

# Sosiaalipsykiatria kansanterveystieteen osana

Erik E. Anttinen

Psyykkinen sairastaminen nähdään tänään kautta maailman eräänä lääketieteen kokonaiskentän suurimmista kysymyksistä, yhtähyvin inhimillisen kärsimyksen mittarilla mitattuna kuin sosiaalisella tai kansantaloudellisella puntarilla punnittuna. Tästä kaikesta antavat selvän kuvan niin psykiatristen sairaaloiden ja avohoitopisteiden, terveyskeskusten ja yksityisvastaanottojen kuormitusluvut kuin sosiaaliturvalaitoksien tilastotkin.

## Eräitä epidemiologisia tietoja

On mielestäni aiheellista heti aluksi todeta, miten samankaltaisia tuloksia psyykkisen sairastamisen kokonaismäärissä on saatu huolellisesti tehdyissä suurissa tutkimuksissa eri alueilla Pohjois-Amerikassa, Euroopassa, Afrikassa ja myös Neuvostoliitossa. Srolen työtovereineen suorittama »Midtown Manhattan»-tutkimus (1962) ja Leightonin johtaman tutkimusryhmän selvitys eräiltä Kanadan, Grönlannin ja Nigerian alueilta (1971) osoittivat peräti yhdenmukaisesti 25—30 %:n väestöistä sairastavan selvin ja toimintakykyä rajoittavin oirein esiintyvää psyykkistä sairautta. Samankaltaisia tuloksia ovat meillä saaneet mm. Alanen työtovereineen tutkiessaan ylioppilaita (1967), Frisk oppikoululaisia (1968) ja vielä julkaisemattomissa töissään Lehtinen ja Väisänen tutkittuaan erään Lounais-Suomen ja Pohjois-Suomen kunnan väestöt. Myös lapsilla ja vanhuksilla psyykkisten selvien häiriöiden määrät ovat lähes samaa 20 %:n luokkaa. Suomisen ja Sieversin sosiaaliturvan tutkimuslaitoksessa tekemien selvitysten mukaan toistaiseksi myönnettyistä kansaneläkelaitoksen työkyvyttömyyseläkkeistä muodostivat psyyken sai-

raudet suurimman ryhmän eli n. 30 % v. 1968. Luku on tästä jo kasvanut.

Kun edelläkerrotunlaisia kenttätutkimuksiin perustuvia lukuja tarkastelee, on seuraavana toteamuksena se, etteivät nekkään vielä sano koko totuutta psyykkisen tilan merkityksestä väestön sairastamisessa. Niissä tuskin tulevat esiin ne psykiatrisiksi katsottavat syyt, jotka ovat osatekijöinä ruumiillisissa toiminnallisissa sairauksissa tai ne, jotka ruumiillisia tautitiloja ovat pahentamassa. Myös sellaisten tilojen kanssa joutuu jokainen lääkäri tavan takaa tekemisiin.

## Otsakkeemme oikeutus

Mielisairauksien, neuroosien, luonteen häiriöiden ja ns. psykosomaattisten eli sielullis-ruumiillisten sairauksien tutkimus on niiden yleisyyden toteamisen lisäksi osoittanut, että ne ovat merkittävän usein pitkäaikaisia tai kautta elämän kestäviä, siis kroonistumiseen taipuvaisia, ja vaikeasti täysin parannettavia.

Kaikkeen edellä esitettyyn viitaten voimme todeta, että psyykkinen sairastaminen on todella kansantaudin sairastamista ja että psykiatrialla tulee olla vahvat siteet kansanterveystieteeseen. Tätä syystä on myös johdonmukaisesti perusteltua, että psykiatrian opetusta pyritään lääkärikoulutuksessa lisäämään kuten kaikkialla maailmassa näyttääkin tapahtuvan. On myös perusteltua, että tuo lisäys niin tieteellisessä tutkimustoiminnassa kuin sen rinnalla tapahtuvassa lääkäreitten perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksessa tapahtuu erityisesti eräällä psykiatrian osa-alueella, **sosiaalipsykiatrian** alueella, ja nimenomaan kansanterveystieteen tutkimus- ja opetustoimin-

taan kautta linjan läheisesti liittyen. Tarkastelkaamme tätä seikkaa lähemmin.

Psyykinen sairastaminen on ilmeisesti lähes aina niin perussyiltään kuin kehitykseltäänkin monitekijäisesti, joskin sairauden laadusta ja yksilöstä toiseen eriasteisesti, psykologisten, biologisten ja sosiaalisten tekijöiden määräämää. Psyykinen vaikeampi sairastaminen aiheuttaa myös säännön mukaan a.o. yksilölle ja hänen ympäristölleen psykologisia ja sosiaalisia seuraamusilmiöitä. Sairauden syyt liittyvät tämänhetken käsityksemme mukaan monikerroksisesti, jos niin voidaan sanoa, perintöaiheisiin sitoutuneiden alttiustekijöiden lisäksi asianomaisen persoonallisuuden kehittymiseen epäedullisesti tai estävästi vaikuttaneisiin, vuorovaikutuksessa läheisiin ihmisiin esiintyneisiin, ristiriitoihin eritoten varhaislapsuuden ja kehitysvuosien aikana. Kun tuo heikommaksi jäänyt persoonallisuus sitten jossakin elämän vaiheessa joutuu aktuellien vaikeuksien puristukseen, olivatpa ne taloudellisten huolien, jyrkkien elämänmuutosten tai ylivoimaisiksi muodostuneitten ihmissuhteitten aiheuttamia, voi sairaus puhjeta niiden laukaisevana.

Sosiaalipsykiatria pyrkii tässä sairauksien synty- ja kehitystapahtumien palapelissä, samoin kuin kroonistumisen syyinä olevien noidankehä tapahtumien katkaisukohtien hakemisessa, tulemaan avuksi silloin, kun on kysymys yksilön sairastamisesta sosiaalisen ympäristönsä osana ja sen edustajana. Tehtävänään sillä on epidemiologisin keinoin koettaa selvittää psyykkistä, tai psykologisin perustein syntyvää ruumiillista sairastavuutta väestössä ja löytää sosiaalisten ja kulttuuritekijöitten mahdolliset vaikutukset tuossa sairastavuudessa, sairauksien kulussa ja ennusteessa. Toiseksi haluaa sosiaalipsykiatria olla avuksi pohdittaessa, kehitettäessä ja käytettäessä sellaisia psykiatrisen hoidon tai kuntouttamisen keinoja, jotka ovat luonteeltaan sosiaalisia. Kolmanneksi on sosiaalipsykiatrian osallistuttava hoitokeinoja käyttävien hoito-organisaatioiden luomiseen ja tällöin se pitää jo nyt saatuihin kokemuksiin nojautuen päämääränään yhteisöllisten, erityisesti yhteiskuntaan takaisin johtavien ja siis avohoidollisten järjestelmien aikaansaamista ja kehittämistä. Neljänneksi, mutta ensiarvoisen tärkeäksi, velvoitukseksi on sosiaalipsykiatrian

kolmen edellisen tehtävänsä antamia havaintoja ja tuloksia analysoidessaan pyrittävä hakemaan ja näkemään sekä näyttämään myös yhteiskunnan päätöksentekijöille ne mikro- tai makroyhteisölliset, yhteiskunnalliset ongelma-alueet, joilla ratkaisut voisivat todennäköisesti vaikuttaa psyykkistä sairastamista ennaltaehkäisevästi, sairastuneiden ennustetta parantavasti tai ainakin tilan pahenemista estävästi.

Kun tarkastellaan näitä ideaalimahdollisuuksina esitettyjä sosiaalipsykiatrian neljää tehtäväaluetta, voidaan todeta niiden olevan sopusoinnussa tämänpäivän kansanterveystieteen tavoitteellisen määrittelyn kanssa. Kansanterveystieteeseen hän kuuluu kaikki se tieteellinen toiminta, jonka tarkoituksena on väestön terveydentilan ylläpitäminen ja parantaminen. Tavoitteisiinsa se pyrkii monitieteisellä, poikkitieteisellä toimintaorganisaatiolla, väestökeskeisellä ja systeemianalyttisellä kokonaisvaltaisella tutkimusotteella, sitoutumisella terveyden ja demokratian perusarvoihin sekä ylläpitämällä läheiset yhteydet terveys- ja yhteiskuntapolitiikkaan, kuten Isokoski 1974 pitämässään virkaanastujaisesityksessään totesi.

Tehtävä on vaikea ja kaikkia keinoja emme suinkaan edes tänään vielä näe, mutta tavoitteitten asettaminenhan ei saa siitä olla kiinni. Nihilismi ei sovi kansanterveystieteen sen enempää kuin sen osan, sosiaalipsykiatriankaan, asenteisiin. Mutta toisaalta on nähtävä realiteetit ja pidettävä kriittinen katse kaiken yllä, koska väärintulkinnat tutkimustuloksissa ovat helposti mahdollisia ja johtavat myös virheellisiin sovellutuksiin. Tämä kysymys kaipaa myös tarkastelua, johon seuraavassa lyhyesti paneudutaan.

Ensimmäinen kysymys nousee esiin jo edellä esitetystä sosiaalipsykiatrian ensimmäisestä tehtävästä, joka oli epidemiologinen.

### Mitä on mielenterveys?

Tähän tuskin voimme vastata sen kokeneen terveyskeskuslääkäriin suulla, joka kuultuaan psykiatrian tutkimusten selvittäneen, että 1/4:lla ihmisistä on selvästi psyykkisen sairauden heidän toimintakykyään alentavia oireita, yli puolella ainakin lieviä oireita ja vain n. 1/5 osa oli

oireettomia, totesi, että psyykkisesti terve on ihminen, jota ei ole tarpeeksi tutkittu.

Nuo tutkimukset liikkuvat kuitenkin tämän hetken mahdollisuuksia ajatellesamme sängen luotettavalla pohjalla lähtiessään oireitten rekisteröinnin avulla vetämään johtopäätöksensä tutkitun väestön otoksen sairastavuudesta.

WHO:n määritelmä mielenterveydestä vuodelta 1950 kuuluu seuraavasti: »Mielenterveyteen vaikuttavat sekä fysiologiset että sosiologiset tekijät. Se ei ole staattinen vaan asteittain vaihteleva tila. Miellettään terve yksilö pystyy muodostamaan harmonisia, pitkäjännitteisiä ihmissuhteita, osallistumaan ja vaikuttamaan rakentavasti sosiaalisen ja fyysisen ympäristönsä muutoksiin. Mielenterveys merkitsee myös yksilön kykyä saavuttaa harmoninen ja tasapainoinen tyydytys luonnostaan ristiriitaisille viettipyrkimyksilleen ja myös niitä säätelemään tai kanavoimaan mahdollisuuksiensa optimaalisessa toteuttamisessa.»

Psykiatrinen sairaus taas on kyseessä saman WHO:n asiantuntijalausunnon mukaan, jos mentaalisen toiminnan häiriön kliininen kuva on riittävän tunnusomainen, spesiiFIN ja riittävän vaikea aiheutukseen työkyvyn tai sosiaalisen selviytyvyyden puutteen.

Näiden terveys—sairaus-käsitteiden perusteella ei ole helppoa tieteellistä tutkimusta suorittaa eikä nähdä, onko mielen terveys enemmistön ominaisuus, vähemmistön ominaisuus, tilastollinen keskiarvo-ominaisuus tai kehitysprosessinomaisen käsite. Jos sitä katsotaan tämänhetkisten näkymien mukaan, lienee se luettavissa lähinnä sittenkin kahteen viimeksi mainittuun.

Joka tapauksessa toteamme, ettei käytettävissämme ole sellaisia tarkkoja indikaattoreita, jotka ovat tarjolla tulehdustaudin, verisuonitukoksen tai syövän paljastusmenetelmissä bakteriologisissa laboratorioissa, röntgenosastoilla ja mikroskoopin näkökentässä. Sen sijaan on meidän toimittava vähemmän tarkoin ja monasti »pehmein» tiedoin tutkimustyössämme, mutta luonnollisesti pyrimme menetelmiä jatkuvasti kehittämään lääke-reiden, psykologien, sosiologien ja tilastotieteilijöiden yhteistoiminnoin. Tämän sosiaalipsykiatrisen monitieteisyyden tarpeen ohella haluan korostaa samanaikai-

sesti tapahtuvan biologisen tutkimuksen jatkuvaa tärkeyttä jakomielitaudin, vaikeitten masennustilojen ja muiden psyykkisten suurten sairausryhmien syiden selvittämisessä. Haluan myös painottaa, miten suuri on vahinko koko asialle, jos tutkijat, eristäytyessään toisistaan täysin puhtaiksi puristisiksi biologisen psykiatrian, yksilödynaamisen psykiatrian tai sosiaalipsykiatrian edustajiksi, kieltävät muut kuin omat mielipiteensä ilman kriittistä näyttöä. Näin on joillakin paikoin maailmaamme tapahtunut — ikävä kyllä. Psyykkinen sairaus ilmenee ajatuksen ja käyttäytymisen ratautuneena ja poikkeavana muutoksena ympäristön edellyttämiä normeja vertailupohjana pitäen. Ihmisen itsensä kannalta katsoen saattaa tuo muutos sen sijaan olla mielekäs vaste kaikelle sille, jota hän kokee jollakin intrapsyykkisen elämänsä tasolla tai ympäristönsä tai yhteiskunnan taholta. Paikka, jossa tuo kaikki tapahtuu, on ihmisen aivojen muodostama monimutkainen koneisto. Miten ja miksi tuo kaikki tapahtuu, on vielä paljolti selvittämättä ja kaikki keinot ovat siinä työssä tarpeen.

### Mitä me tiedämme?

Adolf Meyerin, Karl Abrahamin ja Sigmund Freudin suurenmoisten selvitysten jälkeen ovat monet tutkijat, mm. Ødegaard (1932), Schmale ja Engel (1967), Stengel (1964), Arthur (1965), Holmes ja Rahe (1967), Friedman ja Rosenman (1970), sekä useat muut pohtineet elämänmuutosten, konkreettisten tai symbolisten menetysten, erilaisten kriisitilanteiden ja antautumis-luovuttamisreaktioiden merkitystä sairastumiseen. Vaikeitten stressitilanteiden yhteydessä ja niiden jälkeen puhjenneista psyykkisistä tai psykosomaattisista sairauksista antaa viitteitä maailmankirjallisuus, joka on käyttänyt hyväkseen myös paljon toisen maailmansodan rintamien »koeolosuhteitten» suomia mahdollisuuksia, samoin kuin keskitysleirienkin, asiaa pohtiessaan. Viime mainituista on syytä erikoisesti mainita Oslon yliopiston psykiatrian professorin Leo Eitingerin (1964 ja 1969) tutkimus norjalaisista ja israelilaisista natsien keskitysleireistä pelastuneista. Hän itse kuului Auschwitzista hengissä selviytyneisiin.

Tutkimuksissa on voitu osoittaa, miten varsinkin jatkuvat tai toistuvat sar-

join esiintyvät kriisitilanteet voivat edesauttaa melkein pä kenen tahansa sairastumiseen. Kontrolloidut tutkimukset viittaavat siihen, että näin tapahtuu erikoisesti masennustilojen ja psykosomaattisten sairauksien ollessa kyseessä. Niissä on myös havaittu, miten elämykset keskitysleireillä tai poikkeuksellisen vaikeissa sotaolosuhteissa ovat olleet johtamassa elinikäisten psyykkisten tautitilojen kehittymiseen sellaisilla henkilöillä, joilla ei ole huolellisissa selvityksissä voitu nähdä viitteitä perinnöllisistä tai muista taipumustekijöistä niihin. Useissa tutkimuksissa on myös todettu muiden sosiaalisten tekijöitten, kuten puutteen, huonosaisuuden, muuttoliikkeen, kaupungistumisen eli urbanisaation erityisongelmien, kulttuurisiteitten katkeamisen, ihanteitten ja vakaumusten polkemisen, vanhojen arvojen menetyksen ja yhteisössä tai yhteiskunnassa esiintyvien hajoamisilmiöiden ja ristikkäispaineitten suosivan sairastumista tai lisäävän itsemurhariskiä. Sosiaaliluokan ja psyykkisen sairauden keskinäisistä korrelaatioista on paljon kirjoitettu viimeisten vuosikymmenien aikana. On todettu mielisairauksien, erityisesti jakomielitaudin, olevan määrällisesti yliedustettuna alimmissa sosiaaliluokissa. Kuuluisimpia näistä töistä ovat Hollingsheadin ja Redlichin 1958 esittämät laajat selvitykset teoksessaan »Social Class and Mental Illness». Meillä ovat Stenbäck, Achté ja Järvenpää päätyneet samankaltaisiin havaintoihin helsinkiläisten osalta. Metodisten vaikeuksien vuoksi ei voida katsoa näidenkään tuloksien yksikäsitteisesti osoittavan, että sairastumisriski kasvaisi alimpiin sosiaaliluokkiin päin. Ero johtuu ilmeisesti osittain sosioekonomisten vaikeuksien ja muutenkin huonojen elämänolosuhteitten epäsuotuisasta vaikutuksesta ihmisten elämään ja ihmissuhteisiin, erityisesti perheiden sisäiseen ilmapiiriin, jolloin lapsen kehittyvä persoonallisuus häiriintyy. Osa erosta selittyy jo sairastuneiden ajautumisesta alaspäin sosioekonomisesti ja myös siitä, että hoitomahdollisuudet ovat alemmissa yhteiskuntaluokissa vähäisemmät kuin ylemmissä. Eri puolilla, mm. Neuvostoliitossa ja USA:ssa, on tehty havaintoja, joiden mukaan eritoten jakomielitaudin määrät ovat suurissa kaupungeissa selvästi korkeammat kuin pienissä, ja että tasapainoisissa maaseutuolosuhteissa sosiaaliluokkien väliset erot häviävät, paikoitellen jopa kokonaan.

Mielenkiintoisia ovat Arthurin kirjassaan »An Introduction to Social Psychiatry» (1971) esittämät havainnot omistetaan sekä Pughin ja MacMahonin (1962), Goldhamerin ja Marshallin (1949) töistä, joiden mukaan varsinaisten mielisairauksien määrät eivät näy lisääntyneen 50:n tai 100:n vuoden aikana. Merkityksellisiä ovat myös eri puolilla maailmaa sangen yhtäpitävästi saadut tutkimustulokset siitä, että jakomielitaudin esiintymistiheys on jokseenkin sama eli n. 1 % väestöstä, huolimatta eri kansallisuuksien, yhteiskuntajärjestysten ja kulttuurien erilaisista olosuhteista. Jos jakomielitaudin synty on yhteydessä psykososiaalisiin ongelmiin, näyttää siltä, että ne ovat yleisimpiä luonteeltaan ja että ne ehkä liittyvät ennen muuta perheitten problematiikkaan, tuohon solmuasemaan yksilön ja yhteiskunnan välillä. Hallidayn (1948), Lidzin työtovereineen (1963), Wynnen ja Singerin (1963) ja meillä Alasen (1966) työt viittaavat perheen ihmissuhteiden merkitykseen siinä kehittyvien lasten tai jonkun lapsen häiriintymisessä, jolloin jakomielitauti muodostaa vaikeimman identiteettikriisin ilmentymän ja neuroosi lievemmän.

### **Tiede ja tutkimus eivät saa eriytyä käytännöstä**

Tällä hetkellä on edelläkuvattujen tutkimustulosten ja muiden saatujen selvitysten mukaan jo täysin aiheellista ottaa nämä kysymykset huomioon kaikessa mielenterveystyössä. Tämä merkitsee sosiaalipsykiatrisen ajattelutavan tuomista työhön mukaan sen eri vaiheissa. Yksilöä autettaessa olisi hänet samalla nähtävä hänen elämänkenttensä taustaa vasten ja perehdyttävä perheen, kodin, koulun, työpaikan ja muiden hänelle tärkeitten ja keskeisiä ihmissuhteita käsittävien pienyhteisöjen problematiikkaan. Neuvovan ja tukea antavan toiminnan olisi kohdistuttava aina tarpeen ilmaantuessa noihin pieniyhteisöihin. Jakamalla tietoa terveyskasvatuksellisin keinoin ja ohjaamalla ihmiset keskenään avoimempiin vuorovaikutussuhteisiin, joustavuuteen ja salliavuuteen päästään tuloksiin. Jos tuota yksilöön kohdistuvaa ja hänestä käsin pieniyhteisöihin päin suuntautuvaa toimintaa pidetään koko mielenterveystyön skaalan toiseen päähän sijoittavana, on toi-

sesta päästä löydettävä yhteiskuntaan kokonaisuudessaan kohdistuvat humaaniset sosiaalipoliittiset toimenpiteet. Toisin sanoen tarvitaan yhteiskunnan asenteisiin, inhimillisyyteen, erileimaisuuden ja poikkeavuuden sietoon vaikuttavaa työtä, ihmisen asemaa lainsäädännöllisesti helpottavia järjestelyjä sekä yhteiskuntaa itseään ja elinympäristöä mielenterveydelisesti suotuisaksi kehittäviä toimenpiteitä.

Pintaa syvemmälle käyvin tutkimuksin olisi päästävä kiinni väestön eri ryhmien todellisiin ongelma-alueisiin. Olisi selvitettävä myös, miten nykyinen psykiatrinen terveydenhuoltojärjestelmä toimii, missä ovat sen todelliset vaikeudet ja miksi niitä on. Saatujen tulosten perusteella voidaan kehittää kokeilevia ja tutkivia uusia toimintamuotoja terveydenhuoltojärjestelmämme puitteisiin uuden tiedon saamisen siemeneksi.

Psykiatria on tänään suurten muutosten edessä. Uusien alueiden omaksuminen ja monitahoisiin odotuksiin vastaminen sosiaalisen ja poliittisen aktiviteetin lisääntyttyä aiheuttaa hämmennystä ja ahdistusta myös perinteiseen potilas-kohtaiseen työhön asennoituneen lääkä-

rin, psykologin ja hoitajan mielessä. Toisaalta ei matka viime vuosisadan alkupuolelta, jolloin Pinel ja Esquirol vapauttivat sairaaloissaan mielisairaat kahleista, ole niin pitkä. He panivat alulle psykiatrian ensimmäisen vallankumouksen todetessaan mielisairauksien olevan sairauksia siinä kuin muutkin taudit ja synnyttään yhteydessä potilaan kulloisiinkin elämänolosuhteisiin. Toinen vallankumous alkoi Freudin esitettyä nerokkaat käsityksensä alitajuisten ristiriitojen merkityksestä psyykkisten reaktioiden syntyyn.

Kolmannen vallankumouksen katsotaan lähteneen liikkeelle Morenon tuomasta sosiaalipsykologisesta, ryhmissä tapahtuvasta hoitomenetelmästä. Sitä voidaan pitää monien tärkeitten yhteisöterapeuttisten toimintamuotojen lähtökohtana. Kenties olemme nyt modernin sosiaalipsykiatrian aiheuttaman neljännen vallankumouksen keskellä, kuten Carlo Perris, Ruotsin nuorimman lääketieteellisen tiedekunnan psykiatrian professori sanoo. Psykiatrian on tultava yhä avoimemmaksi tieteksi, avoimemmaksi muulle lääketieteelle ja avoimemmaksi käyttäytymis- ja yhteiskuntatieteille.

Tampereen yliopistossa 3.5. 1974  
pidetty virkaanastujaisesityelmä