian tutkimuksessa käsitehistoriallinen tutkimus on ollut vahvasti Koselleckin vaikutuksen alaisena, kun taas Skinnerin kielellisten tekojen teoria on vaikuttanut erityisesti poliittisen kielen tutkimuksessa.⁸⁶ Lääketieteen historiallisessa tarkastelussa Rosenbergin diagnoositeoriaa vastaavia lähestymistapoja on sovellettu esimerkiksi medical humanities -kirjallisuudessa ja lääketieteen tutkimuksessa.⁸⁷

Quentin Skinnerin näkemyksen mukaan käsitteiden käyttö ei ole pelkkää todellisuuden kuvaamista, vaan myös toimintaa kielen avulla. Tekstit eivät ainoastaan selitä ilmiöitä, vaan ne myös pyrkivät vaikuttamaan siihen, miten ilmiöitä tulisi ymmärtää ja tulkita. Tämän vuoksi lääketieteellisiä artikkeleita voidaan tarkastella kielellisinä tekoina, joiden kautta kirjoittajat pyrkivät jäsentämään ja ratkaisemaan käsitteellisiä ongelmia. Väsymysoireyhtymän kohdalla keskeinen ongelma liittyy siihen, miten pitkittyneitä väsymysoireita voidaan jäsentää tilanteessa, jossa niiden biologinen etiologia on epävarma. Osa artikkeleista pyrkii vahvistamaan diagnoosin asemaa biolääketieteellisenä sairautena, kun taas toiset tekstit painottavat oireiden monitekijäistä luonnetta tai niiden kliinistä hallintaa.

Reinhart Koselleckin käsitehistoria puolestaan korostaa käsitteiden historiallista kerrostuneisuutta. Koselleckin mukaan käsitteet sisältävät useita merkityskerroksia, jotka heijastavat eri aikakausien kokemuksia ja odotuksia. Tästä näkökulmasta väsymysoireyhtymä ei ole täysin uusi lääketieteellinen käsite, vaan se sijoittuu pidempään historialliseen jatkumoon, johon kuuluvat muun muassa neurastenia, neuroosit, psykosomaattiset häiriöt ja erilaiset uupumusta koskevat diagnoosit. Nämä aikaisemmat käsitteet eivät katoa lääketieteellisestä keskustelusta, vaan jäävät vaikuttamaan siihen semanttiseen kenttään, jossa uusia diagnooseja muotoillaan.

Charles Rosenbergin diagnoositeoria korostaa diagnoosien merkitystä käytännössä. Diagnoosit eivät ole pelkkiä tieteellisiä luokitteluja, vaan ne ohjaavat lääketieteellistä toimintaa ja hoitokäytäntöjä. Ne vaikuttavat myös siihen, miten potilaita tutkitaan, millaisia hoitoja heille tarjotaan ja miten oireita tulkitaan terveydenhuollossa. Väsymysoireyhtymän kohdalla diagnoosin asema ei kuitenkaan ole ollut

⁸⁵ Skinner 2002; Koselleck 2004; Rosenberg 2002

⁸⁶ Marjanen & Ihalainen 2017.

⁸⁷ Kurunmäki 2000; Palonen 2014.

täysin selkeä. Vaikka oireyhtymälle on esitetty määritelmiä ja konsensuslausumia, sen asema lääketieteellisessä luokittelussa ja kliinisissä käytännöissä on vaihdellut.

Seuraavissa luvuissa tarkastelen tarkemmin aineistossa esiintyviä keskeisiä tulkintatapoja Koselleckin, Skinnerin ja Rosenbergin teorioiden valossa. Ensin käsittelen biolääketieteistä näkökulmaa, jossa väsymysoireyhtymää jäsennetään biologisena sairautena. Tämän jälkeen siirryn biopsykososiaaliseen lähestymistapaan, jossa oireita tarkastellaan biologisten, psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden yhteisvaikutuksena.⁸⁸

Toiminnallisten häiriöiden näkökulmassa huomio kohdistuu pitkittyneisiin oireisiin ja niiden yhteyksiin hermoston säätelyyn ja kuormitukseen. Lopuksi tarkastelen käytännön näkökulmaa, jossa keskiössä on se, miten väsymysoireita koskeva diagnostiikka ja hoito järjestetään terveydenhuollossa.

Skinnerin keskustelunäkökulma eri tulkintakehyksissä

Skinnerilaisessa tarkastelussa artikkelit nähdään osana keskustelua, jossa pyritään ratkaisemaan tiettyjä käsitteellisiä ongelmia. Samalla tarkastelen, miten diagnoosia käytetään perustelemaan erilaisia näkemyksiä tieteellisessä keskustelussa. Väsymysoireyhtymää koskevassa aineistossa eri tulkintatavat erottuvat toisistaan sen perusteella, mitä niillä pyritään tekemään.

Biolääketieteellisessä viitekehyksessä väsymysoireyhtymä pyritään esittämään tunnistettavana sairautena. Tekstit pyrkivät osoittamaan, että oireet muodostavat yhtenevän ja biologisesti perustellun kokonaisuuden.

Koivula ja Soppi esittävät oireyhtymän uutena lääketieteellisenä syndroomana ja liittävät sen mahdollisiin virusperäisiin ja immunologisiin mekanismeihin.⁸⁹ Tällainen päättely pyrkii osoittamaan, että kyseessä ei ole pelkkä epäspesifi väsymysoire, vaan tunnistettava sairausentiteetti. Skinnerin näkökulmasta kyse on käsitteellisestä pyrkimyksestä, jonka tavoitteena on vahvistaa diagnoosin asemaa lääketieteellisessä keskustelussa.

Biopsykososiaalisessa lähestymistavassa huomio siirtyy siihen, miten epävarmuutta voidaan jäsentää monitekijäisenä ilmiönä. Sen sijaan, että etsittäisiin yhtä selittävää syytä, teksteissä kuvataan tilanne,

⁸⁸ Skinner 2002; Koselleck 2004; Rosenberg 2002

⁸⁹ Koivula & Soppi 1989.

jossa erilaiset selitykset voivat olla samanaikaisesti mahdollisia. Näin lähestymistapa ei pyri ratkaisemaan ongelmaa, vaan tekemään siitä ymmärrettävämmän.

Turusen, Piikiven ja Mäkitalon esittelemä sosiosomaattinen näkökulma sekä Leppävuoren katsaus krooniseen väsymysoireyhtymään kuvaavat tilannetta, jossa oireet ovat kliinisesti merkittäviä mutta niiden etiologia on epäselvä.⁹⁰ Tällöin artikkeleissa ei keskitytä vain diagnoosin perustelemiseen, vaan myös siihen, miten epävarmuutta voidaan käsitellä kliinisessä työssä. Biopsykososiaalinen lähestymistapa tarjoaa tähän keinon, jonka avulla oireita voidaan tulkita ilman yksiselitteistä biologista selitystä.⁹¹

Toiminnallisessa lähestymistavassa painopiste siirtyy siihen, miten diagnoosia käytetään osana laajempaa oirekokonaisuutta. Väsymysoireyhtymä ei tällöin näyttäydy erillisenä sairautena, vaan yhtenä pitkittyneiden oireiden ilmenemismuotona. Aiemmat rajat eri sairauksien välillä menettävät merkitystään, ja tilalle tulee käytännön kannalta toimivampi tapa jäsentää oireita.

Liiran sekä Vuokon ja kollegoiden teksteissä huomio kohdistuu erityisesti oireiden hoitoon ja potilaan kohtaamiseen. Oireita tarkastellaan toiminnallisten häiriöiden tai pitkittyneiden kehollisten oireiden käsitteiden kautta.⁹² Skinnerin näkökulmasta tätä muutosta ei voi pitää vain terminologisena, vaan se liittyy myös siihen, miten kirjoittajat pyrkivät vaikuttamaan ilmiön tulkintaan. Kun biologinen etiologia jää epävarmaksi, huomio siirtyy hoitokäytäntöihin ja kliiniseen vuorovaikutukseen.⁹³

Institutionaalisessa tarkastelussa huomio kohdistuu siihen, miten lääketieteellinen toiminta järjestyy käytännössä. Teksteissä ei niinkään määritellä, mitä sairaus on, vaan tarkastellaan sitä, miten diagnoosia käytetään: miten potilaita hoidetaan ja miten kliininen työ rakentuu. Näin lähestymistapa liittyy siihen, miten epävarmuuden keskellä voidaan luoda toimivia käytäntöjä.

Skinnerin näkökulmasta eri lähestymistavat tekevät hieman eri asioita. Biolääketieteinen näkökulma pyrkii vahvistamaan diagnoosin asemaa sairautena, biopsykososiaalinen auttaa jäsentämään epävarmuutta ja toiminnallinen kokoaa oireita laajempaan kokonaisuuteen. Institutionaalinen näkökulma puolestaan liittyy siihen, miten näitä käsityksiä sovelletaan käytännössä.⁹⁴

⁹⁰ Turunen, Piikivi & Mäkitalo 2004; Leppävuori 2006.

⁹¹ Engel 1977.

⁹² Liira 2020.; Vuokko ym. 2024.

⁹³ Rosenberg 2002.

⁹⁴ Skinner 2002.

⁹⁵ Koselleck 2004.

Koselleckin käsitteellinen asema eri tulkintakehyksissä

Koselleckin käsitehistorian näkökulmasta väsymysoireyhtymään liitetyt merkitykset eivät ole pysyviä, vaan ne heijastavat eri aikatasojen kokemuksia ja odotuksia.⁹⁵

Biolääketieteisessä viitekehyksessä väsymysoireyhtymä pyritään ymmärtämään selkeärajaisena sairautena, jonka taustalla oletetaan olevan löydettävissä biologinen etiologia. Tällöin käsitteeseen liittyvä odotushorisontti suuntautuu tulevaisuuteen: ajatuksena on, että tutkimus tuottaa ajan myötä täsmällisen patofysiologisen selityksen.

Biopsykososiaalisessa viitekehyksessä käsitteen asema muuttuu kerrostuneemmaksi. Kokemushorisontti laajenee kattamaan sekä biologiset että psykologiset ja sosiaaliset tekijät, mutta samalla käsitteen rajat hämärtyvät. Käsitteestä tulee keino jäsentää epävarmuutta, vaikka sen merkitys ei ole vakiintunut.

Toiminnallisessa lähestymistavassa väsymysoireyhtymä sijoittuu osaksi laajempaa oirekokonaisuutta, eikä sitä enää tarkastella erillisenä sairautena. Koselleckin näkökulmasta tätä voi kuvata käsitteen siirtymisenä uuteen yhteyteen: se ei muodosta omaa kategoriansa, vaan liittyy toiminnallisten oireiden kokonaisuuteen. Tällöin käsitteeseen liitetty odotushorisontti muuttuu. Huomio ei enää kohdistu ensisijaisesti biologisen selityksen löytämiseen, vaan siihen, miten käsitettä voidaan käyttää kliinisessä työssä.

Institutionaalisessa viitekehyksessä käsitteen asema vakiintuu käytännön kannalta toimivaksi kategoriaksi, jonka merkitys rakentuu sen käytön kautta. Käsitteeseen liittyvät jännitteet eivät katoa, mutta ne asettuvat osaksi lääketieteellisiä käytäntöjä. Koselleckin näkökulmasta käsitteestä tulee näin osa kokemushorisonttia, vaikka sen odotushorisontti – kuten biologisen selityksen löytyminen – jäävät edelleen avoimiksi.

Väsymysoireyhtymän käsite ei vakiinnu yhteen merkitykseen, vaan saa erilaisia tulkintoja eri viitekehyksissä. Biolääketieteessä sitä pyritään hahmottamaan selkeänä sairautena, kun taas biopsykososiaalisessa lähestymistavassa se näyttäytyy monitekijäisenä ilmiönä. Toiminnallisessa näkökulmassa käsite sulautuu osaksi laajempaa oirekokonaisuutta, eikä sillä ole enää itsenäistä asemaa. Institutionaalisessa tarkastelussa se puolestaan vakiintuu käytännön kannalta käyttökelpoiseksi, vaikka siihen liittyy edelleen jännitteitä.⁹⁶

⁹⁵ Koselleck 2004.

⁹⁶ Koselleck 2004; Koselleck 2002

ME/CFS (väsymysoireyhtymä) käsitteen tarkastelu

Lyhenteet ME (myalgic encephalomyelitis) ja CFS (chronic fatigue syndrome) viittaavat samaan oirekokonaisuuteen, mutta niihin liittyy erilaisia tulkintoja. ME-termi sisältää oletuksen neurologisesta ja mahdollisesti tulehduksellisesta sairausprosessista, mikä liittyy ilmiön biolääketieteelliseen kehukseen. CFS puolestaan on oireperustainen nimitys, joka kuvaa pitkittynyttä väsymystä ilman oletusta yksiselitteisestä syystä. Näin termivalinta ei ole neutraali, vaan vaikuttaa siihen, miten oireyhtymä ymmärretään, tutkitaan ja hoidetaan.

Skinnerin näkökulmasta termien käyttö voidaan nähdä kielellisenä toimintana. ME-termi pyrkii esittämään oireyhtymän selkeänä sairautena, kun taas CFS jättää sen avoimemmaksi ja vähemmän tiukasti määritellyksi. Tässä mielessä ME/CFS toimii kompromissina, joka heijastaa lääketieteellisen keskustelun sisäisiä jännitteitä.

Kosellekin näkökulmasta ME ja CFS voidaan tulkita saman käsitteen eri merkityskerrostumiksi. ME-termi suuntautuu biologisen selityksen odotukseen, kun taas CFS korostaa kokemukseen perustuvaa ja kuvailevaa jäsentämistä.

Rosenbergin institutionalisoituminen eri tulkintakehyksissä

Charles Rosenbergin diagnoositeorian mukaan sairausdiagnoosit eivät ole vain biologisia tai kliinisiä luokituksia, vaan ne liittyvät myös siihen, miten lääketieteellistä toimintaa järjestetään käytännössä. Diagnoosit auttavat jäsentämään epävarmuutta, ohjaavat hoitokäytäntöjä ja vaikuttavat siihen, millaisessa asemassa potilas on terveydenhuollossa.⁹⁷ Tästä näkökulmasta lääketieteellisiä artikkeleita voidaan tarkastella teksteinä, joissa diagnoosin merkitystä muotoillaan ja neuvotellaan.

Rosenbergin mukaan diagnoosin institutionalisoituminen merkitsee vaihetta, jossa sairaus saa vakiintuneen aseman lääketieteellisissä käytännöissä, riippumatta siitä, onko sen etiologia täysin selvä. Väsymysoireyhtymää koskevassa aineistossa tämä ei kuitenkaan tapahdu yhtenäisenä prosessina, vaan ilmenee eri tavoin eri viitekehyksissä.

⁹⁷ Rosenberg 2002.

Biolääketieteisessä viitekehyksessä diagnoosin vakiintuminen on vielä kesken. Oireyhtymää pyritään liittämään biologiseen perustaan, mutta koska selkeää etiologiaa ei ole osoitettu, sen asema jää epävarmaksi. Tässä näkökulmassa vakiintuminen riippuu pitkälti tulevasta tutkimusnäytöstä.

Biopsykososiaalisessa viitekehyksessä diagnoosia käytetään jo kliinisessä työssä, vaikka sen rajat ja sisältö eivät ole tarkasti määriteltyjä. Oireita selitetään useiden tekijöiden kautta, mikä tekee käsitteestä joustavamman mutta myös vähemmän tarkkarajaisen. Tällöin sen asema rakentuu ennen kaikkea käytännön käytön, ei teoreettisen selkeyden kautta.

Toiminnallisessa viitekehyksessä väsymysoireyhtymä sijoittuu osaksi laajempaa toiminnallisten häiriöiden kokonaisuutta, eikä sitä enää tarkastella itsenäisenä diagnoosina. Muutos tapahtuu ennen kaikkea siinä, miten käsitettä käytetään: painopiste siirtyy yksittäisestä diagnoosista koko järjestelmän tasolle.

Institutionaalisessa viitekehyksessä Rosenbergin kuvaama vaihe toteutuu selkeimmin: diagnoosi vakiintuu hoitosuosituksen, kliinisten käytäntöjen ja potilaan kohtaamisen tasolla. Tässä vaiheessa keskeistä ei ole enää kysymys sairauden olemuksesta, vaan sen käytöstä osana terveydenhuollon järjestelmää.

Liiran sekä Vuokon ja kollegoiden artikkeleissa keskeiseksi nousevat kliiniset työkalut, hoitopolut ja moniammatilliset hoitomallit, joiden avulla pitkittyneitä oireita pyritään käsittelemään terveydenhuollossa.⁹⁸ Tällöin diagnoosin tehtävä ei ole enää ensisijaisesti yksittäisen sairauden tunnistaminen, vaan potilaiden hoidon ja kuntoutuksen järjestäminen tilanteessa, jossa oireiden biologinen etiologia jää epävarmaksi. Myös Rauman ym. artikkelissa painopiste on potilaan kohtaamisessa ja hoitosuhteessa, mikä korostaa diagnoosin käytännöllistä roolia kliinisessä työssä.⁹⁹

Rosenbergin näkökulmasta väsymysoireyhtymä saa erilaisen aseman eri viitekehyksissä. Biolääketieteessä se jää vielä keskeneräiseksi, kun taas biopsykososiaalisessa lähestymistavassa sitä käytetään, vaikka sen rajat ovat epäselvät. Toiminnallisessa näkökulmassa se puolestaan sulautuu osaksi laajempaa oirekokonaisuutta, ja institutionaalisessa tarkastelussa se vakiintuu käytännön hoitotyön välineeksi.

⁹⁸ Liira 2020; Vuokko ym. 2024.

⁹⁹ Rauma ym. 2025.

Aineiston perusteella väsymysoireyhtymän asema ei kuitenkaan ole täysin selkiytynyt. Vaikka diagnosoille on esitetty määritelmiä ja konsensuslausumia, sen paikka lääketieteellisessä luokittelussa ja hoitokäytännöissä vaihtelee. Tässä mielessä kyse on Rosenbergin kuvaamasta rajatapauksesta, jossa lääketieteellinen, käytännöllinen ja sosiaalinen merkitys muotoutuvat rinnakkain.

Väsymysoireita koskevan lääketieteellisen viitekehäyksen muutos

Tässä tutkimuksessa analysoidut suomalaiset lääketieteelliset artikkelit osoittavat, että väsymysoireita koskeva keskustelu ei muodostu yhtenäisestä selitysmallista, vaan useiden rinnakkaisten tulkintatapoihin.

Käsittehistoriallisesta näkökulmasta tämä kehitys voidaan tulkita käsitteellisenä siirtymänä, jossa krooninen väsymysoireyhtymä sijoittuu osaksi laajempaa historiallisen jatkumoa. Neurastenian, neuroosin, psykosomaattikan ja biopsykososiaalisen mallin kaltaiset aikaisemmat käsitteet eivät katoa lääketieteellisestä keskustelusta, vaan jäävät vaikuttamaan sen semanttisiin kerrostumiin. Uudemmissa artikkeleissa nämä kerrostumat osin muotoutuvat uudelleen, kun väsymysoireita tarkastellaan yhä useammin osana pitkittyneiden kehollisten oireiden tai toiminnallisten häiriöiden kokonaisuutta. Toiminnallisten häiriöiden taustalla nähdään laajennettu biopsykososiaalinen keskushermostoon vaikuttava mekanismi, joka voi aktivoitua monien haitallisten tekijöiden vaikutuksesta.

Diagnoosin merkitys muuttuu myös käytännön tasolla. Varhaisemmassa keskustelussa keskeinen kysymys on diagnoosin tunnistaminen ja sen biologisen perustan selvittäminen. Myöhemmissä teksteissä diagnoosin rooli liittyy yhä enemmän kliinisten käytäntöjen, hoitopolkujen ja hoitomallien järjestämiseen. Konsensuslausumat, kirjallisuuskatsaukset ja kliinisiä työkaluja esittelevät artikkelit pyrkivät jäsentämään sitä, miten pitkittyneitä oireita tulisi tunnistaa ja hoitaa terveydenhuollossa. Näin väsymysoireita koskeva lääketieteellinen keskustelu siirtyy etiologiseen kysymyksenasettelusta kohti käytännöllistä kliinistä orientaatiota. Oireyhtymä ei kuitenkaan saavuta vakiintuneen ja yleisesti hyväksytyyn diagnoosin asemaa, jollainen on esimerkiksi masennuksella tai selkävauriolla.

Aineisto viittaa siihen, että väsymysoireyhtymä toimii suomalaisessa lääketieteellisessä keskustelussa eräänlaisena rajatapauksena, jossa biolääketieteelliset, biopsykososiaaliset ja toiminnalliset selitystavat kohtaavat. Muutos ei koske vain yhtä tasoa, vaan näkyy samanaikaisesti siinä, miten ilmiötä perustellaan, miten sitä jäsennetään käsitteellisesti ja millainen asema diagnoosilla on käytännössä.

⁹⁸ Liira 2020. Vuokko ym. 2024.

⁹⁹ Rauma ym. 2025.

Tämä auttaa ymmärtämään, miksi väsymysoireyhtymä on edelleen osittain kiistanalainen diagnoosi. Samalla se on kuitenkin vähitellen vakiintumassa osaksi pitkittyneiden oireiden tutkimusta ja hoitoa suomalaisessa terveydenhuollossa.

4. Lopuksi

Tässä tutkimuksessa on tarkasteltu, miten väsymysoireyhtymän käsite rakentuu ja muuttuu suomalaisessa 2000-luvun lääketieteellisessä keskustelussa. Tarkastelu osoittaa, ettei kyse ole vain tiedon karttumisesta tai yhden selitysmallin korvautumisesta toisella. Pikemminkin kyse on monikerroksisesta prosessista, jossa erilaiset viitekehukset asettuvat rinnakkain ja vaikuttavat toisiinsa. Väsymysoireyhtymä ei tämän perusteella vakiinnu selkeärajaiseksi sairausluokaksi, vaan säilyy käsitteellisesti avoimena ja jännitteisenä ilmiönä.

Yhdistämällä Quentin Skinnerin, Reinhart Koselleckin ja Charles Rosenbergin lähestymistapoja voidaan lääketieteellisiä käsitteitä jäsentää toisiaan täydentävillä tasoilla - samanaikaisesti kielellisenä, käsitteellisenä ja institutionaalisenä ilmiönä.

Aineiston perusteella biolääketieteinen viitekehys säilyy keskeisenä, vaikka sen tarjoama etiologinen varmuus jää puutteelliseksi. Biopsykososiaalinen lähestymistapa toimii eräänlaisena välimuotona, jossa epävarmuutta jäsennetään monitekijäisyytenä. Toiminnallisessa viitekehyksessä huomio siirtyy pois yksittäisestä diagnoosista kohti laajempaa pitkittyneiden oireiden kokonaisuutta ja niiden kliinistä hallintaa.

Institutionaalinen viitekehys kokoaa nämä kehityskulut kokonaisuudeksi, jossa keskeiseksi nousevat diagnoosin soveltaminen, hoitopolkujen rakentaminen ja potilaan aseman määrittely terveydenhuollossa. Näin tarkasteltuna väsymysoireyhtymää koskeva keskustelu ei etene lineaarisesti, vaan muodostaa kerrostuneen ja osin ristiriitaisen kokonaisuuden.

Väsymysoireyhtymä toimii tässä mielessä esimerkkinä sairauskäsitteestä, joka jää lääketieteellisen ajattelun rajapinnalle: sen selitys ei ratkea, mutta hoito tavoittelee yhtenäistä kliinistä käytäntöä. Toiminnalliset oireet ja diagnoosit voidaan jäsentää kliiniseksi ja hallinnolliseksi kokonaisuudeksi, jonka avulla epävarmoja oireita voidaan käytännössä hallita.

Tutkimuksella on kuitenkin myös rajoituksia. Aineisto koostuu 2000-luvun suomalaisista artikkeleista lääketieteellisissä aikakauslehdissä, mikä rajaa tarkastelun tiettyyn asiantuntijakeskusteluun, vaikkakin artikkelit viittaavat laajalti ulkomaisiin tutkimuslähteisiin. Potilaiden kokemukset, mediakeskustelu ja kansainvälinen vertailu jäävät tämän tutkimuksen ulkopuolelle, vaikka ne ovat keskeisiä väsymysoireyhtymän merkitysten muodostumisessa. Lisäksi analyysi keskittyy valikoituun joukkoon tieteellisiä artikkeleita, mikä saattaa tarkoittaa, että kaikki mahdolliset näkökulmat eivät tule esiin.

Kaikkiaan 2000-luvun asiantuntijakeskustelu heijastaa aktiivista ja kehittyvää tutkimus- ja hoitokulttuuria, jossa oiresairauksien käsitteet muuttuvat ja muotoutuvat uudelleen. Historiallinen kehitys ei etene suoraviivaisesti, vaan eri aikojen selitysmallit limittyvät toisiinsa. Tätä kehitystä kuvaa esimerkiksi toiminnallisten häiriöiden käsite, joka kokoaa yhteen aiempia tulkintoja.

Aikaisemmin kokonaisvaltaista etiologista selitystä ovat pyrkineet tarjoamaan esimerkiksi neurastenia, joka liitettiin hermostoon, sekä neuroosit, joita selitettiin psyykkisillä tekijöillä. Näin tarkasteltuna ajatus siitä, että “näemme vain sen minkä tunnemme”, kuvaa myös lääketieteellisen ajattelun rajoja.¹⁰⁰ Väsymysoireyhtymän hahmotus on 2000-luvulla muuttunut lääketieteen piirissä. Se, vakiintuuko siitä laajalti hyväksytty diagnoosi, jää tulevan keskustelun ratkaistavaksi.

Jatkotutkimuksessa olisi perusteltua tarkastella, miten väsymysoireyhtymän institutionaalinen asema rakentuu suhteessa potilaiden kokemuksiin ja yhteiskunnalliseen keskusteluun. Erityisen kiinnostavaa olisi myös vertailla väsymysoireyhtymän käsitteellistä kehitystä muihin samankaltaisiin ilmiöihin, kuten Long COVID -oireisiin, joissa samankaltaiset epävarmuuden ja hoidon organisoitumisen kysymykset ovat ajankohtaisia.

¹⁰⁰ Kuhn (1962); Foucault (1973)

Lähdeluettelo

Analysoidut artikkelit ja niiden viitekehykset

KOIVULA JA SOPPI (1989) Artikkelin kuvaus kroonista väsymysoireyhtymää ensisijaisesti biolääketieteisestä näkökulmasta uutena, pitkäkestoiseen uupumukseen liittyvänä syndroomana, jonka taustalla epäillään erityisesti infektioperäisiä ja immunologisia mekanismeja. Keskiössä on yksityiskohtainen tapauselostus, jossa potilaan oireita, kliinisiä löydöksiä ja laboratoriotutkimuksia (mm. immunologiset muutokset ja virusinfektioihin viittaavat tekijät) käytetään diagnoosin muodostamiseen ja muiden sairauksien poissulkuun. Oireyhtymä määritellään pitkälti objektiivisten löydösten, diagnostisten kriteerien ja mahdollisten biologisten syiden kautta, vaikka spesifistä hoitoa tai yksiselitteistä etiologiaa ei tunneta.

TURUNEN, PIIKIVI, MÄKITALO (2004) Artikkelin tarkastelee laaja-alaisia ja monimuotoisia oireita biopsykososiaalisesta näkökulmasta korostaen, että pelkkä biolääketieteellinen diagnostiikka ei riitä niiden ymmärtämiseen. Se esittelee sosiosomatiikan lähestymistavan, jossa oireita jäsennetään kolmen toisiinsa kietoutuvan ulottuvuuden – diagnostiikan, kokemuksen ja toiminnan – kautta. Tavoitteena on hahmottaa potilaan tilanne kokonaisuutena, jossa fyysiset löydökset, subjektiivinen kokemus ja arjen toimintaympäristö vaikuttavat toisiinsa. Näin artikkeli laajentaa biopsykososiaalista ajattelua kohti käytännönläheistä mallia, joka auttaa ymmärtämään oireiden taustaa ja suuntaamaan kuntoutusta kohti toiminnan ja hyvinvoinnin muutosta.

LEPPÄVUORI (2006) Artikkelin kuvaus kroonista väsymysoireyhtymää biopsykososiaalisena ja monitekijäisenä tilana, jossa oireiden taustalla vaikuttavat samanaikaisesti biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät. Väsymys ei selity yhdellä löydettävällä sairaudella, vaan siihen liittyy esimerkiksi mahdollisia infektioperäisiä ja neuroendokrinologisia muutoksia, psyykkisiä oireita sekä elämäntilanteen kuormitustekijöitä. Keskeistä on, että oireyhtymä nähdään heterogeenisena: altistavat, laukaisevat ja ylläpitävät tekijät kietoutuvat yhteen ja vaikuttavat toimintakykyyn. Hoidossa korostuvat kokonaisvaltaiset menetelmät, kuten asteittainen fyysinen harjoittelu ja kognitiivis-behavioraalinen terapia, jotka kohdistuvat sekä kehon että mielen tasolle.

PASTERNAK ym. (2017) Artikkelin tarkastelee kroonista väsymysoireyhtymää biolääketieteisestä ja arvioivasta näkökulmasta, keskittyen tutkimusnäytön systemaattiseen kokoamiseen etiologiasta, diagnostiikasta ja hoitojen vaikuttavuudesta. Se korostaa, että vaikka oireyhtymään liittyy biologisia mekanismeja (mm. immuuni-, neuroendokriininen ja autonominen hermosto), yksiselitteistä syytä tai diagnostista testiä ei ole, joten diagnostiikka perustuu muiden sairauksien poissulkuun. Artikkelin keskeinen painotus on kriittisessä näytön arvioinnissa: useimpien hoitojen teho on heikosti tai vain

kohtalaisesti osoitettu, ja vain porrastetusta liikunnasta ja kognitiivis-behavioraalisesta terapiasta on kohtalaista näyttöä. Kokonaisuutena artikkeli pyrkii arvioimaan tutkimusnäytön luotettavuutta ja ohjaamaan kliinistä päätöksentekoa näyttöön perustuvan tiedon pohjalta.

LOUHIALA (2019) Artikkelitarkastelee diagnoosia ennen kaikkea käsitteellisenä ja reflektiivisenä ilmiönä, tuoden esiin, että diagnoosit eivät ole pysyviä tai täysin objektiivisia, vaan ne muotoutuvat ajan, kulttuurin, tieteen kehityksen ja vallitsevien selitysmallien mukaan. Diagnoosi ei ole vain lääketieteellinen toteamus, vaan sekä prosessi että tulos, johon liittyy epävarmuutta, erilaisia määrittelytapoja (esim. oire-, syy- tai poissulkudiagnoosit) sekä arvolatauksia.

Reflektiivinen näkökulma korostuu erityisesti siinä, että artikkeli haastaa lukijaa pohtimaan diagnoosien merkityksiä: mitä pidetään sairautena, kuka määrittelee diagnoosit ja millaisia seurauksia niillä on potilaan elämässä. Diagnooseilla on välinearvoa (esim. hoidon ja ennusteen kannalta), mutta ne voivat myös vaikuttaa potilaan identiteettiin, sosiaaliseen asemaan ja jopa ennusteeseen. Samalla artikkeli muistuttaa, että vaikka selitysmallit vaihtelevat, potilaan kokemus on aina todellinen, ja kliinisen työn keskiössä tulisi olla diagnoosin hyödyllisyys potilaalle sekä tämän kohtaaminen vakavasti otettavana toimijana.

HELANDER ym. (2019) Artikkelitarkastelee lasten ja nuorten kroonista väsymysoireyhtymää biopsykososiaalisesta näkökulmasta, jossa oireiden taustalla nähdään altistavien, laukaisevien ja ylläpitävien tekijöiden kokonaisuus. Väsymys ei selity yhdellä biologisella mekanismilla, vaan siihen vaikuttavat samanaikaisesti hermoston ja immunologian muutokset, psykiset tekijät (kuten stressi ja mieliala) sekä elämäntilanteeseen liittyvät kuormitustekijät. Diagnostiikka perustuu kliiniseen arvioon ja muiden sairauksien poissulkuun, ja hoito korostaa moniammatillista yhteistyötä sekä toimintakyvyn asteittaista tukemista. Näin artikkeli hahmottaa väsymysoireyhtymän kokonaisvaltaisena tilana, jossa eri tekijöiden vuorovaikutus ylläpitää oireita ja ohjaa kuntoutusta.

LIIRA (2020) Pääkirjoitus yhdistää toiminnallisen ja institutionaalisen näkökulman varsin selkeästi. Toiminnallinen painotus näkyy siinä, että oireita kuvataan kehon ja mielen vuorovaikutuksen kautta sekä itseään ylläpitävinä kehinä (esim. keskushermoston herkistyminen, välttämiskäyttäytyminen ja oireiden paheneminen). Hoidossa korostuvat kuntoutus, potilaan aktiivinen rooli, psykososiaaliset menetelmät ja toimintakyvyn vahvistaminen.

Institutionaalinen näkökulma puolestaan tulee esiin artikkelin keskeisessä viestissä: uuden poliklinikan perustaminen, moniammatillinen tiimityö, hoitokäytäntöjen kehittäminen ja valtakunnallisen verkoston rakentaminen. Artikkelitarkastelee terveydenhuoltojärjestelmän vastuuta organisoida hoitoa, yhteinäistää käytäntöjä ja tukea potilaita myös sosiaalivakuutuksen ja kuntoutuksen kautta. Näin se esittää

toiminnalliset häiriöt paitsi yksilön oireina myös järjestelmätason haasteena, johon vastataan rakenteellisilla ratkaisuilla.

KOMULAINEN, VATAJA, RUUSKANEN (2021) Artikkelin tarkastelee kroonista väsymysoireyhtymää institutionaalista näkökulmasta, keskittyen erityisesti kansallisen konsensusuudistuksen rooliin hoidon ohjaamisessa ja yhtenäistämässä. Keskeinen viesti on, että vaikka sairauden etiologia on epäselvä ja tutkimusnäyttö rajallista, terveydenhuollon järjestelmän tulee tarjota potilaille yhdenvertaista, koordinoitua ja moniammatillista hoitoa. Suositus määrittää käytäntöjä diagnostiikkaan (esim. PEM-oireen huomiointi), hoidon organisointiin (perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö) sekä palvelurakenteiden kehittämiseen. Artikkelin korostaa myös konsensusprosessin merkitystä: eri asiantuntijoiden, viranomaisten ja potilaiden yhteinen näkemys toimii perustana hoitokäytäntöjen rakentamiselle ja kehittämälle terveydenhuollon järjestelmässä

LIIRA, VIRRANTAUS, SAINIO (2023) Artikkelin tarkastelee pitkittyneitä kehollisia oireita toiminnallisesta näkökulmasta, jossa keskiössä ovat oireita ylläpitävät mekanismit ja potilaan arjen toiminta. Oireet ymmärretään aivojen stressijärjestelmien säätelyhäiriön seurauksena, jossa kuormitus johtaa pitkittyneeseen ”hälytystilaan” ja oireiden voimistumiseen. Hoidon ytimessä on toimintakyvyn palauttaminen vaikuttamalla käyttäytymiseen: esimerkiksi välttämiskäyttäytymisen vähentäminen, huomion siirtäminen oireista arkeen sekä pienet konkreettiset muutokset päivittäisessä toiminnassa. Kuntoutus on usein moniammatillista ja tähtää siihen, että potilas oppii aktiivisesti säätämään kehon, mielen ja toiminnan välistä vuorovaikutusta.

VUOKKO ym. (2024) Artikkelin tarkastelee pitkittyneitä kehollisia oireita toiminnallisesta näkökulmasta, jossa keskiössä on oireiden taustalla olevien tekijöiden ja käyttäytymisen välinen vuorovaikutus. Oireita ei selitetä yksittäisellä sairaudella, vaan ne ymmärretään kokonaisuutena, johon vaikuttavat kehon tuntemukset, ajattelutavat, tunteet ja toimintatavat. Artikkelin korostaa käytännön työkaluja – kuten puolistrukturoitua haastattelua ja psykososiaalista tapausjäsenystä – joiden avulla voidaan jäsentää oireiden taustaa ja tunnistaa muutettavissa olevia tekijöitä. Tavoitteena on ohjata hoitoa kohti toimintakyvyn ja hyvinvoinnin parantamista vaikuttamalla erityisesti potilaan käyttäytymiseen ja arjen valintoihin.

RAUMA ym. (2025) Artikkelin edustaa selkeästi nykyistä terveydenhuollon institutionaalista käsitteistöä, jossa pitkittynyt väsymys ymmärretään biopsykososiaalisena ilmiönä eikä yksittäisenä sairauteena. Se ohjaa kliinikkoon tarkastelemaan oireita samanaikaisesti biologisten, psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden vuorovaikutuksena sekä välttämään kapea-alaisia selityksiä, kuten pelkkää somaattista etiologiaa. Samalla artikkelin korostaa terveydenhuollon roolia merkitysten rakentajana: diagnoosien, selitysmallien ja vuorovaikutuksen kautta voidaan joko ylläpitää oireita tai edistää toipumista.

Institutionaalinen näkökulma näkyy myös siinä, että potilaan toimijuutta vahvistetaan, tutkimuskierrettä pyritään rajaamaan ja hoito perustetaan systemaattiseen, yhtenäiseen kliiniseen ajatteluun.

Tutkimuskirjallisuus

Aikakauskirja Duodecim. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Helsinki 2000–2025.

Alexander, Franz: *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications*. W.W. Norton, New York 1950.

Aronowitz, Robert: *Making Sense of Illness: Science, Society, and Disease*. Cambridge University Press, Cambridge 1998.

Beard, George M.: Neurasthenia, or nervous exhaustion. *Boston Medical and Surgical Journal* 80, 1869, 217–221.

Breuer, Josef ja Freud, Sigmund: *Studies on Hysteria*. Basic Books, New York 2000 [1895].

Dumit, Joseph: Illnesses you have to fight to get: Facts as forces in uncertain, emergent illnesses. *Social Science & Medicine* 62, 2006, 577–590.

Engel, George L.: The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 196, 1977, 129–136.

Foucault, Michel: *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. Vintage Books, New York 1973.

Freud, Sigmund: *Introductory Lectures on Psycho-Analysis*. Hogarth Press, London 1963 [1916–1917].

Greco, Monica: *Illness as a Work of Thought*. Routledge, London 1993.

Greco, Monica: The classification and nomenclature of medically unexplained symptoms. *Social Science & Medicine* 75, 2012, 2362–2369.

Helander, Hannele, Hovi, Marika, Immonen, Tiina, Lähdesmäki, Tarja, Makkonen, Ilkka ja Saarenpää-Heikkilä, Outi: Lasten ja nuorten krooninen väsymysoireyhtymä. *Suomen Lääkärilehti* 74, 2019, 1114–1121.

Heritage, John: The interaction order and the medical visit. Teoksessa Paul Drew ja John Heritage (toim.): *Conversation Analysis and Institutional Talk*.

Holmes, Gary P. ym.: Chronic fatigue syndrome: a working case definition. *Annals of Internal Medicine* 108, 1988, 387–389.

Hyrkäs, Eve-Riina: *Psychosomatic Connections: Mind-body Histories in Finnish Medicine, ca. 1945–2000*. University of Oulu, Oulu 2022.

Koivula, Ilkka ja Soppi, Erkki: Krooninen väsymysoireyhtymä – pitkäkestoiseen uupumukseen liittyvä uusi syndrooma. *Duodecim* 105, 1989, 1260–1265.

Komulainen, Jorma, Vataja, Risto ja Ruuskanen, Olli: Krooninen väsymysoireyhtymä (ME/CFS) – konsensuksesta käytäntöön. *Duodecim* 137, 2021, 673–675.

Koselleck, Reinhart: *The Practice of Conceptual History*. Stanford University Press, Stanford 2002.

Koselleck, Reinhart: *Futures Past*. Columbia University Press, New York 2004.

Kuhn, Thomas S.: *The Structure of Scientific Revolutions*. University of Chicago Press, Chicago 1962.

Leppävuori, Arto: Krooninen väsymysoireyhtymä. *Duodecim* 122, 2006, 545–553.

Liira, Helena: Uusi toiminnallisten häiriöiden poliklinikka kuntouttaa, kouluttaa ja kehittää hoitoa. *Duodecim* 136, 2020, 11–13.

Liira, Helena, Virrantaus, Heli ja Sainio, Markku: Pitkittyneiden kehollisten oireiden hoito – mitä uutta? *Suomen Lääkärilehti* 78, 2023, 2019–2022.

Louhiala, Pekka: Mitä diagnoosit ovat ja mitä väliä sillä on? *Duodecim* 135, 2019, 1355–1359.

Mäkilä, Annastiina: *Monista näkökulmista tautiluokkakeskeisyyteen: Masennuksen määrittäminen Turun yliopiston opiskelijoiden, väitöskirjatutkijoiden ja erikoistuvien lääkärin käsityksissä vuosina 1980–1995*. *Annales Universitatis Turkuensis B* 677, Turun yliopisto, Turku 2024.

Parsons, Talcott: *The Social System*. Free Press, New York 1951.

Pasternack, Iiris, Remahl, Anni, Ahovuo-Saloranta, Anneli, Isojärvi, Jaana ja Mäkinen, Eeva: *Krooninen väsymysoireyhtymä: Etiologia, diagnostiikka, hoito sekä kuntoutusinterventiot*. Kela, Helsinki 2017.

Peltonen, Matti (toim.): *Avaimia menneisyyteen*. Gaudeamus, Helsinki 2010.

Peräkylä, Anssi: Authority and accountability. *Social Psychology Quarterly* 61, 1998, 301–320.

Porter, Roy: *The Greatest Benefit to Mankind*. HarperCollins, London 1997.

Rauma, Katri ym.: Miten kohdata pitkittyneesti väsynyt? *Suomen Lääkärilehti* 80, 2025, 1968–1972.

Rose, Nikolas: *The Politics of Life Itself*. Princeton University Press, Princeton 2006.

Rosenberg, Charles E.: *Explaining Epidemics*. Cambridge University Press, Cambridge 1992.

Rosenberg, Charles E.: The tyranny of diagnosis. *Milbank Quarterly* 80, 2002, 237–260.

Rosenberg, Charles E. ja Golden, Janet (toim.): *Framing Disease*. Rutgers University Press, New Brunswick 1992.

Roudinesco, Elisabeth: *Why Psychoanalysis?* Columbia University Press, New York 2003.

- Ruusuvuori, Johanna: *Control in Medical Consultation*. Tampere University Press, Tampere 2000.
- Saunders, Christopher ym.: A new paradigm is needed to explain long COVID. *The Lancet Respiratory Medicine* 11, 2023.
- Schuster, John A.: Neurasthenia and the boundaries of medical knowledge. *History of Psychiatry* 16, 2005, 263–280.
- Sharpe, Michael: Chronic fatigue syndrome and medically unexplained symptoms. *Journal of the Royal Society of Medicine* 103, 2010, 92–95.
- Shorter, Edward: *From Paralysis to Fatigue*. Free Press, New York 1992.
- Skinner, Quentin: *Visions of Politics, Volume 1*. Cambridge University Press, Cambridge 2002.
- Suomen Lääkärilehti. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki 1996–2025.
- Turunen, Jari, Piikivi, Leena ja Mäkitalo, Jorma: Sosiosomatiikka – uusi näkökulma laaja-alaisten oirekuvien hallintaan. *Duodecim* 120, 2004, 2063–2071.
- Vuokko, Aki ym.: Pitkittyneiden kehollisten oireiden arviointiin löytyy työkalut. *Suomen Lääkärilehti* 79, 2024, e39726.
- Wade, Derick T. ja Halligan, Peter W.: Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? *BMJ* 329, 2004, 1398–1401.
- Ware, Norma C.: Suffering and the social construction of illness. *Medical Anthropology Quarterly* 6, 1992, 347–361.
- Wessely, Simon: Old wine in new bottles: neurasthenia and “ME”. *Psychological Medicine* 20, 1990, 35–53.
- Wessely, Simon: Chronic fatigue syndrome: a 20th century illness? *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 23, 1997, 17–34.
- Wessely, Simon: History of chronic fatigue syndrome. *History of Psychiatry* 9, 1998, 1–16.
- Wessely, Simon, Hotopf, Matthew ja Sharpe, Michael: *Chronic Fatigue and Its Syndromes*. Oxford University Press, Oxford 1999.
- Wessely, Simon, Nimnuan, Chaturong ja Sharpe, Michael: Functional somatic syndromes. *The Lancet* 354, 1999, 936–939.
- World Health Organization: *ICD-10: International Classification of Diseases*. WHO, Geneva 1992.