

Psykiatrian muodonmuutos ja depression nousu kansantaudiksi¹

Historiallis-sosiologinen interventio

ILPO HELÉN

Tämän päivän psykiatriassa ollaan liikekannalla, niin Suomessa kuin muuallakin. Yhtäältä tyytyväisyys psykiatrian ja mielenterveystyön nykytilaan on laajaa niin alan sisä- kuin ulkopuolellakin, ja arvostelun ala ulottuu voimavaroista hoitokäytäntöihin (ks. esim. Knapp ym. 2007). Toisaalta mielenterveystyö on ollut viime vuosikymmeninä kiihkeän kehittämistoiminnan ja uudistushankkeiden luvattu maa. Tässä kirjoituksessa tarkastelen psykiatrian kroonistunutta muutostilaa alan ja ammattikunnan ulkopuolelta, historioitsijan ja sosiologin silmin. Otan polttopisteeksi nykyisen masennusepidemian, jonka lähihistoriaa ja yhteiskunnallisia ulottuvuuksia analysoimalla valaisen kysymystä psykiatrian muutoksesta, kriisiytymisestä.

MIELISAIRAALASTA MIELENTERVEYSTYÖHÖN

Psykiatrian muodonmuutoksella tarkoitetaan yleensä eristyslaitoksiin sitoutuneen tieteen ja käytäntöjen perinpohjaista muutosta, kun psykiatrinen toiminta on laajentunut mielisairaaloiden muurien ulkopuolelle ja sekoittunut yhteiskunnallisiin toimintoihin muun muassa kasvatuksessa, terveydenhoidossa ja sosiaalipalveluissa. Psykiatriasta on tullut mielenterveystyötä, tai oikeastaan psykiatriasta on tullut nykyaikaisen laaja-alaisen ja moniammatillisen mielenterveystyön ankkuripiste tieteenä, asiantuntemuksena ja professiona. Tuo muutos on tapahtunut 1800-luvun lopulta alkaen länsimaissa, ja kiihkein muutosvaihe kesti toisen maailmansodan lopulta 1990-luvulle

Kun mielenterveysviranomaiset ja -ammattilaiset puhuvat mielenterveystyöstä, he määrittelevät sen usein eksplisiittisesti ”psykiatrisiksi palveluiksi”. On kuitenkin varsin helppoa havaita, että heidän järkeilyihinsä sisältyy implisiittisesti ajatus laajemmas- ta kokonaisuudesta. Jälkimmäistä olen koettanut tavoittaa ajattelemalla, että mielenterveystyö on ajatus- tapojen, tiedon, käytäntöjen ja instituutioiden yhdistelmä, joka on muodostunut kolmen historiallisesti omaa tahtiaan muotoaan muuttaneen elementin kohdatessa ja sekoittuessa toisiinsa. Kahteen ensimmäiseen elementtiin viitataan, kun puhutaan historiallisesti *mielisairaala*sta ja *psykiatriasta*. Ensimmäinen ainesosa on *mielisairaanhoido*, aikoinaan hullujen tai lunaatikkojen hoidoksi kutsuttu toiminta. Se juontuu 1700- ja 1800-luvun vaihteessa Englannissa, Ranskassa, Saksassa syntyneistä erityislaitoksista normittomasti käyttäytyviä ihmisiä varten, joiden häiriköinnin katsottiin johtuneen mielenvikaisuudesta. Ensin oli yksityisiä lähinnä filantrooppisia parantoloita (retreat), sitten julkisen vallan alaisia eristyslaitoksia vain hulluja varten (asylum). Yhteistä laitoksille oli ajatus, että lunaatikkoja voi parantaa eli palauttaa järkiinsä ja käyttäytymään kunnolla. Niiden johtoon tuli lääketieteellinen auktoriteetti. Näissä puitteissa kehittyi 1800-luvun kuluessa psykiatrian tietomuoto tautiluokitteluineen ja mielisairauksien selitysmalleineen eräänlaisena lääketieteen lehtolapsena, mielisairaaloiden ylilääkärien eli *alienistien* tieteenä. (Digby 1985, Castel 1988, Scull 1993, Shorter, 1997, 33–46, Porter 2002, 95–122.)

Mielenterveystyön ensimmäinen elementti on hoito, mutta kyse on myös lääketieteellisestä juuresta. Tätä elementtiä painotetaan nykyään erityisen paljon länsimaaisessa psykiatriassa, kun korostetaan psykiatrian tieteellisyyttä, pidetään sitä itsestään selvästi

¹ Perustuu luentoön Psykiatrian tutkijakoulussa 1.12. 2009, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa, Helsingissä.

lääketieteenä ja vaaditaan näyttöön perustuvia hoitokäytäntöjä, ”EBM:ää”(Evidence Based Medicine). On syytä muistaa, että psykiatria tieteenä astui modernin lääketieteen junaan varsin myöhään eli 1800-luvun lopulla, kun se muun muassa Saksassa tuli yliopistolliseksi oppiaineeksi, ja silloinkin sen yhteys psykiatrisiin sairaaloihin jäi määrääväksi. Psykiatrian uoma oli jo uurrettu ja peruskivet laskettu eristyslaitoksissa ennen kuin siitä tuli lääketieteen erikoisala. Käsittäkseni historian vaikutusta ei ole kovin helposti juurittu psykiatriasta, ja yhä edelleen se on omanlaisensa ja ikään kuin selityksen velkaa ”oikealle” lääketieteelle.

Ensimmäiseen elementtiin liittyy erottamattomasti toinen, siis historiallisesti. Jo alusta alkaen mielisairaala ja psykiatria harjoittivat *poikkeavien kontrollia*, ja tämä tehtävä korostui 1800-luvun loppua kohden. Kontrollilla oli oikeudellinen ulottuvuus eli rikollisen mielentilan, syyntakeisuuden ja vaarallisuuden arviointi sekä mielisairaalloisten rikollisten eristäminen. Juuri kriminaalipsykiatrian eli ”vaarallisten yksilöiden” tunnistamisen, diagnosoinnin ja käsittelyn kautta alienistit ja heidän tieteesä astuivat mielisairaalan muurien ulkopuolelle 1800-luvulla, ja tästä juontaa juurensa nykyinen oikeuspsykiatria (esim. Qvarsell 1986, Hakosalo 1991, 102–127, Börjesson 1994, 29–62, Foucault 2003, 33–42, 118–134). Kontrollilla oli myös köyhäinhoidollinen ulottuvuus: 1800-luvun lopulla mielisairaalat alkoivat olla köyhien säilytyspaikkoja ja hulluudesta oli tullut köyhäinhuoltokysymys (esim. Scull 1993, 267–375, Ahlbeck-Rehn 2006, 176–186). 1900-luvun alkupuoliskolla psykiatrian ja rotuhygienian liitto jatkoi köyhyyden patologisointia ja kontrollia, joka nyt ulottui mielisairaaloita laajemmaksi ollen yksi mentaalihygienian muoto (esim. Heikkinen 1990, Jönsson 1997, Mattila 2003).

Mielenterveystyön kolmas ainesosa koostuu keinoista ja tiedosta, joita psykiatria ja muut mielenterveystyön ekspertit luovat yksilöiden elämähallintaa varten. Psykiatrian yhteyttä oman elämän hallintaan voidaan selvittää ripauksella sosiologiaa. Modernia länsimaista yhteiskuntaa – teollista, demokraattista, kapitalistista, kulutusorientoitunutta – määrittää sosiologien mukaan yksilöllistymistendenssi (esim. Beck 1995, Giddens 1995). Se mahdollistaa yksilön vapauden mutta edellyttää jokaiselta yhteiskunnan jäseneltä sitä, että he pystyvät itse hallitsemaan ja myös arvioimaan omaa elämäänsä. Mielenterveystyö on hyvin tärkeä teknologia määriteltäessä, mitä

”oman elämän hallinta” tarkoittaa, arvioitaessa, onko yksilö kykenevä hallitsemaan omaa elämäänsä, sekä ratkottaessa yksilöiden elämähallintaongelmia. On muistettava, että moderni länsimainen yhteiskunta on massayhteiskunta, jossa ihmiset organisoituvat suuriksi, anonyymeiksi yhteenliittymiksi. Niinpä mielenterveystyö tuottaa henkilökohtaista elämähallintaa *massamittassa*. Tästä esimerkkejä ovat vaikkapa psykodynaamisten kasvatus- ja lastenhoito-oppien buumi toisen maailmansodan jälkeisinä vuosikymmeninä sekä nykyinen tapa hoitaa masennusta ja ahdistusta psykofarmakologisesti.

Tämä mielenterveystyön ainesosa liittyy pitkään länsimaiseen elämäntaidon perinteeseen. Sitä voi hyvin kutsua etiikaksi, sillä yhtäältä ao. aiheet ovat olleet moraalifilosofian asialistalla kautta länsimaisen ajattelun historian, toisaalta ne ovat olleet elämäntieteen ohjeiden vakioiteemoja. Kyse on henkilökohtaisen hyvän elämän tai onnellisuuden tavoittelusta, jossa *itsehallinta* ja *itsestä huolehtiminen* ovat avainasemassa. Antiikin Kreikan klassikoista alkaen tämä keskustelu ja nämä opit ovat käyneet läpi monta muodonmuutosta, joita en käsittele tässä yhteydessä lähemmin. Nykyisen mielenterveystyön kannalta kaksi asiaa on keskeistä. Näistä ensimmäinen on ajatus, että onnellisuuden tavoittelun ja itsehallinnan ydin on *passioiden* – siis halujen ja tunteiden – tulkinta ja hallinta. Tämän käsityksen lähteet juontuvat stoalaisiin oppeihin, mutta varsin merkittävää nykikäsitusten kannalta oli 1600- ja 1700-luvulla monissa eri yhteyksissä tapahtunut passioiden kesyttäminen sekä tuolloin korostunut näkemys niiden käyttämisestä itsetuntemuksen ja elämähallinnan palveluksessa. (esim. Hirschman 1977, Lempa 1995, Dixon 2003.) Tämä käänne liittyy läheisesti toiseen ydinasiaan. Se on ajatus, että persoonalla on ydin eli *itse*, joka on erottamaton sielusta, ja että persoonallinen sielu on olemukseltaan sisäisyyttä. Tämä ymmärrys voidaan jäljittää varhaiskristillisyydestä kumpuavaksi, mutta jälleen 1600- ja 1700-luvun moraalijä mielenfilosofia esittelee käännteentekevän ajatuksen: persoonaisuus lepää itseä eli omia tekoja, ajatuksia ja tunteita koskevan tietoisuuden varassa. (Taylor 1989, 159–176, Richards 1992, 242–246, Smith 1997, 143–152.) Psykoanalyysin ja muiden psykodynaamisten oppien vakiintuminen 1800-luvun lopulla ja 1900-luvun alussa irrotti itsen käsitteen tietoisuudesta ja vastuullisen persoonan ajatuksesta ja yhdisti sen ensisijaisesti syväpsykologiseen persoonallisuuteen, siis emo-

tionaaliseen elämään ja ”tiedostamattomaan” (esim. Ellenberger 1970, Hacking 1995).

Historiallisten tutkimusteni ja tutkimuskirjallisuuden perusteella syntynyt näkemykseni on, että mielenterveystyön seos on muodostunut, kun ns. varsinaiset psykiatrian elementit eli mielisairaanhoito ja poikkeavuuden kontrolli ovat alkaneet muuttaa muotoaan kohti yksilöiden elämähallinnan käytäntöjä. 1800-luvun lopussa psykiatrian ja uuden psykologiatieteen piiristä alkoi keriytyä auki tietomuotoja, ongelmanasetteluita ja käytäntöjä, jotka keskittyivät ihmisyksilöiden motivaation ja mentaalisten kykyjen ja ominaisuuksien tutkimukseen ja hallitsemiseen erilaissa modernien yhteiskuntien organisaatioissa sekä henkilökohtaisen psykologian ymmärtämisen ja oman sielunelämän hallinnan kysymyksiin. Tämä kehitys synnytti uusia psyykkisen hoidon ja hoidon aloja, joiden vaikutus ulottui lähes kaikkiin inhimillisiin elämämpiireihin työorganisaatioista lastenkasvatukseen. (ks. esim. Rose 1990, 1996.) Näissä puitteissa psykiatrian ja psykologian piiristä lähtöisin oleva tieto, asiantuntijuus ja teknikat alkoivat määrittää sekä ihmisten toiminnan, käyttäytymisen, tunteiden ja ajattelun normeja eli normaaliutta että hyvän elämän ja onnellisuuden tavoittelua eli etiikkaa. Syntyi sekä yhteiskunnallinen elämän hallinnan käytäntö että henkilökohtainen elämäkäytäntö, joiden lähtökohta on mielenterveyden vaaliminen – tätä tarkoitan mielenterveystyöllä.

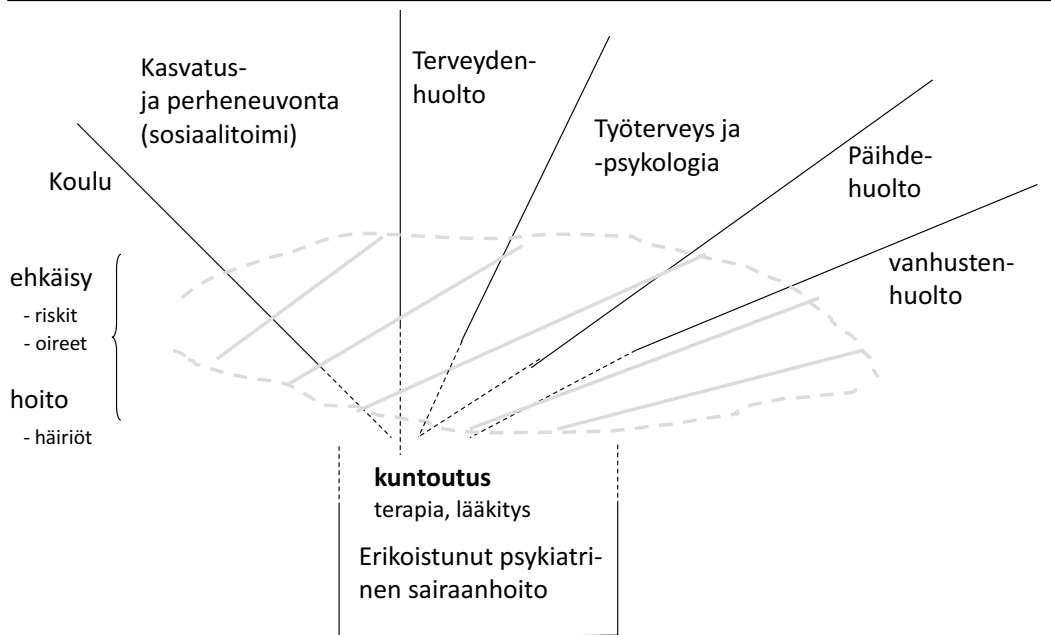
Mielenterveystyöksi kutsumani mentaalihygieenisen ja psykoterapeuttisen mosaiikkiin idut ilmaantuivat länsimaissa 1800-luvun lopulla, ja se järjestyi rajoitetuissa muodoissa maailmansotien välillä mm. mentaalihygieenisten liikkeiden ja politiikan kautta sekä kulttuuripiirien terapiakulttuurissa (esim. Hale 1995, 57–101). Varsinaisesti mielenterveystyön mosaiikki levisi laajasti yhteiskuntaan toisen maailmansodan jälkeen alkaen Yhdysvalloista. Valtavirtatarina tästä muutoksesta on se, että perustavanlaatuisen kritiikki mielisairaalalaitosta ja siihen sitoutunutta psykiatria kohtaan voimistui toisen maailmansodan jälkeen kaikkialla länsimaissa ja 1950-luvun lopulta alkaen monissa maissa alkoi huomattava psykiatristen sairaalapaikkojen vähentäminen ja mielisairaaloiden sulkeminen eli dehospitalisaatio. Samanaikaisesti mielenterveyshäiriöiden hoidon painopiste siirtyi avohoitoon, josta vähitellen tuli psykiatristen työn paradigma. (esim. Grob 1991.) On kuitenkin muistettava, että jo toisen maailmansodan aikana erilaiset psykotekniikat olivat käy-

tössä sekä taistelujoukkojen johtamisen ja hoidon välineinä että siviilien ”mielialojen” tarkkailussa. Sodan jälkeen psykokompleksi valloitti menestyksekkäästi työ-, koulutus-, perhetyö-, sosiaalihuolto- ja osin terveydenhoito-organisaatioita eritoten psykodynaamisten oppien voimin. Lisäksi 1950- ja 1960-luvun vaihteessa alkoi voimaperäinen arkielämän psykofarmakologisoituminen, kun ensimmäiset psyykenlääkkeet – Miltown, Valium, Diapam – aloittivat voittokulkunsa. (Rose 1990, Horwitz 2002, Tone 2009.)

Suomessa psykiatrian muodonmuutos tapahtui jälkijättöisesti: se alkoi vähitellen 1960-luvulla ja vietiin läpi varsin nopeasti 1970- ja 1980-luvuilla alussa – tämä lienee varsin tuttua. Mielenterveystyön varsinainen läpimurto hyvinvointipalveluna tapahtui 1980- ja 1990-luvuilla, jolloin myös alkoi näkyä ensimmäisiä merkkejä psykoterapeuttisesta ja psykofarmakologisesta kuluttajakulttuurista. Mielenterveystyön laajenemisen tuloksen Suomessa ja suomalaisen sosiaalivaltion puitteissa voi esittää kaavion 1 tapaan. Psyykkisen tasapainon ja toimintakyvyn vaaliminen on kehittynyt rihmastoksi, joka ulottuu kaikille hyvinvointi- ja terveyspalvelujen sektoreille, ja samalla tavoin kuin julkinen hoiva myös mielenterveystyö seuraa kansalaista kohdusta hautaan. Psykiatrinen sairaanhoito eli psykiatristet poliklinikat ja mielisairaalat eivät ole tämän aselman ydin vaan oma erityinen sektorinsa, ja valtaosa mielenterveystyöstä tehdään muissa hyvinvointi-instituutioissa ja -palveluissa.

Psykiatrian laajentumisen taustalla on uudistusidea, järki, joka käy ilmi hyvin suomalaisen sosiaalipsykiatrian kultakauden keskusteluista. Suomessa ei syntynyt samanlaista radikaalia psykiatrian reformiliikettä kuten Italiassa, Ranskassa, Alankomaissa tai Britanniassa, vaan täällä vaikutusvaltaisimmat muutosvoimat syntyivät ammattikuntien ja terveysviranomaisten piirissä. 1960-luvun alussa eräät psykiatrit esittivät, että psykiatrian tulisi keskittyä auttamaan potilaiden toipumista ja saada heidät ”palaamaan yhteiskuntaan” kuntoutuksen, psykoterapian ja sosiaalisen tuen keinoin. Tästä ajatuksesta versoi 1970-luvun alussa reformistisen sosiaalipsykiatrian ajatusmaailma. Se löi itsensä voimakkaasti läpi erityisesti terveyshallinnon viranomaisten keskuudessa ja ohjasi suuresti mielenterveystyön järjestämistä Suomessa 1970- ja 1980-luvuilla. (Salo 1996, 195–268.) Tuon ajan ideat ovat osoittautuneet varsin kestäviksi, sillä nykylainsäädännöstä ja esimerkiksi EU:n mielenterveyspoliittisista

Kaavio 1.
Mielenterveystyön vaikutusalue.



ohjelmista voi löytää samat peruselementit kuin 1970-luvun suomalaisesta sosiaalipsykiatriasta (ks. esim. Lavikainen ym. 2000).

Suomalaiset sosiaalipsykiatrian asianajajat katsoivat, että psykiatrian oli muutettava laajalajaiseksi mielenterveystyöksi, jota tehtäisiin terveydenhoidossa, sosiaalitoimessa sekä kasvatuksesta ja koulutuksesta huolehtivissa instituutioissa. Mielenterveystyön verkoston tehtävä ei ollut pelkästään mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten hoitaminen vaan ensisijaisesti mielenterveysongelmien ehkäisy väestössä terapeuttisten ja sosiaalisten interventioiden sekä valistuksen avulla. Mielenterveystyön tuli myös edistää yhteiskunnallisia uudistuksia, jotka luovat edellytyksiä ihmisten mielenterveyden kohenemiselle. Useimmissa 1970- ja 1980-luvun sosiaalipsykiatrian ja mielenterveyspolitiikan asiakirjoissa kattava mielenterveystyö jaettiin kolmeen ulottuvuuteen. *Rakentava* mielenterveystyö tarkoitti yleistä hyvinvointipolitiikkaa, joka tavoittelee mielenterveyden kehittymistä edistävien yhteiskunnallisten ja yksilöllisten tekijöiden tunnistamista ja mielenterveyden edistymistä palvelevia uudistuksia. *Ehkäisevä* työ puolestaan tarkoitti mielenterveystyötä uhkaavien tekijöiden tunnistamista ja torjuntaa terveys-, sosiaali- ja koulutusinstituutioissa. *Korjaavaan* mielenterveystyöhön katsottiin kuuluvan mielenterveyshäiriöiden tutkimus, hoito ja kun-

toutus, ts. se oli psykiatrisen erikoishoidon alaa. Käytännössä hyvinvointipolitiikkaa palveleva mielenterveystyö keskittyi edistämään mielenterveystyötä ja "henkistä hyvinvointia" pyrkimällä *ehkäisemään* mielenterveyshäiriöitä.

Psykiatrian muutospyrkimykset saivat ponnita siitä, että ne osuivat yksiin suomalaisen hyvinvointivaltion ja julkisen terveys-, sosiaali- ja koulutuspalvelujen järjestelmän kiihkeimmän rakennusvaiheen kanssa. Dehospitalisaatio ja sosiaalipsykiatrisen reformismi avohoidon suunnannäyttäjänä saivat voimaa valtion ja kuntien hankkeista. Samalla psykiatrisen ajattelun ja instituution muutos juurtui hyvinvointipalvelujen järjestelmään, ja reformismi oli Suomessa vahvimmillaan julkisesti rahoitetuissa ja ylläpidetyissä instituutioissa. Julkisissa hyvinvointipalveluissa syntyi 1980-luvun alkuun mennessä voimavaroja ja mahdollisuuksia levittää psykoterapeuttinen rihmasto kaikkialle suomalaiseen yhteiskuntaan. Tämä on varsin pitkälle toteutunut toimenpiteissä, joilla masennusta käsitellään kansantautina nykyään, vaikka yleisesti mielenterveysongelmien ehkäisyyn on kiinnitetty huomiota puutteellisesti ja lyhytjänteisesti julkisissa palveluissa.

Mitä suomalaiset sosiaalipsykiatrian lipunkantajat ajattelivat mielenterveystyön olevan käytännössä? Yksi kuvaava esimerkki on heidän kaavailunsa siitä, että mielenterveystyö ennalta

ehkäisevine ja sosiaalisine tehtävineen kuuluisi pääosin perusterveydenhuollon vastuulle. Heidän suunnitelmissaan terveyskeskus oli paikka, joka jakaisi ihmisille valistusta mielenterveyskysymyksistä ja huolehtisi ehkäisevistä toimenpiteistä ja varhaisista interventioista ja jossa väestön mielenterveysongelmat havaittaisiin ja alustavasti diagnosoitaisiin. Masennushäiriöiden – ja niiden lääkitsemisen – osalta tämä näkymä on muuttunut todeksi.

PSYKIATRIAN KOHTEEN MUUTOS – ESIMERKINÄ MASENNUSHÄIRIÖT

Psykiatrian muodonmuutos laaja-alaiseksi ja monimuotoiseksi, moniammatilliseksikin mielenterveystyöksi on tietysti johtanut siihen, että psykiatrialla on toisenlainen kohde ja pätevyysalue kuin aikaisemmin. Psykiatrian alkutaipaleella kohteena olivat mielisairaudet, joista voittopuolisesti laitosasukit kärsivät. 1800-luvun lopulla ja 1900-luvun alussa mielisairauksien rinnalle psykiatrien näkökenttään alkoi nousta mielenterveyshäiriöitä, kun erilaiset ”neuroosit” alkoivat kiinnostaa heitä, ja sotien välisenä aikana ja erityisesti toisen maailmansodan jälkeen mielenterveyshäiriöt ja psyykinen oirehtiminen alkoivat jättää mielisairauksia varjoonsa. 1900-luvun lopun kolmen viimeisen vuosikymmenen aikana psyykkisen sairastumisen riskit ja alttiudet alkoivat nousta laajenevan mielenterveystyön polttopisteeseen. Lienee varsin selvää, että mielisairaalpsykiatrian näkökulmasta mielisairaudet olivat harvinaisia väestössä mutta kohteen muuttuessa häiriöiden, oireiden ja riskien suuntaan psyykkiset epänormaaliudet ja häiriötilat näyttävät olevan sangen yleisesti ihmisten kiusana.

Masennushäiriöiden tuleminen kansantaudiksi on oiva esimerkki siitä, millä tavoin mielenterveystyön kohteeksi on muodostunut alati laajeneva psyykkisten häiriöiden ja vajaakuntoisuuden ilmiöjoukko sekä niiden mahdollisuudet eli riskit. Se myös ilmentää hyvin sitä, miten psykiatrisen ajattelun ja mielenterveystyön nykykohde on epäselvä ja monitulkintainen. Ennen kuin menen tähän asiaan lähemmin, haluan esittää yhden psykiatrian nykyhistorian paradoksin. Samaan aikaan kuin psykiatrisen asiantuntijuuden ja käytännön ala on laajentunut ja monimuotoistunut, pyrkimykset muuttaa psykiatria tieteellisemmäksi – siis lääketieteellisemmäksi – ovat voimistuneet ja onnistuneetkin. 1950-luvun lopulla länsimaaisessa psykiatriassa alkoi kehitys, joka on johtanut siihen, ettei ole oikeastaan mahdollista

vakuuttavasti argumentoida psykiatrisista kysymyksistä vetoamalla epidemiologisesti todennettuihin tosiasioihin, satunnaistettujen kliinisten kokeiden tuloksiin ja neurotieteellisiin tutkimustuloksiin. Voisi olettaa psykiatrian tieteellistymisen johtaneen siihen, että psykiatrian kohde on yksiselitteisesti määritelty ja selvärajainen niin tutkimuksessa kuin terapeuttis-kliinisessä käytännössä. Näin ei kuitenkaan ole vaan psykiatria kohdistuu alueeseen, joka on monineuvoinen, rajoiltaan epämääräinen ja sisällöltään kiistanalainen.

Vaan miten masennuksesta tuli kansantauti? Vuonna 1942 Suomen tuohon aikaan arvostetuin psykiatri Martti Kaila arvioi, että 1930- ja 1940-luvun vaihteessa suomalaisväestöstä vajaa 1 % eli vähän yli 30 000 ihmistä kärsi mielisairauksista. Tuolloin valtaosa mielisairaista diagnosoitii skitsofreniasta kärsiviksi, joten masennus oli lähes olematon ilmiö, Kailan laskelmien mukaan vain neljännespromillea suomalaisista (alle 1000 ihmistä) koskeva (Kaila 1942). Depression Käypä hoito-suosituksessa vuonna 2009 todetaan, että ”masennustilasta kärsii vuoden aikana noin 5 % suomalaisista”. Tämä on yleisesti hyväksytty tosiasia, jota niin ammattikeskusteluissa ja julkisuudessa on Suomessa toistettu 15 vuotta samoin kuin sitä, että ”lähes jokainen sairastaa elämänsä aikana lievän masennustilan ja vakavan masennuksen sairastaa joka neljäs” (Achté ja Tamminen 1993, 10).

Ilmiö ei rajoitu vain Suomeen: masennuksen eksponentiaalinen lisääntyminen on tapahtunut kaikkialla länsimaissa ja on jopa ”globaali” kansanterveysongelma. Lääketieteellisten laskelmien mukaan masennuksesta kärsivien määrä tuhatkertaistui 1800- ja 1900-luvun lopun välillä (Healy 2004, 2), ja Maailman Terveysjärjestön virallisen arvion mukaan masennuksesta tulee toiseksi suurin kansantauti maailmanlaajuisesti vuoteen 2020 mennessä (WHO 2001).

Tietenkään tämä depression valtava lisääntyminen ei johdu niin sanotusti taudin luonnollisesta kulusta vaan siitä, että masennus käsitetään psykiatrisesti aivan toisella tavalla kuin 60 vuotta sitten. Kyse ei ole selitysmalleista eikä metapsykologiasta vaan siitä, mitä masennus on nykypsykiatrisesti. Taustalla on myös se, että masennushäiriöistä on tullut edellä esitetyn mielenterveystyökoneiston silmäterä ja kaikkein merkittävintä mielen-terveysongelma.

Suomessa ymmärrys masennuksesta laajana kansantautina kiteytyi viiden vaikuttimen voi-

Kaavio 2.

Depression ilmaantuminen Suomessa – viisi vaikutinta.

- psykiatrisen luokittelun (DSM, ICD) ja uuskraepeliinisen järjen introdusointi
- psykiatrinen epidemiologia
- Itsemurhaprojekti
- ammattilaisten valistaminen ja asiantuntijakonsensuksen luominen
- SSRI-lääkkeiden markkinoille tulo ja markkinointi

masta. Ensimmäinen vaikutin oli uusi, USA:sta peräisin oleva DSM-III käsikirjaan perustuva tautiluokitus, jota alettiin omaksua Suomessa omaksua 1980-luvun loppupuolella, ja toinen psykiatrinen epidemiologia. Nämä kaksi tarjosivat selkänöjan kolmelle muulle vaikuttimelle, joita olivat itsemurhien ehkäisyhanke, mielenterveystyön ammattilaisten valistaminen masennushäiriöistä ja ammatillisen konsensuksen luominen sekä uusien masennuslääkkeiden markkinointi (Helén 2007b). Tuloksena syntyi masennuksen käsittelyn standardi, joka on samanlainen kuin muualla teollistuneessa maailmassa 1980-luvun puolivälin ja 1990-luvun lopun välillä vakiintunut hoitomalli (Callahan ja Berrios, 2005, 121–153, Helén, 2007a). Siinä on kolme elementtiä: Ensimmäinen on *epidemiologinen*: masennus on yleisin mielenterveysongelma väestössä ja niin yleinen, että se on merkittävä kansanterveysongelma. Toinen on *diagnostinen*: depressio on spesifi mielenterveys-häiriö, joka määritellään kansainvälisten tautiluokitusten perusteella (ks. alla). Kolmas elementti on *terapeuttinen*: depressioiden hoito kuuluu valtaosin perusterveydenhuollon lääkäreille, ja perushoito koostuu masennuslääkityksestä ja seurantakäynneistä, joilla lääkäri antaa potilaalle tietoa lääkkeistä, valvoo että potilas on ottanut lääkkeet asianmukaisesti sekä antaa hänelle emotionaalista ja sosiaalista tukea.

Tarkastelen seuraavaksi lähemmin kahta ensimmäistä vaikutinta eli uutta tautiluokitusta ja psykiatrista epidemiologiaa. Niiden vaikutus siihen, miten masennus- ja mielenterveys-häiriöt ylipäätään nähdään ja ymmärretään mielenterveystyössä, on perustavanlaatuinen.

Kansainväliset tautiluokitukset eli Maailman Terveysjärjestön autorisoima ICD-luokitus sekä American Psychiatric Associationin DSM-III -luokitus (nykyään DSM-IV) omaksuttiin suomalaisessa psykiatriassa ja mielenterveydenhoidossa 1980-luvun lopulta alkaen. Uuden tautiluokituk-

sen merkitystä ei voi liiaksi korostaa, sillä DSM-III -käsikirjan ilmestymistä ja juurruttamista on pidetty vallankumouksellisenä käänteenä länsimaaisessa psykiatriassa. Uusi DSM määritteli mielenterveys-häiriön lähes yksinomaan *oireiden* perusteella jättäen häiriön etiologian ja potilaan elämäntilanteen tyystin huomiotta, ja tämän oireopillisen järkeilyn varaan muodostunut psykiatrin kohteiden jäsennys onnistui vakiintumaan mielenterveystyön yhteiseksi kieleksi länsimaissa ja jopa maailmanlaajuisesti. (Esim. Mayes ja Horwitz 2005, Horwitz ja Wakefield 2007.) DSM-III, DSM-IV ja ICD-10 kokoavat mielialahäiriöt samaan luokkaan, kun muun muassa ahdistushäiriöt löytyvät hajallaan eri puolilta käsikirjoja. Tämä on osaltaan vaikuttanut siihen, että mielialahäiriöistä on tullut keskeisimpiä nykypsykiatrin sairausentiteettejä. Suomessa ICD-10 -käsikirjan määrittämä ”Masennustilan” oirelista on mielialahäiriöiden paradigma, ja masennus on mielialahäiriö, koska diagnoosin välttämätön edellytys on ”masentunut mieliala” tai ”kiinnos-tuksen tai mielihyvän menettäminen”.

Nykyiset DSM- ja ICD -luokitukset ovat kohdanneet julkaisemisestaan alkaen arvostelua. Varsin monessa kirjoituksessa ne on todettu tieteellisesti ja käytännön psykiatrisen työn kannalta epätydyttäväiksi tai kelvottomaksi, triviaaleiksi-kin, ja kritiikki on entisestään yltenyt vuosien saatossa. (Esim. Kirk ja Kutchins 1992, Riikonen ja Mattila 1994, Cooper 2004, Rose 2006, 477–478, Horwitz ja Wakefield, 2007.) Tästä huolimatta ne ovat nykyisen mielenterveyden hoitokoneiston pääratas, koska ne mahdollistavat mielenterveys-häiriön *käännettävyyden* asiayhteydestä toiseen. Oireiden ”tarkistuslistat” tarjoavat yhteisen viittauspisteen ja mielenterveys-häiriöiden rajauksen, joka on helppo omaksua niin epidemiologiassa, lääketutkimuksessa, psykiatrisilla poliklinikoilla, terapeuttisissa käytännöissä, mielenterveyspoliittisissa muistioissa, kuntoutus- ja

Kaavio 3.

Masennushäiriön diagnostiset kriteerit ICD-10:n mukaan (www.terveysportti.fi[luettu 1.3.2010]).

F32 Masennustila

Tyypillisessä lievässä (F32.0), keskivaikeassa (F32.1) tai vaikea-asteisessa (F32.2 ja F32.3) masennustilassa henkilö kärsii mielialan laskusta sekä tarmon ja toimeliaisuuden puutteesta. Kyky nauttia asioista ja tuntee niihin mielenkiintoa on heikentynyt. Pienikin ponnistus johtaa uupumukseen.

Muita tavallisia oireita ovat:

- a. keskittymis- ja huomiokyvyn heikkeneminen
- b itsetunnon ja itseluottamuksen heikkeneminen
- c. syyllisyyden ja arvottomuuden kokemukset
- d. synkät ja pessimistiset ajatukset tulevaisuuden suhteen
- e. itsetuhoiset, suisidaaliset ajatukset tai teot
- f. unihäiriöt

g. ruokahalun heikkeneminen

Mieliala ei päivittäin juuri vaihtele eikä yleensä riipu olosuhteista. Joskus ahdistuneisuus, tuskaisuus ja fyysinen levottomuus voivat olla hallitsevampia oireita kuin masennus. Mielialan muutos saattaa peittyä myös ärtyneyssyiden, alkoholin liikkakäytön, huomionhakuisen käyttäytymisen, lisääntyneiden fobisten oireiden, pakko-oireiden tai hypokondristen oireiden alle. Yleensä diagnoosi edellyttää, että oireita on esiintynyt vähintään kahden viikon ajan, mutta lyhyempikin aika riittää, jos oireet ovat poikkeuksellisen voimakkaita tai niiden alku on hyvin äkillinen.

Lievän, keskivaikean ja vaikea-asteisen masennusjakson erottaminen toisistaan perustuu oireiden lukumäärään, laatuun ja vaikeusasteeseen.

F 32.0 Lievä masennustila

Diagnostiset kriteerit:

A. Häiriö täyttää masennusjakson diagnostiset kriteerit (F32).

B. Todetaan vähintään kaksi seuraavista oireista:

(1) Suurimman osan päivää ja useimpina jakson päivinä esiintyvä masentunut mieliala, joka on henkilölle poikkeuksellinen.

Tämä mieliala ei ole ulkoisista tekijöistä riippuvainen ja se on kestänyt vähintään kahden viikon ajan.

(2) Kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen sellaisia asioita kohtaan, joista henkilö on tavallisesti ollut kiinnostunut

tai jotka ovat tuottaneet hänelle mielihyvää.

(3) Vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys.

C. Jokin tai jotkut seuraavista oireista niin, että oireita on yhteensä vähintään neljä:

(1) itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen

(2) perusteettomat tai kohtuuttomat itseysyökset

(3) toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoisen käyttäytyminen

(4) subjektiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi

ilmetä päättämättömyytenä tai asioiden jähkailuna

(5) psykomotorinen muutos (kiihtymys tai hidastuneisuus), joka voi olla subjektiivinen tai havaittu

(6) unihäiriöt

(7) ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos

eläkepäätösten valmistelussa, lääkemainonnassa sekä jopa itsehoito-oppaissa ja -nettisivuilla. Oirelistat ovat kyllin spesifejä ja kyllin joustavia, jotta esimerkiksi masennus tai ahdistus voi siirtyä mielenterveystyön kontekstista toiseen. Psykiatrian laajeneminen ja muodonmuutos mielenterveystyöksi olisi ollut mahdotonta vailla tällaista kommunikointivälinettä. DSM tarjoaa siis *yhteisen kielen*. (Horwitz 2002, 70–80, Lakoff 2005, 12–14, Mayes ja Horwitz 2005, 250–251, 263–266.)

Uuden tautiluokituksen aiheuttaman psykiatrian murroksen kanssa yhtä suuri muutos on psykiatrian epidemiologinen käänne 1960-luvun lopulta alkaen. Mielenterveystyön leviäminen, psykiatrian lääkemarkkinoiden kasvu ja masennuksen tuleminen kansantaudiksi ei olisi ollut mahdollista ilman psykiatriasta epidemiologiaa, sillä jos tutkimukset eivät olisi kohdistuneet ”psykkiseen sairastavuuteen”, mielenterveyshäiriöistä ei olisi tullut suuren mittakaavan ilmiö tieteellisesti, taloudellisesti eikä terveyspoliittisesti.

Epidemiologia toi uusia kohteita psykiatrisen ajatteluun ja käytäntöihin, sillä epidemiologinen ymmärrys määrittää *psykkisen sairastavuuden*

mielenterveystyön kohteeksi kliinisesti määritellyn mielisairauden sijaan. Psykkinen sairastavuus tarkoittaa monenlaista psykkisen toimintakyvyn heikkenemistä ja häiriöitä. Tämä kohteen väljentyminen edellyttää episteemisiä siirteitä eli sitä, että sairastavuus määritellään tietyllä tavalla. Keskeisiä siirteitä on kolme. Ensimmäinen on psykkisen sairaalloisuuden käsittäminen monitekijäisenä. Sosiaalipsykiatrian läpimurto 1970-luvulla juurrutti suomalaisen mielenterveystyöhön ymmärryksen siitä, että psykkisissä häiriöissä on kyse biologisten, psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden yhteisvaikutuksesta ja että häiriö on luonteeltaan moniaineksinen ”systeemi”. Tästä käsityksestä on tullut suomalaisen mielenterveysajattelun kulmakivi jopa siinä määrin, että psykiatrian oppikirjat toistavat sen jo alkulehdillään. Toinen siirtymä on oireiden ja oirehtimisen korostuminen psykiatrisessa keskustelussa ja kolmas sairauriskin tuleminen ydinkäsitteeksi. Nämäkin käsitykset löivät itsensä läpi 1970- ja 80-luvun sosiaalipsykiatrian aallossa, mutta ne liittyivät välittömästi psykiatriseen epidemiologiaan.

Suomessa psykiatrisen epidemiologian läpimurto tapahtui 1970-luvun alkupuolella ja toi

oirehtimisen ja riskit mielenterveysajattelun ja -työn ensisijaisiksi kohteiksi. Näin nähdessä ja ajattelun suomalaisepidemiologit saattoivat esittää, että jopa 30 % suomalaisista kärsii mielenterveyshäiriöistä aikuiselämänsä aikana (Lehtinen ja Väisänen 1979, 121) ja hyötyisi psykiatrisesta hoidosta tai konsultaatiosta (Lehtinen 1975, 121). Tällaiset arviot eivät olleet lainkaan tavattomia mielenterveysongelmia koskeissa väestötutkimuksissa. Jo ensimmäiset psykiatriset epidemiologiat USA:ssa ja Isossa-Britanniassa 1960-luvulla ja 1970-luvun alussa esittivät, että jopa 40–50 % maiden asukkaista kärsi jonkinasteisesta mielenterveyshäiriöstä (Horwitz ja Wakefield 2007, 126–129, 134–138).

1970-luvun ja 1980-luvun alun tutkimukset mielenterveyshäiriöiden esiintyvyydestä väestössä eivät ”löytäneet” masennusta kansantautina. Ne puhuivat psyykkisestä vajaakuntoisuudesta, joka viittasi toimintakyvyn häiriintymiseen ja pelkistyi koko lailla työkyvyttömyydeksi tai työkyvyn vähenemiseksi. Psyykkisen vajaakuntoisuuden epidemiologit jakoivat psykooseihin ja neurooseihin, ja neuroottisten häiriöiden puolella he vielä erotelivat psykosomaattiset häiriöt omaksi ryhmäkseen. Tutkimusten päätulos oli se, että valtaosa mielenterveyshäiriöitä oli neuroottista ja psykosomaattista oirehtimista. Erityiseksi huolenaiheeksi ne nostivat piilevät psyykkiset häiriöt eli sen, että mielenterveyden ongelmat peittyivät somaattisten oireiden alle. Nykynäkökulmasta katsottuna olisi oletettavaa, että ns. piilomasennus olisi herättänyt runsaasti keskustelua näiden tutkimusten pohjalta. Näin ei kuitenkaan tapahtunut, koska mielenterveyshäiriöt jäsentyivät 1970- ja 1980-luvulla ratkaisevasti toisin kuin nykyään. Tuon ajan ymmärrys heijastui epidemiologisissa tutkimuksissa siten, että niissä aineistoa jäsennettiin nk. psykodynaamisten muuttujien avulla ja analysoitiin tilastollisesti näitä muuttujia psykiatrisen sairastavuuden selittäjinä (esim. Lehtinen ja Väisänen 1979, 69–73, 78). Tässä katsannossa masennus ei näyttäytynyt itsenäisenä häiriötilana vaan masentuneisuus käsitettiin samanlaisena häiriön ilmentymänä kuin esimerkiksi ahdistuneisuus, jännittyneisyys, pelot tai univaikeudet. Masennus oli siis oire.

Raimo Raitasalo laati ensimmäisen suomalaisen depression epidemiologian jo vuonna 1977 Kansaneläkelaitoksen tutkimusosastolla. Tutkimuksen ote oli aikanaan varsin tuore, sillä siinä muun muassa sovellettiin yhdysvaltalaispsykologi Aaron Beckin 1960-luvun alussa kognitiivisen

terapian tarpeita varten kehittämää kyselyä ja BDI-mittaria. Raitasalon tutkimus jäi kuitenkin ikään kuin psykiatrisen epidemiologian ensimmäisen ja toisen aallon väliin. Se ei nostattanut kiihkeää keskustelua masennuksen yleisyydestä vaan masennusepidemian ”löytäminen” vei vielä yli vuosikymmenen, ja 1990-luvun alussa tehdyt tutkimukset omaksuivat vaikutteita kansainvälisestä epidemiologisesta tutkimuksesta eivätkä seuranneet Raitasalon avaamaa uraa.

Kun tutkimuksia depression epidemiologiasta Suomessa alettiin julkaista 1990-luvun puolivälissä (esim. Lehtinen ja Joukamaa 1994, Poutanen 1996, Salokangas ym. 1996), käsitys masennuksesta merkittävänä ”alihoidettuna” kansantautina oli jo vakiintunut suomalaisen mielenterveys-työn kentillä. Merkittävä lenkki 1970-luvun epidemiologisen tutkimuksen ja 1990-luvun alun ”depressioheräämisen” välillä oli tietysti 1980-luvun puolivälissä aloitettu itsemurhien ehkäisyhanke. Hanke oli avainasemassa po. kehityskulussa paitsi siksi, että se suuntasi mielenterveysammattilaiset käsittämään masennuksen kansantautina ja teki masennuksesta mielenterveys-työn silmäterän, myös siksi, että se toi riskiajattelun suomalaispsykiatriaan.

1970-luvun ja 1980-luvun alun psykiatriset epidemiologiat (esim. Lehtinen 1975, Väisänen 1975, Lehtinen ja Väisänen 1979) olivat keskittyneet paljolti mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyteen. Sen sijaan itsemurhaepidemiologioissa psykiatrisen sairastavuus tematisoitiin *riskin* käsitteen kautta – ja masennus oli se häiriötila, johon riski konkreettisesti liittyi. Itsemurhaprojekti juurrutti psykiatrista ajattelua entistä tiiviimmin sosiaalilääketieteelliseen lähestymistapaan, jossa keskeistä on terveyteen ja sairaalloisuuteen vaikuttavien *riskitekijöiden* tutkiminen väestöaineiston ja tilastollisen analyysiin avulla. Epidemiologinen katse suuntautui aktuaalisen ohella mahdollisesti ja todennäköisesti tapahtuviin asioihin, ja pyrkimykseksi tuli ennakoida sairauden puhkeamista.

1970-luvun kansanterveysajattelu ja -politiikka olivat luoneet pohjaa riskiajattelulle yleisenä terveyspolitiikan viitekehyksenä sekä erityisesti sydän- ja verisuonitautien ehkäisyä edistäneen Pohjois-Karjala -projektin kautta. Itsemurhaprojektin ”tulos” olikin hämmästyttävän samankaltainen Pohjois-Karjala -projektin kanssa. Masennus liittyi itsemurhiin saman tilastollisen logiikan kautta kuin kohonnut verenpaine ja veren kolesteroli sydän- ja verisuonitauteihin eli

kaikki nämä merkitsivät kohonnutta kuolemanriskiä. Riskiryhmäkin oli sama: työtä tekevät, heikosti koulutetut miehet. (Esim. Puska et al. 1995.)

Itsemurhia ja niiden ehkäisemistä koskevissa keskusteluissa masennus tai vakavat masentuneisuusoireet itsessään näyttäytyivät tilastollisesti riskeinä eli huomattavimpina itsemurha-alttiutta lisäävinä tekijöinä. 1980- ja 1990-luvun vaihteessa riskitarkastelun painotus alkoi muuttua. Tuolloin tutkimuksissa ryhdyttiin erittelemään tekijöitä, jotka lisäävät tilastollista riskiä sairastua masennukseen ja saada masennusoireita. Yleiset mielenterveyshäiriöiden epidemiologiset tutkimukset alkoivat käsitellä erityisten häiriöryhmien esiintyvyyttä väestössä, mikä neuroosien osalta tarkoitti masennuksen sekä pelko- ja ahdistustilojen tarkastelua. Tutkimuksissa myös alettiin analysoida erikseen ahdistus- ja masennusoirehtimista, ja taustamuuttujat kuten sukupuoli, sosiaalinen asema ja asuinpaikka alkoivat muuttua riskitekijöiksi. Ikään kuin huomaamatta tutkijat alkoivat tulkita häiriön tai oirehtimisen esiintyvyyteen voimakkaasti korreloivia taustamuuttujia riskitekijöiksi. Tämän lisäksi käynnistettiin tutkimuksia, joissa korostettiin psykologisia ja psykiatrisia muuttujia depressio-oirehtimisen ja riskin määrittelyssä – näistä tunnetuin lienee Tampereen depressiotutkimus eli TADEP (ks. esim. Salokangas ym. 1996, Poutanen 1996). Ne edustavat 1990-luvun psykiatriasta epidemiologiaa, joka kiinnittyi yhä tiukemmin sairausriskin käsitteeseen. Niiden myötä psyykinen sairastavuus, joka 1970- ja 1980-luvuilla ilmeni neuroottisuutena ja psykosomaattisena oirehtimisena, tihentyi masennushäiriöksi – ja masennus oli tässä valossa merkittävä kansanterveysongelma.

Riski ei sinänsä ole mitenkään erityinen asia tässä yhteydessä. Se on tilastollinen käsite, jolla yksilötapausta suhteutetaan väestöön todennäköisyyden avulla, jolloin tämä suhde tulee tarkasteltavaksi laskettavissa olevien riskitekijöiden koosteenä. Tällainen laskenta on rutiinia jopa sosiaalilääketiedettä laajemmassa lääketieteellisessä keskustelussa, ja sairastumisriski tai elinajanodote on muoto, jossa terveydestä ja sairaudesta väestöilmioina nykyään puhutaan. Toki riskin ajatus suuntaa medikaalista ymmärrystä ja katsetta *ennakoivaksi* muuntaen vaarat määriteltäviksi ja jopa laskettaviksi objekteiksi ja ikään kuin implikoi ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä (riskin käsitteestä ks. Ewald 1990, 141–147, 199, Castel 1991, Garland 2003). Myöskään ennaltaehkäisyn

ajatus ei ole uutuus modernissa länsimaisessa lääketieteessä.

Masennusriskejä koskevan keskustelun erityispiirteet juontuvat riskin käsitteen monineuvoisuudesta ja siitä, että sen merkitys ja käyttö vaihtelevat asiayhteydestä toiseen (Dean 1999, 181–182, 188–191, Garland 2003). Tämän vuoksi riskiajattelu sisältää mahdollisuuden kääntää väestötasoinen sairastavuus – siis sairastumisriski – takaisin yksilöiden tasolle, ja tällainen käännös on varsin luonteenomaista nykyiselle mielenterveyskeskustelulle.

Kun ammatillisessa depressiokirjallisuudessa siirrytään masennuksen ongelmoinnissa väestötasolta ja epidemiologian piiristä kliinis-terapeuttiseen yhteyteen, näkyy selvä tendenssi yksilöllistää eli tapauskohtaistaa riski. Tällöin riskipuhe irtoaa tiukasta tilastollisesta yhteydestä, *yksilölliset* mielenterveyden häiriöalttiudet ja -riskit alkavat korostua, ja ennakoiva näkökulma vahvistuu. Kirjallisuudessa toistetaan taajaan tosiasiaa, että ”masennusoireiden ilmaantuminen kertoo oireettomiin verrattuna nelinkertaisesta vaarasta sairastua depressioon” (Tamminen 2001, 52). Tämä lause ilmentää käsitystä, että masennusoirehtiminen muodostaa riskin yksilötasolla. Tällaista liukumaa helpottaa epidemiologian ja diagnostiikan välineistön yhteensopivuus. DEPS-seula (kaavio 4) on hyvä esimerkki psykiatrian kliinisten käsikirjojen oirelistojen ja epidemiologisten tutkimusten diagnostisten instrumenttien vaaliheimolaisuudesta, sillä DEPS oli tarkoitettu paitsi yleislääkärien diagnoosiavuksi myös toimi TADEP-hankkeen tutkimuksissa epidemiologisenä mittarina (Salokangas, Stengård ja Poutanen

Kaavio 4.

DEPS-seula (Salokangas, Stengård & Poutanen 1994)

Viimeksi kuluneen kuukauden aikana:	En lainkaan	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
Kärsin unettomuudesta	0	1	2	3
Tunsin itseni surumieliseksi	0	1	2	3
Minusta tuntui, että kaikki vaati ponnistusta	0	1	2	3
Tunsin itseni tarmottomaksi	0	1	2	3
Tunsin itseni yksinäiseksi	0	1	2	3
Tulevaisuus tuntui toivottomalta	0	1	2	3
En nauttinut elämästäni	0	1	2	3
Tunsin itseni arvottomaksi	0	1	2	3
Tunsin, että kaikki ilo on hävinnyt elämästä	0	1	2	3
Minusta tuntui, ettei alakuloisuuteni heilittänyt edes perheeni tai ystäväni avulla	0	1	2	3

1994, Poutanen 1996). Kaksoisroolin välityksellä masennusoireiden kliininen ja epidemiologinen tulkinta kietoutuvat toisiinsa. Kliinis-terapeuttisessa yhteydessä vastaukset ja mittarien antamat tulokset käsitetään masennushäiriön oireiksi, kun taas epidemiologian puitteissa osoittavat kasvanutta alttiutta eli riskiä sairastua masennukseen. Mielenterveyskeskustelussa niin Suomessa kuin muuallakin länsimaissa nämä kaksi ulottuvuutta sekoittuvat. Tällöin yhtäältä puhe riskistä tapaus- ja henkilökohtaistuu ja toisaalta oireet aletaan käsittää riskiajattelun mukaisesti jonkin tulevan, mahdollisen, todennäköisen ilmentyminä.

HOIDOSTA ELÄMÄNHALLINTAAN

Mitä on masennus mielenterveystyön kohteena? Mitä mielenterveysammattilaiset hoitavat hoi- taessaan masennusta?

Hiukan kärjistäen sanottuna nykyisen mielen- terveystyön logiikan mukaan ammattiapu ei ensi- sijaisesti suuntaudu masennussairauden eikä edes mielialahäiriön hoitamiseen vaan on *riskinhallin- ta*. Oireiden ja oirehtimisen korostuminen ma- sennuksen hoitostandardissa on asettanut masen- nushoidon painopisteen normaalin surun ja vaka- van masennuksen väliselle rajavyöhykkeelle, ”diagnoosikynnyksen alittavan” masennusoireh- timisen sekä ”lievien” tai ”keskivaikeiden” ma- sennustilojen harmaalle alueelle. Tämä koskee erityisesti ns. terveyskeskusmasennusta. Kun li- säksi oireet ymmärretään riskin lisääntymisen osoittimiksi, käy niin, että yletön alakuloisuus, surumielisyytys, maissa oleminen ja vastaavat olo- tilat eivät ilmennä lääkäreille aktuaalista sairaus- tai häiriötilaa. Ne ovat pikemminkin merkkejä *tulevasta ja mahdollisesta* mielen ja käyttäytymi- sen häiriintymisestä, henkilön vaarasta tai alttiud- esta joutua sisäiseen epäjärjestykseen. Niinpä diagnoosin antaminen ja mielialan häiriöihin puuttuminen, normaalisti palauttaminen puheen, lääkkeiden tai molempien avulla on ehkäisevä ja ennakoiva toimenpide, joka kohdistuu potilasta mahdollisesti uhkaavaan sairastumiseen. Psykiat- rinen väliintulo, psykoterapia tai lääke ei tällöin ole sairaanhoidon vaan elämänhallinnan väline.

Mielisairaaloissa ja mielenterveystoimistoissa toimivat lääkärit, terapeutit ja sairaanhoitajat, jotka jatkuvasti hoitavat syvästä masennuksesta kärsiviä ja kroonisesti masentuneita ihmisiä, tus- kin varauksetta hyväksyivät tätä käsitystä ma- sennuksen hoidon kohteesta. Myös laaja ulko- mainen ja kotimainen omaelämäkertakirjallisuus, jossa ihmiset kuvaavat omakohtaisesti koettua

vaikeaa ja pitkälistä tai kroonista masennus- *sairautta*, todistaa vakuuttavasti edellä esitettyä näkemystä vastaan (esim. Hardwick 1999, Solo- mon 2002, ks. myös Karp 1996). Säyseämmin, tasapuolisemmin masennuksen mielenterveystyön kohteena voi kuvata jatkumoksi, joka ulottuu sairaustiloista oirehtimiseen ja esioireisiin sekä edelleen riskeihin ja alttiuteen. Yhtä kaikki mie- lenterveysajattelussa ja -työssä masennus koostuu kaksinaisesti: yhtäältä katse ja käytännöt suun- tautuvat voittopuolisesti oireisiin ja riskeihin, samalla kun mielialahäiriöt jäsentyvät sairaus- mallin mukaan, itsenäisiksi psykopatologiseksi entiteeteiksi.

Tämä kaksoisvalotus muotoutuu paljolti DSM-luokituksen kautta, sillä käsikirja jäsentää mielenterveyshäiriöt itsenäisiksi kliinisiksi objek- teiksi rajoittamatta kuitenkaan psykopatologioi- den alaa tiukasti. Syistä ja selityksistä puhtaiden oirekuvausten tarjoaminen sisältää julkilausumat- tomasti sen mahdollisuuden, että psykiatri, muu mielenterveysasiantuntija tai yleislääkäri voi diag- nosoida psykkiseksi häiriöksi kovin monenlaista käyttäytymisen ja tunnetilojen vaihtelua ja toi- mintakyvyn pieniäkin häiriöitä. Siksi mielenter- veyshäiriöiden ala vaikuttaa laajenevan rajatto- masti (Rose 2006).

Mielenterveyshäiriöiden rajattomuus koros- tuu laajenevassa mielenterveyden itsehoitokult- tuurissa. Maallikkokirjallisuus, potilasoppaat, Internet-sivustot ja jopa lääkemainonta tarjoavat helposti saataville itsearviointin ja jopa -diagno- soinnin välineitä, jotka korostavat masennuksen oireita, alttiuksia sekä riskien ennakoivaa tunnis- tamista. Tästä persoonallisuuden ja oman elä- mäntilanteen oire- ja riskikartoituksesta johtaa polku itsen hoitoon, jossa elämänhallinta perus- tuu farmaseuttiselle ja/tai psykoterapeuttiselle mahdollisen masennuksen hoidolle (Hautamäki 2007).

NYKYPSYKIATRIAN UMPIKUJAT

Kuluneen neljännesvuosisadan aikana psykiatria on onnistunut kehittämään ja vakiinnuttamaan yleisimmän mielenterveyshäiriön eli masennuksen maailmanlaajuisesti yhdenmukaisen hoitomallin, jonka puitteissa laaditut Käypä hoito -ohjeet eri maissa esittelevät lukuisia hoitomahdollisuuksia laajasta lääkevalikoimista erilaisiin psykoterapioi- hin ja elämänhallintaohjelmiin. Myös tieto masen- nussairaudesta ja sen hoidosta on levinnyt tehok- kaasti laajan yleisön keskuudessa. Mielenterveys- työssä asiat ovat siis tältä osin kohdallaan?

Mielenterveystyön sisältä esitetyt perin kriittiset arviot masennushoidon sattumanvaraisuudesta, katkoksellisuudesta, kaavamaisuudesta ja kyvyttömyydestä auttaa potilaita yksilöllisesti (esim. Callahan ja Berrios 2004, 157–178, Rovasalo ja Melartin 2009) kielivät kuitenkin muuta. Kun tämä kritiikki sijoitetaan kansainvälisen keskustelun yhteyteen, jossa masennuksen diagnosoinnin ja hoidon peruspilarit eli DSM- ja ICD-luokitukset sekä SSRI-lääkkeet ja jopa nykyinen psykofarmakologia kaiken kaikkiaan ovat joutuneet yhä kiivaamman arvostelun kohteeksi (esim. Healy 2004, Horwitz ja Wakefield 2007, Shorter 2009), mielenterveystyön ja psykiatrian maisema synkkenee entisestään. Tällainen keskustelu on osa mielenterveystyön ja psykiatrian yltyvää oppinutta ja julkista kritiikkiä, joka kertoo siitä, että psykiatria on tieteenä ja käytäntönä huonossa jamassa – jopa niin huonossa, että arvostettu psykiatrian historioitsija Edward Shorter (2009, 3) on arvioinut nykytilannetta seuraavasti: ”Käytössämme on lääkkeitä, jotka eivät tepsii häiriötiloihin, joiden diagnoosit ovat huonosti määriteltyjä ja osuvuudeltaan kyseenalaisia.”

Kirjoitukseni lopuksi esitän luonnostelman psykiatrian perustavanlaatuisten ongelmien ulottuvuuksista, jotka antavat pontimen ylläkuvatun kaltaiselle arvostelulle. Käytän käsittelemääni masennuksen invaasiota kansantaudiksi havainnollistamaan psykiatrian ontologista, epistemologista ja käytännöllistä kriisiä.

Se, mitä nykyisessä mielenterveystyössä nähdään masennuksena, kaksoisvalottuu sairautena ja riskinä (ks. edellä). Tämä ilmentää psykiatrian ontologista dilemmaa eli vaikeutta määrittää, mikä on mielenterveyshäiriö. DSM-IV -käsikirjasta toki löytyy tällainen määritelmä (DSM-IV-TR, xxxi), mutta siihen oikeastaan ruumiillistuu se, että nykypsykiatria kohdistuu moniaineksiseen ilmiöjoukkoon. Häiriötilat ovat rajattomia, loputtomia – niin yhteiskunnassa kuin yksilössäkään. Allan Horwitz ja Jarome Wakefield (2007) tuovat tämän tilanteen oivaltavasti esiin tutkimuksessaan vallitsevan masennusdiagnoositiikan harhautumisesta sen jälkeen, kun DSM-III ja -IV -luokittelut omaksuttiin mielenterveystyön kivijalaksi. Heidän mukaansa mielenterveyshäiriöiden virallisten tautiluokitusten mukaan tehdyt masennusdiagnoosit eivät pysty erottamaan surua tai normaalia menetyksen, pettymyksen tai muun elämäntilanteen äkillisen muutoksen aiheuttamaa tunnereaktiota patologisesta depressiosta, koska oireopillinen järkeily pitää potilaan elämänhisto-

rian ja -tilanteen kontekstia toisarvoisena tai jopa merkityksettömänä diagnoosin kannalta. Tämä johtaa masennusepidemiaan, koska ihmisten normaalia surua, murhetta ja alavireisyyttä ryhdytään hoitamaan sairautena. Horwitzin ja Wakefieldin historiallinen ja tiedonsosiologinen analyysi oireoppiin nojaavan psykiatrian umpikujista on toki vakuuttava. Mutta eikö mielenterveystyön muodonmuutos laaja-alaiseksi ihmisten terveysriskien arvioinnin ja elämänhallinnan teknologiseksi tuo väistämättä mukanaan ”normaalitilojen” hoidon tai ”managementin” esimerkiksi lääkkein tai psykoterapeuttisesti? Diagnostiikan perusteiden tai kliinisen ajattelutavan muutos tuskin ratkaisee tätä ongelmaa, sillä alati laajeneva mielenterveystyö itsessään hämärtää normaalin ja poikkeavan rajoja.

Viime vuosina kasvanut tyytymättömyys virallisiin tautiluokituksiin ja niiden fundamentaalikritiikki heijastavat osaltaan psykiatrian *epistemologista* kriisiä eli epävarmuutta siitä, mihin luotettava psykiatrinen tieto perustuu. Nykypsykiatrian valtavirta perustuu tieteellisyyden vaatimukseen ja korostaa psykiatrian olevan lääketiedettä. Sen alkulähteet löytyvät 1950-luvun USA:sta, jossa monelta taholta kiistettiin psykodynaamisen tiedon ja menetelmien luotettavuus psykiatriassa. Tämä tilanne avasi mahdollisuuden tilastollisten analyysien ja väestöaineistojen voitokululle psykiatriassa sekä biologisen ja farmakologisen tutkimuksen nousemiselle hegemoniseen asemaan uuden vuosituhannen psykiatriassa. (Esim. Horwitz 2002.) Tätä nykyä suurten lukujen logiikan mahti koskee paitsi mielenterveysongelmien yleisyyden tutkimista, myös diagnostisten luokitusten laadinta sekä hoitamista, kun lääkkeiden ja muidenkin hoitokeinojen turvallisuutta ja tepsivyyttä arvioidaan laajamittaisin kliinisin kokein. Toisaalta neurotieteen korostuminen on tuonut kuvantamistekniikat, genomiikan ja eläinmallit psykiatrian ytimeen, mikä korostaa laboratoriokeiteita ja -tutkimuksia tiedon perustana. Viime vuosina on kiinnitetty paljon huomiota siihen, millaisia vääristymiä ja katvealueita laajamittaiset kliiniset kokeet ja niiden kietoutuminen kaupallisiin intresseihin on aiheuttanut psykofarmakologiassa (esim. Healy 2004). Epistemologian kannalta oleellista on kuitenkin se, että kun epidemiologinen ja biologinen psykiatria ovat saavuttaneet määräävän aseman tutkimuksessa, tiedon muodostus on etäännyntynyt kliinis-terapeuttisesta kokemuksesta. Tosin sanoen tapaus- ja potilastieto on muuttunut toisarvoiseksi suhtees-

sa tilastollisesti tai laboratoriotutkimuksissa hankittuun tietoon mielenterveyshäiriöistä tai ainakin sen asema psykiatrisena tietona on muuttunut ambivalentiksi. Ja tuo ambivalenssi on mielenterveystyön ammattilaisille hämmäntävää, koska edelleen he hoitavat paitsi mielisairauksia ("häiriöitä") myös potilaita ("kuntoutujia" tai "asiakkaita") yksilöinä. Nykyään tapauksia eli henkilöitä koskevalla tiedolla on kuitenkin marginaalinen asema tieteellisessä keskustelussa.

Edellä esitetty epistemologinen hämmennys kietoutuu monin tavoin psykiatrian *käytännölliseen* kriisiin. Sillä on kaksi ulottuvuutta. Ensimmäinen kysymys koskee psykiatrien roolia laajalaisessa mielenterveytyössä, kuka hoitaa mielenterveysongelmia nykyään? Masennushäiriöiden pääasiallinen hoito perusterveydenhuollossa heijastaa hyvin sitä, että psykiatrien kontolla on varsin pieni osa hoitotyöstä eivätkä he ole tekemisissä niin paljon asiakkaiden kanssa kuin terveyskeskus- ja työterveyslääkärit tai psykiatrisen avohoidon terapeutista työtä tekevät psykologit, erikoissairaanhoidajat ja sosiaalityöntekijät. Silti psykiatrit ovat keskustelussa ja käytännön työssä ylimpiä tiedollisia ja hallinnollisia auktoriteetteja. Ongelma on tässäkin etäännyminen: mihin tietoon ja kokemukseen psykiatrien auktoriteetti mielenterveytyön kentillä perustuu, kun he ovat etäällä hoidosta ja hoidettavista?

Toinen psykiatrian käytännöllinen dilemma koskee toiminnan tarkoitusta eli sitä, miksi hoitaa. Edellä olen analysoinut mielenterveytyön laajenemista ja moninaistumista masennusepidemiaa analysoimalla. Yksi analyysini tulos on se, että mielenterveytyössä painottuvat yhä enemmän riskin- ja elämänhallinta sekä yksilöiden normalisointi ja henkilökohtaisen toimintakyvyn parantelu sairauden hoidon ja potilaista huolehtimisen väistessä varjoon – tällainen ennakointi, elämänhallinta ja kyvyllistäminen (*enhancement*) on toki voimistuva lääketieteen suuntaus psykiatriaa laajemmin (esim. Helén 2002, Elliott 2003). Kuitenkin psykiatria on juurtunut voimakkaasti sairaanhoidon perinteeseen (ammattillisen hoivatyön ja sosiaalisen kontrollin ohella), ja uusi tehtävä olla asiakkaiden elämäntapaohjaaja tai *life coach* aiheuttanee monille mielenterveytyön ammattilaisille suuntautumisvaikeuksia ja identiteettiongelmia.

Mielenterveytyön ja lääketieteellisen terveydenhoidon entistä voimakkaampi suuntautuminen ihmisten elämänhallintaan liittyy mielenterveyden, henkisen hyvinvoinnin ja laajemmin terveyden markkinoiden laajenemiseen ja tavaramuotoistumiseen (esim. Koivusalo ym. 2009). Tämä tuo uuden ongelmauottuvuuden siihen, mikä on psykiatrisen toiminnan tarkoitus, kun psykiatrien ja muiden mielenterveysammattilaisten on ryhdyttävä paitsi asiakkaidensa *life managereiksi*, myös oman toimintansa markkinoijaksi ja liikkeenharjoittajaksi – yhtä hyvin julkisten mielenterveyspalvelujen saaristossa kuin sen ulkopuolella, "oikeilla" terapiamarkkinoilla. Hyvinvointivaltion suunnanmuutoksen myötä julkisella puolella toimiville terveydenhoidon ja sosiaalihuollon ammattilaisille ovat käyneet tutuksi uuden julkisjohtamisen opit sekä palvelujen tehostaminen markkinamallien, yritysjohtamiskäytäntöjen ja toisiaan seuraavien arviointi- ja kehittämishankkeiden avulla (ks. esim. Sulkunen ja Rantala 2006). Tämä mielenterveytyön toimintaympäristön muutos vaikuttanee myös siihen, millä tavoin mielenterveytyön luonne ja psykiatrian tehtävä käsitetään. Mielenterveytyön keskeiset vaikuttajat ja ylimmät virkamiehet puhuvat nykyään alan ammattilaisille ja toimijoille "psykiatrian markkinoista" ja "liiketoimintalueesta", jolla "tarve", "kysyntä" ja "palvelutarjonta" kohtaavat ja "palvelujen hinta" muodostuu. Tuota aluetta luonnehtivat "kilpailu" ja "epävarmuuden tila", joita mielenterveytyön tekijät ja palveluntuottajat voivat "sietää" strategisen ennakkoinnin, "organisaation ketteryyden" ja "epävarmuuden absorboinnin" keinoin (Lönnqvist 2009). Kun psykiatria ja mielenterveytyö ymmärretään uuden julkishallinnon ja terveydenhoidon kaupallistumisen puitteissa, mielenterveytyön ammattilaisten toiminnan – hoidon, neuvonnan ja opastuksen, potilastyön – ensisijaiseksi tarkoitukseksi määritetty liiketoimintalueen ylläpito ja laajentaminen vaihtelevassa toimintaympäristössä tilaaja-tuottaja -mallien ja tehostamisbyrokratian ehdoilla. Jos ja kun mielenterveytyön mieli käsitetään näin, se väistämättä etäänny entistään todellisuudesta – psykisistä, yhteiskunnallisista, jopa neurofysiologisista –, jossa sen asiakaskunta elää.

KIRJALLISUUS

- Achté K., Tamminen T. (toim.) *Depressio ja sen hoito.* Recallmed, Klaukkala 1993.
- Ahlbeck-Rehn J. *Diagnostisering och disciplinering.* Åbo Akademis Förlag, Åbo 2006.
- Beck U. *Politiikan uudelleen keksiminen: kohti refleksiivisen modernisaation teoriaa.* Teoksessa Beck U, Giddens A., Lash S. *Nykyajan jäljillä.* Vastapaino, Tampere 1995, 11–82.
- Börjesson M. *Sanningen om brottslingen.* Carlsons, Stockholm 1994.
- Callahan CM., Berrios G. *Reinventing Depression.* Oxford University Press, Oxford 2005.
- Castel R. *The Regulation of Madness.* Polity, Cambridge 1988.
- Castel R. *From dangerousness to risk.* Teoksessa Burchell G, Gordon C, Miller P. (toim.) *The Foucault Effect.* Harvester Wheatsheaf, Hemel Hempstead 1991.
- Cooper R. *What is wrong with the DSM? History of Psychiatry* 2004;15:5–25.
- Dean M. *Governmentality.* Sage, London 1999.
- Digby A. *Moral treatment at the Retreat, 1769–1846.* Teoksessa Bynum WF, Porter R. (toim.) *The Anatomy of Madness, vol. II.* Routledge, London & New York 1985, 52–75.
- Dixon T. *From Passions to Emotions.* Cambridge University Press, Cambridge & New York 2003.
- Ellenberger H. *The Discovery of the Unconscious.* Basic Books, New York 1970.
- Elliott C. *Better than Well.* Norton, New York & London 2003.
- Ewald F. *Norms, discipline and the law.* *Representations* 1990;30:138–160.
- Foucault M. *Abnormal.* Verso, London & New York 2003.
- Garland D. *The rise of risk.* Teoksessa Ericson RV, Doyle A. (toim.) *Risk and Morality.* University of Toronto Press, Toronto 2003.
- Giddens A. *Elämää jälkitraditionaalisessa yhteiskunnassa.* Teoksessa Beck U, Giddens A, Lash S. *Nykyajan jäljillä.* Vastapaino, Tampere 1995, 83–152.
- Grob G. *From Asylum to Community.* Princeton University Press, Princeton 1991.
- Hacking I. *Rewriting the Soul. Multiple Personality and the Sciences of Memory.* Princeton University Press, Princeton 1995.
- Hakosalo H. *Bio-power and Pathology. Science and Power in Foucauldian Histories of Medicine.* Oulun yliopiston historian laitos, Oulu 1991.
- Hale N. *The Rise and Crisis of Psychoanalysis in the United States.* Oxford University Press, New York & Oxford 1995.
- Hardwick N. *Hullun lailla.* Otava, Helsinki 1999.
- Hautamäki L. *Kenen tahansa masennus.* *Tiede & edistys* 2007;32:199–134.
- Healy D. *Let Them Eat Prozac.* New York University Press, New York & London 2004.
- Heikkinen A. *Eugeniikka suomalaisessa mielenterveys-huollossa.* *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 1990;27:298–305.
- Helén I. *Lääketieteen lupaus ja elämän politiikka.* *Sociologia* 2002;39:104–115.
- Helén I. *Multiple depression. Making mood manageable.* *Journal of Medical Humanities* 2007a;28:149–172.
- Helén I. *Masennus massamittassa.* *Epidemiologinen välineistö ja psykiatrian muodonmuutos.* *Tiede & edistys* 2007b;32, 103–118.
- Hirschman A. *The Passions and the Interests.* Princeton University Press, Princeton 1977.
- Horwitz A. *Creating Mental Illness.* Chicago University Press, Chicago & London 2002.
- Horwitz A, Wakefield J. *The Loss of Sadness.* Oxford University Press, Oxford & New York 2007.
- Jönsson U. *Rådgivning, rashygien och sterilisering.* Teoksessa Eriksson B-E, Qvarsell R (toim.) *Hur skall själen läkas. Natur och kultur, Stockholm* 1997, 155–182.
- Kaila M. *Über die Durchschnittshäufigkeit der Geisteskrankheiten und des Schwachsinnns in Finnland.* *Acta Psychiatrica et Neurologica* 1942;17:47–67.
- Karp D. *Speaking of Sadness.* Oxford University Press, New York & Oxford 1996.
- Kirk S, Kutchins H. *The Selling of DSM.* De Gruyter, New York 1992.
- Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. (toim.) *Mental Health Policy and Practices across Europe.* Open University Press, Maidenhead 2007.
- Koivusalo M, Ollila E, Alanko A. (toim.) *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa.* Gaudeamus, Helsinki 2009.
- Lakoff A. *Pharmaceutical Reason.* Cambridge University Press, Cambridge 2005.
- Lavikainen J, Lahtinen E, Lehtinen V. (toim.) *Public Health Approach on Mental Health in Europe. Stakes, STM, European Commission, Helsinki* 2000.
- Lehtinen V. *Psykiatrisen hoidon tarve sekä mielisairauteen kohdistuvat asenteet.* *Kansaneläkelaitoksen julkaisuja: AL 3, 1975.*
- Lehtinen V, Joukamaa M. *Epidemiology of depression: Prevalence, risk factors and treatment situation.* *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994;89, Supplementum 377: 7–10.
- Lehtinen V, Väisänen E. *Psykiatrisen sairastavuus ja hoidon tarve Suomessa.* *Kansaneläkelaitoksen julkaisuja: AL 12, 1979.*
- Lempa H. *Dietetiikka, affektit ja ihmisruumis.* *Saksalainen 1700-luvun filantropia ja kasvatuskäytännön muutos.* Teoksessa Joutsivuo, T, Mikkeli H. (toim.) *Terveyden lähteillä.* SHS, Helsinki 1995, 121–149.
- Lönnqvist J. *Mielenterveys ja mielenterveyspalvelut tulevaisuudessa.* *Power Point -esitys.* THL, 2009.

- Mattila M. Rotuhygienia ja kansalaisuus. Teoksessa Helén I, Jauho M. (toim.) *Kansalaisuus ja kansanterveys*. Gaudeamus, Helsinki 2003, 110–127.
- Mayer R, Horwitz A. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of Behavioral Sciences* 2005; 41: 249–267.
- Porter R. *Madness. A Brief History*. Oxford University Press, Oxford 2002.
- Poutanen O. *Depressio terveyskeskuspotilailla*. Tampereen yliopisto, Tampere 1996.
- Puska, P, Tuomilehto J, Nissinen A, Vartiainen E. (toim.) *The North Karelian Project. 20 Years Results and Experiences*. National Public Health Institute, Helsinki 1995.
- Qvarsell R. *Brott och sjukdom. Psykiatrin och visionen om rationellt samhälle*. Teoksessa I *framtidens tjänst*. Gidlunds, Stockholm 1986, 126–147.
- Raitasalo R. *Depressio ja sen yhteys psykoterapian tarpeeseen*. *Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A* 13, 1977.
- Richards G. *Mental Machinery. Part I: 1600–1850*. Athlone, London 1992.
- Riikonen E, Mattila A. *Ovatko psykiatriset ongelmakäsitykset ja -luokitukset masentavia?* *Duodecim* 1994;110: 347–359.
- Rose N. *Governing the Soul*. Routledge, London & New York 1990.
- Rose N. *Inventing Our Selves*. Cambridge University Press, Cambridge & New York 1996.
- Rose N. *Disorders without borders? The expanding scope of psychiatric practice*. *BioSocieties* 2006;1: 465–484.
- Rovasalo A, Melartin T. *Älä anna masennuksen tarttua*. *Duodecim* 2009;125: 1767–1768.
- Salo M. *Sietämisestä solidaarisuuteen*. Vastapaino, Tampere 1996.
- Salokangas R, Stengård E, Poutanen O. *DEPS – uusi väline depression seulontaan*. *Duodecim* 1994;110:1141–1150.
- Salokangas R, Poutanen O, Stengård E, Jähi R, Palo-oja T. *Prevalence of depression among patients seen in community health centres and community mental health centres*. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 1996;93: 427–433.
- Salomon A. *The Noonday Demon*. Touchstone, New York 2002.
- Scull A. *The Most Solitary of Afflictions: Madness and Society in Britain 1700–1900*. Yale University Press, New Haven 1993.
- Shorter E. *A History of Psychiatry*. John Wiley, New York 1997.
- Shorter E. *Before Prozac*. Oxford University Press, Oxford & New York 2009.
- Smith R. *The Fontana History of the Human Sciences*. Fontana, London 1997.
- Sulkunen P, Rantala K. (toim.) *Projektityhteiskunnan kääntöpuolia*. Gaudeamus, Helsinki 2006.
- Tamminen T. *Mielet maasta*. *Recallmed*, Klaukkala 2001.
- Taylor C. *Sources of the Self*. Cambridge University Press, Cambridge 1989.
- Tone A. *The Age of Anxiety. A History of America's Turbulent Affair with Tranquilizers*. Basic Books, New York 2009.
- Väisänen E. *Mielenterveyden häiriöt Suomessa*. *Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL*: 2, 1975.
- WHO *Mental Health: New Understanding, New Hope*. WHO, Geneva, 2001.

ILPO HELÉN

*VTT, Tieteen ja teknologian tutkimuksen professori (ma.)
Sosiaalitieteiden laitos/Sosiologia
Helsingin yliopisto*