

Psykiatria ja mielenterveys

Jouko Lönnqvist, Johannes Lehtonen

Psykiatria ja mielenterveyden häiriöt **12** Psykiatrian tietopohja ja osa-alueet **13** Näyttöön perustuva psykiatrinen hoito **15** Psykiatrinen potilas **16** Psykiatrian eettinen perusta **16** Psykiatrian kehitys **19** Mielenterveys kansakunnan voimavarana **22** Mielenterveyden edistäminen **26** Mikä on ajankohtaista mielenterveyden alueella **27**

Psykiatria on oppi mielenterveyden häiriöistä, niiden oireista ja ilmiästä, syistä, kehityksestä ja hoidosta sekä ehkäisystä. Mielenterveyden häiriöitä voidaan tarkastella muun muassa biologisesta, psykodynaamisesta ja sosiaalipsykiatrasta näkökulmasta käsin. Psykiatria jakautuu erikoisalana aikuispsykiatriaan, lastenpsykiatriaan, nuorisopsykiatriaan ja oikeuspsykiatriaan. Hoito perustuu tieteellisistä tutkimuksista saatuun jatkuvasti uusiutuvaan näyttöön. Hoitosuosituksia tehdään Suomessa näyttöasteen perusteella. Hoito nojaa alan eettisiin periaatteisiin. Potilas on hoidossa tasavertainen kumppani ja yhä useammin myös vertaisasiantuntija. Ihmisen mielenterveyttä luonnehtii se, miten hän ymmärtää kykynsä, sopeutuu arkielämän haasteisiin ja muutoksiin, säilyttää toimintakykynsä ja kykenee antamaan oman panoksensa yhteiseksi hyväksi. Mieleltään terve ihminen on tyytyväinen, joustava ja sopeutumiskykyinen. Mielenterveyttä edistävästä tekijöistä merkittävä osa on sosiaali- ja terveyspolitiikan ulkopuolella ja valtaosa varsinaisen psykiatrisen hoitotoiminnan saavuttamattomissa.

Mielenterveyden häiriöitä voidaan hoitaa nykytiedon valossa tehokkaasti ja myös ehkäistä vaikuttavalla tavalla. Primaaripreventio pyrkii uusien tautitapausten ehkäisyyn, sekundaaripreventio varhaiseen ja vaikuttavaan hoitoon sekä tertiääripreventio toimintakyvyn maksimaaliseen palauttamiseen ja ylläpitoon. Preventiiviset toimenpiteet voidaan suunnata koko väestöön, valikoituun riskiväestöön tai tunnettuun korkean riskin omaavaan joukkoon. Oma aikamme tuottaa uusia mahdollisuuksia ja myös haasteita mielenterveyden kehittämiseksi ja uusille psykiatrisille hoidoille. Psykiatria onkin noussut tieteenalana aktiivisen huomion kohteeksi, kun mielen toimintojen yhteys aivojen rakenteeseen ja toimintaan voidaan osoittaa uusien tekniikoiden, kuten aivojen kuvantamismenetelmien avulla. Samanaikaisesti avohoitopainotteinen psykiatria on integroitumassa yhä läheisemmin muuhun lääketieteelliseen ja hyvinvointia edistävään toimintaan Suomessa.

Psykiatria ja mielenterveyden häiriöt

Psykiatria on lääketieteen erikoisala, jonka tehtävänä on tutkia ja hoitaa mielenterveyden häiriöitä.

Mielenterveyden häiriöitä luonnehtivat kliinisesti merkitsevät psyykkiset oireet, jotka yhdessä muodostavat erilaisia oireyhtymiä. Kullekin häiriölle on annettu tautiluokituksessa oma nimike eli diagnoosi ja koodi eli diagnoosinumero. Tautiluokituksessa mielenterveyden häiriöt kuvataan

kullekin tietylle häiriölle ominaisilla kriteereillä, jotka ilmentävät keskeisiä oireita, häiriön kestoa ja kulkua ja sen aiheuttamaa haittaa. Kriteerit voivat ilmaista myös tunnetun syytekijän.

Mielenterveyden häiriöitä ovat muun muassa klassiset mielisairaudet eli psykoosit, elimellisten aivosairauksien ja kemiallisten aineiden aiheuttamat oireyhtymät, älyllinen kehitysvammaisuus, mielialahäiriöt, erilaiset pelot ja ahdistuneisuushäiriöt, poikkeavat psyykkiset reaktiot, unihäiriöt, syömishäiriöt, seksuaalihäiriöt, käyttäytymiseen ja persoonallisuuteen liittyvät häiriöt sekä päihdehäiriöt. Mielenterveyden häiriöksi ei lueta arkipäivään liittyviä tavanomaisia psyykkisiä tiloja tai reaktioita. Niinpä esimerkiksi suru tai muu normaalin rajoissa tapahtuva tunnereaktio tai voimakas ristiriita tai kiista yksilön ja hänen ympäristönsä välillä ei ole mielenterveyden häiriö. Diagnoosi annetaan aina vain yksilölle, ei parisuhteelle, perheelle tai ryhmälle.

Mielenterveyden häiriöihin liittyy myös *toimintakyvyn* menetystä sekä subjektiivista *kärsimystä* ja *elämän laadun* (quality of life) heikkenemistä. Psykkisellä sairastumisella on tärkeä *subjektiivinen merkitys* psykiatriassa. Moni voi olla hyvin huolissaan mielenterveydestään ilman, että hänessä voitaisiin todeta oireita mistään vakavasta mielenterveyden häiriöstä. Psykiatriassa tunnetaan myös tilanteita, joissa ihmisellä on asiantuntijoiden arvion mukaan selvästi todettava vakava psyykinen häiriö, jopa vaikea-asteinen todellisuuden vääristymä, mutta hän itse kokee olevansa täysin terve.

Psykiatrian asiantuntijoiden tehtävänä on määritellä ja diagnosoida potilaan psyykinen häiriö, arvioida hänen avun tarpeensa ja hoitaa potilas yhdessä sovittujen hoitotavoitteiden ja hoitosuunnitelman mukaisesti. Psykiatrasta työryhmää johtaa yleensä psykiatriaerikoistuva tai erikoistunut lääkäri. *Psykiatri* on lääkäri, joka on suorittanut 6–8 vuotta kestävä erikoislääkärin tutkinnon psykiatrian erikoisalalla. Psykiatrisen potilaan hoitoon voi osallistua moniammatillisen hoitotiimin jäsenenä myös muun peruskoulutuksen saaneita asiantuntijoita, kuten psykologeja, sairaanhoitajia, erikoissairaanhoitajia, lähihoitajia, mielenterveyshoitajia, sosiaalityöntekijöitä, toimintaterapeutteja, fysioterapeutteja sekä muiden-

kin alojen asiantuntijoita, jotka ovat perehtyneet psykiatristen potilaiden hoitoon.

Suomessa psykiatrian toimialaan kuuluu *aikuispsykiatrian* eli psykiatrian lisäksi itsenäisinä erikoisaloina myös *lastenpsykiatria*, *nuorisopsykiatria* ja *oikeuspsykiatria*.

Psykiatrian tietopohja ja osa-alueet

Psykiatria voidaan määritellä opiksi mielenterveyden häiriöistä, niiden oireista ja ilmiasusta eli *psykopatologiasta*, syistä eli *etiologiasta*, kehityksestä eli *patogeneesista*, hoidosta eli *terapiasta* sekä ehkäisystä eli *preventiosta*.

Mielenterveyden häiriöitä on totuttu kuvamaan tarkan oirekuvauksen eli *deskriptiivisen psykopatologian* avulla, jolloin huomion kohteena ovat potilaan objektiivisesti havainnoitava käyttäytyminen sekä hänen subjektiiviset tuntemuksensa. Havainnointi ei tällöin perustu teorioihin eikä hypoteeseihin, eikä se sisällä tutkivan henkilön tulkintoja, vaan pyrkimyksenä on *puhdas fenomenologia*, asioiden kuvaus sellaisena kuin ne esiintyvät.

Eräät vakiintuneet oirekokonaisuudet, oireyhtymät, kuvataan psykiatrisina diagnooseina. Useimmat mielenterveyden häiriöt ovat *etiologialtaan monitekijäisiä*. Syytekijät voivat olla sekä somaattisia että psyykkisiä, mutta ne voivat olla sidoksissa myös sosiaalisiin, yhteiskunnallisiin ja kulttuurisiin tekijöihin.

Perimä luo biologisen altistuksen monille mielenterveyden häiriöille. Geneettiset eli perinnölliset tekijät selittävät mielenterveyden häiriöiden vaihtelua väestössä häiriön vaikeusasteen mukaan yleensä 20–80 %. Geenit eivät ilmenny suoraan psykiatrisina oireina. Niiden vaikutus ilmenee sellaisina aivojen rakenteen ja toiminnan häiriöinä, joita ei havaita tavanomaisen kliinisen tutkimuksen avulla mutta joita voidaan mitata esimerkiksi neuropsykologisilla testeillä tai aivojen rakenteita ja toimintoja kuvantamalla.

Yksilön sairastumista, sairastumisen ajankohtaa ja oirekuvaa sekä häiriön ennustetta selittävät mer-

kittäväällä ja usein ratkaisevalla tavalla yleisimpien mielenterveyden häiriöiden osalta *yksilönkehitys ja ympäristötekijät*. Altistavilla perinnöllisillä tekijöillä on tärkeä merkitys niissä vakavissa mielenterveydenhäiriöissä, kuten useimmissa psykooseissa, joissa aivojen rakenteen muutoksilla on merkittävä vaikutus. Psykkinen sairastuminen on aina aikaan sijoittuva monien tekijöiden yhteisvaikutuksesta syntyvä tapahtumakulku. Sairautta selittävien syytekijöiden yhdessä muodostamaa yksilöllistä tapahtumakulkua kutsutaan *patogeneesiksi*. Psykkisen häiriön kehittyminen eli *psykkinen sairastuminen* voidaan ymmärtää syntyvän altistavien, suojaavien, yksilön kehitykseen liittyvien ja laukaisevien tekijöiden yhteisvaikutuksesta.

Psykiatrisia häiriöitä voidaan tarkastella *biologisen psykiatrian*, *psykodynaamisen psykiatrian* sekä *sosiaalipsykiatrian* näkökulmasta.

Aivojen rakennetta ja toimintaa koskevalla *biologisella* tiedolla on tärkeä merkitys psykiatristen häiriöiden genetiikassa ja mielenterveyden häiriöiden taustalla olevissa biologisissa prosesseissa, biologisissa, kuten aivojen kuvantamisessa, sekä biologisissa hoitomenetelmissä, erityisesti psyykenlääkkeiden käytössä. *Biologinen psykiatria* lähestyy mielenterveyden häiriöitä keskushermoston biologisista toiminnoista käsin mutta huomioi niiden ohella myös psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden vaikutukset aivojen toimintaan. Ymmärtääkseen ihmisen käyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä biologinen psykiatria nojaa vahvasti neurotieteisiin, biolääketieteeseen, fysiologiaan, psykofarmakologiaan, kuvantamiseen ja genetiikkaan. Psykiatrian tärkeäksi alueeksi onkin muodostunut geneettisten tekijöiden ja ympäristötekijöiden vuorovaikutuksen tutkimus ja ymmärtäminen (englanniksi ”gene-environment interaction”). Geneettiset tekijät voivat lisätä altistusta joihinkin mielenterveyden häiriöihin, vaikuttamalla aivojen rakenteeseen ja toimintaan määräämättä kuitenkaan tarkasti häiriön syntyä tai sen luonnetta. Geenien ja kliinisen tilan välillä olevia välittäviä mekanismeja kutsutaan ”endofenotyypeiksi” tai ”välittäviksi ilmiöiksi” (englanniksi ”intermediate phenotypes”). Käsitystä biologisten ja ympäristötekijöiden välisistä suhteista ovat muokanneet erityisesti havainnot, jotka osoittavat, että myös psykososiaaliset ympäristötekijät voivat

aiheuttaa useilla eri mekanismeilla kromosomeissa muutoksia, joiden seurauksena syntyy periytyviä ilmiöitä, vaikka itse DNA:n sisäinen emäsjärjestys ei olekaan muuttunut (epigenetiikka).

Neuropsykiatria on psykiatrian osa-alue, joka tutkii ja hoitaa elimellisiin aivosairauksiin liittyviä mielenterveysongelmia. *Neurologian* perinteistä ominta aluetta ovat aivojen rakenteen selvään patologiaan liittyvät sairaudet.

Psykodynaaminen näkökulma korostaa ihmistä psykologisena olentona, jolle sisäiset yllykkeet, omat kokemukset ja niihin liittyvät yksilölliset merkitykset sekä vuorovaikutus muiden ihmisten ja ulkomaailman kanssa ovat tärkeitä. Monet mielenterveyden häiriöt tai oireet saattavat ilmentää joko yksilön mielen sisäisiä eli intrapsykkisiä ristiriitoja tai hänen ja ulkomaailman välisiä todellisia ristiriitoja, joihin on sopeuduttava (coping). Mielenterveyden häiriöitä voidaan myös hoitaa psykologisilla keinoilla. *Psykoterapian* eri muodoilla pyritään vaikuttamaan oppimiseen, sopeutumiseen ja elämän hallintaan sekä pyritään tarkastelemaan sisäisiä merkityksiä ja muuttamaan niitä.

Sosiaalipsykiatrinen tarkastelu korostaa sosiaalisten tekijöiden, sosiaalisen ympäristön ja kulttuurin merkitystä mielenterveyshäiriöiden riskitekijöinä sekä niiden kulkuun vaikuttavina tekijöinä. Sosiaalipsykiatria tutkii myös mielenterveyspotilaiden vaikutuksia omaan sosiaaliseen ympäristöönsä. Sosiaalipsykiatrian piiriin kuuluva psykiatrinen epidemiologia tarkastelee häiriöiden ilmaantuvuutta ja yleisyyttä sekä asenteita mielenterveyden häiriöitä ja potilaita kohtaan. Useat mielenterveyden häiriöt esiintyvät epätasaisesti eri väestöryhmissä ja eri alueilla, mikä ilmentää mielenterveyden häiriöiden taustalla olevia sosiaalisia syytekijöitä mutta myös sosiaalisten tekijöiden haitallisia vaikutuksia muista syistä kehittyneiden mielenterveyden häiriöiden kulkuun ja ennusteseen. Sosiaalipsykiatrian tehtäväkenttään kuuluu myös hoitojärjestelmien tutkimus ja kehittäminen.

Kaikkia psykiatrian kenttään kuuluvia spesifejä lähestymistapoja on kritisoitu niiden kapeutuneesta ihmis- ja häiriönäkökulmasta, jos ne eivät kata riittävästi potilaan tarpeita. Psykiatrilta onkin kliinisenä erikoisalana ominaista ihmistä koskevan tiedon laaja-alainen ja tasapainoinen

käyttäminen. Psykiatrasta tietoa voidaan käyttää ihmisten auttamiseksi mielenterveyden *edistämisessä*, häiriöiden *ehkäisyssä* ja mielenterveyden häiriöiden *hoidossa ja kuntoutuksessa*.

Näyttöön perustuva psykiatrinen hoito

Mielenterveyshäiriöiden hyvä hoito edellyttää hyviä tietoja ja taitoja kaikilta psykiatrian osa-alueilta. Psykiatrisen hoidon perustaksi ei riitä vain *mieli ilman aivoja* (brainless mind), mutta ei myöskään *aivot ilman mieltä* (mindless brain). Kiehtovana haasteena on yhdistää ja hyödyntää kaikkea sitä tietoa, joka auttaa hoitamaan mielenterveyden häiriöitä. Vaikka tutkimus etenee parhaiten kapealla tiedon alueella tuottaen yhä spesifisempää tietoa, niin psykiatrisessa hoidossa on tärkeää ylläpitää kokonaisvaltaista ihmiskuvaa ja biopsykososiaalista häiriökäsitystä. Psykiatrinen hoito on järjestettävä hyvin sekä jokaisen hoitoon tulleen yksilön osalta (kliininen psykiatria) että hoitojärjestelmän ja koko yhteiskunnan tasolla (public health -näkökulma).

Näyttöön perustuva psykiatria (evidence-based psychiatry) on osa nykyaikaista lääketiedettä, jossa paras käytettävissä oleva psykiatrinen tutkimustieto yhdistyy niin kliiniseen asiantuntijuuteen ja ammattitaitoon kuin potilaan arvoihin. Yleinen tieteellinen tieto on suhteutettava potilaan ainutkertaisiin ongelmiin, jotka tulisi aina ensin selvittää hoidon suunnittelun perustaksi. Näyttöön perustuvan tiedon avulla pyritään vastaamaan mahdollisimman hyvin niihin kliinisiin kysymyksiin, joita potilaan ongelmat herättävät. Tämä on mahdollista vain, jos ymmärrämme potilaan ominaisuudet ja ongelmat oikein ja hankimme hoitotoimenpiteemme pohjaksi oikeaa tietoa, jota arvioimme kriittisesti. *Yksilöity hoito* pyrkii huomioimaan myös yksilöiden välisen biologisen ja psykologisen vaihtelevuuden sekä heidän elämäntilanteittensa ja olosuhteidensa ainutlaatuisuuden.

Hoidon perustana oleva tieto on parhaimmillaankin aina rajoittunutta ja jatkuvasti muuttuvaa.

Sekä hoitavien henkilöiden että potilaiden tulisi olla tietoisia psykiatrasta hoitoa koskevan tiedon tasosta ja yksittäisten hoitokeinojen *näytönasteesta*. Paras näytönaste löytyy systemaattisista katsauksista, *meta-analyyseistä*. Niiden tieto koostuu kahdesta tai useammasta satunnaistetusta ja kontrolloiduista tutkimuksesta (randomised controlled trials, RCT). Henkilöt valikoidaan näihin tutkimuksiin niin, että he edustavat mahdollisimman hyvin todellisessa elämässä hoidettavia potilaita. Lisäksi heidät on valikoitu siten, että tutkimusjoukko ja verrokkiryhmä, kontrollit, ovat ominaisuuksiltaan mahdollisimman samanlaiset. Interventio- ja hoitotutkimuksissa on tärkeää, että tutkimus tehdään sokkoutetusti. Tällöin tutkittavat eivät myöskään tutkijat tiedä tutkimuksen kuluessa kumpaan ryhmään tutkittavat kuuluvat. Usein paras käytettävissä oleva tieto ei kuitenkaan täytä näitä ehtoja, vaan näyttö tulee havainnointitutkimuksista eli kohortti- ja tapaus-verrokkitutkimuksista, yksittäisistä tapaustutkimuksista tai vain asiantuntijamielipiteestä tai yksittäisen asiantuntijan kokemuksesta.

Suomessa on tehty asiantuntijaryhmien yhteistyönä arvioita eräiden keskeisten psykiatristen ongelmien hoidon näytönasteesta. Tämän perusteella on luotu myös kansalliset hoitosuosituksen, *Käypä hoito -mallit* (www.kaypahoito.fi). Hoitosuosituksia on olemassa psykiatriasta tai sitä läheisesti sivuavista teemoista: aikuisiän aivovammoista (16.12.2008), alkoholi-ongelmaisen hoidosta (7.2.2011), ADHD:n hoidosta lapsilla ja nuorilla (4.11.2007), Downin oireyhtymään liittyvien lääketieteellisten ongelmien hyvästä hoidosta (23.12.2010), depressiosta (21.10.2010), epävaakaasta persoonallisuudesta (9.3.2008), huumeen-ongelmaisen hoidosta (28.1.2006), kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä (21.10.2008), lapsen seksuaalisen hyväksikäytön epäilyn tutkimisesta (3.10.2006), lasten ja nuorten syömishäiriöistä (20.8.2009), muistisairauksien diagnostiikasta ja lääkehoidosta (13.8.2010), skitsofreniasta (1.1.2008), traumaperäisistä stressireaktioista ja -häiriöistä (24.8.2009), tupakoinnista, nikotiiniriippuvuudesta ja vieroitushoidoista (1.12.2006) sekä unettomuuden hoidosta (23.8.2008).

Psykiatrinen potilas

Nykyaikainen psykiatrinen potilas on omista asioistaan vastuussa oleva ja asiantuntijoiden kanssa yhteistyötä tekevä kansalainen ja *kumppani* sekä tarvittaessa myös potilaita edustava *vertais-asiantuntija*. Koska psykiatria vaatii pitkälle vietyä erikoisosaamista, sen harjoittamista edistää avoimuus ammattiasioiden hoitamisessa. Potilaille on kerrottava henkilökohtaisesti ja ymmärrettävästi, minkälainen psykiatrinen arvio hänen ongelmistaan on tehty. Avoimuus on omiaan lisäämään potilaan luottamusta hoitavia henkilöitä, hoitoa ja hoitojärjestelmää kohtaan. Monille mielenterveyden häiriöille on ominaista, että potilas ei ole hyvässä kontaktissa itseensä eikä omiin asioihinsa. Yhteistyön sujuvuus edellyttää terveydenhuollon työntekijältä hyvää ammattitaitoa.

Pelottavilta tuntuvat oireet ja oudolta näyttävä käyttäytyminen, laitoshoido, pitkät hoitoajat, hoitojen sivuvaikutukset, tiedon puute ja yksittäiset kohu-uutiset sekä viime kädessä jokaisen ihmisen epävarmuus omasta ja läheistensä mielenterveydestä ovat olleet niitä tekijöitä, jotka ovat olleet omiaan korostamaan mielenterveyspotilaisiin kohdistuneita pelkoja ja kielteisiä asenteita. Potilaisiin on saattanut kohdistua kielteistä leimaamista, *stigmatisaatiota*, tai jopa *diskriminaatiota*, syrjintää. Kielteinen leimaaminen johtaa stereotyyppioihin, jonka perusteella tapahtuu koko ryhmän edustajien erottaminen ”normaaleista”. Lopulta seurauksena on sosiaalisen aseman heikkeneminen ja syrjintä, jotka ilmenevät arvon menetyksenä ja erottamispyrkimyksinä sekä ulkopuolisuutena keskivertokansalaisiin verrattuna. Stigman vastainen työ edellyttää tiedon jakamista, asenteiden muokkaamista ja diskriminoivaan käyttäytymiseen puuttumista.

Avoimuuden puute jo sinällään lisää leimatuksi tulemisen pelkoa. Kun vakavat mielenterveyden häiriöt aiheuttavat lisäksi usein todellista toimintakyvyn heikentymistä ja työkyvyn alentumista, *syrjäytymispaineita* vastaan on taisteltava jatkuvasti ja toimittava osallisuuden puolesta. Potilaiden tukena ovat olleet omaisten ja hoitohenkilökunnan lisäksi potilas- ja omaisjärjestöt ja monet muut tasa-arvoisuuteen pyrkivät tahot.

Ihmisen peruspelkoihin on aina liittynyt pelko kontrollin menettämisestä ja myös ”hulluksi tulemisesta”. Uusi tutkimustieto ja uudet hoitomenetelmät sekä yleinen tiedon tason paraneminen ovat muokanneet nopeasti asenteita myönteisemmiksi mielenterveyden häiriöitä ja psykiatrisia potilaita kohtaan. Erityisesti masennuksen ja ahdistuksen yleisyys ja niiden hoidosta saadut hyvät tulokset ovat olleet luomassa myönteistä ilmapiiriä mielenterveyden ongelmia kohtaan.

Psykiatrisen hoidon perustana on potilaan asianmukainen informointi. Vain asianmukaisen tiedon perusteella potilas voi antaa pätevän suostumuksensa omaan hoitoonsa (informed consent). Tämä periaate tulee huomioida myös silloin, kun potilas on otettu todellisuudentajun vakavan häiriintymisen eli psykoosin vuoksi vastoin omaa tahtoaan tahdosta riippumattomaan hoitoon. Potilaan pätevää suostumusta tulisi hakea aktiivisesti kaikissa olosuhteissa.

On hyvä muistaa, että mielenterveys on aina suhteellinen asia. Kukaan ei ole täysin sairas tai kokonaan terve. Vaikeastikin häiriintynyt potilas kykenee normaaliin toimintaan omilla asioissaan monilla elämän alueilla. Niissä poikkeustilanteissa, joissa psykiatrinen potilas ei kykene antamaan pätevää suostumustaan ja häntä on kuitenkin hoidettava terveyttä uhkaavan vakavan vaaran tai hätätilanteen vuoksi, on erityisen tärkeää, että häntä hoidetaan parhaalla mahdollisella ja myös eettisesti kestäväällä, lain edellyttämällä tavalla.

Psykiatrian eettinen perusta

Psykiatrian etiikassa on kysymys ennen kaikkea toisen kunnioittamisesta, yksilönvapaudesta ja itsemääräämisoikeudesta eli ihmisoikeuksista. Ihmisoikeudet ja yksilön kunnioittaminen ovat tärkeitä mielenterveyden edellytyksiä ja nykyaikaisen psykiatrisen hoidon välttämättömiä ehtoja.

Lääkärin koulutuksen saaneena psykiatrin tulee olla tietoinen lääkäriin ammattin eettisistä velvoitteista ja periaatteista. Lääketiede on sekä parantamisen taitoa että tiedettä. Eettinen toiminta on vastuuta siitä, mikä on oikeaa ja asianmukaista kunkin potilaan auttamisessa.

Maailman Psykiatriyhdistyksen, World Psychiatric Association (WPA), hyväksymä eettinen ohjeisto velvoittaa myös suomalaisia psykiatreja ja on samalla hyvä ohjeisto muillekin psykiatrista työtä tekeville (katso alla oleva teksti-ikkuna). WPA hyväksyi vuonna 1996 myös eutanasiaa, kidutusta, kuolemantuomiota, sukupuolenvaihtoa sekä elimensiirtoa koskevat eettiset ohjeet ja vuonna 1999 etnistä ja kulttuurista diskriminointia koskevat eettiset ohjeet sekä 2002 ohjeet koskien psykoterapiaa, suhdetta teollisuuteen, kolmannen osapuolen maksupolitiikkaa ja hoitosuhteen loukkaamista.

Suomen Psykiatriyhdistys on hyväksynyt suomalaisten psykiatrien toiminnan arvopohjaksi Maailman Psykiatriyhdistyksen eettiset periaatteet ja niihin liittyen myös seuraavia periaatteita:

”Suomessa vain lääkäriellä on oikeus tehdä sairauden diagnoosi ja määrittää sen hoito, ottaa potilas sairaalaan ja kotiuttaa hänet. Lääkärit ovat

vastuussa työstään paitsi potilailleen myös yhteiskunnalle.”

”Lääkärien odotetaan kaikkialla puolustavan ihmisyyttä ja lievittävän inhimillistä hätää ketään syrjimättä etiikkansa mukaisesti.”

”Somaattiset sairaudet ovat psykiatrisista häiriöistä kärsivillä muuta väestöä tavallisempia. Psykiatrin tulee huomioida potilaan somaattinen terveydentila ja kiinnittää riittävää huomiota asianmukaisten hoitojen hyvään toteutumiseen sekä konsultoida muun alan lääkäreitä.”

”Lainmukaisen diagnoosin teon ja hoidon määrittelyn edellyttämää johtajuutta varten psykiatrin tulee perehtyä johtajuuden edellyttämiin haasteisiin ja hankkia alan koulutusta.”

”Esiintyessään tiedotusvälineissä psykiatrin tulee kunnioittaa potilaiden arvokkuutta ja välttää leimautumista edistävää ja syrjintää vahvistavaa kommunikaatiota. Psykiatrian professiota tulee edustaa mediakontakteissa arvokkaasti. Psykiatri

Maailman Psykiatriyhdistyksen eettinen ohjeisto (Madrid 1996)

Psykiatrian tehtävänä on tarjota paras mahdollinen hoito mielenterveyden häiriöissä, kuntouttaa psyykkisesti sairaita ihmisiä ja edistää mielenterveyttä. Psykiatrit palvelevat potilaitaan tarjoamalla yleisesti hyväksytyyn tieteelliseen tietoon ja hyväksytyjen eettisten periaatteiden mukaista parasta saatavilla olevaa hoitoa. Hoitokeinojen tulee rajoittaa potilaan vapautta mahdollisimman vähän. Psykiatrin tulee hankkia ulkopuolisia neuvoja sellaisiin työnsä osa-alueisiin, joihin hänellä ei ole asiantuntemusta. Psykiatrien on myös otettava huomioon terveydenhuollon voimavarojen oikeudenmukaisen jakamisen periaate.

Psykiatreilla on velvollisuus seurata erikoisalansa tieteellistä kehitystä sekä siirtää päivitettyä tietoa muille.

Potilaalla on oikeus tulla hyväksytyksi osapuoleksi hoitosuhteeseen, joka perustuu keskinäiseen kunnioitukseen ja luottamukseen ja mahdollistaa potilaan vapaan ja tietoisien päätöksenteon.

Potilaan ihmisarvo ja hänen lailliset oikeutensa on turvattava kääntymällä perheen tai laillisen edustajan puoleen silloin, kun potilas on vajaakykyinen tai hän on menettänyt asianmukaisen harkintakykynsä mielenterveyden häiriön vuoksi. Potilasta ei tulisi hoitaa vastoin hänen tahtoaan, ellei hoidotta jääminen uhkaa hänen ja/tai muiden henkeä. Hoidon on aina tapahduttava potilaan parhaaksi.

Kun psykiatria on pyydetty arvioimaan henkilön mielen tilaa, tutkittavalle on kerrottava, mikä on toimenpiteen tarkoitus.

Hoitosuhteessa saatuja tietoja tulee käsitellä luottamuksellisesti ja käyttää niitä vain ja ainoastaan potilaan mielenterveyden parantamiseksi. Luottamuksellisuuden rikkominen voi olla asianmukaista vain jos sen ylläpito aiheuttaisi potilaalle tai jollekin kolmannelle henkilölle vakavaa fyysistä tai psyykkistä haittaa.

Tutkimustyö, joka ei noudata tieteen periaatteita, on epäeettistä. Koska psykiatriset potilaat ovat erityisen haavoittuvia tutkimushenkilöinä, on noudatettava erityistä varovaisuutta, jotta potilaiden riippumattomuus ja loukkaamattomuus olisi turvattu.

ei saa antaa medialle lausuntoja kenenkään yksilön mahdollisesta psykopatologiasta.”

”Tieteellistä tietoa ja käsityksiä esittäessään psykiatrin tulee varmistua tiedon paikkaansa pitävyydestä ja huomioitava tiedon levittämisen mahdolliset tulkinnat, seuraamukset psykiatristen häiriöitten ymmärtämisen ja häiriöistä kärsivien hyvinvoinnin kannalta.”

”Psykiaterian toteuttamisen tulee noudattaa hyväksytyjä hoitosuosituksia, antaa potilaalle riittävää tietoa eri menetelmistä ennen hoidon aloittamista ja seurata hoidolle asetettujen tavoitteiden toteutumista ja tarvittaessa muuttaa asetettuja tavoitteita. Mikäli yleisesti hyväksytyjen hoitokäytäntöjen ja tieteellisten tutkimusten tieto

viittaa lääkehoidon ja psykoterapian yhdistämisen etuihin tietyissä tilanteissa, tulee potilaalle antaa tästä tietoa ja mahdollisuus keskustella lääkehoidon tai psykoterapian tarpeesta. Psykiaterian antava psykiatri ei saa koskaan käyttää asemaansa väärin ja ylittää hoitosuhteen ammatillisia rajoja.”

”Psykiatri ei saa ottaa vastaan lääketieteellisyysdelta tai muulta kolmannelta taholta sellaisia lahoja, jotka vaikuttaisivat ratkaisevalla tavalla ammatillisen toiminnan harjoittamiseen. Lääke-ainetutkimuksiin osallistuessaan psykiatrin tulee noudattaa lääkäreille yleisesti hyväksytyjä eettisiä periaatteita. Potilaan osallistuminen tutkimuksiin edellyttää suostumusta, jonka saamiseksi potilaalle on annettava riittävä tieto tutkimuksesta.”

”Eli vain syksystä jouluuun”

Kansalliskirjailija Aleksis Kivi (1834–1872) otettiin hoitoon Helsingin Unioninkadulla sijainneeseen Uuteen klinikkaan huhtikuun 27. päivänä 1871 kuumeisena, levottomana ja haurailavana, ja hänen sairaudekseen diagnosoitiin melankolia. Hoitona hän sai muun muassa kiniiniä, kloraalia ja morfiinia. Sairaalassa käyneiden ystävien kuvausten mukaan Kivi oli hermostuneessa tilassa ja testamenttasi tavaroitaan. Lisäksi hän valitti, että hänen oli vaikea muistaa sanoja. Uudesta klinikasta Kivi siirrettiin Lapinlahden sairaalaan kesäkuun ensimmäisenä päivänä 1871. Sairaalan ylilääkäriin A.Th. Saelanin samana päivänä tekemien merkintöjen mukaan potilas oli tullessaan jokseenkin rauhallinen ja selosti tilaansa, mutta jo seuraavina päivinä hän oli levoton. Myöhemmin potilaan vointia kuvataan vaihtelevasti. Keskeisinä piirteinä olivat lyhytsanaisuus, apaattisuus ja jopa puhumattomuus, mutta silti potilas väitti voivansa hyvin. Lääkäriin kuvauksen mukaan potilaalla oli ilmaisuvaikeuksia – sanat olivat irtonaisia ja epäselviä – eikä hän tahtonut nousta eikä pukeutua. Viimeisten merkintöjen mukaan 16. helmikuuta 1872 potilas oli ainoastaan huutanut ja sanonut olevansa ”tänään” sairas ja väsynyt.

Maaliskuun 1. päivänä 1872, siis yhdeksän kuukauden sairaalassaolon jälkeen, Alek-

sis Kiven veli Albert nouti tämän pieneen mökkiinsä Tuusulanjärven rannalle. Sukulaisten ja aikalaisten kuvauksen mukaan Kivi eli viimeisen vuotensa masentuneena ja hoitamattomana sekä ainakin ajoittain kuumeisena ja sekavana, niin että häntä pidettiin ”mielenvikaisena”. Kivellä oli korkea kuume usean viikon ajan ennen hänen kuolemaansa vuoden viimeisenä päivänä 1872.

Aleksis Kiven mielenterveyden järkkymisestä ja sen syistä on esitetty jälkikäteen lukuisia erilaisia arveluja. Varmaa on kuitenkin se, että Kivi tunsikin olevansa useaan eri otteeseen elämässään masentunut. Lisäksi hän käytti ajoittain runsaasti alkoholia. Niinpä hän oli ylilääkäri A. Th. Saelanin kuvauksen mukaan saanut keväällä 1870 muutaman päivän juomisen jälkeen lieviä harha-aistimuksia, jotka kuitenkin menivät ohitse. Tämän jälkeen Kivi oli pysyvästi fyysisesti huonokuntoinen ja kärsi päänsärystä sekä infektioon sopivista oireista. Saelanin merkintöjen mukaan Kiven saama kirjallisuusarvostelijoiden kritiikki oli sattunut kirjailijaan kovasti.

Runoilija Eino Leino (1878–1926) kuvasi kirjailijan elämää Aleksis Kivi -runossaan (1901) näin: ”Syntyi lapsi syksyllä – tuulet niin vinosti vinkui – tuult oli koko elämä, nähnyt ei kesää, ei kevättä, eli vain syksystä jouluuun.”

Psykiatrian kehitys

Kansainvälinen psykiatria

Keskushermoston ja psyyken välinen yhteys tiedettiin jo ennen länsimaisen ajanlaskun alkua. *Nykyaikainen psykiatria sai kuitenkin alkunsa vasta valistuksen aikana 1700-luvun loppupuolella.* Hypnoosi tuli tunnetuksi ilmiönä samoihin aikoihin. Myös neuroosidiagnoosi syntyi jo tuolloin, kun se liitettiin hyperventilaatiopotilaisiin. Pariisissa *Philip Pinel* edisti merkittävällä tavalla psykiatristen potilaiden humaania hoitoa. Hän vapautti sairaalan mielisairaat potilaat kahleista ja loi systemaattisen psykiatrisen diagnostiikan humanin lääketieteellisen hoidon tueksi 1700-luvun lopulla.

Luonnontieteiden ja samalla patologian kehittymisen myötä myös käsitykset mielisairauksista alkoivat muuttua. 1800-luvulla kyettiin osoittamaan, että vaikeimpiin mielenterveyshäiriöihin liittyi neuropatologisia löydöksiä. Niinpä voitiin sanoa, että *mielisairaudet ovat aivosairauksia.* Tuohon aikaan iso osa mielisairaaloiden potilaista kärsi psykoosien lisäksi myös kehitysvammoista, epilepsiasta sekä neurosyfiliksen neuropsykiatrisista jälkitiloista. Psykiatria ja neurologia kuuluivatkin samaan erikoisalaan, hermo- ja mielitauteihin, vielä 1960-luvulle asti. 1800-luvun lopulla kehittyi myös monella tavalla vallankumouksellinen psykodynaaminen ajattelutapa, joka korosti psyykkisten oireiden taustalla olevien tietoisten ja tiedostamattomien psyykkisten ristiriitojen merkitystä. Tältä pohjalta syntyi myös voimakas kiinnostus psykoanalyysiä ja psykoterapiaa kohtaan *Sigmund Freudin* ja hänen oppilaittensa vaikutuksesta.

1900-luku merkitsi psykiatriassa tieteellisen tutkimuksen, uusien hoitojen sekä hoitojärjestelmien kehittymisen aikaa. Suomessa psykiatrian opetus lääketieteen opiskelijoille alkoi virallisesti Helsingin yliopistossa vuonna 1905. Suomen Psykiatryhdistys perustettiin psykiatrian alalla toimivien lääkäreiden tieteelliseksi yhdistykseksi vuonna 1913. Saksalaisen ja laajemmin eurooppalaisen psykiatrian rinnalle alkoi kehittyä amerikkalainen

psykiatria, joka korosti biologisen ja psykologisen ulottuvuuden rinnalla myös sosiaalisten tekijöiden merkitystä, mikä loi pohjaa kokonaisvaltaiselle lähestymistavalle. *Adolf Meyer* otti Yhdysvalloissa käyttöön *psykobiologia*-käsitteen ilmentämään psykologisen ja biologisen kiinteää yhteyttä psykiatriassa. Merkittävä uusi hoito syntyi 1917, kun voitiin osoittaa, että malarian avulla aikaansaatu korkea kuume tappaa syfiliksen aiheuttajan, *Treponema pallidum*-spirokeetan. Näin voitiin auttaa ratkaisevalla tavalla neurosyfiliksestä kärsiviä potilaita, jotka olivat eräs mielisairaaloiden keskeinen potilasryhmä. Ongelma poistui myöhemmin lähes kokonaan penisilliinin käyttöönoton myötä. Seuraava psykiatrisen hoidon edistysaskel oli sokkihoitojen kehittäminen psykoosien hoitoon 1930-luvulla. Kemiaalisia sokkihoitoja seurannut aivojen sähköhoito (ECT), joka esiteltiin vuonna 1938, jäi pysyvään käyttöön.

Toisen maailmansodan jälkeen saksalainen psykiatria menetti valta-asemansa ja psykiatria alkoi voimakkaasti kansainvälistyä. Psykiatrian uudet opit alkoivat tulla pääosin Yhdysvalloista. Ensimmäiset rantautuivat *psykosomatiikka*, *psykodynaaminen ajattelutapa* ja *psykoterapia*, sen jälkeen *sosiaalipsykiatria* ja viime vaiheessa *biologinen psykiatria*, jonka vaikutus on ollut psykiatriassa vahva 1970-luvulta lähtien.

Ensimmäinen psykiatrian maailmankongressi pidettiin Pariisissa vuonna 1950. Myös suomalaiset psykiatrit olivat jo tuolloin mukana hake-massa uusia tuulia suomalaiseen psykiatriaan. *Psykoosilääkkeet tulivat käyttöön 1950-luvun puolessa välissä ja masennuslääkkeet vielä saman vuosikymmenen lopulla.* Litium oli keksitty jo 1948 manian hoitoon, mutta kliiniseen käyttöön se tuli vasta runsas vuosikymmen myöhemmin. Uudet ahdistuslääkkeet, bentsodiatsepiinit, jotka keksittiin jo 1950-luvulla, otettiin laajaan käyttöön 1960-luvulla.

Psykiatria alkoi siirtyä yhä selvemmin *avohoittoon* 1970-luvulla. Suomessa tätä edisti mielisairaslain uudistuminen vuonna 1978. Samanaikaisesti kiinnostuttiin yhä selvemmin muista mielenterveyden häiriöistä kuin psykooseista. Myös häiriöiden *ehkäisy*, *preventio*, ja mielenterveyden *edistäminen* saivat huomiota.

1980-luvulla psykiatriaan alkoi tulla runsaasti

kokonaan uusia kiinnostuksen kohteita. Näitä olivat muun muassa posttraumaattiset tilat, paniikkihäiriö, sosiaalinen fobia, pakko-oireet ja syömishäiriöt. Samalla psykiatrian sisällä alkoi tapahtua *erikoistumista*. Oikeuspsykiatria ja nuorisopsykiatria alkoivat kehittyä omiksi erikoisaloikseen jo aiemmin syntyneen lastenpsykiatrian lisäksi. Aikuispsykiatrian sisällä tapahtui toiminnan eriytymistä muun muassa vanhuspsykiatriaan, yleissairaalapyykiatriaan ja päihdepsykiatriaan. Yksittäiset toimipisteet ja työntekijät alkoivat omalta osaltaan kehittää osaamistaan vieläkin suppeammilla psykiatrian osa-alueilla. Monet mielenterveystyöntekijät ovat erikoistuneet tiettyihin hoitokeinoin kuten psykoterapiaan ja psykoterapiassa vielä eri psykoterapiamenetelmiin.

Kliinisiin käsitteisiin ja myös kliiniseen työhön alkoi nopeasti vaikuttaa uusi amerikkalainen, *kriteereihin perustuva tautiluokitus*, DSM-III, joka ilmestyi 1980. Suomenkielisenä se alkoi vaikuttaa vuodesta 1983 lähtien. Järjestelmän uusin painos, DSM-IV, ilmestyi vuonna 1994. Maailman Terveysjärjestö WHO julkaisee samanaikaisesti omaa kansainväliseen käyttöön tarkoitettua tautiluokitustaan (ICD), jonka tuorein versio (ICD-10) on ollut virallinen suomalainen tautiluokitus vuodesta 1996 alkaen. Deskriptiivinen diagnostiikka toi kliiniseen psykiatriaan takaisin psykopatologisen ajatteluun. DSM-V tulee käyttöön 2013 ja sen jälkeen 2015 ICD-11, jotka ylläpitävät edelleen oire- ja psykopatologialähtöistä ajattelua.

Kliininen psykiatria on integroitunut yhä selvemmin osaksi muuta lääketiedettä ja samalla näyttöön perustuvaa hoitotapaa. Kansainvälisiin hoitotutkimuksiin ja niiden meta-analyysihin perustuvat hoito-ohjelmat tukevat kliinistä päätöksentekoa. Kliinisen hoidon rinnalle on noussut yhä voimakkaammin myös avohoitopainotteisen kokonaisuhoitojärjestelmän kehittäminen. Psykiatriasta hoitoa toteutetaan myös perusterveydenhuollossa, kun masennus- ja ahdistusoireiden sekä päihdeongelmien vuoksi haetaan kasvavassa määrin apua.

Vaikka kaikkialla länsimaissa väestön yleinen terveydentila paranee ja elinikä nousee, niin mielenterveyden osalta ei ole havaittavissa vastaavaa sairastavuuden laskua. Stabiilia tilannetta selittänevät pitkään piilossa olleen hoidon tarpeiden

esille tuleminen sekä työelämän sisäiset muutokset, jotka vaativat yhä parempaa toimintakykyä.

Suomalainen psykiatria

Suomessa psykiatrian kehitys on seurannut viiveellä kansainvälistä kehitystä. Psykiatriset potilaat olivat keskiajalla ja vielä paljon myöhemminkin pääosin *perheen ja suvun vastuulla*. Kirkko alkoi kuitenkin jakaa vastuuta kroonisesti ja vaikeasti sairaiden potilaiden hoidosta jo keskiajalla. Suomeenkin syntyi useita kirkon ylläpitämiä hospitaaleja sairaita varten sekä erikseen vaivaistaloja, ”Pyhän Hengen” huoneita, jotka huolehtivat myös psykiatrisista potilaista. Vuoden 1686 *kirkkolaki velvoitti seurakunnat huolehtimaan mielisairaistaan*.

1700-luvulla Suomeen perustettiin lasaretteja, yleissairaaloita, ja hospitaalien tehtäväksi jäi pitkäaikaissairaanhoido. Suomen ensimmäiseksi psykiatriseksi sairaalaksi muodostui vuodesta 1755 alkaen Seilin saarelle lähelle Turkuun perustettu hospitaali, jonne oli otettu jo 1620-luvulta lähtien leprapotilaiden lisäksi yksittäisiä psykiatrisia potilaita. Seilin hospitaali jatkoi toimintaansa psykiatrisena sairaalana aina vuoteen 1962 asti. Vastaavanlainen hospitaali toimi vuodesta 1632 alkaen Vaasan ja Oulun lääninä varten Kruunupyssä Pohjanmaalla aina 1800-luvulle asti.

Suomen ensimmäiseksi ”moderniksi” psykiatriseksi sairaalaksi rakennettiin *valtion toimesta* Lapinlahden keskuslaitos Helsingin kaupungin länsireunalle Hietaniemen hautausmaan taakse Suomenlahteen rajoittuvalle Lapinniemenle. Lapinlahti on toiminut psykiatrisena sairaalana yhtäjaksoisesti vuodesta 1841 alkaen. Se on yksi Euroopan pisimpään toimineista psykiatrisista sairaaloista. Lapinlahden sairaalan toiminta yksinomaan psykiatrisena sairaalana päättyi kuitenkin vuoden 2005 lopussa. Viimeinen psykiatrisen toiminto, HYKS:n syömishäiriöyksikkö, siirtyi pois Lapinlahden sairaalasta vuonna 2009.

Valtio perusti myös Niuvanniemen keskuslaitoksen Kuopion lähelle vuonna 1885 sekä muodosti Käkisalmen vankilasta mielisairaiden turvalaitoksen Viipurin läänin alueelle. Niuvanniemen sairaala jatkaa Kuopiossa edelleen valtion mielisairaalana toimintaansa nyt pisimpään Suomessa edelleen toimivana psykiatrisena sairaalana. Pit-

käniemen keskuslaitos Tampereen lähellä Nokiolla otettiin käyttöön vuonna 1899, ja se jatkaa edelleen toimintaansa, nyt TAYS:n psykiatrisena sairaalana.

Vuoden 1840 mielisairasasetus edellytti, että omaisilla oli ilmoitusvelvollisuus mielisairaastaan lääkärille, joka ohjasi potilaita tarvittaessa edelleen lääninsairaaloihin. Koska pula hoitopaikoista oli suuri, valtiovalta perusti vuonna 1882 Oulun, Vaasan, Turun, Mikkelin ja Viipurin lääninsairaaloiden yhteyteen pienet vastaanottoyksiköt mielisairaita varten.

Vuonna 1899 annettu uusi mielisairasasetus edellytti, että *kuntien tuli hoitaa omat mielisairaansa*. Tämän vuoksi kuntiin alkoi ilmestyä kunnalliskotien mielisairasosastoja, joita oli toiminnassa vielä 1960-luvulla. Suurista kaupungeista Turku perusti kunnallissairaalsaan yhteyteen vuonna 1892 ”houruinosaston” ja Helsinki 1894 Kivelän mielisairaalan, jonka historiallisena jatkeena toimii vuoden 2006 alusta HUS:in Psykiatriakeskus. Kivellästä käsin alettiin vuodesta 1901 alkaen lähettää potilaita perhehoitoon maaseudulle Sipoon Nikkilään, jonne sittemmin kehittyi Suomen suurin mielisairaala. Ensimmäinen useamman kunnan yhdessä perustama mielisairaala oli Harjavallan mielisairaala, joka aloitti toimintansa 1903.

Kuntien yhdessä omistamat keskusmielisairaalat muodostivat psykiatrisen hoidon ytimen lähes koko 1900-luvun ajan. Keskusmielisairaalat toimivat *mielisairaanhoidopiirien* keskuspaikkoina. 1950- ja 1960-luvuilla keskusmielisairaaloihin kohdistuvaa akuuttihoitoa painetta pyrittiin helpottamaan rakentamalla runsaasti alueellisia B-mielisairaaloita, joiden tehtävänä oli huolehtia pitkäaikaishoidon tarpeista. Näin Suomeen syntyi laaja mielisairaaloiden verkosto ja sairaalapaikkojen määrä nousi lopulta hyvin korkeaksi, neljään vuodepaikkaan tuhatta asukasta kohden.

Psykiatrinen hoitojärjestelmä alkoi modernisoi-
tua Suomessa 1960-luvulta lähtien. 1970-luvulla avohoito alkoi keskittyä mielenterveystoimistoihin ja yleissairaaloiden yhteyteen alettiin rakentaa psykiatrisia poliklinikoita sekä yleissairaalap-
sykiatrisia osastoja. *Suuri rakenteellinen muutos tapahtui 1991, kun vanha mielisairaslaki muuttui mielenterveyslaiksi*. Samana vuonna annettu *erikoissairaanhoitolaki liitti psykiatrian muuhun erikoissairaanhoitoon ja osaksi sairaanhoitopiirejä*.

Näiden muutosten seurauksena melko yhtenäinen ja samalla muusta sairaanhoidosta erillään toiminut psykiatria yhdentyi muuhun sairaanhoitoon ja pirstoutui pienemmiksi yksiköiksi. Vuodesta 1980 alkaen psykiatristen sairaalapaikkojen määrä väheni kahdessakymmenessä vuodessa neljäsosaan eli noin yhteen vuodepaikkaan 1 000 asukasta kohden. Samanaikaisesti psykiatrinen avohoito tehostui huomattavasti ilman merkittäviä lisävoimavaroja. *Useat suuret kunnat ottivat 1990-luvulta alkaen psykiatrisen avohoidon osittain tai kokonaan omaksi toiminnakseen pois sairaanhoitopiireiltä* ja samalla yhdensivät psykiatrista toimintaa ja kunnan sosiaali- ja terveyspalveluja sekä pyrkivät hajauttamaan psykiatrisia palveluita lähelle väestöä. Myös terveyskeskukset ja työterveyshuolto ovat osallistuneet lisääntyvässä määrin psykiatristen potilaiden hoitoon. Julkisen sektorin rinnalla monet yhdistykset ja säätiöt ovat kehittäneet paikallisesti pitkäaikaispotilaiden kuntoutusta ja asumispalveluja lisääntyvässä määrin 1970-luvulta alkaen. Myös psykiatristen yksityisvastaanottojen, lääkäriasemien ja yksityisten psykoterapeuttien merkitys on kaiken aikaa kasvanut erityisesti suurissa asutuskeskuksissa.

Sisällöllisesti psykiatriseen toimintaan on vaikuttanut merkittävästi *neurologian* irrottautuminen omaksi erikoisalakseen vuonna 1960. Myös *lastenpsykiatria* muodostui omaksi erikoisalakseen jo vuonna 1955. *Nuorisopsykiatria* kehittyi samanaikaisesti pääosin aikuispsykiatrian osana, mutta myös lastenpsykiatrian yhteydessä, suppeana erikoisalana vuodesta 1979 alkaen. Omana itsenäisenä erikoisalana se alkoi toimia vuonna 1999. Sekä lastenpsykiatrian että nuorisopsykiatrian kehitystä on tuettu Suomessa muuhun Eurooppaan verrattuna erittäin voimakkaasti, erityisesti 1990-luvun lopulla ja 2000-luvun alussa.

Oikeuspsykiatria muodostui omaksi erikoisalakseen vuonna 1999. Oikeuspsykiatriset yksiköt ovat säilyneet muun psykiatrian yhteydessä. Valtion edelleen omistamat Niuvanniemen sairaala ja Vanhan Vaasan sairaala ovat keskittyneet ymmärrystä vailla olleiden rikosten tekijöiden psykiatriseen hoitoon sekä sekä kuntien lähettämiin erityisen vaikeahoitoisten potilaiden hoitoon. Vankeinhoitoon sisällä on erikseen psykiatrisia yksiköitä psykiatrisia vankipotilaita varten.

Suomalainen psykiatria on nykypäivänä tieteelliseen tietoon ja parhaisiin kliinisiin käytäntöihin perustuvaa, eettisesti asianmukaista toimintaa potilaiden hyväksi. Psykiatria on muuttumassa yhä selvemmin avohoitopainotteiseksi toiminnaksi väestön keskuuteen ja samalla osaksi muuta terveydenhuoltoa. 1.5.2011 voimaan astunut uusi *terveydenhoidolaki* korostaa mielenterveystyön merkitystä osana kuntien peruspalveluita ja antaa psykiatialle paremmat mahdollisuudet sekä tukea peruspalveluita että tuottaa psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluita.

Päihdehuolto lähenty terveydenhuoltolain toimeenpanon johdosta kuntien perusterveydenhuoltoa ja vastuu päihdepotilaista tulee lisääntymään myös psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. On todennäköistä, että lähivuosina mielenterveyslaki uudistuu ja syntyy erillinen oikeuspsykiatria koskeva laki. Edessä on myös sosiaalihuoltolain uudistus sekä päihdehuoltoa koskevien lakien uudistuminen. Suomalainen sosiaali- ja terveydenhuolto elää 2010-luvulla voimakkaiden muutosten keskellä. Valtiovallan odotetaan tekevän 2010-luvulla uusia ratkaisuja terveydenhuollon palveluiden kokonaisuuden järjestämiseksi nykyistä yhtenäisemmäksi.

Kliinisen psykiatrian uusia haasteita tulevat olemaan muun muassa uuden *geneettisen* tiedon ja neurotieteiden sekä uusien *kuvantamistekniikoiden* soveltaminen niin, että mielenterveyden psykologinen ja sosiaalinen ulottuvuus ja niitä koskeva tieto voivat muodostaa tasapainoisen biopsykososiaalisen lähestymistavan mielenterveyteen ja sen häiriöihin. *Psykoterapiakoulutus* on järjestetty vuoden 2012 alusta alkaen yliopistojen yhteyteen niin, että psykoterapiakoulutusten asema muotoutuu uudenlaiseksi 2010-luvulla.

Tarvitsemme kaiken aikaa uutta tietoa psykiatrian tueksi. Tarvitsemme kuitenkin myös olemassa olevan tiedon nykyistä nopeampaa ja taitavampaa soveltamista. Psykiatrian palveluista olisi hyötyä neljäsosalle väestöstä, jolla on psyykkisiä kuormitusoireita. Varsinaista psykiatrista hoitoa tarvitsee elämänsä aikana noin joka kymmenes kansalainen. Lisäksi psykiatrista ja mielenterveystyötä koskevaa tietoa voidaan käyttää väestön mielenterveyden edistämiseksi sekä mielenterveyden häiriöiden ehkäisemisessä. Tuore ja luotettava kuva

koko suomalaisen väestön mielenterveyden tilasta saadaan, kun Terveys 2011 -tutkimuksen antama epidemiologinen kuva väestön mielenterveydestä ja palvelujen saatavuudesta on käytössä vuodesta 2012 alkaen. Psykiatrian kehityksen eräitä keskeisiä merkkipaaluja on kuvattu luvun lopussa.

Mielenterveys kansakunnan voimavarana

Mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, sopeutuu arkielämän tavanomaisiin haasteisiin, stressiin, kykenee työskentelemään tuottavasti ja hyödyllisesti sekä kykenee antamaan oman panoksensa yhteiskunnalle (WHO 2004). Mielenterveys on oleellinen osa terveyttä.

Mielenterveys voidaan nähdä psyykkisiä toimintoja ylläpitävänä voimavarana, jota kaiken aikaa sekä käytämme että keräämme ja jonka avulla ohjaamme elämäämme.

Mielenterveyden olemuksen ymmärtäminen edellyttää tietoa siitä, mikä on mielenterveyden kannalta normaalia ja mikä poikkeavaa, mikä voisi olla ihanteellinen mielenterveys, miten mielenterveys ilmenee keskimäärin ihmisten elämässä ja mistä eri tekijöistä jatkuvasti muuttuva mielenterveys on riippuvainen.

Mieli on suomen kielessä vanha ja omaperäinen sana, jolla on etymologinen vastine kaikissa lähisukukielissämme. Sillä on tarkoitettu järkeä ja ymmärrystä. Aivan samoin kuin *käsittää*-sana on tarkoittanut konkreettisesti 'saada kiinni tai saada käsiinsä' ja myöhemmin muuttunut abstraktiksi merkitykseltään, niin myös *ymmärtää*-sana on alun perin ympyrä-sanasta johdettuna tarkoittanut ympäröintiä ja myöhemmin abstraktina alkanut merkitä 'ympäröidä asia omassa mielessä'. Ihmisen mieli on suomenkin kielessä ammoisista ajoista lähtien tehnyt ymmärtämistyötä.

Myöhemmin mieli on saanut lukuisia merkityksiä, joita ei ole helppo erottaa toisistaan. Mieli voi ilmaista esimerkiksi ihmisen henkistä olemusta, luonnetta, tunnepuolta, ajatuksia tai asioiden tarkoitusta ja merkitystä. Mielipuoli, mielitauti,

mielisairaus ja nykykielessä mielenterveys ovat kielessämme viitanneet siihen, että mieli voi olla sekä sairas että terve. Mielitauti ja mielisairaus ovat aina viitanneet selvästi havaittavaan ja vakavaan mielen sairastumiseen, lähinnä psykoosiin. Ammattikäsitteiden ja asenteiden muutosta kuvaa hyvin, että Suomessa oli voimassa vuoteen 1990 asti mielisairaslaki, joka uudistuessaan laajentui ja muuttui mielenterveyslaiksi vuonna 1991. Psykiatriaa kutsuttiin pitkään mielitautiopiksi. Mielitaudit muuttuivat ammattikielessä ensiksi psykiatrisiksi sairauksiksi ja vasta 1980-luvulla virallisestikin mielenterveyden häiriöiksi.

Käytännön psykiatrisessa työssä mielenterveyttä tarkastellaan voittopuolisesti *ongelma- ja häiriönäkökulmasta* käsin. Kliinisessä työssä kuvataan yksilötasolla potilaan ongelmia, persoonallisuuden piirteitä, oireita sekä toimintakykyä. Terveen ja mielenterveydeltään häiriintyneen rajaa määritetään selvittämällä henkilön sosiaalista sopeutumista, kykyä huolehtia itsestään sekä mielenterveyden häiriintymiseen viittaavien oireiden esiintymistä. Väestötasolla oireiden ja häiriöiden yleisyyttä kartoitetaan epidemiologisten menetelmien avulla, jotka antavat kuvan siitä, mikä on tavallista ja mikä tavallisuudesta poikkeavaa.

Normaalin ja mielenterveydeltään häiriintyneen raja on aina suhteellinen. Se on sopimuksenvarainen silloinkin, kun diagnoosi perustuu selvästi ilmaistuihin kriteereihin. Erityisesti on tähdennettävä, että yksilön ja yhteiskunnan välisistä ristiriidoista johtuvaa tai uskonnollisin, seksuaalisin tai poliittisin perustein poikkeavaksi katsottua käyttäytymistä ei tulisi nähdä yksilön mielenterveyden häiriönä, ellei voida osoittaa, että se on selvästi oire yksilön toimintakyvyn häiriöistä.

Mistä mielenterveys alun perin kehittyi, ja minikäläisen kehityskulun kautta aikuisille ominainen mielenterveys saavutetaan? Kuten kehitysbiologiassa, myös mielenterveydessä kaikki saavutukset ja kyvyt ovat kehittyneet jostakin. Mitään emme saa valmiina. Luonnon yleisen lainalaisuuden mukaan myös persoonallisuuden kyvyt, valmiudet tai häiriöt ovat erilaisten kehitystapahtumien tulosta. Vaikka mielenterveys määritellään pääasiallisesti aikuisen näkökulmasta, sen sisältöä on tutkittava myös mielenterveyden syntymekanismien valossa.

Perimä on terveyden kulmakiviä myös mielen-

terveyden alueella. Sen merkitys ymmärretään kuitenkin usein yksisuuntaisena ja liian kaavamaisena. Kaikista geneistämme lähes puolet vaikuttaa aivoissamme. Niistä kuitenkin valtaosa on lepotilassa kunakin hetkenä. Geenit aktivoituvat ja ilmentävät itseään eli ekspressoituvat ympäristön spesifisestä vaikutuksesta. *Ympäristö* tarkoittaa silloin sekä yksilön ulkoisesta ympäristöstä välittyviä vaikutuksia että myös kemiallisesti välittyvän sisäisen ympäristön vaikutuksia. Myös eri geenit ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Mekaaninen ja deterministinen käsitys geenien ohjausvaikutuksesta ei tee oikeutta sille monimutkaiselle ja vastavuoroiselle dynamiikalle, joka vallitsee geenien ja ihmisen mielen välillä.

Psykkisen piirreominaisuuden tai häiriön *periytyvyydellä, heritabiliteetilla*, tarkoitetaan geenien vaikutuksen suhteellista osuutta alttiuteen väestössä. Se voidaan ymmärtää jatkumona 0:sta 1:een tai prosenttisuutena 0 %:sta 100 %:iin. Periytyvyyскään ei ole kuitenkaan vakioinen, vaan sen suhteellinen merkitys vaihtelee ympäristötekijöiden, kuten iän, muuttuessa. Esimerkiksi temperamenttia kuvaavien piirteiden heritabiliteetti on suurehko, mutta arvoihin ja normeihin liittyvien luonteenpiirteiden pieni. Mielenterveyden häiriöistä skitsofrenialla ja bipolaarihäiriöllä on merkittävä geneettinen tausta, sen sijaan esimerkiksi vakavassa masennustilassa periytyvyys on pienempi.

Mielenterveyden kehityksen alkuvaiheessa, *varhaislapsuudessa*, biologiset perustarpeet ovat hallitsevassa asemassa. Tuolloin ravinto, fyysinen turva, lämpö hygienia ja arkipäivän toistojen jatkuvuus ovat välttämättömiä mielenterveydelle. Niiden saaminen riittävän hyvässä vuorovaikutuksessa ja niiden luoma jatkuvuuden ja samuuden tunne muokkaavat mielenterveyden ydintä. Kehityksen edetessä myös tarpeiden luonne ja kehitysaste muuttuvat. Tärkeät ihmissuhteet alkavat ohjata mielenterveyden kehitystä yhä voimakkaammin. Myös sosiaaliset suhteet ja ympäristön normit alkavat säädellä ihmisen tarpeiden tyydytystä ja käyttäytymistä jo lapsuusvuosina. Biologiset tarpeet säilyttävät silti välittömän vaikutuksensa mielenterveyteen läpi elämän, vaikka ne tyydyttävätkin ihmissuhteiden, sosiaalisen normiston ja arvoverkoston välityksellä.

Nuoruus on merkittävä kehitysvaihe ennen aikuisuutta. Nuoruuden kehityksen aikana yksilö sopeutuu psykologisesti ja sosiaalisesti fyysiseen aikuistumiseen ja sukukypsyyteen. Ihmisen identiteetti alkaa vakiintua nuoruusiässä, jolloin kehittyä identiteetille ominainen minuuden ja jatkuvuuden tunne. Nuori kykenee tällöin vastamaan kysymyksiin ”kuka minä olen” ja ”minne olen menossa”.

Myös *aikuisuus rakentuu kehitysjaksoista*, joissa ihmisille yhteiset kehityshaasteet ja osin yksilölliset merkittävät elämäntapahtumat, usein traumaattiset erot tai menetykset, muodostuvat kehityskriiseiksi. Kehityskriisit ovat merkittäviä elämän käännekohtia, jotka vaativat sopeutumiskykyä ja uudelleen suuntautumista elämässä. Onnistunut sopeutuminen, adaptatio, luo edellytykset uudelle elämänjaksolle, joka johtaa erittäin todennäköisesti aikanaan uusiin kehityshaasteisiin, kriiseihin ja sopeutumiseen. Pitkittäistutkimukset osoittavat, että yksilöllisten ominaisuuksien lisäksi sopeutumista voivat tukea läheiset ihmissuhteet sekä laajempi sosiaalinen viitekehys.

Ihmissuhdekysymykset liittyvät erottamattomasti biologisten tarpeiden hallintaan. Mielenterveyden kehityskulussa *ihmisen biologia ja psykologia kasvavat vähitellen vaihe vaiheelta yhteen*, minkä jälkeen niitä ei voi enää kokonaan erottaa toisistaan. Käytännön syistä niitä voidaan ja usein pitääkin tarkastella kahtena eri näkökohdana, mutta todellisuudessa ne eivät voi esiintyä toisistaan täysin irrallaan. Sen vuoksi kiistely mielenterveyden biologisesta tai psykologisesta luonteesta on pohjimmiltaan hyödytöntä. Ne ovat toisistaan erottamattomia ihmisen kehityksen lainalaisuuksien määräämällä tavalla.

Jokaisen ihmisen kehitys on yksilöllinen. Yksilöiden väliset suuret erot syntyvät perimässä saadusta rakenneohjelmasta sekä ympäristön vaikutusta heijastavien biologisten ja vuorovaikutustekijöiden yksilöllisestä vaihtelusta. Ympäristötekijöiden merkitys on yleensä sitä suurempi, mitä varhaisemmin ja voimakkaammin ne ovat kehitykseen vaikuttaneet. Periytyvät yksilölliset erot tulevat esille ihmisten välillä vain ääri- tai erityisolosuhteissa. Lievä stressi ei erottele niinkään yksilöiden työsuorituksia, mutta stressitason noustessa

perinnöllisten haavoittuvuuksien tai vahvuuksien merkitys usein kasvaa.

Yhteiskunnalliset olosuhteet vaikuttavat sekä suoraan että epäsuorasti väestön hyvinvointiin ja myös mielenterveyteen. Taloudellisen taantumun suorat vaikutukset kuten esimerkiksi työttömyyden seuraukset osaamme yhdistää omaan hyvinvointiimme. Sen sijaan epäsuorat vaikutukset ja myöhäisvaikutukset jäävät helposti huomaamatta.

Yhteiskunnan voimakkaat *normit* rajoittavat yksilöiden liikkuma-alaa ja itsenäisyyttä, mutta toisaalta löystyvä normisto voi jättää yksilön turvattomaksi. Yhtenäiset ja voimakkaat ideologiat ovat poistuneet ja jättäneet monet yksilöt eräänlaiseen arvotyhjiöön ja tarkoituksettomuuden tilaan. Elämän tarkoitusta ja tukea etsitään sen sijaan lukuisista eriytyneistä ideologioista ja elämäntavoista, usein poikkeuksellisista elämäystyypeistä ja ns. virtuaalitodellisuudesta. Omalla voimakkaalla tavallaan väestön mielenterveyttä on muokkaamassa myös uuden viestintäteknologian myötä kiihtyvästi laajeneva koko maailman verkottuminen.

Kliininen käytäntö ja tutkimus vaativat, että *mielenterveydelle ja sen häiriöille on määriteltävä rajat ja kriteerit*. Mielenterveyden jatkuvasti muuttuva ja osin määrittelemätön olemus olisi ikään kuin pysäytettävä paikoilleen, jotta sitä voitaisiin tutkia. Emme voi määritellä mielenterveyttä käytännössä muulla tavalla. Vastausta siihen, mitä mielenterveys on olemuksellisesti, emme voi aivan tarkoin milloinkaan tietää.

Hyvän mielenterveyden tunnusmerkkejä ovat kyky ihmissuhteisiin, toisista välittäminen ja rakkaus, kyky ja halu vuorovaikutukseen ja henkilökohtaiseen tunneilmaisuun. Yhtä olennaista on kyky työntekoon, sosiaaliseen osallistumiseen ja asianmukaiseen oman edun valvontaan. Vaikeuksien kohdatessa työ niiden voittamiseksi, ahdistuksen riittävä hallinta, menetysten sietäminen ja valmius elämän muutoksiin ovat myös tärkeitä. Perustava merkitys on todellisuudentajalla, jotta osaamme erottaa oman ajatusmaailmamme ja ulkoisen todellisuuden vaikeissakin elämäntilanteissa ja stressin keskellä. Myös sosiaalinen itsenäisyys ja hyvin kehittynyt identiteetti ovat keskeisiä. Vaikeasti määriteltävä, mutta merkittävä on myös yksilöllinen luovuus, jolla on tärkeä osuu-

tensa muun muassa paranemisprosessissa. Hyvää mielenterveyttä luonnehtii eräänlainen psyykinen kimmoisuus ja kyky suojautua haitallisilta tekijöiltä vaikeissakin olosuhteissa.

George Vaillant on luonnehtinut mielenterveyttä kansainvälisten tutkimusten valossa kuuden eri näkökulman avulla (taulukko 1). Niistä ensimmäinen korostaa mielenterveyttä *hyvänä psykososiaalisena toimintakykynä*. Tämä sisältyy jo DSM-tautiluokituksen V-akseliin, jota kliinisessä psykiatriassa arvioidaan GAF-asteikon (Global assessment of functioning) avulla. Toinen Vaillant'n näkökohta korostaa mielenterveyttä *positiivisuuden psykologiana*. Hyvään mielenterveyteen liittyvä tehokas toiminta- ja sopeutumiskyky erilaisissa elämän haasteissa perustuu ihmisen lahjakkuuteen, kykyihin, vahvuuksiin ja erityisesti optimistiseen elämänasenteeseen. Kolmas mielenterveyttä luonnehtiva näkökohta on *persoonallisuuden kypsyys*, joka kuvaa ihmisen jatkuva kykyä kehittyä ja oppia elämäkokemuksista ja saavuttaa näin yhä parempi persoonallisuuden eheys. Neljäs Vaillant'n näkökulma korostaa mielenterveydessä *sosiaalista ja tunnepohjaista lahjakkuutta*, joka tulee lähelle persoonallisuuden elävyyttä sekä itsen ja muiden huomiointikykyä ("tunneälyä" tai "ihmistenlukutaitoa"). Viides näkökohta on se tosiasia, että hyvään mielenterveyteen liittyy aina myös *subjektiivista hyvinvointia*, joka ei riipu vain yksilöstä itsestään, vaan myös hänen ympäristöstään. Kuudes aikamme mielenterveyttä luonnehtiva piirre on psykologisen *joustavuuden ja muuttumiskyvyn* tärkeys jatkuvasti muuttuvassa maailmassa.

Taulukko 1. Mielenterveyden kuusi ulottuvuutta George Vaillant'n mukaan.

1.	Mielenterveys normaalin psyykkisen toimintakyvyn mittana
2.	Mielenterveys positiivisina psykologisina kykyinä
3.	Mielenterveys persoonallisuuden kypsytenä
4.	Mielenterveys sosio-emotionaalisen lahjakkuutena
5.	Mielenterveys subjektiivisena hyvinvointina
6.	Mielenterveys joustavuutena ja muuttumiskykynä

Mielenterveyden toimivuus ja sen häiriintymisen oireet ovat toisistaan käänteisesti riippuvaisia, mikä on havaittu myös empiirisissä tutkimuksissa. Mielenterveyden voimavarojen positiivisilla sisällöillä on käänteinen yhteys ennen kaikkea masennusoireiden esiintymiseen. Monet sosioekonomiset tekijät kuten onnistuminen työelämässä tai hyvä parisuhde liittyvät positiiviseen mielenterveyteen.

Terveen mielen eräänä ominaisuutena voidaan pitää kykyä oman kokemusmaailman aitouden säilyttämiseen. Se perustuu ihmisen kykyyn kokea elämä uutena ja tuoreena. Samalla elämää luonnehtii kuitenkin myös säännöllisyys ja jatkuvuus. Tuoreen elämäkokemuksen merkitys korostuu erityisesti silloin, kun iloa tuottava elämänlaatu heikkenee. Tilanne on tuttu jokaiselle psyykkisen kuormittumisen ja väsymyksen yhteydessä.

Masennukselle on ominaista kosketuksen heikkeneminen muihin sekä elämän mielekkyyden ja mielihyvän kokemisen häiriintyminen. Masentunut henkilö ikään kuin jäähmettyy, toistaa itseään ja ratautuu umpikujaan, josta hän ei jaksa vapautua aina omin voimin. Biologiset ja psyykkiset voimavarat ovat vaikeassa masennuksessa huvenneet, eikä mahdollisuutta tuoreeseen elämän kokemiseen ole paljonkaan jäljellä. Tällainen tila kuvaa havainnollisesti mielenterveyden merkitystä ihmisen henkilökohtaisena, uusiutuviin luonnonvaroihin verrattavana voimavarana, josta on jatkuvasti huolehdittava tai joka on tarvittaessa pyrittävä palauttamaan.

Terveys on eettisesti painottunut käsite. Terveysteen liittyvät arvostukset vaihtelevat, ja terveyden arvo suhteessa muihin arvokkaina pidettyihin asioihin saattaa herättää ristiriitoja. Mielenterveys jää yhteiskunnallisissa päätöksenteossa usein vähemmälle huomiolle kuin somaattinen terveys. Tästä voi olla seurauksena, että psykiatristen potilaiden hoitoedellytykset kaventuvat ja terveydenhuollon sisälle syntyy eettisiä ristiriitoja. Kun kaikkea hyvää ei voida tehdä, joudutaan valitsemaan erilaisten tavoitteiden välillä. Mielenterveyden huomioiminen osana ihmisen kokonaisterveyttä on myös eettinen kannanotto. Hoitojärjestelmässä toimivien eettisenä vastuuna on käyttää hallussa olevia voimavaroja terveyden kannalta, myös mielenterveys huomioiden, mahdollisimman vaikuttavalla tavalla.

Mielenterveyden edistäminen

Terveyden edistämisenä voidaan pitää kaikkea sellaista, mikä auttaa yksilöitä ja yhteisöjä lisäämään niiden tekijöiden hallintaa, jotka edistävät ja ylläpitävät terveyttä tai voivat aiheuttaa sairautta. Mielenterveyden edistämistä on mikä tahansa sellainen toiminta, joka vahvistaa mielenterveyttä tai vähentää sitä vahingoittavia tekijöitä. Ne voivat olla terveyteen suoraan vaikuttavia tai aivan muita tekijöitä kuten esimerkiksi asuin- tai työympäristön tai yhteiskunnan perusrakenteisiin vaikuttamista. Psykiatrian mahdollisuudet edistää kapeana erikoisalana omin voimin mielenterveyttä ovat selvästi rajalliset. Mielenterveyden edistäminen on koko yhteiskunnan ja sen kaikkien osa-alueiden vastuulla (taulukko 2).

Psykiatrisen prevention eli ehkäisevän psykiatrian lähtökohtana on *primaaripreventio*. Siinä pyritään mielenterveyden häiriöiden synnyn ehkäisemiseen ja siten uusien sairaustapausten väes-

töön suhteutetun määrän, ilmaantuvuuden, alentamiseen tiettyinä ajankohtana. Primaariprevention lähtökohtana on mielenterveyden häiriöiden etiologiaa koskeva tutkimustieto sekä kyky soveltaa tätä tietoa menestyksellisesti väestö- tai riskiryhmätasolla. Primaariprevention keinot voivat perustua niin biologiseen, psykologiseen kuin sosiaaliseenkin tietoon mielenterveydestä ja sen häiriöistä. Esimerkkinä mainittakoon äitiys- ja lastenneuvolatoiminta, jossa on pyritty luomaan parhaat mahdolliset lähtökohdat lapsen kehitykselle.

Prevention piiriin kuuluvat myös sairaustapausten mahdollisimman varhainen havaitseminen ja hyvä hoito eli *sekundaaripreventio*, jonka avulla pyritään vähentämään sairastavuutta eli sairaustapausten määrää tiettyinä ajankohtana väestössä. Koska useat vaikeat mielenterveyden häiriöt, kuten skitsofrenia, saattavat vaikeutua ja kroonistua myöhään aloitetun hoidon vuoksi, on panostusta varhaiseen hoitoon alettu korostaa myös prevention näkökulmasta viime vuosina. *Tertiääriprevention* eli hoidon ja kuntoutuksen tavoitteena on vähentää mielenterveyden häiriöiden aiheuttamaa toimintakyvyn haittaa auttamalla potilaita mahdollisuuksien mukaan toimintakyvyn palauttamisessa. Hyvä psykiatrisen hoito toteuttaa käytännössä parhaiten sekundaari- ja tertiääripreventiota ja rajoittaa näin mielenterveyshäiriöihin liittyvää kärsimystä ja toimintakyvyn haittaa sekä elämänlaadun menetystä.

Erilaiset interventiot, jotka kohdistuvat mielenterveyden edistämiseen tai mielenterveyden häiriöiden ehkäisyyn voidaan strategisesti suunnata *koko väestöön* (universaalinen interventio), *valikoituun riskiryhmään* (selektiivinen interventio) tai tunnettuun *korkean riskin* omaavaan ryhmään (indikoitu interventio). Hyvä äitiyshuolto tukee kaikkien synnyttävien äitien mielenterveyttä ja on hyvä esimerkki universaalista interventioista. Jo selvästi selektiivisempi interventio voidaan kohdistaa yksinäisiin nuoriin synnyttäjiin, joiden sosiaalisen tukemisen tiedetään vähentävän synnytyksen jälkeisen masennuksen todennäköisyyttä. Skitsofreniaa sairastavat äidit ja heidän lapsensa muodostavat niin korkean riskin omaavan ryhmän, että raskaana olevien skitsofreniaa sairastavien äitien hyvä psykiatrisen hoito, äitiys-

Taulukko 2. Näyttöön perustuvia ja tehokkaita mielenterveyttä edistäviä yhteiskunnallisia toimenpiteitä.

Ravitsemuksen parantaminen
Asumisen parantaminen
Koulutukseen pääsyn edistäminen
Yhteisöllisten verkostojen vahvistaminen
Päihteiden väärinkäytön vähentäminen
Luonnononnettomuuksiin ja suuronnettomuuksiin liittyvä psykologinen ja sosiaalinen tuki
Väkivallan ehkäisy
Esikouluikäisten opetus ja psykososiaalinen tuki
Kouluväkivallan vähentäminen ja kouluviihtyvyyden lisääminen
Koulukohtaiset sekä laajat useiden koulujen mielenterveysohjelmat
Lapsiystävällisen kouluympäristön luominen
Työttömyyden haittojen vähentäminen
Työpaikkastressin vähentäminen

huolto ja myös lastenhoito nähdään suositeltavana toimenpiteenä.

Mielenterveyden edistämisen kulmakivenä on kiinnittää myönteistä huomiota mielenterveyteen kansakunnan, kuntien, perheiden ja yksilöiden voimavarana ja tärkeänä arvona. Mielenterveystyö tulisi nostaa yhdentyvässä Euroopassa tärkeäksi osaksi kansanterveystyötä ja psykiatrinen hoito kiinteäksi osaksi ammatillisesti pätevää erikoissairaanhoidoa. Mielenterveyden häiriöt merkitsevät huomattavaa taloudellista ja henkistä taakkaa niin potilaille ja heidän läheisilleen kuin koko yhteiskunnalle. Tätä taakkaa ei tulisi tarpeettomasti lisätä leimaamalla mielenterveyspotilaita tai heidän omaisiaan. Luotettavan tiedon jakaminen luo parhaat edellytykset myönteisten asenteiden kehittymiselle mielenterveyden häiriöitä kohtaan.

Mielenterveyden häiriöt muodostavat keskeisen elämänlaatua, terveyttä ja toimintakykyä rajoittavan terveyshaasteen alkaneella vuosituhanella. Uusin psykiatrinen tieto ja sen viiveetön soveltaminen voivat merkitsevällä tavalla edistää mielen-terveyttä.

Mikä on ajankohtaista mielenterveyden alueella?

Masennus kuormittaa väestöä kaikkialla aiheuttaen elämänlaadun ja toimintakyvyn menetystä sekä lisäten sairastavuutta ja hoidon tarvetta. Vielä ei tunneta riittävästi syitä siihen, miksi siirtymisen informaatio- ja kilpailuyhteiskuntaan verottaa erityisesti tunne-elämän voimavaroja. Etenkin nuorten työ- ja toimintakyky näyttää olevan koetuksella, vaikka epidemiologisten mittareiden valossa väestön mielenterveyden kokonaistaso ei ole muuttunut viime vuosina.

Mielenkiintoista on myös se, miksi väestön mielenterveys ei ole kohentunut kokonaisuudessaan samalla, kun fyysinen terveys on parantunut sen kaikilla osa-alueilla, ja elämänkaari on pidentynyt. Nämä epidemiologiset tosiasiat näyttävät painottavan sitä, että mielenterveyden kehitys, säilyminen ja sen toimivuuden tukeminen väestössä edellyttävät toisenlaisia vahvuuksia kuin mitä on tarvittu

aiemmin ja mitä tarvitaan somaattisen terveyden ylläpitämiseen.

Tilastoitu väkivaltakäyttäytyminen on ollut Suomessa perinteisesti suhteellisen yleistä muihin Länsi-Euroopan maihin verrattuna. Itsemurhakuolleisuus on kuitenkin vähentynyt viime vuosina tuntuvasti. Väkivalta ei ole määrällisesti lisääntynyt merkittävästi, mutta sen ilmeneminen on tullut näkyvämmäksi ja se on saanut uusia muotoja, joita suomalaisessa yhteiskunnassa ei aikaisemmin tunnettu.

Kulttuurierot, kansakuntien erilainen historia ja perinnöllisten tekijöiden vaihtelussa havaitut erot selittävät omalta pieneltä osaltaan eroja eri väestöjen käyttäytymisessä. Voidaan myös kysyä, onko normien ja arvojen ohjausvaikutuksen heikkenemisellä osuutta väkivaltaisuuksien syrjäytymisen ja alkoholiongelmien ohella. Syytä ei ole myöskään unohtaa julkisuuskuulttuurin vaikutusta ja virtuaalimaailmassa elämisen merkitystä. Ne voivat muokata ihmisten tapaa hahmottaa ja arvottaa ympäröivää maailmaa ja jopa heikentää kansalaisten kykyä hahmottaa todellisuutta.

Yhtenäisten normien ja arvojen heikentyminen ja niiden hahmottamisen vaikeus moniarvoisessa yhteiskunnassa voivat aiheuttaa turvattomuutta ja turhautumista varsinkin nuorten keskuudessa. Moni nuori joutuu pettymään aikuisilta saatavaan tukeen sekä elämän mutkikkouteen, vaativuuteen ja vaikeuksiin. Kun kuva helposta elämästä tulevaisuudessa osoittautuu harhakuvaiksi, nuori voi ajautua vastareaktioihin suhteessaan aikuisten sukupolveen.

Tehokkaaseen mediaan perustuva julkisuusyhteiskunta on luonut kulttuurin, jossa ennakkoluuloton ja vapaa julkinen keskustelu on noussut erityisen tavoiteltavaksi arvoksi. Intiimit paljastukset, myös mielenterveyden osalta, ovat julkisuuden arkipäivää. Näissä oloissa kansalaisten välinen aito ja henkilökohtainen luottamus on vaikeutunut. Vetovoimaisen julkisuuden kääntöpuoleksi on noussut julkiset mittasuhteet saava epäonnistuminen.

Media on vahvasti kaupallinen ja pyrkii valtansa kasvattamiseen suhteessa muihin yhteiskunnallisiin instituutioihin. Hyvin voimakkaasti kaupalliseksi kehittyneenä se ei enää lisää, vaan voi jopa heikentää demokratiaa. Median vallasta seuraa yksityisten kansalaisten hämmennys siitä,

Mielenterveyden olemus

Mielenterveyttä suojaavia ja haavoittavia tekijöitä voidaan ryhmitellä karkeasti sen mukaan, ovatko ne luonteeltaan yksilöön liittyviä sisäisiä tekijöitä vai ulkoisia olosuhdetekijöitä.

Sisäiset suojaavat tekijät

Fyysinen terveys ja perimä
Myönteiset varhaiset ihmissuhteet
Itsetunto
Hyväksytyksi tulemisen tunne
Oppimiskyky
Ongelmanratkaisutaito
Ristiriitojen käsittelytaito
Vuorovaikutustaidot
Kyky ihmissuhteiden luomiseen, ylläpitoon ja purkamiseen

Sisäiset haavoittavat tekijät

Synnynnäinen sairaus tai vamma
Itsetunnon haavoittuvuus
Avuttomuuden tunne
Huonot ihmissuhteet
Seksuaaliset ongelmat
Huono sosiaalinen asema
Eristäytyneisyys
Vieraantuneisuus
Laitostuminen

Ulkoiset suojaavat tekijät

Ruoka
Suoja
Sosiaalinen tuki
Työllisyys
Myönteiset mallit
Koulutusmahdollisuudet
Turvallinen ympäristö
Toimiva yhteiskuntarakente

Ulkoiset haavoittavat tekijät

Nälkä ja puute
Suojattomuus ja kodittomuus
Erot ja menetykset
Hyväksikäyttö ja väkivalta
Psyykkiset häiriöt perheessä
Päihteet
Kulttuuriset ristiriidat
Diskriminointi
Leimaaminen
Autonomian puute
Kiusaaminen vertaisryhmässä
Työttömyys
Köyhyys
Haitallinen ympäristö

miten yhteiskuntaa ohjataan ja sen mukana myös jakautuminen niihin, jotka voivat vaikuttaa ja jotka eivät voi. Vakiintuneessa keski-iän elämänvaiheessa oleva sukupolvi ei välttämättä koe kärsivänsä tästä kovin paljon. Sen sijaan elämän suuntaa etsivät nuoret joutuvat tekemään entistä enemmän työtä arvomaailmansa löytämiseksi. Se näkyy identiteetin kehityksen hidastumisena ja voi vaikuttaa nuorten masennuksen lisääntymiseen.

Eri medioiden kehittyemisellä on luonnollisestikin myös vahvasti myönteisiä merkityksiä. Hallinnollisen kontrollin ulkopuolella oleva sosiaalinen, kaupallisista eduista vapaa media on tehokas vas-

tavaikuttaja omistajaohjatuille viestinnälle. Se voi lisätä yhteisön sosiaalisuutta ja parantaa kansalaisten vaikuttamisen mahdollisuuksia. Nykyaikaisella medialla onkin väistämättä sekä myönteisiä että kielteisiä vaikutuksia. Myönteisen innostuksen keskellä ei tulisi unohtaa sitä mahdollisuutta, että mediakulttuuri, joka muuttaa nopeasti kohteitaan ja arvostelee herkästi milloin mitäkin ilmiötä, voi lisätä nuorten turvattomuutta.

Sanan- ja ilmaisuvapauden kasvu on ollut kaikista lieveilmiöistä huolimatta kulttuurin ja ihmisen hyvinvoinnin kehitykselle tärkeää myös Suomessa.

Psykiatrian kehitys Suomessa ja maailmalla ennen toista maailmansotaa

1755	Seilin hospitaali Turun saaristossa aloittaa toimintansa Suomen ensimmäisenä psykiatrisena sairaalana.
1793	Philip Pinel katkaisee kahleet mielisairaalan potilailta Pariisissa.
1808	Psykiatria-termin käyttö alkaa.
1832	Kloraalihydraatti keksitään uni- ja rauhoittavaksi lääkkeeksi.
1841	Lapinlahden sairaala Helsingissä aloittaa toimintansa ajanmukaisena psykiatrisena sairaalana.
1856	Nuoruusiässä alkava mielisairaus (skitsofrenia) kuvataan.
1869	Sir Francis Galton väittää älykkyyden olevan perinnöllistä.
1871	Aleksis Kivi otetaan psykiatriseksi potilaaksi Lapinlahden sairaalaan.
1885	Litiumia suositellaan kiihtymystilojen hoitoon.
1887	Sergei Korsakoff kuvaa alkoholismien oireet.
1895	Sigmund Freud ja Josef Breuer julkaisevat Wienissä hysteriaa käsittelevän artikkelinsa.
1896	Emil Kraepelin kuvaa dementia praecoxin (skitsofrenian) ja maanis- depressiivisen psykoosin oireet.
1899	Sigmund Freud julkaisee Unien tulkinta -kirjansa.
1905	Psykiatrian opetus Helsingin yliopiston lääketieteen opiskelijoille alkaa Lapinlahden sairaalassa.
1905	Alfred Binet ja Theodore Simon kehittävät kliinisen älykkyystestin.
1906	Alois Alzheimer kuvaa preseniilin degeneraation (Alzheimerin taudin).
1911	Eugen Bleuler julkaisee saksankielisen oppikirjansa, joka vakiinnuttaa skitsofrenia-käsitteen.
1913	Suomen Psykiatriyhdistys perustetaan.
1917	Julius von Wagner-Jauregg keksii malariahoidon neurosyfiliksen hoitoon.
1920	Jakob Levy Moreno kehittää psykodraaman.
1921	Hermann Rorschach kehittää projektiivisen testinsä.
1923	Sigmund Freud julkaisee näkemyksensä mielen rakenteesta.
1924	Mary Cover Jones kuvaa desensitisaatiomenetelmän käytön pelkotilojen hoidossa.
1927	Suomen ensimmäinen mielenterveystoimisto aloittaa toimintansa Helsingissä.
1929	Elektroencefalogrammia (EEG) käytetään ihmisen aivosähkötoiminnan mittauksessa.
1933	Manfred Sakel esittelee insuliinisokkihoitoon.
1934	Ladislav J. von Meduna osoittaa kemiallisesti aikaansaatuun kouristusten tehon skitsofrenian hoidossa.
1935	Lobotomia (prefrontaalileukotomia) otetaan käyttöön.
1935	Amfetamiini syntetisoidaan ja sen hyöty lasten käyttäytymishäiriöissä havaitaan 1937.
1936	Anna Freud julkaisee minän puolustusmekanismeja käsittelevän teoksensa.
1938	Ugo Cerletti ja Lucino Bini käyttävät sähköhoitoa (ECT).
1938	LSD syntetisoidaan.
1938	Burrhus Frederic Skinner kuvaa operantin ehdollistumisen

Psykiatria Suomessa ja maailmalla toisen maailmansodan jälkeen

1948	WHO:n psykiatriset häiriöt sisältävä tautiluokitus (ICD-1) otetaan käyttöön.
1948	Antabus-hoito (disulfiraami) keksitään
1949	Litiumin käyttöä manian hoitoon esitetään.
1949	Antônio Moniz palkitaan Nobelin palkinnolla psykokiurgian (lobotomian) kehittämisestä.
1950	Ensimmäinen psykiatrian maailmankongressi Pariisissa
1951	Klooripromatsiinin teho psykoosilääkkeenä osoitetaan.
1952	Psykoanalyysin edistämisyhdistys perustetaan Suomeen.
1952	Mielisairaslaki astuu voimaan Suomessa.

I Potilaan tutkiminen ja diagnostiikka

1952	Ensimmäisiä MAO-estäjiä käytetään masennuksen hoidossa.
1954	Ensimmäiset kaksoissokkotutkimukset psykiatriassa (litium)
1954	Klooripromatsiini otetaan käyttöön psykoosilääkkeenä Suomessa.
1955	A-klinikasäätiö perustetaan Suomessa päihdeongelmien hoitoa varten.
1955	Lastenpsykiatria muodostuu omaksi erikoisalakseen, mutta saa nykyisen nimensä vasta 1967.
1955	Ensimmäinen bentsodiatsepiini (klopoksidi) otetaan käyttöön ahdistuneisuuden hoidossa.
1957	Ensimmäinen trisyklinen masennuslääke (imipramiini) otetaan käyttöön.
1958	Haloperidoli keksitään psykoosilääkkeeksi.
1959	Diatsepaami kehitetään ahdistuslääkkeeksi.
1959	Erik H. Erikson julkaisi kirjansa identiteetin kehityksestä ja elämänjaksoista.
1960	Psykiatria ja neurologia irtautuvat omiksi erikoisaloikseen hermo- ja mielitaudeista Suomessa.
1960	Amitriptyliini kehitetään masennuslääkkeeksi.
1961	Antipsykiatria nousee esille: Thomas Szasz julkaisee kirjansa The Myth of Mental Illness.
1962	Addiktiosta tulee virallisesti tauti.
1963	Litium otetaan kliiniseen käyttöön Suomessa.
1963	Aaron T. Beck kehittää kognitiivisen psykoterapian.
1964	Haagan päiväsairaala Helsingissä aloittaa psykiatrisen päiväsairaaloiminnan Suomessa.
1966	Klotsapiini kehitetään uudeksi tehokkaaksi psykoosilääkkeeksi.
1968	ICD-8 tautiluokitus otetaan käyttöön Suomessa.
1968	Ensimmäiset psykiatriset osastot luopuvat virkapukujen käytöstä Suomessa.
1970	Primal Scream -hoito herättää huomiota.
1971	Ensimmäinen SSRI-lääke (tsimelidiini) keksitään.
1971	Heinz Kohut julkaisee kirjansa self-psykologiasta ja narsismista.
1975	Klotsapiini poistetaan markkinoilta Suomessa esiintyneiden agranulosytoosikuolemien vuoksi.
1976	Ensimmäinen tietokonekerroskuvaus skitsofreniapotilaiden aivoista.
1976	Suomen Akatemia julkaisee mielenterveystutkimuksen ohjelman.
1978	Mielisairaslaki uudistetaan Suomessa, sairaalahoidon käyttö vähenee ja avohoito laajenee.
1979	Bulimia kuvataan mielenterveyshäiriönä.
1979	Psykiatrisen sairauskertomusjärjestelmä uusitaan Suomessa.
1980	Mielenterveyden häiriöiden diagnostiset kriteerit sisältävä DSM-III julkaistaan.
1981	Homoseksuaalisuus poistuu suomalaisesta tautiluokituksesta.
1983	DSM-III otetaan kliiniseen käyttöön Suomessa.
1983	Skitsofreniaprojekti alkaa Suomessa.
1984	Mielenterveystyön komiteamietintö julkaistaan Suomessa.
1984	Lääkintöhallitus antaa ohjeet psykoterapiakoulutuksen porrastamisesta.
1984	Interpersonaalinen psykoterapia (ITP) otetaan käyttöön
1984	Skitsofrenian negatiivisten ja positiivisten oireiden mittaus (SANS ja SAPS) otetaan käyttöön.
1986	Kansanterveyslaitos laajentaa toimintaansa mielenterveyteen.
1986	Itsemurhien ehkäisyprojekti alkaa Suomessa.
1988	SSRI-masennuslääkkeet tulevat laajenevaan käyttöön Yhdysvalloissa ja myös Suomessa.
1988	Molekyyligenetiikka tulee psykiatria: skitsofrenian esitetään kytkeytyvän kromosomiin 5.
1988	Klotsapiinin teho hoitoresistentin skitsofrenian hoidossa osoitetaan.
1991	Mielenterveyslaki astuu voimaan Suomessa.
1991	Erikoissairaanhoidolaki yhdentää psykiatrian muuhun erikoissairaanhoidon Suomessa.

1992	ICD-10 otetaan kansainväliseen käyttöön.
1994	Naltreksoni hyväksytään lääkkeeksi alkoholiriippuvuuden hoitoon.
1994	DSM-IV julkaistaan.
1996	ICD-10 otetaan käyttöön Suomessa.
1996	Olantsapiini otetaan käyttöön uutena psykoosilääkkeenä Yhdysvalloissa.
1999	Nuorisopsykiatria ja oikeuspsykiatria muodostuvat omiksi erikoisaloikseen Suomessa.
2000	DSM-IV-TR julkaistaan.
2000	Opioidiriippuvaisten uudet hoitoperiaatteet hyväksytään STM:n toimesta Suomessa.
2001	World Trade Centeriin kohdistunut hyökkäys korostaa posttraumaattisten tilojen tärkeyttä.
2005	Kaakkois-Aasian tsunami-onnettomuus herättää keskustelun posttraumaattisten tilojen hoidosta Suomessa.
2007–	Jokelan (7.11.2007) ja Kauhajoen (23.9.2008) kouluampumiset herättävät keskustelua nuorten mielen-terveydestä.
2009	Kansallinen mielenterveys- ja päihdeohjelma vuosiksi 2009–2015 (MIELI 2009) aloittaa toimeenpanonsa.
2011	Psykoteraapia siirtyy harkinnanvaraisesta kuntoutuksesta KELAn järjestämisvastuun piiriin.
2011	Japanin tsunami ja ydinonnettomuus nostavat esiin nykyaikaisen tiedoituksen merkityksen väestön huolestu-neisuuden käsittelyssä
2011	Terveydenhuoltolaki määrittelee mielenterveystyön ja päihdetyön aseman Suomessa 1.5.2011 alkaen.
2012	Psykoterapiakoulutus siirtyy asteittain yliopistojen vastuulle Suomessa ja kokonaan vuodesta 2017 alkaen.
2013	Suomen Psykiatriyhdistys täyttää 100 vuotta 12.5.2013.
2013	DSM-V julkaistaan Yhdysvalloissa.

Kirjallisuutta

- Achté K. Lapinlahden sairaalan historia. Jyväskylä: Gumme-rus, 1991.
- Achté K.,toim. A.Th. Saelanin muistikirjat I–II. Helsinki: Hel-singin yliopistollinen keskussairaaliitto, 1981.
- Achté K, Suominen J, Tamminen T. Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatria. Helsinki: Suomen Psykiatriyhdis-tys, 1983.
- Beddington J, Cooper C L, Field J, Goswami U, Huppert F A, Jenkins R, Jones H S, Kirkwood T B L, Sahakian B J, Thomas S M. The mental wealth of nations. *Nature* 2008; 455: 1057–60.
- Colp R. History of psychiatry. Kirjassa Sadock B J, Sadock V A, toim. Comprehensive textbook of psychiatry, Vol-ume II. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004, s. 4013–47.
- Engel G L. The clinical application of the biopsychosocial mod-el. *Am J Psychiatry* 1980; 13: 535.
- Erikson E H. Identity and the life cycle. New York: Norton, 1980.
- Kaila M. Psykiatrian historia. Helsinki: WSOY, 1966.
- Kandel E R. Biology and the future of psychoanalysis: a new in-terlectual framework for psychiatry revisited. *Am J Psychia-try* 1999; 156: 505–24.
- Lehtonen J, Taipale V, Lönnqvist J. Mielenterveyden olemuk-sesta ja ulottuvuuksista. *Suom Lääkäril* 1978; 33: 2519–24.
- Morgan C, Bhugra D, toim. Principles of social psychiatry. Chi-chester: Wiley-Blackwell, 2010.
- Offer D, Sabshin M. Normality and life cycle. New York: Basic Books, 1984.
- Okasha A. The declaration of Madrid and its implementation. An update. *World Psychiatry* 2003; 2: 65–67.
- Pichot P. A century of psychiatry. Paris: Editions Roger Da-costa, 1983.
- Suomen Psykiatriyhdistys. www.psy.fi.
- Vaillant G E. Mental Health. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1373–84.
- WHO. Promoting Mental Health. Geneva: WHO, 2004.
- World Psychiatric Association. Madrid declaration on ethical standards for psychiatric practice. WPA General Assembly, Madrid, 1996.