



**TURUN  
YLIOPISTO**  
UNIVERSITY  
OF TURKU

# MONISTA NÄKÖKULMISTA TAUTILUOKKAKESKEISYYTEEN

Masennuksen määrittäminen  
Turun yliopiston opiskelijoiden,  
väitöskirjatutkijoiden ja erikoistuvien  
lääkärien käsityksissä vuosina 1980–1995

Annastiina Mäkilä





**TURUN  
YLIOPISTO**  
UNIVERSITY  
OF TURKU

# **MONISTA NÄKÖKULMISTA TAUTILUOKKAKESKEISYYTEEN**

Masennuksen määrittäminen Turun yliopiston  
opiskelijoiden, väitöskirjatutkijoiden ja erikoistuvien  
lääkärien käsityksissä vuosina 1980–1995

---

Annastiina Mäkilä

## Turun yliopisto

---

Humanistinen tiedekunta  
Historian, kulttuurin ja taiteiden tutkimuksen laitos  
Kulttuurihistoria  
Historian, kulttuurin ja taiteiden tutkimuksen tohtoriohjelma (Juno)

## Työn ohjaajat

---

Professori Hannu Salmi  
Kulttuurihistoria  
Turun yliopisto

Dosentti Kirsi Tuohela  
Kulttuurihistoria  
Turun yliopisto

## Tarkastajat

---

Tutkimusjohtaja, dosentti Ville Kivimäki  
Suomalaisen Kirjallisuuden Seura

Dosentti Jutta Ahlbeck  
Sosiologia  
Åbo Akademi

## Vastaväittäjä

---

Tutkimusjohtaja, dosentti Ville Kivimäki  
Suomalaisen Kirjallisuuden Seura

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck-järjestelmällä.

ISBN 978-951-29-9843-2 (PRINT)

ISBN 978-951-29-9844-9 (PDF)

ISSN 0082-6987 (Print)

ISSN 2343-3191 (Online)

Painosalama Oy, Turku, Suomi 2024

*Rakkaille läheisilleni ja ystäväilleni*

TURUN YLIOPISTO  
Humanistinen tiedekunta  
Historian, kulttuurin ja taiteiden tutkimuksen laitos  
Kulttuurihistoria  
ANNASTIINA MÄKILÄ: Monista näkökulmista tautiluokakeskeisyyteen. Masennuksen määrittäminen Turun yliopiston opiskelijoiden, väitöskirjatutkijoiden ja erikoistuvien lääkärien käsityksissä vuosina 1980–1995.  
Väitöskirja, 369 s.  
Tohtoriohjelma Juno  
Syyskuu 2024

## TIIVISTELMÄ

Väitöskirjassa tutkitaan, millaisia ryhmäkohtaisia masennuskäsityksiä Turun yliopiston psykologian laitoksen ja lääketieteellisen tiedekunnan opiskelijoilla, erikoistuvilla lääkäreillä ja väitöskirjatutkijoilla oli vuosina 1980–1995. Tutkimuksessa masennuskäsityksiä lähestytään kahdesta näkökulmasta. Tutkimuksessa analysoidaan sekä masennuskäsitysten sisältöjä että niiden muotoutumista tieteen, hallinnon ja arjen tiedon piirin kautta ja niiden yhteisvaikutuksessa.

Tutkimuksen aineisto koostuu pääasiassa Turun yliopiston psykologian laitoksen ja lääketieteellisen tiedekunnan opetukseen vuosina 1980–1995 liittyvistä materiaaleista, kuten oppikirjoista, opinnäytteistä, harjoitustöistä ja luentomuistiinpanoista. Opintoaineiston lisäksi arjen masennuskäsityksiä analysoidaan aineistosta, joka koostuu naistenlehdestä, viidestä mielenterveysjärjestön lehdestä sekä kahden muistitietokeruun vastauksista.

Tutkimuksessa osoitetaan masennuskäsitysten olleen moninaisia, muttei sattumanvaraisia. Ryhmäkohtaisissa käsityksissä elivät rinnakkain tieteenalat, koulukunnat ja teoriat, mutta myös arkiset ja työelämästä lähtöisin olevat masennusten määritelmät. Vuosina 1980–1995 ihmisen tilannetta ei lähestytty yksittäisestä tautiluokasta käsin. Masennus oli vain osa kuvaa, jossa karotoitettiin muun muassa yksilön elämänhistoria ja ikä, muut mahdolliset sairaudet tai mielenterveyden häiriöt sekä sen hetkinen elämäntilanne ja vuorovaikutussuhteet.

Tieteen lisäksi suomalaisessa arjessa ja mielenterveyspalveluihin liittyvässä hallinnossa oli omanlaisensa masennuskäsitykset. Ne muuttuivat eri tavoin ja eriaikaisesti. Tutkimus tarkentaa kuvaa masennuskäsityksistä kolmessa tiedon alueessa eli niin sanotussa tiedon piirissä.

Vuosina 1980–1995 tieteellisissä opinnoissa tautiluokkiin suhtauduttiin pragmaattisesti. Käytännöllisesti suhtauduttiin myös epävarmuuksiin ja tieteellisen tiedon aukkoihin, joita masennuksen kaltaisiin monimutkaisiin tiloihin liittyi. Vuosituhannen vaihdetta lähestyttäessä kasvanut vaatimus aivan tietynlaiseen masennuskäsitykseen ei tullut tieteestä, vaan hallinnosta.

Kulttuurihistorian alan väitöskirja kiinnittyy useaan tutkimussuuntaukseen. Mielenterveys teemana asettaa sen osaksi kulttuurista terveys- ja mielenterveystutkimusta sekä tieteenhistoriaa. Masennuskäsitysten kautta tutkimuksessa avataan, miten opiskelijat ryhmään kuuluvina toimijoina omaksuivat, toisintivat ja loivat tietoa. Näin tutkimus asettuu osaksi tiedonhistoriaa.

Väitöstutkimus avaa uusia näkökulmia ajankohtaisiin keskusteluihin masennuksesta ja mielenterveyden ammattilaisten käsityksistä. Tutkimus tuo lisää tietoa masennusta koskevien käsitysten kulttuurihistoriallisesta muotoutumisesta ja muutoksesta.

ASIASANAT: kulttuurihistoria, tiedonhistoria, kulttuurinen mielenterveystutkimus, humanistinen terveystutkimus, masennus, depressio, melankolia, mielenterveyshäiriöt, sairaudet, terveys, tunteet, käsitykset, psykiatria, lastenpsykiatria, psykologia

UNIVERSITY OF TURKU

Faculty of Humanities

School of History, Culture and Arts Studies

Department of Cultural History

ANNASTIINA MÄKILÄ: From multiple perspectives to a focus on disorder classifications. Defining conceptions of depression among students, postdoctoral researchers, and doctors in training at the University of Turku in 1980–1995.

Doctoral Dissertation, 369 pp.

Doctoral Programme Juno

September 2024

## ABSTRACT

The dissertation examines group-specific conceptions of depression among students, postdoctoral researchers, and doctors in training in the Department of Psychology and the Faculty of Medicine of the University of Turku during 1980–1995. These conceptions are approached from two perspectives: the content of conceptions of depression and their formation through interactions among the domains of scientific, administrative, and everyday knowledge.

This research primarily draws on materials from the University of Turku's Department of Psychology and Faculty of Medicine, such as textbooks, theses, assignments, and lecture notes from 1980–1995. In addition to academic materials, sources such as a women's magazine, five mental health organization publications, and responses from two collections of personal narratives were used to analyze everyday conceptions of depression.

The conceptions of depression were diverse. In group-specific perceptions, scientific disciplines, schools of thought, and theories coexisted alongside everyday and work-related definitions of depression. Between 1980 and 1995, a person's condition was not viewed from the perspective of a single mental health category. Depression was only considered as one aspect, alongside factors such as the individual's life history, current life situation, age, and other potential illnesses or mental health disorders.

In addition to scientific perspectives, there were various conceptions of depression used in Finnish everyday life and mental health service administration. These perspectives evolved differently and at different times. The research refines our understanding of conceptions of depression across the three domains of knowledge.

From 1980 to 1995, scientific studies took a pragmatic approach to diagnostic categories. Practical attitudes also extended to uncertainties and gaps in scientific knowledge related to complex conditions such as depression. At the turn of the millennium, the demand for a specific type of conception of depression did not originate from the scientific community but rather from administration.

This cultural-historical dissertation intersects with several schools of thought. Its thematic focus on mental health places it within the realms of cultural studies in health and mental health and the history of science. Through conceptions of depression, the study opens up how students as group actors appropriated, reproduced, and created knowledge. In this way, the research becomes part of the history of knowledge.

The dissertation uncovers new perspectives on current debates about depression and its conceptions by mental health professionals. In addition, it provides new insights into the cultural-historical shaping and transformation of conceptions of depression.

**KEYWORDS:** cultural history, history of knowledge, cultural studies in mental health, health humanities, depression (mental disorders), melancholy, mental disorders, illnesses, health, emotions, conceptions, psychiatry, child psychiatry, psychology

# Kiitokset

Tämä väitöskirja on syntynyt ihmettelystä. Minua kiinnosti masennus lääketieteen ja psykologian ammattilaisten näkökulmasta. Mitä enemmän aiheesta luin, sitä enemmän minulla oli uusia kysymyksiä. Otin yhteyttä oppiaineeni professoriin Hannu Salmeen ja ihmettelystäni muodostui idea tutkimukselle. Hieman tämän jälkeen kulttuurihistorian dosentti Kirsi Tuohela lupautui tutkimukseni toiseksi ohjaajaksi. Väitöskirjatutkimuksen kautta olen saanut astua loputtoman ihmettelyn maailmaan, mikä on ollut samanaikaisesti sekä äärimmäisen palkitsevaa että turhauttavaa. Pääni on edelleen täynnä kysymyksiä, mutta moni niistä on nyt saanut vastauksen.

Kiitän väitöskirjan ohjaajiani kulttuurihistorian professori Hannu Salmea ja dosentti Kirsi Tuohelaa. Tämä työ ei olisi valmistunut ilman teitä. Olette alusta saakka väsymättömästi ohjanneet, neuvoneet, keskustelleet ja tukeneet. Oma uskoni maaliin pääsemisestä on horjunut, mutta teidän ei koskaan.

Kiitos Kirsi, että olet jakanut minulle ihailtavan kattavaa asiantuntijuuttasi kulttuurisen terveys- ja mielenterveystutkimuksen osalta. Olet väsymättä kommentoinut tekstejäni huolella sekä asian että esittämistavan osalta aina aivan ensimmäisestä tutkimussuunnitelmastani lähtien. Kiitos kaikesta avusta ja rohkaisusta verkostoitua laajasti mielenterveydestä kiinnostuneiden tutkijoiden kanssa tieteenalarajoista välittämättä. Omat kirjoituksesi ovat olleet minulle esimerkki ja inspiraatio, joihin olen palannut aina uudestaan.

Kiitos Hannu hengästyttävän laaja-alaisesta osaamisestasi. Osaat kuulla ja lukea sanojen taakse ja monet kerrat olet sanoittanut ajatukseni tarkasti ennen kuin olen itse niitä osannut itselleni kirkastaa. Kiitos myös sinulle tekstieni lukemisesta, ajatusteni eteenpäin viemisestä ja kaikesta opista, jota sinulta olen saanut.

Kiitos teille tilasta kasvaa tutkijana. Erityisesti itseluottamukseni on vaatinut teiltä toistoa, kiitos siitä. Olen saanut olla myös eri mieltä, kunhan olen osannut perustella ajatukseni. Olen oppinut teiltä valtavasti. Olen nauttinut kaikista keskusteluistamme ja kokenut olevani etuoikeutettu saadessani käydä niitä juuri teidän kanssanne.

Suuri kiitos väitöskirjani esitarkastajille dosentti Ville Kivimäelle ja dosentti Jutta Ahlbeckille. Esitarkastuslausuntojenne perusteella osasin vihdoin itsekkin katsoa työtäni muutaman askeleen etäisyydeltä ja muokata tutkimuksesta ehyemmän



kokonaisuuden. Arvostan suuresti, kuinka olitte osanneet nähdä työni punaisen langan ja annoitte konkreettisia ja oivaltavia ehdotuksia työn parantamiseksi. Kipuilemani ongelmakohdat alkoivat näyttää mahdollisuuksilta, kunhan vain kirjoittaisin tavoitteeni ja perusteluni selkeämmin lukijalle. Suuri kiitos lausunnoissa antamastanne kannustuksesta ja tutkimukseni onnistuneiden kohtien esiintuomisesta. Nämä sanat auttoivat jaksamaan aivan viimeisen viimeistelyvaiheen. Kannustus antoi myös rohkeutta luottaa omaan tutkijan ääneeni ja kirjoittaa se kirkkaammin esiin kaikkien luettavaksi. Kiitos Kivimäelle suostumisesta myös vastaväittäjäkseni.

Kiitos professori Viola Parente-Čapková tiedekunnan edustajana arvostelutoimikunnassa toimimisesta.

Ennen esitarkastusta tutkimukseni oli luettavana kulttuurihistorian pyöreässä pöydässä, jossa ohjaajieni Salmen ja Tuohelan lisäksi toimivat professori Marjo Kaartinen, professori Marja Jalava ja dosentti Maarit Leskelä-Kärki. Suuri ja lämmin kiitos teille kaikille perusteellisesta paneutumisesta työhöni ja sen valmistumisen kannalta oleellisista kommenteista. Väitöskäsikirjoitustani kokonaisuudessaan kommentoi myös psykologi Harri Kousa psykologian ammattilaisen näkökulmasta. Kiitos Kousa kallisarvoisista kommenteistasi. Kiitos Reetta Sippola ja Anni Syrjälahti englanninkielisen tiivistelmäni oikolukemisesta.

Tutkimuksestani olisi tullut kovin erilainen ja köyhempi ilman vuosien 1980 ja 1995 välillä Turun yliopiston psykologian laitoksella ja lääketieteellisessä tiedekunnassa opiskelleilta tai työskennelleiltä lainaan saamiani aineistoja. Monipuolisuudessaan nämä antoivat minulle rikkaan kuvan opinnoista, luetusta kirjallisuudesta ja opiskelijoiden omista kirjoituksista. Sydämestäni lämmin kiitos psykologit Jukka Hyönä, Eva Ora, Anna-Stina Renqvist-Korhonen, Minna Tapojärvi, Taina Tegelsten, Hannu Tonteri ja Tiina Vidqvist sekä nuorisopsykiatrian erikoislääkäri ja kognitiivinen psykoterapeutti Jill Bäckström.

Aihe on ollut monin tavoin haastava eikä vähiten siitä syystä, että olen toiminut minulle entuudestaan tuntemattomien tieteenalojen kentillä. Aineistot ovat nostaneet mieleen loputtomasti kysymyksiä, joihin ei ole ollut helppo löytää vastauksia. Ymmärtääkseni paremmin vuosia 1980–1995 psykologian ja psykiatrian opiskelijoiden ja ammattilaisten näkökulmasta olen käynyt useita keskusteluja ja tehnyt muutamia haastatteluja noina vuosina opiskelleiden tai työskennelleiden kanssa. Ilman näitä keskusteluita olisi moni solmu päässäni jäänyt avautumatta ja asia ymmärtämättä. Lämmin kiitos epävirallisista keskusteluista psykologian professori emerita Pirkko Niemelä ja psykologian professori Pekka Niemi. Lämmin kiitos psykiatrian erikoislääkäri Jukka Kärkkäinen erityisesti psykiatrian tieteenalan ajattelutapojen ja tautiluokitusten merkitysten kuvaamisesta. Lämmin kiitos psykiatrian erikoislääkäri, psykoanalytikko Anneli Larmo erityisesti psykodynaamisen ajattelun avaamisesta ja sen kuvaamisesta, miltä psykoanalyttinen koulutus näyttäytyi erikoistuvan lääkärin näkökulmasta. Kiitos kulttuurihistorioitsija Ilana Aalto ystävällisistä neuvois-

tasi ja siitä, että mahdollistit Larmon kanssa tekemäni haastattelun. Erään lehtihaastattelun jälkeen sain yhteydenoton jo pitkän uran tehneeltä psykologilta. Kiitos psykologi Soili Salokangas tapaamisesta ja psykologin ammatinharjoittamisen kuvaamisesta usean vuosikymmenen ajalta. Psykologi Tiina Vidqvist ei ainoastaan lainannut minulle aineistoja, vaan järjesti myös ryhmähaastattelun hänen ja neljän muun psykologin kanssa. He olivat kaikki opiskelleet psykologian laitoksella 1970-luvun lopulla ja 1980-luvulla ja kertoivat minulle ystävällisesti opinnoistaan, silloisesta henkilökunnasta sekä omista ajatuksistaan psykologeina. Lämmin kiitos teille psykologit Vidqvist, Merja Tuomola, Leena Helelä-Alhopuro, Anna-Liisa Vitie ja Annukka Tuokko. Kiitos ystävällisyydestä ja kannustuksesta samalla kaikille muillekin psykologeille ja psykiatreille, joihin olen väitöstutkimukseni osalta ollut yhteydessä.

Väitöskirjaa olen saanut tehdä osana kulttuurihistorian innostunutta ja kiinnostuksen kohteiltaan äärimmäisen monipuolista yhteisöä. Kiitos väitöskirjatutkijat ja tutkijat Niina Siivikko, Heta Aali, Pekka Kolehmainen, Maiju Kannisto, Anna-Leena Perämäki, Suvi-Sadetta Kaarakainen, Heta Lähdesmäki, Sari Hartikainen, Juha Isotalo, Young Joo Hong, Reetta Sippola, Ritva Larva, Otto Latva, Liisa Lalu, Satu Sorvali, Marika Ahonen, Juhana Saarelainen, Heidi Hakkarainen, Elina Karvo, Karoliina Sjö, Niina Lehmusjärvi, Laura Saloluoma, Pekka Pitkälä, Susanna Lahtinen, Mia Haittoniemi, Noora Kallioniemi, Mila Oiva, Marina Bergström, Marja Pallassalo, Johanna Gunell, Anni Hella, Henna Karppinen-Kummunmäki, Reima Välimäki, Miira Vuoksenranta, Ritva Larva, Asko Nivala, Anu Salmela, Niko Heikkilä, Annika Immonen, Pekka Pitkälä ja Pauliina Räsänen. Kiitos kulttuurihistorian oppiaineen henkilökunta ja jo kokeneemmat tutkijat. Kiitos Hannu Salmi, Kirsi Tuohela, Marjo Kaartinen, Maarit Leskelä-Kärki, Kimi Kärki, Sakari Ollitervo, Jukka Sarjala, Harri Kiiskinen, Kirsi Kanerva, Paavo Oinonen, Silja Laine, Tapio Onnela Petri Paju, Tom Linkinen, Rami Mähkä, Heli Rantanen, Marika Räsänen, Pälvi Rantala, Meri Heinonen sekä Riitta Laitinen, jota kaikki oppiaineestamme ovat jääneet kaipaamaan. Kiitos aikanaan oppiaineen käytännön lankoja käsissään pidellyt osastosihteeri Sirpa Kelosto, ja myöhemmät humanistisen tiedekunnan palvelusihteerit kaiken sujumisesta.

Teiltä kaikilta olen oppinut paljon. Olen saanut kallisarvoisia neuvoja ja vinkkejä. Olen saanut ottaa teistä mallia tutkijoina ja ajattelijoina. Olette muodostaneet viiteryhmäni, johon mielelläni samaistun. Kiitos kaikista tutkimuspäivistä, seminaareista ja tutkimusryhmistä. Kiitos kahvihetkestä, lounaista, seminaarien ja tutkimuspäivien jatkoista. Kiitos Novruzeista ja Litzen-luentojen jälkeisistä juhlahetkestä. Kiitos yhteisistä pomodoron rytmittämistä kirjoitusretriiteistä muun muassa Aikalassa ja kirjastossa. Kiitos niin äänekkäästä kuin hiljaisestakin tiedosta. Kollegiaalisuuden lisäksi useasta teistä on tullut myös ystävä.

Erityiskiitos lounasryhmälle Niina, Heta L., Heta A., Suvi-Sadetta, Maiju ja Anna-Leena. Olen teidän kanssanne saanut jakaa monet ilot ja surut, naurut ja kyy-

neleet. Olette neuvoneet käytännön asioissa, kertoneet akateemisesta maailmasta, jakaneeet huolia työn ja muun elämän yhdistämisestä. Olemme hakeneet yhtäaikaaisesti toisiamme tukien samoja työpaikkoja, opettaneet yhdessä ja tehneet yhteisiä suunnitelmia. Olette kommentoineet väitöskirjani ja artikkeleideni käsikirjoituksia. Suuri kiitos tästä kaikesta ja kiitos ystävydestä. Olette upeita naisia, joilta olen oppinut suuresti ylipäättään elämästä!

Varhaisessa vaiheessa Tuohelan vinkistä löysin kirjallisuudentutkija Saara Jäntin tuolloin luotsaaman kulttuurisen mielenterveystutkimuksen verkoston. He koontuivat säännöllisen epäsäännöllisesti Jyväskylän yliopistolla. Turkulainen aloitteleva väitöskirjatutkija otettiin ystävällisesti osaksi verkostoa ja kuljin tapaamisiin joka kerta suurin odotuksin pettymättä kertaakaan. Jäntti oli kollegoineen koonnut aivan erityisen monitieteisen ryhmän keskustelemaan yhdessä mielenterveyttä koskevista aiheista. Keskusteluista syntyi idea artikkelikokoelmalle, jonka toimituskunnassa sain olla. Kiitän lämpimästi kaikkia verkoston ihmisiä, jotka avasivat minulle näkökulmia ja ajattelutapoja. Erityisesti kiitän artikkelikokoelman kolmea muuta toimittajaa Saara Jänttiä, taidehistorian tutkija Sari Kuvvaa ja taiteilijatutkija Kirsi Heimosta. Asiantuntijuutenne on ollut minulle arvokasta ja opin toimitustyön aikana paljon kulttuurisesta mielenterveystutkimuksesta.

Turun yliopistolla keskustelua terveydestä ja mielenterveydestä sain käydä Kulttuurin ja terveyden tutkimusyksikön tutkijaseminaareissa, joita tuolloin veti sukupuolentutkija Anu Laukkanen. Hänen johdollaan seminaari oli aiheiltaan suoranaisten karkkilaatikko. Kiitos psykiatrian professori Jyrki Korkeila seminaarissa esittämisestäsi kommentteista omaan alkuvaiheen tekstiini. Anu on sittemmin ollut minulle useammalla tavoin kollega, esimies ja lopulta myös ystävä. Kiitos Anu kaikista vinkeistä, neuvoista, kannustuksesta ja keskusteluista. Olen oppinut sinulta paljon ja yrittänyt noudattaa esimerkkiäsi humanista kollegiaalisuudesta.

Kulttuurin ja terveyden tutkimusyksikkö on kulkenut väitöskirjatutkijan urallani monin muinkin tavoin mukana. Yksikön ensimmäisenä professorina toimi lääketieteellisen antropologian dosentti Marja-Liisa Honkasalo. Vuonna 2017 yhdessä sosiologi Kia Andellin kanssa hän lanseerasi muutaman numeron verran eläneen matalan kynnyksen kulttuurin, terveyden ja hyvinvoinnin teemoja käsittelevän julkaisun Kipinä. Kiitos Marja-Liisa, että sain osallistua julkaisun tekstien toimitukseen ja keskusteluihin. Opin näistä paljon.

Kirjallisuuden professori Päivi Lappalaisen vastatessa tutkimusyksikön toiminnasta sain toimia yksikön suunnittelijana, vetää aiemmin Anu Laukkasen vetämää tutkijaseminaaria sekä opettaa yksikön koordinoiman monitieteisen Asklepios-sivua ainekokonaisuuden johdantokursseja. Näiden kautta sain sukeltaa astetta syvemmälle kulttuurin ja terveyden monitieteiseen maailmaan. Kiitos Päivi luottamuksesta ja mahdollisuudesta kasvaa näissä rooleissa.

Tutkimuksessani keskustelen myös tieteen- ja tiedonhistorian kanssa. Tässä kullanarvoinen keskusteluympäristö on ollut Turun yliopistolla kokoontuva monitieteinen, joskin historian tutkijoihin painottuva tiedepiiri. Ilmapiiri tiedepiirissä on aina ollut innostava, ja kun tutkijat alkoivat suunnittelemaan yhteistä artikkelikokoelmaa, ilmoittauduin mukaan toimituskuntaan. Kiitos yhteistyöstä kirjan muille toimittajille historian tutkijat Mikko Myllyntaus ja Johanna Skurnik sekä filosofian tutkija Veli Virmajoki. Mikon ja Johannan kanssa kirjoitimme teokseen johdannon, jota kirjoitettaessa opin suuresti tieteen- ja tiedonhistoriasta. Omassa tutkimuksessani olin pitkään tuskailnut, miten jäsentäisin ja sanoittaisin masennusta koskevaa ja ryhmän jakamaa tietoa. Mikko ja Johanna auttoivat minua tässä jäsenestyössä ja olemme yhdessä kehittäneet eteenpäin ajatusta tutkimukselleni keskeisistä tiedon piireistä. Suuri kiitos teille.

Akateemisesta kirjoittamisesta ja tekstin muodostuksesta olen saanut oppia tieteellisten julkaisujen toimituskunnista. Väitöskirjatutkimukseni aikana toimin useita vuosia J@rgonian toimittajana, mikä oli hyvin opettavainen kokemus. Kiitos päätoimittajat historian tutkijat Konsta Kajander, Matti Roitto ja Petteri Impola sekä muut toimittajat. J@rgonian parissa olen toiminut monessa roolissa. Yhdessä Petteri Impolan ja historian yliopistotutkija Jari Eilolan kanssa toimitimme terveyttä, yksilöä ja yhteiskuntaa käsittelevän teemanumeron, mikä oli monin tavoin opettavainen kokemus. Yhdessä historian tutkija Pekka Pietilän kanssa kirjoitimme silloisen päätoimittajan pyynnöstä kulttuurista mielenterveystutkimusta käsittelevän teemasarekkeen. Kiitos Pekka hyvästä yhteistyöstä. Yhteiskirjoittamisen kautta oppii aina paljon. Kiitos myös tieteen ja aatteiden historian yliopistotutkija Heini Hakosalo mahdollisuudesta pohtia kanssasi, kuinka media hyödynsi tautihistoriaa koronapandemian alkuaikoina. Kiitos teille kaikille yhteistyöstä ja saamistani opeista.

Maisterivaiheestani väitöskirjatutkimukseni alkuvuosiin saakka olin toiminut Ennen ja nyt – historian verkkosanomien toimituskunnassa eräänlaisena monitoiminnaisena. Nykyinen Suomen ja Pohjoismaiden historian professori ja tuolloinen lehden päätoimittaja Anu Lahtinen on ensimmäisistä kohtaamisistamme saakka johdattanut minua akateemisen maailman saloihin. Hän kutsui minut aikoinaan seuraamaan väitöstilaisuuttaan, mikä tuntui erityiseltä ja itselleni täysin vieraaseen maailmaan astumiselta. Vuosien mittaan hän on rohkaissut, neuvonut ja osoittanut lämmintä akateemista solidaarisuutta. Väitöskirjani käsikirjoituksesta hän antoi minulle käytännönläheisiä kommentteja. Kiitos Anu kaikesta. Yritän laittaa hyvää kiertämään.

Kiitos hyvästä työilmapiiiristä Sirkkalan kasarmin Minerva-rakennuksen työhuoneessa E110 työskennelleille ja sen viereisessä kahvihuoneessa taukojaan viettäneille tutkijoille. Tämä löyhä yhteisö oli ilahduttavan monitieteinen joukko muun muassa folkloristeja, kansatieteilijöitä ja sukupuolentutkijoita. Nautin lounaiden monipolvisista ajoittain teoreettisistakin keskusteluista, akateemisen maailman pohdin-

noista ja ihmisten hyväntuulisuudesta. Samalla aina kun tarvitsin neuvoja, niitä myös sain. Sirkkalaan oli aina ilo tulla töihin. Kiitos teille Tuomas Hovi, Taru Leppänen, Varpu Alasuutari, Lotta Kähkönen, Anne Heimo, Kaarina Koski, Tuula Juvonen, Sari Miettinen ja kaikki tiloissa työskennelleet.

Ajatteluani ja ymmärrystäni ovat vieneet eteenpäin myös monet satunnaisemmat keskustelut. Kiitos emeritaprofessori ja sosiaalipsykologi Vilma Hänninen, että avasit minulle sosiaalipsykologian näkökulmia kävellessämme Berliinin yössä. Kiitos poliittisen historian dosentti ja akateeminen voimainen Mona Mannevu, joka Joensuussa aamupalalla törmätessämme muistutit minua, miksi tutkimus olikaan aivan valloittavan innostavaa. Kiitos sosiologi Simone Gully (os. Rassmann) lounaista ja polveilevista keskusteluista terapeuttisista kulttuureista ja elämästä yleensä.

Kiitos myös kaikki muut kollegat, joita en tässä nimeä. Näihin vuosiin on mahtunut lukematon määrä tärkeitä kohtaamisia ja keskusteluja tieteestä ja tutkimuksesta! On mahtavaa saada oivaltaa itsekseen asioita, mutta vielä parempaa on saada oppia toisilta ja jakaa innostus, ilo ja ihmettely! Kiitän lämpimästi ja sydämestäni kaikkia, jotka olette osallistuneet matkalleni!

Kiitän jokaista työskentelyäni rahoittanutta tahoa. Olen ottanut joka ikisen apurahan henkilökohtaisena luottamuksen osoituksena tutkimustani kohtaan. Epävarmassa työssä nämä ovat olleet tärkeitä henkisiä tukia sen lisäksi, että ne ovat mahdollistaneet itse työnteon. Aivan ensimmäinen työskentelyapurahani oli 400 euron suuruinen tuki Turun yliopiston yhdistetyltä tutkimusapurahastolta. Tämän jälkeen tutkimustyötäni ovat turvanneet Suomen Kulttuurirahaston Keskusrahasto, Walde-  
mar von Frenckells stiftelse, Eemil Aaltosen säätiö, Oskar Öflunds Stiftelse, Turun yliopistosäätiö, Tohtoriohjelma Juno ja vielä toistamiseen Turun yliopiston yhdistetty tutkimusapurahasto. Tutkimuksen kannalta tärkeisiin kansainvälisiin konferensseihin osallistumisen mahdollistivat Tohtoriohjelma Junon ja Turun yliopistosäätiön myöntämät matka-avustukset. Suuri kiitos kaikille rahoittajille tutkimukseni mahdollistamisesta!

Väitöskirjani ei olisi valmistunut ilman vanhempiani, jotka ovat huolehtineet lapsestani minun ollessani myöhään töissä tai työmatkalla. Kiitos isä uskosta itseeni. Kiitos äiti, että olet opettanut periksiantamattomuutta ja hyvän näkemistä maailmassa. Kiitos aivan kaikesta henkisestä ja konkreettisesta huolenpidosta.

Kiitos rakkaille rakkaille ystävilleni ja veljelleni, heidän puolisoilleen ja lapsilleen. Kiitos Hanna, Antti, Sini, Eveliina, Antti, Anni, Tuomas ja Susanna. Teihin ja perheisiin olen aina voinut luottaa. Mitä tahansa elämässä tapahtuu, te olette olemassa. Erityiskiitos Hanna, joka olet tarjonnut minulle ja lapselleni varaperheen.

Väitöskirjan viime metreillä sain vierelleni ihmisen, jonka kanssa jakaa elämää ja ihmettelyä. Kiitos Tomi kaikista keskusteluista. Lämmin kiitos asiantuntevista kommentteistasi väitöskirjani käsikirjoitukseen. Kiitos rakkaudesta, tuesta ja täydem-

mästä maailmasta. Kiitos, että saan kasvaa vierelläsi. Kiitos myös tulevaisuudesta ja mahdollisuudesta yhteiseen onnelliseen historiaan.

Suurin kiitos kuuluu lapselleni, joka on kaikki nämä vuodet kasvanut väitöskirjatutkimuksen rinnalla. Väitöskirjatyö sivupolkuineen on vaatinut paljon eikä arki ole ollut pullantuoksuista. Kaikesta kiireestä ja huolesta huolimatta on minulla ollut koti täynnä iloa, onnea, ihmettelyä ja innostusta. Kiitos Myrsky. Kiitos, että olet osoittanut esimerkkiä sinnikkyydelläsi, rohkeudellaasi, viisaudellaasi ja maailmaa kohtaan osoittamallaasi lämmöllä.

Kaikki on hyvin.

Turussa heinäkuussa 2024

*Annastiina Mäkilä*

# Sisällys

|   |            |
|---|------------|
| <b>Kiitokset.....</b>   | <b>6</b>   |
| <b>1 Johdanto.....</b>  | <b>15</b>  |
| 1.1 Masennuskäsitykset tutkimuskohteena .....   | 15         |
| 1.2 Tiedon piirit ja masennusattribuutit metodologiana sekä tutkimuksen rakenne .....                         | 20         |
| 1.3 Aiempi tutkimus .....   | 30         |
| 1.4 Tutkimuksen aineisto.....   | 36         |
| <b>2 Masennusten kieli.....</b>   | <b>45</b>  |
| 2.1 Normaali ja terve masennus.....   | 45         |
| 2.2 Etiologian mukaisia masennuksia.....  | 51         |
| 2.3 Masennus mielialana ja masennuksen yhteys suruun .....  | 58         |
| 2.4 Masennus aktiivisen ja autonomisen vastakohtana .....   | 70         |
| 2.5 Masennus itseen kohdistuvana negatiivisuutena .....   | 78         |
| 2.6 Masennuksen aikaulottuvuus .....  | 85         |
| 2.7 Masennuksen kehollisuus .....   | 91         |
| 2.8 Harhainen ja epätodellinen masennus.....  | 101        |
| 2.9 Masennuksen sukupuolittuneisuus.....  | 103        |
| 2.10 Lasten ja nuorten masennus .....   | 117        |
| 2.11 Ehtymisikäisten ja vanhusten masennus .....  | 131        |
| 2.12 Masennus ja päihteiden väärinkäyttö.....   | 139        |
| 2.13 Masennus ja itsetuhoisuus .....  | 143        |
| <b>3 Masennusten liike.....</b>   | <b>163</b> |
| 3.1 Yhteiskunnan rakenteet muovasivat mielenterveyspotiluu-<br>ttaa ja mielenterveyden ammattilaisuutta ..... | 164        |
| 3.2 Neuroosi ja psykoosi määrittivät mielenterveyspotilaan vaihtoehtoja.....                                  | 175        |
| 3.3 Henkilökunnan kiinnostuksen kohteet muovasivat oppiaineiden sisältöjä .....                               | 188        |
| 3.4 Psykyen asiantuntijat hakivat arvostusta tieteessä ja hallinnossa .....                                   | 195        |
| 3.5 Psykyen ja sooman sairauksien arvoasteikko näkyi mielenterveyspotiluu-<br>dessa .....                     | 204        |
| 3.6 Masennus liikkui tieteen tiedossa psykyen ja sooman välillä .....   | 216        |
| 3.7 Saatavilla olleet hoitomuodot tarjosivat masennukselle määritelmää.....                                   | 224        |

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| 3.8      | Tautiluokitusten masennukset liikkuvat hallinnosta tieteeseen ja arkeen.....                | 246        |
| 3.9      | Masennusta lähestyttiin osana elämänhistoriaa, vuorovaikutusta ja sosiaalisia suhteita..... | 267        |
| 3.10     | Masennus ja burnout kiersivät tieteen, hallinnon ja arjen tiedon välillä.....               | 282        |
| 3.11     | Masennus ilman tautiluokkaa toimi teoriana ja työvälineenä                                  | 294        |
| 3.12     | Vaatimus tautiluokkakeskeiseen masennukseen kasvoi 1990-luvulla.....                        | 302        |
| <b>4</b> | <b>Masennuksista tautiluokkakeskeisyyteen.....</b>  | <b>321</b> |
| 4.1      | Monista näkökulmista siirryttiin yhteen luonnontieteelliseen totuuteen.....                 | 323        |
| 4.2      | Uusi mielenterveyskansalainen kaipasi tautiluokkia.....                                     | 326        |
| 4.3      | Tieteessä siedettiin epävarmuutta ja ristiriitaisuuksia vielä vuosina 1980–1995.....        | 332        |
| 4.4      | Masennusten moninaisuus korvautui mielialaa kuvaavalla oireyhtymällä.....                   | 334        |
|          | <b>Lähdeluettelo.....</b>   | <b>338</b> |
|          | Alkuperäisaineisto.....   | 338        |
|          | Tutkimuskirjallisuus.....   | 358        |



# 1 Johdanto

## 1.1 Masennuskäsitykset tutkimuskohteena

Tutkimukseni on masennuskäsitysten kulttuurihistoriaa, joka ottaa huomioon käsitysten tiedollisen ulottuvuuden, mutta myös laajemman intuitiivisemmän ulottuvuuden. Tutkimukseni on myös tiedon kulttuurihistoriaa ja mielen asiantuntijuuden lähihistoriaa. Masennuskäsityksellä tarkoitan masennusta koskevaa ymmärrystä, tietoa ja ajattelumalleja ja näiden sanoittamista. Masennuskäsitys muodostuu mahdollisista sairauskäsityksistä, käsityksestä normaalista ja epänormaalista, masennukseen liitetystä attribuuteista, kuten mahdollisista oireista tai sukupuolieroista, ajatuksesta sen syntytavasta ja elinkaaresta, mahdollisista taustateorioista ja ajatuksesta masennuksen paikasta ja suhteutumisesta sen läheisiin käsityksiin ja näihin liittyviin arvoasetelmiin.

Tutkimuksessani kysyn, *millaisia ryhmäkohtaisia masennuskäsityksiä oli Turun yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa ja psykologian laitoksella opiskelleilla sekä psykiatriassa ja lastenpsykiatriassa erikoistuneilla lääkäreillä ja väitöskirjatutkimusta tehneillä vuosina 1980–1995*. Analysoin masennuskäsityksiä osana opiskelijoiden<sup>1</sup> jakamia tieteen, hallinnon ja arjen tiedon piirejä. Tiedon piirejä avaan tarkemmin seuraavassa alaluvussa.

Masennus sairautena tai häiriönä on ollut muutoksessa läpi modernin psykiatrisen tautiluokittelun ajan. Masennusta käsitteen yksikkömuodossa ei ole. Kiinnostus masennusten biologiaa kohtaan on ollut suurta läpi 1900-luvun ja siihen liittyen on rakennettu hypoteeseja. Kaikista ajantasaisimmatkin tutkimukset osoittavat, ettei masennus ole yhtenäinen entiteetti aivokemialtaan tai -rakenteeltaan, biomarkkereiltaan, genetiikaltaan, immunologialtaan, hormonaalisesti, hermostollisesti, aivojen välittäjäaineiden kannalta tai hapetusstressin eli veren oksidatiivisen stressin markkereiden kannalta. Vaikka nykyinen masennuskäsitys on sairaus- ja oirekeskeinen, ei masennuksen voida sanoa olevan yhtenäinen myöskään oireiltaan ainakaan puhuttaessa kansallisessa tautiluokituksessa koodilla F32 kulkevasta masennustilasta.

<sup>1</sup> Jos en toisin tarkenna, niin tutkimuksessani viittaan ”opiskelijoilla” Turun yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa ja psykologian laitoksella opiskelleisiin sekä psykiatrian ja lastenpsykiatrian jatko-opiskelijoihin ja erikoistuneisiin lääkäreihin.

Etiologia ja prognoosi eivät tarjoa nekään yhtä yhtenäistä mallia.<sup>2</sup> Tässä väitöskirjassa masennusta analysoidaan osana ihmisen tulkintaa. Masennusta analysoidaan pyrkimyksinä nimetä, luokitella ja ymmärtää itsessään todellisia ja oman biologisen ulottuvuutensa omaavia ajatusmalleja, tunteita ja tiloja, joilla ei välttämättä ole toistensa kanssa yhtäkään yhteistä tekijää – lukuun ottamatta ajatusta masennuksesta. Koska masennus ei ole yksikkö, korostan tätä ajoittain kirjoittamalla masennuksista monikossa.

Tutkimukseni kohdistuu rajatun ryhmän käsityksiin eli Turun yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa ja psykologian laitoksella opiskelleiden sekä psykiatrian ja lastenpsykiatrian väitöskirjatutkijoiden ja erikoistuvien lääkäreiden käsityksiin. Suhtaudun opiskelijoihin, väitöskirjatutkijoihin ja erikoistuviin lääkäreihin aktiivisina toimijoina. Opintojen aikana saatu informaatio omaksuttiin tiedoksi erilaisin painoituksin, ja masennuskäsityksiä oli omaksuttu ympäröivästä kulttuurista myös jo ennen opintoja ja opintojen aikana. Tutkimuksessani analysoin opiskelijoiden ryhmätietoa analysoimalla opiskelijoita ympäröineissä tiedon piireissä tuotettuja tai jaettuja tekstejä ristiin opiskelijoiden tuottamien tekstien kanssa.<sup>3</sup> Ryhmän masennuskäsityksiä tutkin analysoimalla, miten teksteissä määriteltiin termiä masennus ja sen asiayhteydestään tunnistettavia synonyymeja, kuten depressio ja melankolia.

Tutkimuksessani katson, että arjen ja hallinnon tieto olivat läsnä opinnoissa. Masennusta koskevia käsityksiä muodostettiin osana opintoja, arjen elämää sekä ammattia harjoitettaessa joko opintojen aikaisissa harjoitteluissa tai jo mahdollisessa palkkatyössä. Masennusta koskevaa tietoa tuotettiin tieteellisessä tutkimus- ja opetustyössä, mutta myös arjen keskusteluissa ja kokemukspuheessa sekä mielenterveyspalveluissa ja esimerkiksi lainsäädännössä. Eri tahoilla tuotetut masennuskäsitykset olivat läsnä opiskelijoiden ryhmätiedossa joko suoraan oppimateriaalien kautta tai epäsuoraan laajemman jaetun kulttuurin kautta. Lähteenäni on opiskelijoiden opinnoissaan vuosina 1980–1995 lukemaa ja tuottamaa aineistoa. Analysoin tieteen tietoa rinnan arjen ja hallinnon tiedon kanssa rakentaakseni mahdollisimman uskottavan kuvan opiskelijaryhmän tiedosta. Saadakseni täydemmän kuvan opinnoissa läsnä olevista masennuskäsityksistä, hyödynnän tutkimuksessani myös opintojen ulkopuolista arjen tietoa kuvaavaa tutkimusaineistoa sekä laajemmin arjen ja hallinnon piireissä tuotettuja aikalaisaineistoja. Analysoin teksteistä masennusta koskevia merkitystihentymiä ja masennuskäsitysten välisiä merkityssuhteita.

Aineistossa on mukana henkilökohtaisia kuvauksia, kuten tapauskertomuksia, haastatteluita ja omaelämäkerrallisia tekstejä. Vaikka analysoin tekstejä osana jaettuja masennuskäsityksiä, otan huomioon kirjoituksissa kuvatun kokemuksen ja mah-

<sup>2</sup> Strawbridge, Young ja Cleare 2017; Hacimusalar ja Eşel 2018; Sigurdson 2019; Mitzy et al. 2020.

<sup>3</sup> Salmi 2010, 344.

dollisen kärsimyksen. Tutkimuksessani tuon esiin ihmisten elämäntarinoita ainoastaan siinä määrin kuin se jaettujen käsitysten ymmärtämiseksi on tarpeellista. Samasta syystä olen anonymisoinut analyysissäni nimiä, jotka löytyvät siteeratuista julkaisuista. Pysyttelen läpi työn ajattelutapojen, käsitysten ja tiedon tasolla, mutta tutkijana en ole voinut paeta opintomateriaalien ja arjen kirjoitusten ajoittain äärimmäistäkin psyykkistä kärsimystä.

Koska vastaavaa tutkimusta ei ole tehty muista suomalaisista yliopistoista, en vertaile yliopistojen välisiä masennuskäsityseroja. Suomessa lääketieteellisen koulutuksen runko oli vuosina 1980–1995 sama maanlaajuisesti, joskin psykiatrian ja lastenpsykiatrian linjauksissa saattoi olla yliopistokohtaisia eroja. Psykologian osalta erot koulutusten painotuspisteissä saattoivat olla merkittäviä yliopistojen välillä. Tieteellisten opintojen masennuskäsitykset on saatettu tästä huolimatta jakaa maanlaajuisesti, mutta tämä vaatii lisätutkimusta.

Tutkimuksen aikarajaus muodostui aiemman tutkimuskirjallisuuden perusteella. Vuonna 1980 julkaistiin Yhdysvalloissa tautiluokitus, jonka sanotaan muuttaneen radikaalisti länsimaisia masennuskäsityksiä. Sosiologien mukaan Suomessa 1980- ja 1990-luvuilla masennuskäsityksiin vaikuttivat muun muassa SSRI-lääkeryhmän markkinoille tulo sekä Itsemurhat Suomessa 1987 -tutkimusprojekti.<sup>4</sup> 1980- ja 1990-luvuilla tapahtui sekä kansallisesti että kansainvälisesti asioita, jotka saattoivat vaikuttaa käsityksiin masennuksesta ja yleisemmin käsityksiin mielen häiriöistä ja mielen sairastumisesta. Käsittelem näitä luvussa kolme. Kuluva vuosituhat näyttää tutkijakirjallisuuden valossa omanlaiseltaan käsitysmaailmalta ja osa tutkijoista katsoo tällä vuosituhatella vallitsevan aivan uudenlainen mielenterveyttä koskeva paradigma. Näistä lähtökohdista tutkimuskohteeksi valikoitui viidentoista vuoden otos opinnoista ja opintoja ympäröineestä maailmasta. Tutkimuksen edetessä aikarajaus osoittautui onnistuneeksi, sillä vuosien 1980–1995 aikana masennuskäsityksissä tapahtui muutoksia tieteen, hallinnon ja arjen tiedossa eri tavoin ja eri tahtisesti. Uudenlainen paradigma ei vakiintunut osaksi Turun yliopiston opetusta vielä vuoteen 1995 mennessä, joten muutoksen kartoittaminen vaatii lisätutkimusta ja ajanjakson ulottamista luultavasti 2000-luvun alkupuolelle. Vuosina 1980–1995 masennusmääritelmät ja niiden taustalla olleet sairausontologiat erosivat monin tavoin tämän vuosituhaten paradigmat. Tuona aikana opiskelleet, erikoistuneet ja väitöstitkimusta tehneet rakensivat masennuskäsityksiään omanlaisessaan ympäristössä ja näillä käsityksillä on ollut pitkäkestoisia vaikutuksia suomalaiseen mielenterveys-työhön ja mielenterveyttä koskevaan keskusteluun myös ajanjakson jälkeen.

Masennuskäsitysten osalta merkityksellistä oli muiden muutosten ohella suhtautuminen tautiluokkiin. Masennuskäsityksiin vaikutti, miten tautiluokkia käytettiin,

<sup>4</sup> Helén 2007a, 206; Helén 2010, 52–53.

millaista tietoa niiden katsottiin välittävän ja kuinka oleellisiksi ne tieteen tiedon piirissä katsottiin. Tutkimuksessani olen ottanut käyttöön käsitteen *tautiluokkakeskeisyys* viittaamaan tautiluokkien ensisijaisuuden korostamista. Tautiluokkakeskeisyys saattaa heijastaa omanlaistaan sairauskäsitystä etiologian ja kliinisen kuvan osalta. Tutkimuskirjallisuudessa puhutaan usein diagnooseista ja diagnoosien vallasta. On huomattava, että tautiluokka oli vain osa diagnoosia, jonka painotukset ovat historiallisesti vaihdelleet oirekuvauksista laajoihin elämänhistorioihin. Toisin sanoen vaatimus diagnoosista ei välttämättä tarkoittanut vaatimusta tautiluokkakeskeisyydestä.

Tutkimusta tehdessäni olen ottanut huomioon masennuskäsityksiä koskevat historialliset kerrostumat eli pitkät jatkumot, aikakaudelle tyypilliset sekä nopeammin muuttuvat ajattelutavat. Olen hakenut sekä ajallisesti että yhteisöllisesti ja paikallisesti toisaalta jatkumoitte ja yhteneväisyyksiä, toisaalta katkoksia ja erityisyyksiä. Tutkimuksessani käyn keskustelua eri tieteenalojen kanssa, mikä on kulttuurin- ja historian tutkimusta yhdistävälle kulttuurihistorialliselle tutkimukselle tyypillistä. Sitoudun kulttuurihistorialliseen tutkimukseen tunnustamalla menneisyyden yksilöiden ja kulttuurien moninaiset merkitysjärjestelmät ja tavat jäsentää maailmaa.<sup>5</sup> Pysin masennuskäsityksiä tarkastellessani kokonaisvaltaisuuden olemalla avoin yhteyksille, konteksteille ja näkökulmille. Moninaisuuden tunnistaminen ja tunnustaminen edellyttävät kulttuurihistorian tutkijan lopulta ehkä tärkeintä taitoa eli epävarmuuden sietämistä. Kulttuurihistorian tutkija Riitta Laitinen on todennut lempeästi historian tutkijoiden kestävän hyvin menneisyyden maailman monimutkaisuutta ja sitä malintavan teoreettisen ajattelun ristiriitaisuutta.<sup>6</sup>

Tutkimukseni on hermeneuttista historian tutkimusta, joka ottaa huomioon tutkijalla ajankohdalla olleen aivan omanlaisensa mahdollisuushorisontin.<sup>7</sup> Tieteellisten käsitysten muodostumisessa mahdollisuushorisontti on oleellinen, sillä mieltä koskeva ymmärrys rakennetaan tutkimustiedon lisäksi tulevaisuushorisontin varaan sen vaikuttaen samalla aktuaalisiin käsityksiin. Toisin sanoen tieteen masennuskäsityksiä rakennetaan aiemman ja sen hetkisen tiedon lisäksi sen varaan, mitä tieteessä uskotaan tapahtuvan tulevaisuudessa. Analyysissäni katson tekstien taakse ja ulkopuolelle, tietoa luovan ja toisintavan kulttuurin syvärakenteisiin. Tämä voidaan tehdä kuitenkin vain tekstissä sanotun ja sanomisen tapojen perusteella. Manifestoitujen masennuskäsitysten taustalla on paljon apriorista ja tiedostamatonta. Lukeminen on kehämäistä.<sup>8</sup> Tutkijan ja tutkimuskohteen välinen kehämäinen dialektiikka ei muuta ainoastaan tutkimuskohdetta, vaan myös tutkijan itsereflektiota häntä itseään

<sup>5</sup> Ollila 2010, 75–76.

<sup>6</sup> Laitinen 2010, 116.

<sup>7</sup> Sell 2003, 102; Salmi 2010, 347.

<sup>8</sup> Immonen 2001, 22; Ollitervo 2003, 48–50.

ympäröivästä maailmasta.<sup>9</sup> Tavoittaakseni Turun yliopistossa opiskelleiden tiedoksi muuttuneet käsitykset käyn dialogia niiden informaatiota jakavien tiedon piirien kanssa, joissa he olivat osallisina ja rakennan näin uskottavaa kuvaa omaksutuista ja tiedostetuista masennuskäsityksistä.<sup>10</sup> Tilallisesti ja ajallisesti läheisen kohteen tutkimisen tekee haastavaksi tulkintahorisonttien näennäinen samankaltaisuus: tekstien tuttuus voi pettää tutkijaa. Laaja kontekstualisointi on väline ajanjakson erityisyyden erottamiseen pitkistä yhä tutkijan omaan aikaan ulottuvista jatkumoista.<sup>11</sup>

Tutkimuksen kehämäisyys on korostunut itselleni entuudestaan vieraiden tieteenalojen opinnoissa. Huomaan kouluttamattomuudestani näissä tieteissä olleen hyötyä, sillä ensimmäiset vuodet tutkijana istuin opiskelijan penkillä rinnan vuosina 1980–1995 opiskelleiden kanssa. Opiskelin 1980- ja 1990-lukujen oppimateriaaleista ja opiskelijoiden kirjoituksista tieteenalojen terminologiaa, teorioita, ilmaisutapoja ja kaiken taustalla olleita sairausontologioita. Opintojen ajallinen läheisyys olisi saattanut johtaa minua harhaan, jos minulla olisi ollut tieteenaloista vahva osaaminen tästä päivästä lähtöisin.

Tutkimuksessani analysoin masennusta koskevia tekstejä. Mukana on myös tekstejä, joissa masennusta ei mainittu, mutta joiden olisin olettanut käsittelevän masennusta. Tutkimukseni tarkoituksena ei ole antaa kokonaiskuvaa lääketieteellisen tiedekunnan ja psykologian laitoksen opinnoista ja toiminnasta viidentoista vuoden ajanjaksolta. Jatkotutkimukselle jää kattavampi analyysi lääketieteellisen tiedekunnan oppiaineiden ja psykologian laitoksen opinnoista niiltä osin, kun ne eivät liittyneet masennusten määrittelyyn.

Psykologian laitoksella psykiatriset tautiluokat tai mielenterveyden kysymykset eivät olleet opetuksen keskiössä. Mielenterveyden häiriöihin liittyvän opetuksen osalta laitos teki myös yhteistyötä lääketieteellisen tiedekunnan kanssa ja psykologian opiskelijat seurasivat jonkin verran psykiatrian henkilökunnan antamaa opetusta. Lääketieteellisessä tiedekunnassa masennuksia käsiteltiin pääasiassa, mutta ei ainoastaan psykiatrian, lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian opetuksessa. Yksittäisistä henkilöistä merkittävimpiä lienivät vuoteen 1990 psykiatrian professorina työskennellyt Yrjö Alanen, vuodesta 1992 psykiatrian professorina toiminut Raimo Salokangas ja vuodesta 1987 lastenpsykiatrian professorina toiminut Jorma Piha.<sup>12</sup> Alanen oli psykodynaamisesti ja perheterapeuttisesti suuntautunut ja nämä väistyivät hieman Salokankaan myötä, sillä hänen kiinnostuksen kohteensa olivat enemmän sosiaalipsykiatriassa. Muutos ei ollut kuitenkaan radikaali, sillä kumpikin suhtautui

<sup>9</sup> Meretoja 2003, 60–67.

<sup>10</sup> Meretoja 2003, 65.

<sup>11</sup> Salmi 2010, 342–346.

<sup>12</sup> Henkilökunnan nimikirjat, Turun yliopiston hallinto- ja talousarkisto X.Bb, Turun yliopiston arkisto.

psykiatriaan tieteenalana käytännönläheisesti ja ottaen huomioon useita näkökulmia. Myös Piha hyödynsi työssään perheterapeuttista ajattelumallia, joka korosti lapsen ympäristön ja vuorovaikutussuhteiden merkitystä.

Historiantutkimuksen lähtökohta on kunnioittaa menneisyyden ihmisiä. Tutkimukseni kohteena ovat opiskelijoiden ryhmäkohtaiset käsitykset ja koen, että ensisijaisesti minun on kohdeltava kunnioittavasti tätä ryhmää. En tee mikrohistoriallista yksittäisiin henkilöihin kohdistuvaa analyysia, vaan jaettujen käsitysten analyysia. Opiskelijoiden kirjoittamien töiden sekä nykyhetkessä käytyjen keskustelujen perusteella suhtaudun psykologian ja psykiatrian opinnot valinneisiin opiskelijoihin ensisijaisesti ihmisinä, jotka olivat kiinnostuneita mielestä. Otan vastuun siitä, etteivät vuosina 1980–1995 opiskelleet välttämättä tästä päivästä lähtöisin tai yksilöllisestä vaihtelusta johtuen tunnista omaa ajatteluaan tutkimuksestani.

## 1.2 Tiedon piirit ja masennusattribuutit metodologiana sekä tutkimuksen rakenne

Lähestyn opiskelijoita, erikoistuvia lääkäreitä ja väitöskirjatutkijoita masennuskäsityksiä omaksuvina, välittävinä ja tuottavina toimijoina. Heillä oli opintoja edeltäviä masennuskäsityksiä ja opintojen aikana he osallistuivat opintojen kautta ja ohessa myös muuhun jaettuun maailmaan. Jäsentääkseni opiskelijoiden ryhmätietoa, käytän tutkimuksessani teoreettisena lähestymistapana masennuskäsitteitä sisältävän tiedon jakamista kolmeen tiedon piiriin. Analyysissani erottelen toisistaan tieteen, hallinnon ja arjen tiedon piirit ja tulkitsen niitä sekä opetuksesta erillisinä että osana opetusta. Tiedon piirit antavat minulle välineitä analysoida ryhmän masennuskäsitysten rinnakkaisia historioita sekä masennuskäsitysten liikettä tiedon piiristä toiseen.

Analyysini tukena hyödynnän tiedonhistoriaa. Tiedonhistoria on nouseva tutkimusala, joka pohjaa pitkälti tieteenhistorian tutkimuskenttään ollen kuitenkin enemmän sosiaalista, poliittista ja kulttuurihistoriallista.<sup>13</sup> Tiedonhistorian tutkija David Larsson Heidenblad ja historiantutkija Joachim Östlund katsovat tiedonhistorian tutkimuskenttää yhdistävän neljä oleellista kysymystä: Ensinnäkin tutkimuksessa on oleellista määritellä käsitteet ja miten ne suhtautuvat toisiinsa. Toisekseen on pohdittava, miten tiedon muodot otetaan yhteiskunnassa ja arjessa vastaan. Kolmanneksi on tarkasteltava niitä rakenteita, jotka mahdollistavat tiedon tuottamisen. Neljäksi on analysoitava tietoa tuottavien toimijoiden merkitystä tiedon tuottamisessa ja tiedon kierrossa.<sup>14</sup>

Opiskelijoiden masennuskäsityksiä analysoidaan tutkimuksessani ryhmätietona. Keskityn Heidenbladin ja Östlundin nelijaottelun ensimmäiseen kysymykseen eli

<sup>13</sup> Östling, Larsson Heidenblad ja Nilsson Hammar 2020, 9.

<sup>14</sup> Östling, Larsson Heidenblad ja Nilsson Hammar 2020, 16.

analysoin käsitteitä ja niiden suhteita toisiinsa. Opiskelijoiden omaksuma tieto oli rakentunut ja saanut merkityksiä osana aiempien sukupolvien toimintaa muun muassa mielenterveyspalveluissa ja potilas- sekä asiakaskohtauksissa. Tieto oli kiertänyt ja kiersi dynaamisesti kaikkien kolmen tiedon piirin välillä, jolloin tieto sai omia merkityksiään ja käyttötapojaan tiedon piiristä riippuen. Tieto kiersi myös tieteen tiedon piirin sisällä kansallisesti ja kansainvälisesti muun muassa oppikirjojen ja tutkimusartikkelien muodossa. Tiedon dynaamisella kierrolla viitataan yhdessä historiantutkija Mikko Myllyntaustan ja historiantutkija Johanna Skurnikin kanssa tiedon vaativan dynaamisia prosesseja liikkua joko tiedon piirin sisällä tai piiristä toiseen. Tiedon liike vaatii tietoa välittäviä ja vastaanottavia tahoja. Samalla tieto ei liiku muuttumattomana, vaan vastaanottaja prosessoi tiedon.<sup>15</sup>

Tiedon piiri on skaalautuva käsite, jonka avulla voidaan analysoida rinnakkain tieteen tietoa, suomalaista arjen tietoa ja yhteiskunnan hallinnon tietoa. Tässä tutkimuksessa viitataan tieteen tiedon piirillä pääasiassa Turun yliopiston lääketieteelliseen tiedekuntaan ja psykologian laitokseen. Tiedon piiri ei tarkoita samanmielisyttä, vaan tuttuutta ja ymmärrystä. Lähestyn masennuskäsityksiä samankaltaisesti kuin folkloristiikan tutkija Anne Heimo historiakäsityksiä. Käsitteitä tutkittaessa ei ole merkitystä, onko taustalla oleva tarina tosi vai ei, vaan itse kerronta tuottaa käsitystä.<sup>16</sup> Määrittelen tiedon piirit yhdessä Myllyntaustan ja Skurnikin kanssa käsitteeksi, joka ”kuvaavaa, miten tiedon luotettavuus, käyttökelpoisuus ja relevanssi määrittyvät ryhmän kontekstissa”.<sup>17</sup> Historiantutkija Peter K. Andersson erottaa toisistaan tiedon ja informaation. Informaatio on suullisesti ja kirjallisesti jaettavaa. Eri lähteistä tulleesta informaatiosta yksilö muodostaa mielessään oman itsenäisen tietonsa.<sup>18</sup> Turun yliopiston opiskelijat, väitöskirjatutkijat ja erikoistuvat lääkärit vastaanottivat informaatiota osana opintojaan, vapaa-aikaansa ja työtään. Kaikki informaatio ei muuttunut tiedoksi, saati ryhmänä jaetuksi tiedoksi. Tutkimuksessani tunnistan toisaalta tekstien painoarvoa ja toisaalta toistoa analysoidessani masennuskäsityksiä. Esimerkiksi pitkään käytössä olleen pakollisen oppikirjan välittämällä informaatiolla on ollut suurempi mahdollisuus prosessoitua ryhmän jakamaksi tiedoksi kuin yksittäisen vapaavalintaisen artikkelin jakamalla. Toistoa puolestaan analysoin sekä samankaltaisten tekstien toisiaan muistuttavista kuvauksista, mutta myös lukemalla ristiin eri tiedon piirien informaatiota ja hahmottamalla eräänlaisia merkitystihentymiä eli yhteneväisiä ja toistuvia tapoja ilmaista masennuskäsityksiä.

<sup>15</sup> Myllyntausta, Mäkilä ja Skurnik 2023, 37.

<sup>16</sup> Heimo 2010, 14.

<sup>17</sup> Myllyntausta, Mäkilä ja Skurnik 2023, 40.

<sup>18</sup> Andersson 2020, 59–60.

Masennusta koskevat käsitykset ovat osa tietoa, joten ne eivät moninaisuudessaan suoraan asetu sairauskeskeisiin tutkimuskenttiin. Nämä tutkimuskentät ovat kuitenkin tärkeitä keskustelukumppaneita. Terveiden ja sairauden kulttuurinen ja historiallinen tutkimus kiinnostaa jatkuvasti uusia oppiaineita. Suomalaisen kulttuurisen terveystutkimuksen kentän suuntaviivoja hahmotellaan vuonna 2012 julkaistussa teoksessa *Terveyttä kulttuurin ehdoilla*. Sen mukaan kenttä määrittyy yhteisen aihepiirin – terveyden ja sairauden – perusteella.<sup>19</sup> Suomalaisen lääketieteellisen antropologian pioneeri Marja-Liisa Honkasalo, kulttuurihistorian tutkija Hannu Salmi ja lääketieteellisen etiikan tutkija Veikko Launis toteavat, että terveyden ja sairauden kaltaisten käsitteiden kulttuurisen ehdollisuuden jäsentämiseksi on välttämätöntä taustoittaa ne yhteiskunnallisella ja kulttuurisella muutoksella.<sup>20</sup> Honkasalo lähestyy lääketieteen toteaman sairauden merkityksiä yhteisöllisesti ja kulttuurisesti jaetussa arjessa.<sup>21</sup> Kulttuurisen mielenterveystutkimuksen kenttää määritellään vuonna 2019 julkaistussa teoksessa *Hulluus ja kulttuurinen mielenterveystutkimus* ja myös siinä keskiössä ovat sairausmäärittelyt.<sup>22</sup> Sairauteen ja terveyteen keskittyvät myös kentät, kuten humanistinen lääketiede tai suomennokseltaan vielä vakiintumaton humanistiset terveystieteet (Health Humanities). Humanistinen lääketiede on 1970-luvulla syntynyt suuntaus, jolla viitataan lähinnä humanistisen tutkimuksen hyödyntämiseen lääketieteen opiskelijoiden koulutuksessa tai lääketieteen praktiikassa.<sup>23</sup> Humanistiset terveystieteet ovat vastaus kritiikkiin, joka katsoo samankaltaista tutkimusta kaivattavan lääketieteen ohella myös muilla terveydenhuollon aloilla.<sup>24</sup>

Kuten totean yhdessä kielen, kulttuurin ja kirjallisuuden tutkija Saara Jäntin, taiteilijatutkija Kirsi Heimosen ja taidehistorioitsija Sari Kuvvan kanssa, ei hallinnon tiedon määrittelyjä osittain pakenevan hulluustutkimuksen tarkoituksena ole antaa toimintaohjeita, saati kertoa mitä hulluus on. Tutkimuksen tarkoituksena on tuoda näkyväksi hulluuden ja omassa tutkimuksessani erityisesti masennuksen aikaan ja paikkaan kytkeytyneitä sidoksia sekä merkitysten muodostumisen sosiaalisuutta. Sitoudun hulluustutkimuksen traditioon siinä, että tutkimuksellani lisään ymmärrystä masennukseen liittyvistä käsityksistä ja niiden muutoksista.<sup>25</sup>

<sup>19</sup> Honkasalo, Salmi ja Launis 2012, 8–9.

<sup>20</sup> Honkasalo, Salmi ja Launis 2012, 9; Jäntti et al. 2019, 12.

<sup>21</sup> ks. esim. Honkasalo 2008, 13–14.

<sup>22</sup> Jäntti et al. 2019, 12.

<sup>23</sup> Bates, Bleakley ja Goodman 2014.

<sup>24</sup> Omanlaisensa tutkimuskentän muodostaa Mad studies, joka lähestyy kysymystä mielenterveydestä ja siihen liittyvistä yhteiskunnallisista järjestelmistä potilaan näkökulmasta. Tutkimuksen lisäksi kenttään kuuluu aktivismia, kuten Mad in US -liike ja sen myötä perustetut muiden valtioiden vastaavat liikkeet, kuten Mad in Finland.

<sup>25</sup> Jäntti et al. 2019, 27–30.



Tiedonhistorialla ja kulttuurisella terveystai mielenterveystutkimuksella on yhteisiä kiinnostuksen kohteita. Näen paljon samaa tiedon piirin ja kulttuurin määrittelyssä, sillä ymmärrän kulttuurin samankaltaisesti kuin psykologi Svend Brinkmann. Hänelle kulttuuri on sitä, miten ihmiset ymmärtävät itsensä, toisensa ja maailman käyttämällä erilaisia semioottisia tai materiaalisia merkitysten välittäjiä, kuten kieltä.<sup>26</sup> Kulttuuri on yhtä aikaa sekä yksilöllistä että yhteistä ja jaettua. Kulttuurihistorian tutkija Anne Ollila toteaa, että voidakseen toimia kulttuurissa on yksilön täytynyt omaksua ainakin osittain kulttuurissa jaetut arvot, normit, uskomukset ja kulttuurin tavat jäsentää kokemuksia ja suuntautua maailmaan. Ajallisuus on kulttuuria tutkittaessa oleellista, sillä kulttuuri on jatkuvassa liikkeessä – kulttuurin jakavat yksilöt muokkaavat jaettuja arvoja, normeja ja käsityksiä.<sup>27</sup>

Tiedon piirien kaltaisia jakoja on tehty myös aiemmin sairautta ja terveyttä koskevassa historian tutkimuksessa. Kulttuurihistorian tutkija Peter Burke kirjoittaa, kuinka saman aikaiset tiedon piirit saattoivat olla keskenään kilpailevia tai jopa ristiriitaisia. Hänen mukaansa kilpailua voi ajoittain olla niin sanotun käytännön ja teoreettisen tiedon välillä. Burke antaa esimerkin 1600-luvulta, jolloin lääkärit ylenkatsivat kättilöiden käytännöllistä ammattitaitoa.<sup>28</sup> Samanlaisesta ylenkatseesta kirjoittaa historian tutkija Anna Niiranen 1800-luvun britannialaisen synnytyslääketieteen popularisoituja opaskirjoja käsittelevässä tutkimuksessaan.<sup>29</sup> Synnytyslääkärit julkaisuineen ja seuroineen luultavasti muodostivat oman tiedon piirinsä, kuten myös käytännön tietoa arvostaneet kättilöt. Voitaneen kysyä, oliko kilpailua lopulta tiedon piireissä jaetun tiedon välillä vai oliko kilpailu ennemmin ammattien välistä valtaistelua. Niiranen osoittaa tutkimuksessaan, kuinka lääkäreiden kirjoittamissa oppaissa otettiin huomioon myös arkisia asioita, kuten jo aiemmin synnyttäneen ystävän tuki synnytystilanteessa tai synnytyshuoneen turvallisuutta ja mukavuutta luova ilmapiiri.<sup>30</sup>

Puhuttaessa 1800-luvun Britannian synnytyslääkäreistä puhutaan jo selkeästi tieteen käytännöistä. Tieteen historian yksi haaste ovat tieteen rajat erityisesti mitä kaukaisempaa historiaa tutkitaan. Ennen 1800-lukua ei ollut selkeää tiedettä kuvaavaa sanastoa ja tieteelliset tavat selittää maailmaa eivät olleet useimmille tärkeitä. Määrittelyongelmaan on pyritty vastaamaan hahmottamalla jälkikäteen tieteen ja myös lääketieteen kriteerejä. Aate- ja oppihistorian tutkija Heini Hakosalo huomauttaa, että lääketieteen historia on jo terminä ongelmallinen erityisesti mitä varhaisemmista ajoista puhutaan. Vuosisatojen mittaan tiede ei ole aina edes liittynyt parantamisen

<sup>26</sup> Brinkmann 2016, 5, 16, 21, 64; Brinkmann 2017a, 173.

<sup>27</sup> Ollila 2010, 77.

<sup>28</sup> Burke 2015, alaviite 20 ja 22.

<sup>29</sup> Niiranen 2020, 317.

<sup>30</sup> Niiranen 2020, 318–319.

ja hoitamisen käytäntöihin, joten Hakosalo ehdottaa kaiken käytännön lääketieteen kattavaa termiä ”medihistoria” tai ”terveyshistoria”.<sup>31</sup>

Historiantutkijat Markku Hokkanen ja Kalle Kananoja toteavat, että pitkään silloinkin, kun yliopistollinen lääketiede oli hoitovaihtoehto, se oli sitä vain harvoille ja enemmistö turvautui kansanlääkintään.<sup>32</sup> Kattavat termit, kuten kansanlääkintä ja terveyshistoria palvelevat tiettyjä tarpeita, mutta samalla saattavat kattaa suurtakin heterogeenisyyttä. Esimerkiksi tämän vuosituhannen Suomessa täydentäviä ja vaihtoehtoisia hoitoja saattaa olla jopa muutama sata erilaista aina homeopatiasta aromaterapiaan ja perinteisestä suomalaisesta jäsenkorjauksesta perinteiseen kiinalaiseen lääketieteeseen.<sup>33</sup> Tiedonhistoria mahdollistaa keskittymisen tieteen määrittelemisen sijaan kulloinkin käsillä olevaan ja tutkimuksen tarpeita vastaamaan skaalattuun tiedon piiriin.

Sairauden ja terveyden historian osalta on tehty joitain osuvia tiedon piirien jaotteluja. Aatehistorian tutkija Karin Johannisson jakaa sairautta koskevan tiedon neljään kategoriaan; lääketiede, vaihtoehtolääketiede, kansanlääkintä ja arjen lääketiede. Vaihtoehtolääketieteen hän määrittelee tiedon piiriksi, jossa muodostetaan käytäntöjä ja teorioita pysytellen silti lääketieteen ulkopuolella. Arjen lääketiede puolestaan on alue, jossa sairaus syntyy, koetaan ja hoidetaan. Sairaudella on oma sosiaalinen kontekstinsa myös tässä kaikkein yksityisimmässä tiedon piirissä, joka mahdollistaa muut sairautta koskevat tiedon piirit.<sup>34</sup> Johannisson puhuu näistä kulttuureina aivan kuin Burkekin puhuu tiedon kulttuureista, mutta ajatusta voi soveltaa myös tiedon piireihin. Marja-Liisa Honkasalo puolestaan erottaa sairaudesta yksilöllisen, hyvin henkilökohtaisen prosessin ja yhteisöllisen sairautta koskevien arvojen, merkitysten, normien ja käytäntöjen kulttuuriin.<sup>35</sup>

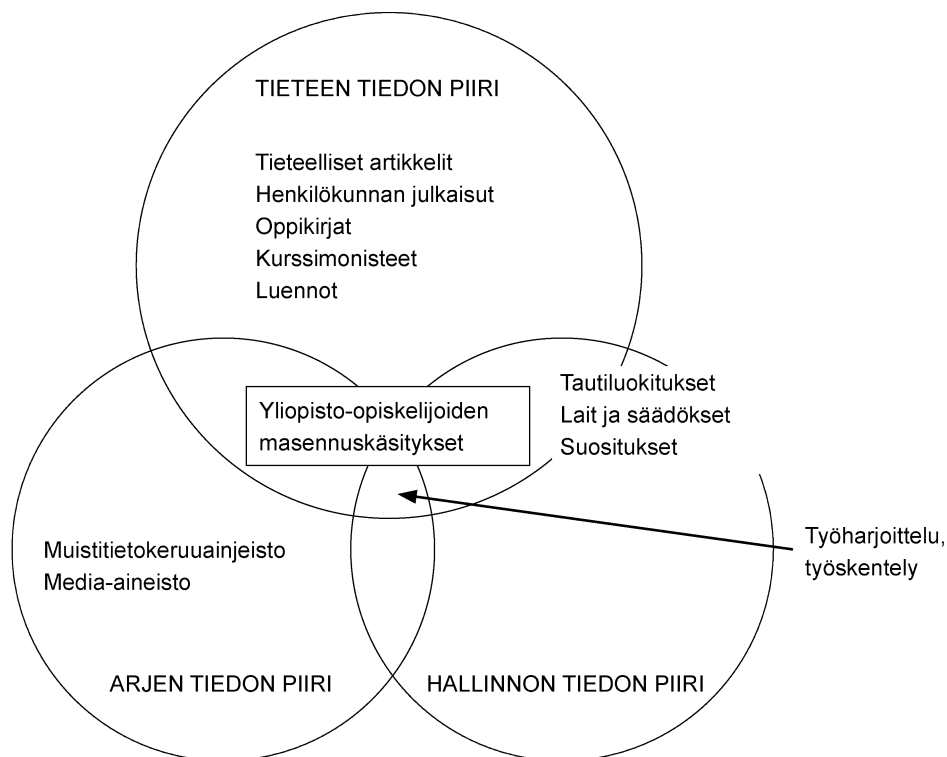
<sup>31</sup> Hakosalo 2012, 27.

<sup>32</sup> Hokkanen ja Kananoja 2017, 7–8

<sup>33</sup> Vuolanto et al. 2020, 45.

<sup>34</sup> Johannisson 1998, 184.

<sup>35</sup> Honkasalo 2008, 13.



**Kuvio:** Tieteen, arjen ja hallinnon tiedon piirit.

Tutkimuksessani teen jaon kolmeen tiedon piiriin: tieteen tiedon piiri, arjen tiedon piiri ja hallinnon tiedon piiri.<sup>36</sup> Tiedon muodostamisen intentiot erosivat piirien välillä. Tieteen tiedon ja arjen tiedon yksi tärkeimmistä intentioista oli ymmärtää, hallinnon tiedon tavoitteena oli luoda säännöt hallinnollisen vallan käytölle. Masennuskäsityksiä omaksuttiin ja välitettiin kaikissa tiedon piireissä kunkin piirin omien sääntöjen mukaisesti. Tieteen tiedon piirissä tiedon, mukaan lukien masennuksia koskevan tiedon, muodostamiselle ja jakamiselle oli rakentunut osittain eksplisiittiset tavat. Nämä tavat olivat 1900-luvulla toisaalta samat kaikelle tieteele – esimerkiksi tieteellisissä julkaisuissa julkaiseminen – ja toisaalta tieteenalakohtaisia – esimerkiksi tieteenalakohtaiset menetelmät. Arjen tiedon piirissä tiedoksi hyväksyminen toimi toisenlaisilla mekanismeilla, ja tietoa tuottavat ja levittävät tahot olivat moninaisemmat. Andersson antaa esimerkin leivontaan liittyvästä tiedosta, jossa opittui-

<sup>36</sup> Tiedon piireistä ks. Myllyntausta, Mäkilä ja Skurnik 2023, 40–45. Olen kehittänyt ja hyödyntänyt ajatusta tiedon piireistä myös omassa artikkelissani. Mäkilä 2021; Mäkilä 2023. Ks. tiedon piireistä ja toimijalähtöisestä tiedon määrittelystä myös artikkelikäsi-kirjoitus Myllyntausta, Skurnik ja Mäkilä (ei pvm.).

hin taitoihin yhdistyivät muun muassa suullinen, kirjallinen, muistitieto ja kokemustieto. Uuden tiedon hyväksymiseen ja omaksumiseen saattoivat vaikuttaa tietoa vastaanottajaan.<sup>37</sup> Hallinnon tiedon piirissä masennusta koskevaa tietoa muodostettiin muun muassa yhdistelemällä yhteiskunnan arvoja tieteelliseen tietoon ja kansainväliseen hallinnon tietoon, mikä masennuksen kohdalla tarkoitti muun muassa psykiatrisia tautiluokituksia ja hoitosuosituksia. Opiskelijat olivat eläneet osana arjen tiedon piiriä jo ennen opintojaan ja hallinnon tiedon piirissä he olivat ensi sijassa asiakastyön kautta tehdessään harjoitteluja ja työskennellessään lääkärinä tai psykologina. Opiskeluaika antoi tilaa keskittyä näiden ohella tieteen tietoon ja omaan oppimiseen.

Opinnoissa kaikki kolme tiedon piiriä elivät lomittain, vaikka tieteen masennuskäsitykset olivat keskiössä. Tutkimuksessani katson, että oppikirjoissa ja opiskelijoiden omissa kirjoituksissa esiintyi myös arjen masennuskäsityksiä esimerkiksi tunnesanoina. Hallinnon tiedon masennuskäsityksiä opiskeltiin muun muassa tutustumalla kansallisiin ja kansainvälisiin tautiluokituksiin tai niissä mainittuihin yksittäisiin tautiluokkiin. Yhteiskunnan masennus- ja sairauskäsityksiä hyödyntäviin vaatimuksiin tutustuttiin myös opiskeltaessa mielenterveyspalveluja koskevia lakipykäläiä sekä sosiaalipsykologian ja sosiaalipsykiatrian yhteiskuntaa koskevia tekstejä. Arjen masennuskäsitykset olivat läsnä opintojen lisäksi opiskelijoiden vapaa-ajassa. Opiskelijat olivat vuorovaikutuksessa myös muiden kuin oman alansa opiskelijoiden ja oppimateriaalien kanssa, ja kanssaopiskelijoiden seurassa keskusteltiin muustakin kuin opinnoista. Opiskelijoilla oli yksityiselämä sosiaalisine kontakteineen ja harastuksineen ja he seurasivat mediaa. Hallinnon tiedon kanssa opiskelijat olivat tekemisissä oppimateriaalien lisäksi työharjoittelujaksoilla tai jo mahdollisessa työelämässä. Erityisesti väitöskirjatutkijoilla saattoi jatko-opintovaiheessa olla jo vuosien tai vuosikymmenten kokemus ammatinharjoittamisesta ja hallinnollisten masennuskäsitysten hyödyntämisestä osana työnkuvaa.

Opintojen kautta omaksuttu tieteen tiedon piiri oli siinä mielessä osittain itsenäinen, ettei sitä sitonut suoraan vaatimukset sovellettavuudesta ja yhteiskunnan ja kulttuurin normeihin mukautuvuudesta. Tieto sai käytännöllisen tason sijaan pysyä teoreettisella tasolla. Oleellisinta ei ollut hallinnon tiedon tavoin, *miten* tietoa käytettiin, vaan *mitä* tieto itsessään oli. Tieteen tietoa eivät lähtökohtaisesti rajoittaneet hallinnon tietoa sitoneet kysymykset käytettävissä olevista resursseista tai ennalta päätetyistä työtavoista. Opintojen pääpaino oli tieteessä ja ihmistä koskevan ymmärryksen lisäämisestä.

<sup>37</sup> Andersson 2020.

Tieteenhistoriantutkija Lorraine Daston puhuu byrokraattisesta tiedosta ja tarkoittaa tiedon aluetta, jossa yhteiskunnassa kerätään tilastoja, luokitellaan, kontrolloidaan ja omataan käytäntöjä eri työtehtävien jakamiseksi.<sup>38</sup> Kyse on ilmiöiden yhteiskunnallisesta hallinnoinnista. Tutkimuksessani lavennan ajatusta käyttäen termiä hallinnon tiedon piiri. Käytän termiä kattamaan myös tieteen tiedon tai tieteelliseksi mielletyn tiedon hyödyntämistä julkisella, yksityisellä ja kolmannella sektorilla. Masennusta ja tautiluokkia koskeva tutkimus – mukaan lukien historian tutkimus – keskittyy usein tälle alueelle. Olennaista hallinnon tiedossa ei ollut niinkään *mitä* tieto on, vaan *miten* ja *mihin* sitä käytettiin. Ajatus hallinnon tiedosta antaa analyyttisen välineen esimerkiksi siihen, oliko tietoa luotu tutkimusta vai hoitopäätöksiä varten.

Alaluvun alussa mainittujen tiedonhistorian tutkijoiden Heidenbladin ja Östlundin sanamuodot antavat ymmärtää tietoa muodostettavan lähinnä tieteessä. Historiantutkija Andersson pitää valitettavana, että arjen tieto katsotaan tutkimuskohteena erilaiseksi kuin tieteen muodostama tieto. Tiedon kierron tutkimus on tieteenhistorian tutkimuksen peruina myös tiedonhistoriassa usein keskittynyt tutkimaan, miten akateemista tietoa omaksutaan arkeen. Vaikka tutkimuksissa sanotaan usein tavoitteeksi purkaa tiedon hierarkioita, tällaisella toistuvalla tutkimusasetelmalla niitä uusinnetaan ja vahvistetaan. Tiedonhistoriassa ei tiedon piirejä tarvitse lähtökohtaisesti arvottaa, vaan kaikkia tiedon piirejä voi käsitellä yhtä kyvykkäinä tiedon tuottamiseen, jakamiseen ja omaksumiseen. Näin teen myös tässä tutkimuksessa. Katson jokaisen tiedon piirin omaksuneen, tuottaneen ja jakaneen toimintansa kannalta juuri sillä historiallisella hetkellä oleellista ja käyttökelpoista tietoa. Arjen tiedosta Andersson käyttää termiä kansantieto ja huomauttaa termin vernakulaari tieto yleistyneen. Näillä hän viittaa ei-asiantuntijatietoon, joka on usein suullisesti jaettua.<sup>39</sup> Omassa tutkimuksessani viittaan termillä arjen tieto tällaiseen ei-asiantuntijatietoon. Masennusta koskeva arjen tieto on jaettu ja käsityksiä sanasta masennus ja sen johdannaiset. Arjen masennuskäsityksiin liittyivät myös käsitykset mielenterveyspotiluudesta ja mielen sairastamisesta suhteessa mielenterveyspalveluihin.

Väitöskirjani jakaantuu kahteen toisiaan täydentävään käsittelylukuun. Lähestyn masennuskäsityksiä kahdesta suunnasta. Masennusten kieleen keskittyvä luku kaksi on käsitteellinen. Siinä analysoin masennuskäsitysten sisältöjä sekä masennuskäsityksille annettuja nimityksiä opinnoissa ja opiskelijoiden jakamissa tiedon piireissä. Masennusten liikkeeseen keskittyvä luku kolme on vuorovaikutuksellinen. Siinä analysoin, miten masennuskäsitykset olivat dynaamisessa liikkeessä tiedon piirien sisällä ja välillä.

<sup>38</sup> Daston 2017, 146.

<sup>39</sup> Andersson 2020, 59–60, 68.

Masennuskäsityksiä analysoidessani hyödynnän termiä *masennusattribuutti*<sup>40</sup>. Masennusattribuuteiksi katson kaiken masennukseen liitetyn, kuten tunteet, ruumiin toiminnan, ajatusmallit, käyttäytymistavat, sukupuolen ja iän. Masennusattribuutteja olivat kaikki ne sanat ja käsitteet, toiminnot ja viittaukset, jotka määrittivät masennusta. Luvussa kaksi keskityn analysoimaan näitä masennusattribuutteja, joista olen samankaltaiset ryhmitellyt omiksi alaluvuikseen. Olen koonnut masennusattribuutit hakemalla teksteistä mainintoja masennuksesta ja analysoimalla mitä masennukseen liitettiin. Attribuutteja on jatkoanalysoitu sen perusteella, kuinka usein ne toistuvat eri teksteissä. Opintojen osana olevia tekstejä on painotettu sen perusteella, kuinka oleellinen ja pitkäaikainen osa opintoja teksti on ollut tai onko teksti opiskelijan itsensä kirjoittama. Masennuskäsityksiä ja masennusattribuutteja on painotettu myös ristiinlukemisen kautta ja analysoimalla, toistuivatko samankaltaiset käsitykset ja attribuutit eri tiedon piireissä tai saman tiedon piirin sisällä erilaisissa teksteissä eri aikoina.

Usein erilaisissa teksteissä ja eri aikoina toistuneita ja mahdollisesti varioivia kuvauksia saaneita attribuutteja voidaan käsitellä merkitystihentyminä. Tällöin attribuutin tai attribuuttijoukon voidaan katsoa olleen oleellinen osa aikansa masennuskäsityksiä. Tutkimukseni kohde on opiskelijoiden jakama ryhmätieto, joten luvussa kaksi keskityn ensisijaisesti merkitystihentymien tunnistamiseen ja analysointiin. Opiskelijoiden ryhmätiedon kannalta ei oleellista ollut välttämättä tekstin kirjoittajan henkilöllisyys, vaan masennusattribuutin toistuvuus. Tästä syystä luvussa kaksi käytän paljon passiivia. Näin toimin erityisesti laajalti toistuneiden masennusattribuuttien kohdalla. Osoitan attribuutin toistoa myös alaviitteiden kautta tuomalla esiin masennusattribuutin määrällistä esiintymistä oppimateriaaleissa ja opiskelijoiden töissä. Toisin sanoen mitä useampi lähde, sitä vahvempi merkitystihentymä. Masennusattribuutteja listaamalla ja ryhmittelemällä analysoin merkitystihentymiä tunnistamalla toistoa ja painoarvoa.

Jokaista opiskelijaryhmän kohtaamaa masennusattribuuttia on mahdotonta analysoida erikseen, joten olen koonnut yhteen samankaltaisia attribuutteja. Olen rakentanut nämä ryhmittelyt itse, aineiston tulkinnan pohjalta, ja ne vastaavat tutkimukseni tavoitteita. Ne eivät noudata opinnoissa esiintyneitä luokitteluja, jotka on luotu palvelemaan pääasiassa psykiatria ja psykologiaa. Masennusattribuutteja saatettiin mainita yksittäin. Opinnoissa kuvailtiin myös yksittäisen masennuksen oirelistoja, jolloin masennusattribuutteja annettiin kerralla runsaasti. Masennusattribuutteja ryhmittelemällä ja attribuointistrategioita kuvaamalla osoitan, ettei kyseessä ollut kaottinen merkitysmaailma.

<sup>40</sup> Kielitieteessä attribuutti viittaa substantiivin määreisiin ja filosofiassa olennaisiin ominaisuuksiin.

Masennukset erosivat toisistaan masennusattribuuttien määrän suhteen. Vähiten attribuutteja liitettiin tunnesanana käytettyyn masennukseen. Runsaasti attribuutteja liitettiin esimerkiksi oireyhtymänä pidettyihin masennussairauksiin. Viidentoista vuoden opintojen aikana eli lukuvuodesta 1979–1980 lukuvuoteen 1995–1996 masennus oli läsnä monissa muodoissa ohimenevästä tunteesta pitkäkestoiseen mielialaan, normaalista ja terveestä reaktiosta vakavaan ja vaurioittavaan sairauteen. Näin ollen masennusattribuutteja mainittiin opinnoissa määrällisesti valtavasti. Samalla arjen tiedossa masennuskäsityksiä tuotettiin vuosina 1980–1995 pääasiassa terveyseen ja normaaliin viittaavana tunteena, joten tutkimukseni arjen tiedon aineiston masennuskäsitykset sisälsivät vähäisesti masennusattribuutteja. Tautiluokkakakeskeiseen mielenterveyspotiluuteen liittyviä masennusattribuutteja ei arjessa suuremmin tuotettu itsenäisesti vielä tuona aikana.

Kolmannessa luvussa otsikolla ”masennusten liike” analysoin opiskelijaryhmän masennuskäsitysten muodostumista osana tiedon piirejä. Analysoin rinnakkain tiedon piirien masennuskäsitysten kulttuurihistoriallista rakentumista. Samalla analysoin masennuskäsitysten prosessimaista ja dynaamista liikettä ja tutkin, miten masennusten sisällöt ja kieli muuttuivat tiedosta toiseen siirtyessään.

Tiedon piirit ja tieteen sisällä tieteenalat erosivat valta-asetelmiltaan ja luvussa kolme analysoin näitä valta-asetelmiä. Tieteessä rakennettiin masennuksia koskevaa tietoa, joka kiersi dynaamisesti sekä hallinnon että arjen tietoon. Samalla tieteen sisällä oli valta-asetelmiä tieteenalojen välillä ja nämä heijastuivat ammatinharjoittamisen käytäntöihin, joissa kaikki kolme tiedon piiriä ristesivät. Mielenterveyspalveluiden kaltainen järjestelmä ei voi toimia ilman vallan käyttöä, joten valta-asetelma oli sisäänrakennettu hallinnolliseen tietoon. Mielenterveyspalveluissa on jatkuvasti tehtävä päätöksiä sen osalta, mitä palveluita kenellekin tarjotaan milläkin perusteilla. Äärimmillään valta ulottuu pakko-hoidon kaltaisiin yksilön vapautta rajoittaviin päätöksiin. Hallinnollisen tiedon valta ei ulotu ainoastaan arjen elämään, vaan myös tieteen tietoon esimerkiksi sen kautta, miten yhteiskunta jakaa tieteelle resursseja. Masennuskäsitysten osalta valtaa omattiin myös arjen tiedon piirissä. Valtaa saatettiin käyttää esimerkiksi syrjinnän ja ennakkoluulojen kautta. Valta-asetelmat vaikuttivat tiedon piirien masennuskäsityksiin ja masennuskäsitysten muutoksiin. Tätä kautta ne näkyivät myös opiskelijoiden ryhmäkohtaisissa masennuskäsityksissä.

Masennuskäsitykset ja niihin olennaisesti liittyneet asiat, kuten tautiluokat ja sairausontologiat kiersivät dynaamisesti tiedon piirien sisällä ja välillä. Luvussa kolme analysoin tätä dynaamista kiertoa. Masennuksia koskevat käsitykset muovautuivat ja muuttuivat kunkin tiedon piirin ehdoilla silloinkin, kun niitä omaksuttiin toisesta tiedon piiristä. Tutkimukseni kohdistuu opiskelijoiden jakamaan ryhmätietoon, jossa kolmen tiedon piirin sekä eri tieteellisten koulukuntien masennuskäsitykset elivät rinnakkain. Käsitykset ja erityisesti niiden taustalla olleet sairausontologiat saattoivat erota suuresti toistensa kanssa. Kahden eri tiedon piirin välillä saattoi olla isoja-

kin ristiriitoja ilman hankaluuksia, sillä masennuskäsitykset olivat eri tilanteita varten. Myös saman tiedon piirin sisälläkin saatettiin hyväksyä jyrkkääkin ristiriitaisuutta, jos siihen suhtauduttiin käytännönläheisesti ja useampi näkökulma koettiin hyödylliseksi. Opiskelijan, erikoistuvan tai väitöstutkimusta tekevän omien masennuskäsitysten kannalta suurinta ristiriitaisuutta aiheuttivat tilanteet, joissa yksi käsitys tai ajattelutapa vaati eräänlaista määrittelyn yksinoikeutta kieltäen muut samanaikaiset näkökulmat.

Käsittelyluvat muodostavat yhdessä kokonaisuuden, jonka kautta analysoin sekä tiedon sisältöä että liikettä niiltä osin kuin ne vaikuttivat opiskelijoiden, erikoistuvien ja väitöskirjatutkijoiden keskenään jakamaan ryhmätietoon.

### 1.3 Aiempi tutkimus

Masennusta 1900-luvun aikana koskeva tutkimus keskittyy pääasiassa tautiluokkiin ja miten niitä on sovellettu hallinnon tiedon piirissä muun muassa mielisairaaloissa, lääketeollisuudessa, yhdysvaltalaisessa psykiatrisessa tautiluokitusjärjestelmässä, vakuutusyhtiöissä ja yhteiskunnallisten instituutioiden tietojärjestelmissä. Arjen osalta on tutkittu tautiluokan sisältävän diagnoosin saamiseen ja diagnoosin kanssa elämiseen liittyvää kokemusta. Silloinkin kun masennuksen historiaa kirjoitetaan psykiatrian – harvemmin psykologian – historiana, psykiatria rajautuu usein tiettyihin vaikutusvaltaisiin julkaisuihin ja psykiatreihin ja lähestyy psykiatrian ja psykologian ammattikuntia sekä muita yhteiskunnallisia tahoja valtataistelun näkökulmasta.

Suurin osa tutkimuksesta kohdistuu hallinnon tietoon, jossa tieteen tietoa hyödynnetään julkisen tai yksityisen sektorin toiminnassa. Tieteen tieto muuttuu vallankäytöksi ja sellaisena sitä on tutkittu laajalti myös historian tutkimuksessa. Psykiatrian ja psykologian historiassa tämä on tarkoittanut valtaa määritellä poikkeavuus ja mitä poikkeavuudesta käytännössä seuraa.<sup>41</sup>

Suomalainen psykiatrian ja psykologian historia pysyttelee pitkälti 1980-lukua edeltävässä ajassa. Tieteen ja psykiatrian yhteiskunnallista tutkimusta ja historiallista sosiologiaa edustaa Suomessa sosiologi Jutta Ahlbeck. Hänen Seilin mielisairaalan naisia koskeva tutkimuksensa ulottuu 1960-luvulle. Uraauurtava työ osoitti diagnosoinnin vahvan kietoutumisen yhteiskunnan ja kulttuurin arvoihin ja asenteisiin analysoimalla psykiatrisen naissubjektin konstruoimista. 1960-luvulle ulottuu myös historian tutkija Katariina Parhen tutkimus, joka käsittelee psykopatiadiagnoosin käyttöä lähinnä mielisairaalassa. Historiantutkija Ville Kivimäki on tutkinut maa-

<sup>41</sup> Helén 2002, 104. Psykiatrisia diagnooseja käsitellään yhteiskunnallisena vallankäytönä mm. näissä historian tutkimuksissa: Ahlbeck-Rehn 2006; Helén 2010, 46; Ahlbeck 2015; Salmela 2015; Parhi 2018.



ilmansotien aikaista sotapsykiatriaa sekä sodan aiheuttamia traumakokemuksia, historiantutkija Antti Malinen on tutkinut lasten kokemuksia toisen maailmansodan jälkeisinä vuosikymmeninä, historiantutkija Anu Rissasen mielisairaaloita käsittelevät tutkimukset ulottuvat nekin lähinnä 1980-luvun alkuun. Yleisesti hulluudesta kirjoitetut laajat esitykset puolestaan joko pysyttelevät puhtaasti aiemmissä vuosikymmenissä, kuten oikeuspsykiatrian erikoislääkäri Mika Rautasen *Hullun paperit*, tai jätättyvät analyysissään aiempaa ohuemmaksi siirtyessään 1980-luvulle, kuten historiantutkija Petteri Pietikäisen *Hulluuden historia*.<sup>42</sup>

Käsitysten muodostumista on kulttuurintutkimusta hyödyntävissä tieteissä analysoitu usein neuvotteluna. Kulttuurihistoriassa aihetta on lähestytty erityisesti psyykkisen kärsimyksen kautta, kuten tekevät kulttuurihistorian tutkijat Kirsi Tuohela ja Anu Salmela. Tuohela kirjoittaa yksilöiden käsitysten sairaudesta syntyvän ”osana kulttuuria eli vuorovaikutuksessa vallitsevan tieteellisen tiedon, arkitiedon ja erilaisten medioiden kanssa [–]”.<sup>43</sup> Tuohela ei lähesty sairauskäsitysten muodostumista valta-asetelmien kautta, vaan lääketieteen, yksilöiden kokemuksen ja yhteisön arvojen ja käytäntöjen välisenä neuvotteluna.<sup>44</sup> Tästä syystä sairauksia koskeva ymmärrys on sidoksissa aikaansa, sen tieteelliseen tietoon ja ihmiskäsitykseen.<sup>45</sup> Kulttuurihistoriallisen näkökulman kannalta oleellista on sekä tunnistaa eri näkökulmat sairastamiseen että nähdä ne integroituneena ja dynaamisessa suhteessa toisiinsa. Kulttuurihistorialliseen tutkimustapaan kuuluu tuoda näkyväksi useiden tekijöiden samanaikaisuus.<sup>46</sup>

Anu Salmela puhuu neuvottelusta kirjoittaessaan itsemurhien sairausluonteesta 1800-luvun toisen puoliskon Suomessa. Kulttuurihistorian tutkijana häntä ei itsemurhien kohdalla kiinnosta mitä niin sanotusti todella tapahtui, vaan se, miten itsemurhat näyttäytyivät muun muassa tuomioistuimissa.<sup>47</sup> Yhtä lailla Saara Jäntti kirjoittaa neuvottelusta. Psykiatristen diagnoosien käyttöä kirjallisuudessa käsittelevässä artikkelissaan hän analysoi diagnooseja lääketieteellisten kategorioiden lisäksi puheakteina, jotka joko hyväksytään tai hylätään. Omaksuttu diagnoosi liittää kohteensa representaatioiden kenttään, jolloin mennyttä, nykyisyyttä ja tulevaa arvioidaan uusiksi.<sup>48</sup>

<sup>42</sup> Ahlbeck-Rehn 2006; Kivimäki 2006; Ahlbeck-Rehn 2007; Kivimäki 2013; Pietikäinen 2013; Myllykangas 2014; Rautanen 2014; Ahlbeck 2015; Malinen ja Tamminen 2017; Parhi 2018; Rissanen 2018; Pietilä 2019.

<sup>43</sup> Tuohela 2012, 80.

<sup>44</sup> Tuohela 2012, 59.

<sup>45</sup> Tuohela 2012, 68.

<sup>46</sup> Tuohela 2012, 79–80.

<sup>47</sup> Salmela 2015, 106.

<sup>48</sup> Jäntti 2006, 248–250.

Yllä mainitut Suomeen keskittyvät tutkimukset eivät keskity oppiaineiden historiaan, vaan lähestyvät tieteenaloja yhdessä kulttuurin ja yhteiskunnan käytäntöjen ja käsitysten kanssa. 1980-luvulle päättyvä Mikko Myllykankaan suomalaista lääketieteellistä itsemurhatutkimusta käsittelevä väitöskirja muodostaa siinä mielessä poikkeuksen, että se pysyy pitkälti yhden tieteenalan sisällä, mutta senkään tavoitteena ei ole kirjoittaa tieteenalan tai oppiaineen historiaa.

Suomea tai Turun yliopistoa koskevaa psykiatrian ja psykologian historiaa löytyy jonkin verran. Tieteenalakohtaiseen historiankirjoitukseen pätee kuitenkin sama kuin yllä. Juuri 1900-luvun viimeiset vuosikymmenet jäävät paitsioon. Turun yliopiston lääketieteellisestä tiedekunnasta on julkaistu kaksi historiikkaa, vuosina 1993 ja 2013. Kummassakin juuri 1980- ja 1990-lukujen käsittely jää vähäiseksi. Vuonna 1993 julkaistu teos käy hyvinkin ansiokkaasti läpi tiedekunnassa tapahtuneita muutoksia aina 1970-luvulle saakka, mutta mahdollisesti ajallisen läheisyyden tähden 1980- ja 1990-luvuista kerrotaan vain vähän. Vuonna 2013 julkaistu teos käy 1900-lukua läpi pitkälti vuonna 1993 julkaistun teoksen mukaisesti eikä tuo esiin ajalta uutta tietoa.<sup>49</sup> Turun yliopiston psykiatria ja lastenpsykiatria keskittyvää historiikkaa ei ole kirjoitettu. Kupittaa sairaalassa toteutuneesta mielisairaanhoidosta puolestaan on kirjoitettu vuodet 1912–2012 kattava historiikki, ja siitä löytyy muutamia viittauksia Turun yliopiston psykiatrian klinikan toimintaan.<sup>50</sup> Tietokirjailija Antti Parpola on kartoittanut suomalaisen psykiatrian historiaa Suomen Psykiatriyhdistyksen tilausteoksessa käsitellään psykiatrian historiaa Seilin saaren hospitaalista nykypäivään, ja se antaa yleiskuvan merkittävimmistä muutoksista hoitojärjestelmässä ja tieteessä. 1980- ja 1990-lukujen osalta teos keskittyy valitettavasti lähinnä hoitojärjestelmän muutoksiin ja laman seurauksiin.<sup>51</sup> Turun yliopiston psykologian laitoksesta vuonna 1984 julkaistu historian tutkimus ulottuu vuoteen 1972.<sup>52</sup> Vuonna 2020 julkaistiin Turun yliopiston satavuotista historiaa käsittelevä tutkimus, mutta psykologian laitosta ja psykiatrian tieteenaloja ei tässä tutkimuksessa juurikaan käsitellä.<sup>53</sup> Vuonna 2021 psykologiassa itse pitkän uran tehnyt psykologi Pekka Niemi kirjoitti laitoksen toiminnasta uuden historian tutkimuksen, joka kattoi myös 1900-luvun viimeiset vuosikymmenet.<sup>54</sup>

Yhtä yliopistoa yleisemmin suomalaisen psykologian historiasta löytyy muutamia tutkimuksia. Tieteenhistorian tutkija Jouko Ahon vuonna 1993 julkaisemassa teoksessa käydään läpi suomalaisen psykologian varhaisvaiheita 1900-luvun ensimmä-

<sup>49</sup> Tarmio 1993; Niitemaa ja Uotila 2013.

<sup>50</sup> Lavonen 2013.

<sup>51</sup> Parpola 2013.

<sup>52</sup> Hakkarainen 1984.

<sup>53</sup> Vares 2020b.

<sup>54</sup> Niemi 2021.

mäisille vuosikymmenille saakka.<sup>55</sup> Vuonna 2017 *Psykologia*-lehti julkaisi suomalaisen psykologian historiasta teemanumeron, mutta artikkeleiden painopiste on 1900-luvun alussa. Numeron avaa psykologi Jussi Silvosen artikkeli, jossa hän tarkastelee sekä psykologian historian tutkimusta että tieteenalan historiaa. Silvonen analysoi merkittävimpiä psykologian sisäisiä siirtymiä, mutta lähestyttäessä 1980-lukua hän kirjoittaa suoraan, ettei aio tätä vuosikymmentä tarkastella.<sup>56</sup> Silvonen kirjoittaaakin, että suomalaisen psykologian historian systemaattista ja historiallisesti jäsentynyttä kokonaiskuva ei ole kirjoitettu. Hän toteaa, että psykologian historiaa käsittelevä julkaisutoiminta on fragmentaarista eikä sitä ole juuri ollenkaan tarkasteltu esimerkiksi tieteen tutkimuksen käsittein.<sup>57</sup> Vuonna 2021 julkaistiin Silvosen toiveisiin vastaava tutkimus, mutta se keskittyy ajanjaksolle 1809–1917.<sup>58</sup>

Psykiatrisen hoitojärjestelmän lähihistoriasta löytyy tutkimusta, joista perusteellisimpia ovat kaksi tällä vuosituhannella valmistunutta ja lähinnä 1990-lukuun keskittyvää väitöstutkimusta. Kummankin keskiössä on psykiatrisen ja somaattisen erikoissairaanhoidon yhdistymisen analysointi – psykiatri Juha Hyvönen lähestyy aihetta osana pidempää historiaa ja psykiatri Jukka Kärkkäisen analysoi väitöskirjassaan, kuinka hyvin yhdentyminen onnistui.<sup>59</sup> Tutkimukseni tukena olen käyttänyt ajankuvana myös 1980- ja 1990-lukujen Suomea koskevia muun muassa Kansaneläkelaitoksen ja Stakesin julkaisuja.<sup>60</sup>

Suomalaisia mielisairaaloihin koskevaa tutkimusta ja itsenäisiä historioitteja on kirjoitettu paljon. Muutoinkin mielenterveyssektori muun hallinnon tiedon tavoin on hyvin tutkittu alue lähtien potilaan kokemuksesta hoitokäytäntöihin ja hoidossa hyödynnettyihin tieteellisiin suuntauksiin. Tämä ei ole yllättävää, sillä juuri praktiikassa yhdistyvät tieteeseen, arjen ja hallinnon intressit. Lisäksi valta-aspekti on vahvasti läsnä juuri hoitotilanteissa ja hoitokäytännöissä. Terveystieteiden piirissä määriteltiin potilaiden rajat sekä millaisia tautiluokkia haluttiin hoitaa ja miten. Terveystieteissä käytiin konkreettisimmillaan neuvottelua sairaudesta ja sairauden seurauksista. Kulttuurisen, sosiologian ja historiallisen mielenterveystutkimuksen juuret – muun muassa filosofi ja historiantutkija Michel Foucault'n ja sosiologi Erving Goffmanin tutkimukset 1960-luvulta – ovat nimenomaan praktiikan analysoinnissa ja samalla kritisoinnissa.<sup>61</sup>

<sup>55</sup> Aho 1993.

<sup>56</sup> Silvonen 2017, 91.

<sup>57</sup> Silvonen 2017, 87.

<sup>58</sup> Manninen et al. 2021.

<sup>59</sup> Kärkkäinen 2004; Hyvönen 2008.

<sup>60</sup> Esim. Haapa-aho ja Gustafsson 1986; Nenonen, Pelanteri ja Rasilainen 2000; Gould et al. 2007; Helakorpi 2007.

<sup>61</sup> Erving Goffman (1962) *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Chicago: Aldine. ja Michel Foucault (1961) *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*. Väitöskirja. Paris: Plon.

Viime vuosikymmeninä masennusta koskevien tutkimusten ja tutkijoiden määrä on kasvanut suuresti. Samalla yhä useammat tieteenalat ovat tarttuneet aiheeseen. Masennuksen historian perusteos on vuonna 1986 julkaistu psykiatri ja lääketieteen historian tutkija Stanley Jacksonin teos *Melancholia and depression: from Hippocratic times to modern times*. Masennusta historiallisesta näkökulmasta on tutkinnut myös filosofi Jennifer Radden. Raddenin monitahoinen analyysi melankolian ja masennuksen muodoista, käsitteiden yksityiskohtainen tutkimus ja analysointi sekä laajemmassa kontekstissa että tietystä ajassa tietyn ryhmän sisällä on antanut esimerkkiä omalle tutkimukselleni.<sup>62</sup> Melankolia on historiantutkimuksessa masennusta tutkitumpi aihe, ja siitä on kirjoitettu lukuisia ansiokkaita tutkimuksia, kuten aatehistorian tutkija Karin Johannissonin *Melankolian huoneet: alakulo, ahdistus ja apatia sisällämme*. Melankolia ja masennus kietoutuvat toisiinsa monin tavoin ja niitä voidaan lähestyä myös toistensa historiallisena jatkumona.<sup>63</sup> Vaikka melankoliaa ovat Suomessakin tutkineet historiantutkijat, kuten Kirsi Tuohela ja Riikka Miettinen, modernia masennusta koskeva tutkimus on ainakin vielä toistaiseksi pitkälti muiden alojen – kuten lääketieteen ja yhteiskuntatieteiden – tutkijoiden kirjoittamaa. Historiantutkimuksen alalla Eve Rasku tutki vuonna 2018 pro gradu -tutkielmassa masennuslääkkeitä koskevaa kritiikkiä Suomen lääkirilehdessä vuosina 2008–2014.<sup>64</sup> Folkloristiikan tutkija Senni Timonen ja sosiaalipsykologi Vilma Hänninen ovat kirjoittaneet modernin masennuksen suhteesta suomalaisessa kansanruneudessa käytettyyn huolen käsitteeseen.<sup>65</sup> Modernin masennuksen historia piiryy ajallista muutosta jäljittävässä tutkimuskirjallisuudessa pitkälti psykiatristen tautiluokitusten, psykofarmakologian ja yhteiskunnallisten muutosten historiana. Psykiatristen tautiluokitusten historiaa ja DSM-III-tautiluokitusta ja sen jälkeisiä editioita koskevaa tutkimuskirjallisuutta on huomattavan paljon.<sup>66</sup> Psykiatrian historian tutkija Edward Shorter on tutkinut mielialahäiriödiagnoosien historiaa pääasiassa Yhdysvalloissa sekä masennuksen historiaa pohjoisamerikkalaisessa psykiatriassa.<sup>67</sup>

Historiantutkija Pekka Pietilä tutki pro gradu -työssään 1990-luvun mielenterveyteen liittyvän paradigman muutosta analysoimalla kolmea 1990-luvulla julkaistua anglosaksisen psykiatrian historian tutkijan julkaisemaa monografiaa. Pietilä toteaa, että psykiatrian historian tutkijoiden oma näkemys on usein vahva aiheuttaen tutkijoiden välille köydenvetoa.<sup>68</sup> Vahvat suuntaukset, yhä avoimina pysyvät kysymykset ja paikkaansa etsivä historiallinen kertomus aiheuttavat tilanteen, jossa tut-

<sup>62</sup> Radden 2009b.

<sup>63</sup> Jackson 1986; Tuohela 2008, 26.

<sup>64</sup> Rasku 2018.

<sup>65</sup> Hänninen ja Timonen 2004.

<sup>66</sup> Ks. esim. Hess ja Majerus 2011.

<sup>67</sup> Shorter 2005; Shorter 2009; Shorter 2013a; Shorter 2013b.

<sup>68</sup> Pietilä 2019, 70.

kijan on pidettävä lähdekritiikki mielessään myös tutkimuskirjallisuutta lukiessaan. Tutkijan omien lähtökohtien, näkökulmien ja ajattelun taustalla olevan ontologian läpinäkyvyys on tärkeää masennuksen kaltaisessa monitahoisessa tutkimuskohteessa.<sup>69</sup>

Suomalaista masennushistoriaa on tutkittu pääasiassa analysoimalla mielenterveyspalveluja, epidemiologisia tutkimuksia ja lääkeyritysten mainoskampanjoita.<sup>70</sup> Sosiologi Ilpo Helén on kirjoittanut suomalaisen masennuksen lähihistoriasta ja masennukseen liittyvistä yhteiskunnallisista muutoksista. Hän on kirjoittanut myös kansainvälisissä tautiluokituksissa tapahtuneista muutoksista. Michel Foucault ja sosiologi Nikolas Rose ovat olleet Helénin tutkimuksissa keskeisiä teoreetikoita.<sup>71</sup> Sosiologi Lotta Hautamäki on tutkinut masennusta ja mielialahäiriöitä pitkälti samojen yhteiskuntateoreetikoiden innoittamana. Pro gradu -tutkielmassaan Hautamäki analysoi masennukseen liittyviä tekstejä käyttäen lähteenään painettuja potilasoppaita vuosilta 1970–2004, masennusta käsitteleviä Internet-sivustoja 2000-luvun alkuvuosilta sekä lääkärikirjoja 1940-luvulta lähtien.<sup>72</sup> Hieman samankaltainen kysymyksenasettelu on sosiologi Jenni Santaholman pro gradu -tutkielmassa, jossa hän analysoi masennuksen merkityksiä suomalaisissa aikakauslehdissä 1980- ja 2000-luvuilla.<sup>73</sup> Santaholman pro gradu -tutkielman voidaan sanoa olevan osa kulttuurista terveystutkimusta, ja hän itse määrittelee työn terveystutkimukseksi.<sup>74</sup>

Väitöskirjatutkimuksessaan Hautamäki tutki mielialahäiriöihin liittyviä käsityksiä tieteessä, kliinisessä työssä sekä psykiatrian potilaiden kohdalla. Hautamäki osoittaa, että bipolaari mielialahäiriö sai Suomessa vahvemman jalansijan samaa tahtia masennuksen kanssa 1990-luvulla, jolloin tehtiin paljon niitä koskevaa tutkimusta, muodostettiin hoito-ohjeita ja jaettiin tietoa sairauksista sekä ammattihenkilökunnalle että arjen tiedon piiriin.<sup>75</sup> Hautamäki on Helénin tavoin tutkinut aiheeseen liittyviä julkaisuja ja kirjoituksia.<sup>76</sup> Helénin ja Hautamäen kanssa samoista kysymyksistä on kirjoittanut ranskalainen sosiologi Alain Ehrenberg.<sup>77</sup>

Helénin toimittamassa artikkelikokoelmassa *Reformin pirstaleet – Mielenterveyspolitiikkaa hyvinvointivaltion jälkeen* analysoidaan Suomessa 1970-luvulla al-

<sup>69</sup> Mäkilä 2023.

<sup>70</sup> Ks. esim. Helén 2002; Hautamäki 2006a; Hautamäki 2006b; Hautamäki 2007; Helén 2007a; Helén 2007b; Helén 2007c; Helén 2010; Hautamäki 2011; Helén, Hämäläinen ja Metteri 2011.

<sup>71</sup> Helén 2001; Helén 2002; Helén ja Jauho 2003b; Helén 2007a; Helén 2007c; Helén 2010; Helén 2016.

<sup>72</sup> Hautamäki 2006b, 19–20.

<sup>73</sup> Santaholma 2006.

<sup>74</sup> Santaholma 2006, Tiivistelmä.

<sup>75</sup> Hautamäki 2016b, 138.

<sup>76</sup> Hautamäki 2006a; Hautamäki 2011; Hautamäki 2016a.

<sup>77</sup> Ehrenberg 2007; Ehrenberg 2010.

kaneen mielenterveyskentän reformin merkitystä myös masennusdiagnooseihin liittyviin yhteiskunnallisiin muutoksiin muun muassa tautiluokitusten ja lääkehoidon muutosten näkökulmasta.<sup>78</sup> Teokseen on kirjoittanut useampia yhteiskuntatieteellisesti mielenterveyden hoitoa ja siihen liittyviä aiheita tutkineita. Merkittävimpiä teemoja yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa masennukseen liittyen ovat olleet terveyteen ja sairauteen liittyvän vastuun siirtyminen yhteiskunnalta yksilölle.<sup>79</sup> Sosiologi Sanna Rikala analysoi 2000-lukua käsittelevässä väitöskirjassaan, kuinka naiset joutuvat työperäisen väsymyksen seurauksena ottamaan vastaan masennustautiluokan diagnoosinaan halutessaan palautua uupumuksestaan. Rikala on avannut ansiokkaasti mielenterveysdiagnoosien sukupuolittuneisuutta ja yhteiskuntaluokkaisuutta sekä niiden käyttötapoja hallinnon tiedon piirissä.<sup>80</sup>

## 1.4 Tutkimuksen aineisto

Aineistoni koostuu pääasiassa tieteellisen koulutuksen osana muodostuneesta materiaalista, kuten oppikirjallisuudesta, opinnäytteistä ja kurssimuistiinpanoista. Opiskelijoiden arjen masennuskäsityksiä analysoin tieteellisen koulutuksen lisäksi lukemalla ristiin arjen tekstejä, jotka tässä tutkimuksessa ovat muistitietoaineistoa ja lehtikirjoituksia.

Aloittaessani aineiston keruun yksi tärkeimmistä tiedon lähteistäni olivat opinto-oppaat. Psykologian laitoksen opetukseen tutustuin käymällä läpi Turun yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan opinto-oppaat lukuvuodesta 1979–1980 lukuvuoteen 1995–1996. Lääketieteellisen tiedekunnan lisensiaatin tutkinnon osalta kävin vastaavasti läpi Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan opinto-oppaat. Lääketieteellisen tiedekunnan tieteellisen jatkokoulutuksen opinto-oppaita on julkaistu lukuvuodesta 1984–1985 ja erikoislääkärin tutkintoon vaadittavien opintojen opinto-oppaita on julkaistu lukuvuodesta 1986–1987, joten 1980-luvun alkuvuodet jäivät näiden opinto-oppaiden osalta uupumaan.

Opinto-oppaissa mainittiin usein nimeltä oppimateriaaleja, tenttikirjoja ja opintojaksojen opettajia. Näin ei kuitenkaan ollut tasaisesti läpi tutkimani ajanjakson. Esimerkiksi lukuvuosina 1989–1994 yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan opinto-oppaista puuttui tiedot psykologian laitoksen opintojaksojen opettajista. Opinto-oppaiden perusteella valitsin tarkempaan tarkasteluun opintojaksoja, joilla oletin käsiteltävän masennuksia. Etsin käsiini opintojaksojen kohdalla mainitun oppikirjallisuuden. Teosten sisällysluetteloiden, asiasanojen ja silmäilyn perusteella päättelin, saa-

<sup>78</sup> Helén 2011.

<sup>79</sup> Vastuun siirtymisestä ks. myös. Meskus 2009.

<sup>80</sup> Rikala 2006; Rikala 2013.

tettiin teoksessa käsitellä masennusta. Näin valikoin mahdollisesti masennusta käsittelevät oppikirjat ja otin ne tarkemmin analysoitaviksi.

Psykologian laitoksen opintojen osalta minulla on käytössäni myös opiskelijoiden tekemiä opintojaksokohtaisia muistiinpanoja, joissa mainitaan ajoittain tenttikirjoja. Olen ottanut nämä teokset osaksi aineistoa sikäli kun niitä on ollut saatavilla. Turun yliopiston psykologian laitoksen opetuksesta tutustuin noin 80 teokseen ja noin puolet näistä valikoitui tarkempaan analyysiin.<sup>81</sup>

Lääketieteen lisensiaatin opintoihin, tieteellisten jatko-opintojen ja erikoislääkärin tutkintoon sisällytettyä oppikirjallisuutta keräsin niin ikään Turun yliopiston opinto-oppaista. Lääketieteen lisensiaatin opintojen osalta etsin käsiini noin sata teosta. Psykiatrian erikoislääkärin opinnoista teoslistaan kerääntyi kolmisenkymmentä oppikirjaa, joista osa oli samoja kuin lääketieteen lisensiaatin tutkinnossa. Lastenpsykiatrian ja psykiatrian valtakunnallisissa kuulusteluissa oli kunakin lukuvuonna kuulusteltavana kolme viimeisintä vuosikertaa vähintään kolmesta ja enimmillään lähes kymmenestä julkaisusta. Tämä olisi muodostanut kokonaan oman aineistonsa, joten näissä mainittuja kansainvälisiä julkaisuja en ole ottanut osaksi tutkimustani. Kuulusteluissa oli osattava myös kansallista lainsäädäntöä, joka on osa aineistoani jo lääketieteen lisensiaatin opintojen kautta. Lisäksi ajoittain kuulusteluissa mainittiin alaan liittyvät kotimaisten lääketieteellisten aikakauslehtien artikkelit, jotka olen soveltuvien osien ottanut osaksi tutkimukseni kontekstointia. Tieteellisten jatko-opintojen osalta opinto-oppaissa ei ole mainintaa oppimateriaaleista. Sen sijaan jatko-opinnot keskittyivät oppiaineiden antamaan jatko-opetukseen.<sup>82</sup> Väitöskirjatutkijoiden masennuskäsityksiä olen tästä syystä analysoinut ensi sijaisesti väitöskirjoista. Nämä kartoitin hyödyntämällä Turun yliopiston kirjaston tietokantahakua sekä henkilökunnan apua. Aineistooni valikoitui hieman alle 20 Turun yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa valmistunutta väitöskirjaa, jotka liittyivät teemoiltaan masennukseen tai yleisemmin mielenterveysongelmiin.

Opiskelijoiden, erikoistuvien ja väitöskirjatutkijoiden masennuskäsitykset muodostuivat osana tieteellisiä opintoja ja tämä muodosti ainutlaatuisen ympäristön, joka ei suoraan mukailut yksittäistä koulukuntaa tai näkökulmaa. Opintojen aikana ma-

<sup>81</sup> Turun yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan opinto-oppaat lukuvuodesta 1979–1980 lukuvuoteen 1995–1996.

<sup>82</sup> Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan opinto-oppaat lukuvuodesta 1979–1980 lukuvuoteen 1992–1993; Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan lääketieteen lisensiaatin tutkinnon opinto-oppaat lukuvuodesta 1993–1994 lukuvuoteen 1995–1996; Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan tieteellisen jatkokoulutuksen opinto-oppaat lukuvuodesta 1984–1985 lukuvuoteen 1996–1997; Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan erikoislääkärin tutkinnon opinto-oppaat lukuvuodesta 1986–1987 lukuvuoteen 1994–1995; Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan erikoislääkärikoulutuksen opinto-opas lukuvuosina 1995–1996 ja 1996–1997.

sennuskäsityksiä ja sairausontologioita omaksuttiin oppimateriaalien lisäksi henkilökunnan masennuksiin liittyvistä käsityksistä, opinnäytteitä varten luetuista itse valituista teksteistä ja omaa oppiainetta laajemmasta verkostoitumista. Ainoastaan oppikirjallisuuden analysointi antaisi ryhmäkohtaisista masennuskäsityksistä harhaanjohtavan kuvan, mistä syystä hyödynnän tutkimuksessani laajalti myös opiskelijoiden itsensä tuottamia tekstejä.

Opinnäytteet, kuten yllä mainitut väitöskirjat, ovat oleellinen osa opiskelijoiden itse tuottamaa aineistoa.<sup>83</sup> Lääketieteen lisensiaatin opinnoissa kirjoitettiin vuodesta 1984 lähtien syventävien opintojen kirjallinen työ. Opinnäytteiden otsikot, tekijät ja työn oppiaine kirjattiin lukuvuosittain lääketieteellisen tiedekunnan tutkimustiivistelmiin. Olen käynyt nämä läpi hakien otsikon perusteella mahdollisesti masennuksiin liittyviä töitä. Psykiatrian ja lastenpsykiatrian oppiaineissa tällaisia opinnäytteitä oli tehty viitisenkymmentä, mutta valitettavasti osa oli vuosien mittaan kadonnut. Masennuksen määrittelyyn liittyviä syventävien töitä löytyi myös muista oppiaineista, kuten oikeuslääketieteestä ja kansanterveystieteestä. Lopulta tarkempaan analyysiin päätyi kokonaisuudessaan nelisenkymmentä syventävien opintojen kirjallista työtä.<sup>84</sup>

Yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan tutkimustiivistelmät minulla on käytössäni lukuvuodesta 1984–1985 lukuvuoteen 1996–1997. Näissä on lueteltu psykologian laitoksella näinä lukuvuosina valmistuneet lisensiaatintutkimukset ja pro gradu -tutkielmat. Harvassa käsiteltiin suoraan masennuksia, vaikka mielenterveys teemana toistuikin töiden otsikoissa. Aineistooni näistä valikoitui vajaa kymmenen opinnäytettä.<sup>85</sup>

Tutkimustiivistelmien kautta kokosin itselleni vuosien 1980 ja 1995 välillä Turun yliopistossa psykologiaa tai psykiatria opiskelleiden nimiä. Etsin heidän nykyisiä yhteystietojaan ja lähestyin henkilöitä pääasiassa sähköpostitse. Viestissäni pyysin lainaani kaikkea mahdollista opinnoista yhä tallella olevaa materiaalia, kuten muistiinpanoja ja harjoitustöitä. Lääketieteen osalta tämä aineisto jäi suhteellisen suppeaksi. Sain useita ystävällisiä vastauksia, mutta ajallinen etäisyys oli monella tarkoittanut muun muassa muuttojen myötä poisheitettyjä aineistoja. Yhdeltä tuona aikana opiskelleelta sain ystävällisesti lainaan mielenterveyteen liittyviä teoksia. Hänen psykiatrian oppiaineeseen tekemänsä syventävien opintojen kirjallinen työ oli

<sup>83</sup> Opinnäytteidenkin osalta oleellista on töiden ristiinlukeminen. Vaikka opiskelija palautti opinnäytteensä Turun yliopistoon tutkimanani ajanjaksona, ei hän välttämättä ollut tehnyt kaikkia edeltäviä opintojaan juuri edellisinä vuosina ja samassa yliopistossa. Esimerkiksi otin yhteyttä erääseen 1990-luvulla opinnäytteensä Turkuun palauttaneeseen, joka kertoi tehneensä opintonsa 1970-luvulla aivan toisessa yliopistossa.

<sup>84</sup> Lääketieteellisen tiedekunnan tutkimustiivistelmät lukuvuodesta 1984–1985 lukuvuoteen 1996–1997.

<sup>85</sup> Yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan tutkimustiivistelmät lukuvuodesta 1983–1984 lukuvuoteen 1996–1997.



valmistunut vuonna 1995, joten lainatut aineistot olivat olleet käytössä pääasiassa 1990-luvun alkupuolella.<sup>86</sup>

Turun yliopiston psykologian opintojen osalta sain sen sijaan aineistoja kuudelta vuosien 1980 ja 1995 välillä opiskelleelta ja yhdeltä tuolloin laitoksen henkilökuntaan kuuluneelta.<sup>87</sup> Aineistoja kertyi yhteensä 17 mapin ja muutaman ison kassin verran. Nämä sisälsivät muun muassa luentomuistiinpanoja, harjoitustöitä, koekysymyksiä sekä opinnäytteitä ja niitä varten kerättyjä aineistoja, kuten artikkeleita. Ajallisesti mielenterveyteen ja masennukseen liittyvät aineistot painottuivat vuosille 1980–1990, mutta jonkin verran aineistoa oli myös myöhemmiltä vuosilta. Väitöstitkimukseni psykologian laitoksen opintoja koskeva analyysini nojaa oppikirjallisuuden lisäksi vahvasti tähän aineistoon, joten tämä on saattanut rajata analyysiani koskien vuosia 1991–1995. Aineistot olivat muodostuneet yksityishenkilöiden omien valintojen kautta, joten niissä oli suurtakin vaihtelua. Osa oli säilyttänyt valikoiden oleelliset osat opinnoistaan, osalla oli yhä tallella kaikki yksittäisiin kursseihin tai opinnäytteiden taustatyöhön liittynyt aineisto. Kurssien osalta käytössäni on siis luentomuistiinpanojen lisäksi muun muassa erilaisia harjoitustöitä, kuten kurssin aikana opiskelijoiden tekemiä ja täysin anonymisoituja psykologisia testejä. Kurssikohtaisesti oli ajoittain säilytetty myös muiden opiskelijoiden kurssilla tekemiä harjoitustöitä ja kurssia varten kirjoitettuja esseitä. Aineistossa oli myös jonkin verran sivuaineopintoihin liittyviä materiaaleja, mikä antoi hyvää kuvaa psykologian opiskelijoiden mahdollisista muista opinnoista. Lisäksi aineistossa oli muistiinpanoja, esitteitä, vihkosia ynnä muuta materiaalia liittyen muun muassa psykologian opiskelijajärjestön toimintaan, konferenssi- ja seminaarimatkoihin, työelämään tutustumiseen ja työelämässä jo olevien vierailuluentoihin.

Aineistot antoivat arvokkaan ja monipuolisen kuvan psykologian laitoksen opinnoista ja toiminnasta. Ne mahdollistivat opiskelijoiden äänen kuulemisen vielä monipuolisemmin kuin ainoastaan opinnäytteisiin nojattaessa. Opiskelijoiden omia ajatuksia saattoi lukea kurssien aikana tehdyistä harjoitustöistä, mutta myös muissa muistiinpanoissa oli opiskelijoiden omia kommentteja esimerkiksi luennoista. Samalla luentomuistiinpanot antoivat hyvän kuvan opetushenkilökunnan ajattelusta. Koska psykologian laitoksella seurattiin myös joitain Turun yliopiston psykiatrian oppiaineen antamia luentoja, niin psykologian henkilökunnan lisäksi luentomuistiinpanoissa kuului psykiatrian oppiaineen henkilökunnan ääni. Olin saanut aineistoja eri aikoina opiskelleilta, joten joistain kursseista minulla oli muistiinpanot eri vuosilta. Tämä mahdollisti sen, että saatoin etsiä opetuksesta jatkumoa ja muutoksia.

<sup>86</sup> Bäckström 1995. Lämmin kiitos nuorisopsykiatrian erikoislääkäri ja kognitiivinen psykoterapeutti Jill Bäckström.

<sup>87</sup> Lämmin kiitos psykologit Jukka Hyönä, Eva Ora, Anna-Stina Renqvist-Korhonen, Minna Tapojärvi, Taina Tegelsten, Hannu Tonteri ja Tiina Vidqvist.

Tutkimuksessani keskityn masennuksen ymmärtämisen kannalta oleellisiin opiskelijoiden, väitöskirjatutkijoiden ja erikoistuvien lukemiin ja kirjoittamiin teksteihin. Paikan päällä pidettyjen kurssien lisäksi opintoihin kuului muun muassa vierailuja eri instansseihin, opintoleirejä saaristossa ja harjoittelujaksoja.<sup>88</sup> Opetus saattoi sisältää elokuvia tai potilastapauksia esimerkiksi haastatteluvideon muodossa. Psykologian laitoksen opintoihin kuului lukuvuodesta 1984–1985 lähtien pakollisena neljän kuukauden ja myöhemmin 16 opintoviikon eli aktiivisyöviikon pituinen harjoittelu.<sup>89</sup> Harjoittelun merkityksen erityisesti myöhemmän työuran kannalta mainitsi moni väitöskirjaa varten tekemissäni haastatteluissa, mutta myös vapaamuotoisimmissa keskusteluissa hakiessani 1980- ja 1990-luvuilla opiskelleilla säilynyttä opintomateriaalia. Myös lääketieteen lisensiaatin opintoihin kuului harjoittelu. Psykiatriasta tai lastenpsykiatriasta tieteellisen jatkotutkinnon suorittaneet mainitsivat väitöskirjassaan harjoittaneensa ammattiaan usein jo pitkään ennen väitöskirjatutkimuksen aloittamista. Psykiatrian ja lastenpsykiatrian erikoislääkärin opinnot olivat pääasiassa potilastyöskentelyä.

Saadakseni täydemmän kuvan henkilökunnan omista masennuskäsityksistä ja sairausontologioista olen analysoinut erityisesti opetushenkilökunnan julkaisuja tutkimaltani ajalta myös niiltä osin kuin niitä ei ole mainittu osana opintoja. Psykiatrian ja lastenpsykiatrian opetushenkilökunnan julkaisuja hyödynsin siinä määrin kuin sitä tutkimuksen edetessä tuli vastaan. Psykologian julkaisuja etsin systemaattisemmin Turun yliopiston vuosikirjasta, johon oli koottu laitoksen henkilökunnan julkaisuja lukuvuosittain. Yliopiston vuosikirjoista minulla oli käytössäni teokset, jotka kattoivat lukuvuodet syksystä 1985 kevääseen 1996.<sup>90</sup>

Tutkimukseni alkuvaiheessa analysoidessani oppimateriaalien ja opiskelijoiden kirjoitusten masennuskäsityksiä törmäsin toistuvasti tieteestä nousevien masennuskäsitysten lisäksi myös muunlaisiin käsityksiin. Hallinnon tiedon masennuskäsityksiä saatoin analysoida tarkemmin jo opintojen itsensä kautta, sillä monenlaiset lait, säädökset sekä kansalliset ja kansainväliset tautiluokitukset olivat osa opintoja. Opinnoissa oli läsnä kuitenkin myös masennuskäsityksiä, jotka eivät nousseet tieteen eikä hallinnon tiedosta. Nämä masennukset näkyivät rinnakkain tieteen ja hallinnon masennuskäsitysten kanssa opiskelijoiden omissa teksteissä sekä suomenkielisissä

<sup>88</sup> Esimerkiksi ryhmätyön kurssi pidettiin vuonna 1988 Högsandin kurssikeskuksessa ja vuonna 1989 Lappvikissä 16.–20.1. ”6-21”, ei pvm.

<sup>89</sup> Harjoittelun aluksi tehtiin harjoitussuunnitelma yhdessä ohjaajan kanssa. Tavoitteena saattoi olla harjoitella esim. harjoittelupaikkaan liittyvää organisaatorakennetta, lainsäädäntöä, työskentelyn keskeisiä taustateorioita, yhteistyötapoja ja työn rutiineja. Harjoittelun jälkeen kirjoitettiin harjoittelukertomus. ”3-3” 1990; Ks. myös esim. ”3-4” 1987.

<sup>90</sup> Turun yliopiston vuosikirja. Julkaisut. Turku: Turun yliopisto, 1989–1994; Turun yliopiston vuosikirja. Julkaisut. Vantaa: Turun yliopisto, 1995–1996.

oppimateriaaleissa. Kyse oli selvästi laajemmin suomalaisessa arjessa jaetuista käsitksistä, jotka olivat osa opiskelijoiden ryhmätietoa. Päästäkseni analysoimaan tarkemmin näitä arjen tiedon masennuskäsityksiä päädyin kokoamaan vielä yhden täydentävän aineiston, arjen tiedon aineiston.

Osan arjen tiedon aineistoa muodostavat yksi naistenlehti ja viisi mielenterveysjärjestön lehteä. Nämä valikoituivat oman esiyymmärrykseni kautta. Tällä vuosituhanella juuri naistenlehdissä on ollut huomattava määrä tautiluokkaan sidottuja kirjoituksia, kuten selviytymistarinoita ja ammattilaisten haastatteluja tautiluokkaan perustuvan tilan tunnistamisesta ja hoidosta. Tästä syystä oletin arjessa luetuista ei-ammattilehdistä juuri laajalevikkisen naistenlehden sisältävän määrällisesti runsaasti masennusta koskevia tekstejä. Samankaltaisia tekstejä oletin löytyvän mielenterveysjärjestöjen omista lehdistä. Saadakseni analyysiini myös median ulkopuolisia masennuskäsityksiä etsin aineistoja myös Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran arkistoista.

Lehtiteksteistä ja muistitietoaineistosta koostuva aineisto antaa mahdollisuuden analysoida arjen tietoa eli Suomessa yleisesti jaettuja masennuskäsityksiä ja niissä tapahtuneita muutoksia. Erilaisten aineistojen tarkoituksena on tuoda esiin merkityksiä, niiden rakentumista ja prosessimuotoista liikettä. Oletukseni ei ole, että opiskelijat, väitöskirjatutkijat ja erikoistuneet lääkärit olisivat itse lukeneet näitä tekstejä. Ristiinlukemalla tekstejä olen analysoinut arjen tiedon merkitystihentymiä. Opiskelijat vähintään tunnistivat ja mahdollisesti jakoivat näitä arjen masennuskäsityksiä.

Valikoin aineistooni yhden laajalevikkisen viikoittain ilmestyneen naistenlehden *Annan*. Analysoin lehdestä vuosikerrat 1980–1985<sup>91</sup> sekä 1990–1995. Lehti ilmestyi viikoittain, joten jokaisena vuonna ilmestyi 52 numeroa ja tutkimusta varten on analysoitu 547 *Anna*-lehteä. Vuosikerrat 1986–1989 olen jättänyt analysoimatta ajankäytöllisistä syistä ja samalla oletan tämän otannan riittävän muutosten ja jatkuvuuksien analysoimiseksi. *Anna*-lehti osoittautui hyväksi ajankuvaksi. Lehti on ilmestynyt vuodesta 1963 lähtien, joten sillä oli tutkimallani ajalla jo vakiintunut profiili ja lukijakunta. Lehdessä käsiteltiin laajalti eri aiheita, kuten henkilöhaastattelut ja eri teemoihin, kuten yksinäisyyteen keskittyvät artikkelit. Lehdessä ilmestyi säännöllisesti palstoja, kuten nuorten palsta, lukijoiden palsta, lääkärin palsta ja palsta, jossa lääkäri vastasi tunne-elämään liittyviin kysymyksiin. Terveysteen ja elämän ongelmiin liittyviä välillä laajojakin artikkeleita julkaistiin läpi ajanjakson.<sup>92</sup>

Aineistoon kuuluu myös viisi mielenterveysjärjestöjen omaa lehteä. Lehdistä kaksi on valtakunnallisia ja ne ilmestyivät läpi tutkimani ajan eli vuodesta 1980 vuo-

<sup>91</sup> Aineistosta puuttuvat vuodelta 1985 numerot 13–38.

<sup>92</sup> Esimerkiksi alkoholismia käsiteltiin usein vuosien varrella, kuten vuoden 1980 tammi-kuussa ilmestynyt viisisivuinen artikkeli. Jokitaipale ja Hautala 1980.

teen 1995. Toinen on *Mielenterveys*-lehti, jota Mielenterveysseura on julkaissut vuodesta 1961 lähtien. *Käsi kädessä* -lehti puolestaan on Mielenterveyden keskusliiton julkaisu, jota on julkaistu vuodesta 1972 lähtien. *Mielenterveys*-lehti ilmestyi kuusi kertaa vuodessa. *Käsi kädessä* ilmestyi alkuun vain muutaman kerran vuodessa, mutta vuonna 1995 se ilmestyi jo kahdeksan kertaa vuodessa.

Tutkimanani aikana paikallinen mielenterveystoiminta aktivoitui, mikä näkyi paikallisyhdistyslehdissä. Analyysiin olen ottanut kaksi paikallisyhdistyslehteä, jotka alkoivat ilmestyä 1990-luvulla. *Helmi*-lehti on Helsingin mielenterveysyhdistyksen oma lehti, jota alettiin julkaista vuonna 1991. Ensimmäisenä vuonna lehteä julkaistiin kuusi numeroa. Muina vuosina lehteä julkaistiin viisi numeroa. Analysoin näistä 25 numeroa. Vuoden 1994 alussa lehti oli pitänyt elämäkertakirjoituskilpailun. *Kipunoita* on Tampereen mielenterveysyhdistyksen TAIMIn jäsenlehti. *Kipunoita* on tyypillinen pieni yhdistyslehti, jota alettiin julkaista vuonna 1994 ja sitä julkaistiin neljä numeroa vuodessa. Analysoin näistä kuusi numeroa. *Labyrintti*-lehti on Mielenterveyspotilaiden omaisyhdistysten keskusliiton julkaisema lehti, joka on ilmestynyt vuodesta 1993. *Labyrintti*-lehdestä analysoin yhdeksän numeroa. Mielenterveysomaisten keskusliitto – nykyisin FinFami – on vuonna 1991 perustettu sosi- ja terveysalan järjestö.

Lehtien lisäksi olen analysoinut kahden kirjoituskilpailun vastauksia.<sup>93</sup> Kummankin kirjoituskilpailun pohjalta on toimitettu teos. Näitä teoksia en käytä aineistonani, sillä halusin analysoida vastauksia sellaisenaan enkä niiden perusteella toimitettuja kokonaisuuksia.<sup>94</sup>

Vuosina 1990–1991 järjestivät Kalevalaisten Naisten Liitto ja Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran Kansanrunousarkisto kirjoituskilpailun, jossa suomalaisia naisia pyydettiin kertomaan elämästään. Vastauksia tuli noin 570 ja ne vaihtelivat yhden sivun pituisista kirjoituksista useita satoja sivuja käsittäviin elämäkertoihin ja yleisempiin pohdintoihin naiseudesta ja elämästä. Kristiina-instituutti kirjoitti jokaisesta vastauksesta referaatin ja tätä tutkimusta varten olen käynyt läpi kaikki 569 referaattia. Referaatit olivat suhteellisen kattavia, ne kertoivat kirjoituksissa käsitellyt teemat ja aiheet pääpiirteittäin. Tämä mahdollisti sen, että pystyin valikoimaan kirjoitukset, joita tarkastelin tarkemmin mikrofilmiltä.

<sup>93</sup> Suuri kiitos Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran kansanrunousarkiston Perinteen ja nykykulttuurin kokoelman arkistotutkija Liisa Lehdolle avusta sopivien aineistojen etsimisessä.

<sup>94</sup> Julkaisut: Ulla Piela (toim.) (1992) *Satasärmäinen nainen. Elämäkertoja*. Helsinki: SKS; Pekka Laaksonen ja Ulla Piela (toim.) (1993) *Työttömän tarina*. Helsinki: SKS.

Työttömän tarina -kirjoituskilpailu työttömyydestä<sup>95</sup> järjestettiin 1.2.–31.5.1993. Kilpailun järjestivät Suomalaisen kirjallisuuden seuran kansanrunousarkisto ja Toimihenkilöjärjestöjen Sivustysliitto. Kilpailuun osallistui 1120 kirjoittajaa ja yhteenlaskettu sivumäärä on 12 994 liuskaa. Nuorimmat osallistujat olivat syntyneet 1970-luvulla ja vanhin vuonna 1896. Kirjoittajista kaksi kolmannesta on naisia, vaikka työttömien kokonaismäärästä naisten osuus tuolloin oli 40 prosenttia. Työttömän tarina -aineistosta ei ollut käytettävissä referaatteja, joten jokainen kilpailuun lähetetty liuska oli käytävä itse läpi. Tätä tutkimusta varten kävin systemaattisesti läpi ensimmäiset 887 liuskaa. Lisäksi arkistovirkailija etsi hakusanoilla ”työtön AND masen\*” saaden esiin parisenkymmentä kirjoitusta ja useamman kymmenen sivun verran lisää aineistoa.

Arjen aineistossa korostuvat naisten kirjoittamat tekstit sekä *Anna*-lehden kautta naisille suunnatut tekstit. Sukupuolittuneisuus ei yhtä naistenlehteä lukuun ottamatta ollut tarkoituksellinen valinta. Tästä huolimatta masennusta koskevien mainintojen perusteella aineistooni valikoitui yksi ainoastaan naisille suunnattu kirjoituskilpailu sekä kirjoituskilpailu, jonka vastaajista kaksi kolmannes oli naisia. Mielenterveysjärjestöjen lehdissä sukupuolittuneisuus ei ollut näin selkeää. Näyttää siltä, että naiset kirjoittavat miehiä useammin masennuksesta sekä tunnesanana että sairauden tai mielenterveydenhäiriön kuvauksena. Tämä voi johtua siitäkin, että teksteissä naiset ylipäättään kuvasivat miehiä useammin itsensä tai läheistensä tunteita ja mielialoja. Kirjoittajien tai mediateksteissä myös haastateltavien tai henkilökuvien kohteen sukupuoli ei ole ollut tämän tutkimuksen keskiössä. Lähtökohtanani on ollut analysoida ristiinlukemalla merkitystihentymiä, joiden tulkitsen kertovan tiedon piirissä laajemmin jaetuista käsityksistä. Masennuskäsitykset saattoivat olla usein naisten sanoittamia, mutta tässä tutkimuksessa tulkitsen käsitysten olleen laajemmin jaettuja. En siis ole lähestynyt tekstejä kirjoittajan sukupuolen perusteella sukupuolittuneena tietona. Tämä vaatisi lisätutkimusta ja toisenlaisia metodeja. Analyysin kohteena sen sijaan on ollut, miten näissä teksteissä on kirjoitettu sukupuolen ja masennuksen suhteesta eli miten itse tekstissä on kuvattu masennuksen suhdetta sukupuoleen.

Aineistojen ja tutkimuskirjallisuuden kautta olen rakentanut kontekstia opiskelijoiden masennuskäsityksille, mutta tutkimuksen edetessä huomasin kaipaavani vielä tarkempaa kontekstointia. Tätä varten kävin sekä vapaamuotoisempia keskusteluja että tein teemahaastatteluja 1980- ja 1990-luvulla opiskelleiden ja työskennelleiden

<sup>95</sup> Kirjoituskutsussa pyydettiin ihmisiä kirjoittamaan työttömyydestä seuraavin saatesanojin: ”Millainen on suomalaisen työttömän tarina? Kirjoita omista kokemuksistasi. Kerro miten jouduit työttömäksi ja miltä työn menettäminen tuntui? Millaiset ajatukset ja miitteet mielessäsi kiertävät? Kuinka pärjääät nykyisessä tilanteessa? Mitä ajattelet omasta ja isänmaasi tulevaisuudesta? Kirjoita omalla tyyllilläsi kaunistelematta, milaista on olla työtön tai jäsenenä työttömän perheessä.”

psykologien ja psykiatrien kanssa. Vapaamuotoisia taltioimattomia keskusteluja kävin tutkimukseni alussa kerätessäni aineistoani. Myöhemmin tein tallennettuja väitöskirjahaastatteluita. Viiden 1980-luvulla Turun yliopistossa psykologiaa opiskelleen kanssa tein ryhmäkohtaisen teemahaastattelun, joka valotti monipuolisesti opiskelijan näkökulmasta psykologian laitoksen toimintaa, henkilökunnan ajatusmaailmoja ja opintojen käyttöä myöhemmässä työelämässä. Lisäksi haastattelin kahta pitkän uran tehnyttä psykiatria sekä yhtä psykologia. Tutkimukseni edetessä eteeni oli tullut monia kysymyksiä laajalti opintoihin, tieteeseen ja praktiikkaan liittyen. Haastattelut antoivat minulle tilaisuuden kysyä tarkentavia kysymyksiä 1980- ja 1990-lukujen käytänteistä ja tavoista toimia. Haastatteluissa sivuttiin myös masennuskäsityksiä ja sairausontologioita, mutta näiden osalta en käytä haastatteluja alkuperäisaineistona ajallisen etäisyyden tähden.

Aineistojani ristiinlukemalla analysoin opiskelijoiden, erikoistuvien lääkäreiden ja väitöskirjatutkijoiden ryhmäkohtaisia masennuskäsityksiä sekä suoraan heidän kirjoitustensa kautta että välillisesti analysoimalla heidän jakamiensa kolmen tiedonpiirin masennuskäsityksiä. Kuten yllä olen esittänyt, aineistoni koostuu useammasta kokonaisuudesta. Ensinnäkin analysoin vuosina 1980–1995 osana psykologian ja psykiatrian opetusta käytössä olleita tekstejä, kuten oppikirjoja, tieteellisiä artikkeleita ja kurssimonisteita. Toiseksi analysoin opiskelijoiden itsensä tuottamia tekstejä, kuten muistiinpanoja, harjoitustöitä ja opinnäytteitä. Kolmanneksi analysoin mediassa julkaistuja masennusta käsitteleviä tekstejä, kuten mielenterveyspotilaiden haastatteluja ja tapaukskertomuksia sekä mielenterveyden ammattilaisten palstoja ja haastatteluja. Neljänneksi analysoin kahta kirjoituskilpailun kautta kerättyä ja masennuksen jollain tavoin mainitsevaa arkistoaineistoa. Viidenneksi vahvistan masennuskäsitysten kontekstointia ristiinlukemalla psykologian laitoksen ja lääketieteellisen tiedekunnan henkilökunnan masennukseen mahdollisesti liittyviä julkaisuja myös opetuksen ulkopuolelta. Kontekstointiin liittyvät myös muun muassa osa kansallisista ja kansainvälisistä tautiluokituksista. Kuudennen ryhmän muodostavat tutkimusta varten toteuttamani haastattelut, joiden tavoitteena on ollut ymmärtää paremmin opintoihin ja praktiikkaan liittyviä käytäntöjä vuosina 1980–1995.

## 2 Masennusten kieli

Tässä luvussa analysoin opiskelijoiden masennuskäsitysten sisältöjä ja kieltä. Johdannossa toin esiin käsitysten monimutkaisen suhteen sairaus- ja terveyskeskeisiin tutkimuskenttiin. Tässä luvussa osoitan masennuksen vaativan myös tiedonhistoriallista lähestymistapaa käsitysten moninaisuuden esiintuomiseksi. Luvun alaluvut ilmentävät aikansa masennusattribuuttien merkitystihentymiä. Kaikki alalukujen teemat eivät olleet opiskelijoiden masennuskäsityksissä yhtä merkityksellisiä. Osa toistui tiheään ja lähes kaikissa masennuksissa samalla kun osa jäi masennusten laitamille. Jotkin attribuutit liittyivät lähinnä tietynlaisiin, esimerkiksi psykoottisiin masennuksiin.

Aloitin luvun analysoimalla masennusta normaalina ja terveenä tunnetilana, sillä tämä oli ainut vahvasti ja kattavasti jokaisessa tiedon piirissä läsnä ollut masennuskäsitys. Tämän jälkeen analysoin monin eri tavoin ilmaistuja ja eri masennuksia kattaneita merkitykseltään suuria masennusattribuuttiryhmiä, kuten etiologian mukaisia masennuksia tai masennusta itseen kohdistuvana negatiivisuutena. Näiden jälkeen tutkin muutamia edellisiä hieman vähäisemmin esiintyneitä masennusattribuuttiryhmiä, kuten aikaulottuvuuteen ja kehollisuuteen liittyvät attribuutit. Luvun puolivälin jälkeen siirryn tarkastelemaan masennusta sukupuolittuneena ja ikäkausi-sidonnaisena tilana. Loppupuolella käsittelem lyhyesti päihteiden väärinkäyttöä, jota itsessään voitaisiin pitää itsetuhoisuutena, mutta jota ei 1980- ja 1990-luvuilla liitetty vahvasti masennuksiin. Lopetan luvun itsetuhoisuuden monimutkaiseen masennusattribuointiin. Masennuksen yhdistäminen itsetuhoisuuden muodoista erityisesti itsemurha-ajatuksiin, -yrityksiin ja toteutuneisiin itsemurhiin muodostavat muista masennusattribuuteista jossain määrin poikkeavan kysymyksen. Keskusteluun nousevat muita attribuutteja vahvemmin valtakysymykset, kun yksilön omia päätöksiä patologisoidaan.

### 2.1 Normaali ja terve masennus

Masennus saattoi olla tervettä ja normaalia kaikessa opiskelijoiden ryhmäkohtaisessa tiedossa. Masennuksella saatettiin viitata ohimenevään tunteeseen, väsymyksen kaltaiseen pysyvämpään olotilaan tai alakuloon verrattavaan mielialaan. Tässä alaluvussa analysoin tapoja, joilla masennusta ja psyykkistä kärsimystä ja pahoin-

vointia määriteltiin tilanteissa, joita ei käsitetty patologisiksi, häiriötiloiksi tai epänormaaleiksi reaktioiksi. Tässä ensimmäisessä alaluvussa analysoin myös, miten arjen tiedossa määriteltiin ja nimettiin tilanteita, joissa siirryttiin sairauden ja epänormaalin puolelle.

Väitän, että 1980-luvun ja 1990-luvun alun arjessa psykiatriset tautiluokat eivät olleet vielä yleisiä kategorisoinnin välineitä, jolloin masennukseen ei sisällytetty aina ajatusta sairaudesta tai epänormaalista. Masennuksen sijaan termeillä *depressio* ja *melankolia* oli arjen tiedossa rajattu käyttötarkoitus, ja niillä viitattiin ainoastaan psykiatrisiin tautiluokkiin – silloin, kun tämä nähtiin tarpeelliseksi.<sup>96</sup> Tautiluokkien sijaan rajanvetoa mieleltään sairastuneen ja terveen välillä tehtiin arjessa enemmän puhumalla hullusta tai kertomalla henkilön olevan tai olleen potilaana mielisairaalassa.

2000-luvulla tieteen ja hallinnon tiedon masennuskäsitykset ovat valuneet arjen tietoon. Tällä hetkellä kaikissa tiedon piireissä tunnetuin on aivan tietty kolmeen vakavuusasteeseen jaettu masennustila oireilistoinen. Antropologi ja lääkäri Marja-Liisa Honkasalo ja antropologi Reea Hinkkanen ovat paikantaneet tätä tämän vuosituhannen yleisintä masennuskäsitystä vastaavia kuvauksia 1800- ja 1900-lukujen Suomesta. He analysoivat itse valitsemiensa oireiden perusteella masennuskuvauksia 1800-luvun alkupuolelta 1940-luvulle hyödyntäen Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran Kansanrunousarkiston aineistoja. Heidän löytämiään tiloja pidettiin aikanaan sairautena, mutta niistä ei käytetty nimitystä masennus, vaan käsitteitä ”väsymys” ja ”painajainen (mara)”.<sup>97</sup> Sosiaalipsykologi Vilma Hänninen ja folkloristi Senni Timonen löysivät puolestaan 1800- ja 1900-luvun vaihteen huolirunoista useita samoja attribuutteja kuin mitä tällä vuosituhannella liitetään masennustilaan. Muun muassa mustuus, unettomuus ja toive olemattomuudesta rakensivat *huolesta* ja *huolellisuudesta* samansukuisia kärsimyksen muotoja. Toisin kuin väsymystä ja painajaista, ei huolta ja huolellisuutta yhdistetty sairauteen.<sup>98</sup>

Tämän vuosituhannen tunnetuin masennussairauskäsitys attribuutteineen ei ollut vakiintunut osa arjen tietoa 1980-luvulla ja 1990-luvun alussa. Vuonna 1991 pidetyn Satasärmäinen nainen -kirjoituskilpailun teksti väsyneestä ja huolta kantavasta naisesta antaa tästä hyvän esimerkin. Kirjoituksessaan nainen kertoi tehneensä paljon töitä, hoitaneensa lapset ja kodin samalla, kun hänen miehellään oli useita elämän-

<sup>96</sup> Masennuksen ja depression näkeminen synonyymeinä antaa niiden käytöstä virheellisen tulkinnan. Näin ne kuitenkin esiintyvät lähes poikkeuksetta modernia psykiatriaa käsittelevässä tutkimuksessa. Esimerkiksi Mikko Myllykangas kirjoittaa väitöskirjassaan, että ”[n]euroosien eri alalajeihin kytkeytyvä itsemurhavaara nähtiin useimmiten neuroosiin kytkeytyvän depression tai masennuksen aiheuttamaksi”. Myllykangas 2014, 170.

<sup>97</sup> Honkasalo ja Hinkkanen 2003, 16–17.

<sup>98</sup> Hänninen ja Timonen 2004, 193–198.



hallinnan ongelmia, kuten alkoholismia ja holtitonta rahankäyttöä, ja lisäksi mies naisen mukaan pahoinpiteli ja petti häntä.

Olin väsynyt henkisesti, vain tahdonvoima piti pystyssä ja huoli lapsista ja myöskin karjasta. Välillä makasin heinäladossa ja valitin ääneen omaa surkeuttani ja lapsien kohtaloa [– –] Väliin toivoin, että minä pääsisin pois tästä kurjuudesta. Tästäkin olen jälkikäteen ajatellut, siunatut lehmät ovat tainneet pitää minut ”järkevien kirjoissa”. [nainen tekee paljon töitä maksaakseen miehen aiheuttamat laskut] Oltuani itse niin äärettömän väsynyt, en hallinnut täysin itseäni hermostuin helposti ja äräytin toista huomaamattani ja otin turpiini [– –] Minä väsyin ja väsyin. En jaksanut kiinnostua mistään, lapset ja lehmät hoidin jotenkuten. Omasta mielestäni huonosti ja se lisäsi syyllisyyden taakkaa. Vaikka nukuin paljon, olin henkisesti väsynyt. Jostain sain aina välillä tarmoa ja yritin hakea apua sosiaalitoimistosta, mutta he eivät nähneet asioita niin huonona kuin minä, siihen se sitten taas jumiutui vähäksi aikaa.<sup>99</sup>

Nainen kertoo, ettei uni virkistänyt häntä ja hän oli jatkuvasti väsynyt, toivoton, ärtynyt, välinpitämätön sekä tunteneensa syyllisyyttä ja ajatelleensa kuolemaa. Naiselle tunteet ja ajatukset näyttäytyivät luonnollisina seurauksina elämäntilanteesta. Nainen oli suuresti kiitollinen siitä, ettei hän joutunut siirtymään normaalista hulluuteen, vaan lehmät pitivät hänet ”järkevien kirjoissa”. Koska hän koki mielensä normaaliksi, ei hän hakenut apua mielenterveyspalveluista, vaan sosiaalitoimistosta. Kuvaamansa tuntemukset olivat hänelle normaalia ja tervettä, eikä hän näin olleen kyseenalaistanut omaa mielenterveyttään.

Saman kirjoituskilpailun vastauksissa oli muitakin vastaavia kirjoituksia. Kirjoitushetkellä jo iäkkäämpi nainen kertoi menettäneensä 1970-luvulla lyhyen ajan siellä neljä hyvin läheistä ihmistä.<sup>100</sup>

Hautajaisten jälkeen alkoi taas uusi vaihe elämässäni. [– –] Mieheni kuoleman jälkeen alkoi minulle ”elämä pimeässä”. Elin kuin unessa. Valvoin yöt, itkin ja virkkasin. Päivisin tein taloustyöt. Tämä vaihe kesti kolme vuotta. En huomannut vuodenaikojen vaihteluakaan. Lopulta menin käsityöneuvonta-asetalle ja rupesin kutomaan mattoja. Siellä meni aika paremmin toisten seurassa. Itkettiin yhdessä ja myös naurettiin.<sup>101</sup>

<sup>99</sup> SKS KRA. Sata 12856–12857. 1991.

<sup>100</sup> SKS KRA. Sata 1933–1934. 1991.

<sup>101</sup> SKS KRA. Sata 1933–1934. 1991.

Nainen kuvaili synkkiä hetkiä elämässään, muttei missään kohdin pohtinut sairauden tai epänormaalin mahdollisuutta. Hän näki elämässään kolme vuotta kestäneen vaiheen, jolla oli selkeät syyt ja joka muuttui ajan myötä jälleen aiemman elämän kaltaiseksi. Masennustautiluokan liittäminen elämän vaikeisiin hetkiin vakiintui arkeen lähinnä vasta 1990-luvun loppupuolella. Tämä uudenlainen masennustilautiluokkaan keskittyvä käsitys näkyi muutama vuosi kirjoituskilpailun jälkeen laadituissa synopsiksissa. Näissä teksteissä on jälkikäteen tulkittu masennussairaus-tiloiksi sellaisia, joista elämäkerran alkuperäinen kirjoittaja ei puhu masennustautiluokkana, saati sairastamisena. Näin oli tehty myös yllä lainatun iäkkään naisen kirjoituksen kohdalla. Nainen ei itse kirjoittanut tilastaan masennussairautena, mutta Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran teettämässä synopsiksessa kerrottiin, että ”[m]iehen kuolema laukaisee pitkän masennuskauden [– –]”.<sup>102</sup>

Suomen kielessä masennusta ei alun perin yhdistetty sen tämän hetkisiin attribuutteihin. Mitä nykyään voitaisiin kutsua masennussairaudeksi, nimettiin aiemmin toisin. Sairauden ja epänormaalin sijaan masennus oli arjen tiedossa tervettä ja normaalia. Esimerkiksi Honkasalo ja Hinkkanen eivät löytäneet masennus-sanaa käytettävän sairauskuvauksissa lainkaan 1800-luvulla ja 1900-luvun alussa.<sup>103</sup> Etymologisesti masennus pohjaakin masea-käsitteeseen, joka verbimuodossa esiintyi jo vuonna 1548 Agricolan teksteissä ja vuoden 1642 Raamatun käännökssä.<sup>104</sup> Suomalaisissa sanakirjoissa sitä on määritelty näin:

masea ”sävyisä, hiljainen, kesy, rauhallinen, voimaton, lievä”, *masata* ”taltuttaa”, *masentaa* id., *maseta*, *masentua* ”talttua, tyyntyä, väsyä, lamaantua” (myös virta, vesi koskessa *masenee* ”hiljenee, tyyntyy”, kaivon vesi *masenee* ”vähentyy, alenee”), *maso* ”suvanto”<sup>105</sup>

*masentaa*, *masentua*, johdettu laatusanasta masea, joka tarkoitti hiljaista, rauhallista, kesyä, sävyisää. *Masata* oli taltuttaa. Joen vesikin *maseni*, kun se hiljeni, tyyntyi. Nyt sanat tarkoittavat ihmismielen alistumista ja alistamista, surumielisyyttä, tahdon ja tahdonvoiman menetystä, haluttomuutta. Ruotsin *mas* on laiska ja hidas ihminen. Ruotsin *teonsana* *masa* tarkoittaa olla hidas ja jäykkä. Norjan *masat* on vaipua uneen. Ehkä suomen sanat kuuluvat noiden skandinaavisten sanojen yhteyteen.<sup>106</sup>

<sup>102</sup> SKS KRA. Jälkikäteen kirjoitettu synopsis aineistosta Sata 1901–1938. 1991.

<sup>103</sup> Honkasalo ja Hinkkanen 2003, 16–17.

<sup>104</sup> Honkasalo ja Hinkkanen 2003, 41.

<sup>105</sup> Toivonen et al. 1976, 336.

<sup>106</sup> Meri 2002, 206.

Arjen tiedossa masennus vaikuttaa olleen koherentti käsite, jolla viitattiin yhä 1900-luvun lopulla kuormittavan elämäntilanteen tai kriisin jälkeiseen ohimenevään suhteellisen neutraaliin tilaan, jonka aikana rauhoituttiin ja hiljennettiin. Masennus oli elämänvirran suvantovaihe. Tällä tavoin sanaa masennus käytti esimerkiksi henkilö, joka oli kirjoittanut elämästään vuonna 1993 kerättyyn Työttömän tarina -kirjoituskilpailuun. Näin hän kuvaili työttömäksi joutumisen aiheuttamaa kriisiä ja sen yli pääsemistä: ”Huomasin eräänä päivänä jopa nauravani – pitkstä pitkstä aikaa. Tosin vieläkin on päiviä, jolloin on vitsit vähissä tai kokonaan lopussa. Pahin masennus ja lamaannus on kuitenkin helpottunut. Aika tekee tehtävänsä tässäkin asiassa.”<sup>107</sup>

Masennus viittasi vaikean elämäntilanteen laukaisemaan normaaliin prosessiin yhä 1980- ja 1990-luvuilla. Arjessa masennus nähtiin seurauksena liiallisesta kuorimituksesta ja vaatimuksista yksityiselämässä, opinnoissa ja työelämässä. Vaikea elämäntilanne saattoi tarkoittaa esimerkiksi työn puutetta tai pitkäkestoista kiusaamista koulussa tai työpaikalla.<sup>108</sup> Elämäntilanteeseen sopeutuminen saattoi viedä paljon energiaa ja lamaannuttaa ihmisen, mutta samalla suvantovaiheen uskottiin loppuvan aikanaan, kuten yllä lainatussa Työttömän tarina -kirjoituskilpailun tekstissä. Arjen tiedossa tällaiset normaalina pidetyt masennusjaksot saattoivat olla jopa useamman vuoden pituisia, kuten aiemmin iäkkään naisen kirjoituksessa. Masennus saattoi näyttäytyä synkkänäkin lamaannuksen aikana, joka kuitenkin hiljalleen ajan myötä poistui ja ihmiset kokivat olevansa jälleen oma itsensä.

Opiskelijat omaksuivat arjen masennuskäsityksiä yksityiselämänsä lisäksi opinnoistaan. Arkiset masennuskäsitykset olivat läsnä oppimateriaaleissa, opiskelijoiden omissa kirjoituksissa ja harjoitustöissä, joissa haastateltiin potilaita tai esimerkkitaupauksia. Masennus oli opinnoissa läsnä usein normaalina reaktiona ja tunneilmiasuna siinä missä muutkin tunteet, kuten ahdistus, uupumus, unihäiriöt tai väsyneisyys.<sup>109</sup> Terve ja normaali masennus saattoi opinnoissa esiintyä määrittelemässä jotain toista, sairaana ja epänormaalina pidettyä tilaa.<sup>110</sup> Esimerkkitaupauksissa ja potilaskertomuksissa masennus viittasi harvoin kliiniseen tai muutoin tieteellisesti määriteltävään masennukseen, vaan ennemmin normaaliin ja terveeseen masennukseen tai vaihtoehtoisesti tarkemmin määrittelemättömään masennukseen.<sup>111</sup> Normaalina pidetty masentuneisuus saatettiin nähdä erilaisena eri ikävaiheissa. Vuonna 1990 psykologian opintojen osana pidetyllä lakikurssilla lasten masentuneisuudesta puhuttiin

<sup>107</sup> SKS KRA. Työtön 679–680. 1993.

<sup>108</sup> Salonen 1987.

<sup>109</sup> ”3-5” 1989, 6; ”5-12” 1995, 7; ”5-5” 1996, 6–7; ”5-11” 1996.

<sup>110</sup> ”2-1” 1981, 29; Salminen 1985a, 60; ”3-10” 1987, 5; Väliotsikko: ”Ihmisen elämänskaari ja elämänvaihe kriisit” ”7-19” 1990; Lehtinen 1992, 7.

<sup>111</sup> Ks. esim. ”2-12”, ei pvm., 5, 12, 15, 18; Hägglund, Pylkkänen ja Taipale 1978, 155–56; ”2-1” 1981, 84.

arkuuteen ja takertumiseen rinnastettavana hermostollisena herkkyysoireena.<sup>112</sup> On tärkeä huomioida, että normaalina ja terveenä pidetty masennus saattoi olla äärimäinen tila. Psykologian opinnoissa 1980-luvulla käytössä olleessa suomalaisessa oppikirjassa oli lainaus 17-vuotiaan tytön kuvauksesta omasta elämästään. Tyttö ei tulkinnut itseään sairaaksi, mutta totesi, että ”14-vuotiaana olin niin masentunut, että ajattelin itsenä”.<sup>113</sup> Rajanveto terveen ja sairaan välillä oli yksi oleellinen osa opiskelijoiden opintoja. Usein kyse oli jonkin taudinkuvan tai häiriön tunnistamisesta ja diagnosoinnista, mutta ajoittain opinnoissa oli aivan eksplisiittistäkin analyysia siitä, mikä erottaa terveen masennuksen sairaasta masennuksesta.<sup>114</sup> Terve masennus ei aina tarkoittanut normaalina pidettyä tilaa tai reaktiota. Vuonna 1988 kehityspsykologian kurssilla luetussa tekstissä käsiteltiin uskottomuutta. Siinä kuvailtiin, että kumppanin uskottomuuden tähden masennukseen vaipumisen oli merkki epänormaalista itsetunnosta aivan kuten itsesääli tai kostaminen.<sup>115</sup>

Opinnoissa terve ja normaali masennus saatettiin nähdä toivottuna positiivisena tilana ja tällaista masennuskäsitystä esiintyi myös tieteen tiedossa. Vuonna 1981 psykologian opiskelija kirjoitti proseminarityössä aiheesta ”Sairaus ja kuolema sairaalaympäristössä”. Opiskelija esitteli kuolemaa edeltävän viisi vaihetta, joista neljäs oli masennus. Kaikkia vaiheita yhdisti toivo ja ne antoivat voimaa sairauden vaikeina hetkinä.<sup>116</sup> Masennusvaihetta opiskelija kuvasi näin: ”Neljännen vaiheen masennusta eivät aiheuta menneet, vaan yleensä huoli tulevasta. Masennus on kuolemaan valmistavaa masennusta, joka helpottaa potilasta hyväksymään tulevan.”<sup>117</sup> Masennus näyttäytyi tässä yhteydessä ihmiselle tarpeellisena uuteen tilanteeseen valmistavana suvantovaiheena. Myös 1980-luvun loppupuolella psykologian opinnoissa kuvattiin kuoleman kohtaamisen neljättä vaihetta ”suru- tai depressiovaiheeksi”. Masennukseen liittyi oleellisesti toivottomuus tulevasta ja taakse jätetyn elämän sureminen. Vaihe nähtiin tarpeelliseksi, jotta ihminen sai rauhan oman kuolevaisuutensa kanssa.<sup>118</sup>

Vuosina 1980-1995 psykiatriset tautiluokat eivät olleet arjessa vakiintunut tapa lähestyä omaa tai läheisen tilaa. Masennustautiluokka oli tuttu, mutta sitä ei tuotettu arjessa aktiivisesti, vaan omaksuttiin dynaamisesti mielenterveyspalveluiden kautta. Tällöin saatettiin arjessakin puhua depressiosta tai melankoliasta. Mielenterveyspalve-

<sup>112</sup> ”6-37” 1990. Kurssilla luettu artikkeli: Anita Erkkeikki ja Tuija Heinonen (1970) Asiakkaat ovat epä tietoisia. Kasvatus- ja perheneuvolan toimintaperiaatteista ja työmenetelmistä. *Sosiaaliturva* 18, 875–882. S. 877.

<sup>113</sup> Hägglund, Pyökkänen ja Taipale 1978, 85.

<sup>114</sup> Ks. esim. Harmatz 1978, 285.

<sup>115</sup> ”6-26” 1988, 11.

<sup>116</sup> ”4-21” 1981, 13–14.

<sup>117</sup> ”4-21” 1981, 14.

<sup>118</sup> ”6-30” 1988, 4.

luiden hyödyntämisen kautta yksilö saatettiin määritellä arjessa mielisairaaksi tai hulluksi, mutta ei esimerkiksi masennussairaaksi. Arjessa masennus viittasi tuona aikana vielä lähinnä elämän kriisiin tai suuren menetyksen aiheuttamaan normaaliin ja terveyseen reaktioon, joka saattoi kestää muutaman vuodenkin. Tämä masennuskäsitys esiintyi kaikissa tiedon piireissä osana normaalia tunnekieltä. Ajoittain tieteessäkin masennus nähtiin normaalina ja terveenä reaktiona tai tapana sopeutua johonkin elämän tapahtumaan, kuten kriisiin tai elämänkaaren seuraavaan vaiheeseen siirtymiseen. Terve ja normaali masennus saattoi olla kärsimystä, mutta siihen suhtauduttiin ohimenevänä ajan myötä helpottavana tilana. Masennuksen aikana ihminen käsitteli elämäänsä ja itseensä liittyvät vaikeat kysymykset ja tämän jälkeen jälleen aktivoitui.

## 2.2 Etiologian mukaisia masennuksia

Masennusten etiologian eli syiden määrittely oli tieteellisissä opinnoissa oleellinen masennusattribuutti – haettiin niitä sitten sen hetkisestä elämäntilanteesta, lapsuudesta tai somatiikasta. Tässä alaluvussa analysoin toistuvimpia tapoja nimetä ja määritellä masennusten syitä.

Yleisimmin etiologiaa kuvaavat määreet olivat eksogeeninen, endogeeninen<sup>119</sup> ja reaktiivinen<sup>120</sup>, mutta myös funktionaalisesta masennuksesta kirjoitettiin. Neuroottisella depressiolla viitattiin ajoittain etiologiaan eikä ainoastaan taudinkuvaan. Jokaisella määreellä oli oma historiansa ja määreiden sisällöt vaihtelivat lähteestä riippuen.<sup>121</sup>

Masennusten syntymekanismien ja taustateorioiden avaamiseen käytettiin opinnoissa paljon tilaa. Joskus teemoista kirjoitettiin seikkaperäisemmin kuin masennusten oireista tai taudinkuvasta. Analysoin seuraavassa opiskelijoille tutuimpia etiologiaan viitatteita masennusten luokitteluita.

Reaktiivinen masennus – englanniksi joko “reactive depression”<sup>122</sup> tai “depressive reaction”<sup>123</sup> – tarkoitti masennusta reaktiona johonkin ulkoiseen tapahtumaan. Esimerkkinä annettiin usein läheisen menettäminen muun muassa avioeron tai puolison kuoleman kautta. Reaktiivisen depression saattoi aiheuttaa myös jokin muu

<sup>119</sup> Endogeeninen depressio mainitaan mm. näissä teksteissä Lauerma 1985, 12; Reinikka 1988, 3, 33. Psykiatri Jyrki Korkeila muistaa endogeenisella viitatus myös melankoliaan. Jyrki Korkeilan sähköposti 20.10.2015. Tekijän hallussa.

<sup>120</sup> Reinikka 1988, 33.

<sup>121</sup> Tampereen yliopistolla vuonna 1990 valmistuneessa väitöskirjassa huomioidaan myös, että “[m]asennuskäsitteen sekavuutta lisää myös termin historiallisesti erilainen, osin etiologiseen ajatteluun liittyvä käyttö Euroopassa ja Amerikassa (Pichot 1988)”. Tamminen 1990, 14.

<sup>122</sup> Fiske ja Taylor 1984, 63–64; Yrjö Alasen luento ”Vakavat mielialahäiriöt” ”7-12” 1989.

<sup>123</sup> Harmatz 1978, 196; ”7-21” 1988.

merkittävä menetys tai vastoinikäyminen, kuten työn yllättävä päättyminen tai vakava somaattinen sairaus.<sup>124</sup> Reaktiivinen depressio on psykologi Peter Zacharin ja psykiatri Kenneth S. Kendlerin mukaan eksternalistinen masennuskäsitys eli masennuksen etiologia haetaan yksilön ulkopuolisesta maailmasta.<sup>125</sup> Psykologian psykoterapian perusteet -kurssilla reaktiiviset depressiot olivat muun muassa mustasukkaisuuden ja itsemurhayritysten ohella ”rajoitetumpia perhekeskeisiä ongelmia”.<sup>126</sup>

Hallinnon tietoon kuuluvaan kansalliseen tautiluokitukseen reaktiivinen depressio oli lisätty vuonna 1969. Tällöin se löytyi luokituksesta varsinaisten mielisairauksien joukosta kohdasta ”Muu mielisairaus / Psychosis alia” numerolla 298,00 Reactiva depressiva.<sup>127</sup> Reaktiivinen depressio esiintyi kuitenkin vain tässä tautiluokituksessa, sillä seuraavassa se oli jo yhdistetty vakaviin masennustiloihin. Muutos huomioitiin myös oppikirjallisuudessa: ”Vuonna 1987 käyttöön otetussa tautiluokituksessa ei reaktiivisia psykooseja enää – niin kuin aikaisemmin – ole luettu omaksi, yhtenäiseksi ryhmäkseen. Yleisimmät reaktiiviset psykoosit, reaktiiviset masennustilat, on siinä yhdistetty tautiluokituksen kohtaan 2961 luettuihin vakaviin masennustiloihin [––].”<sup>128</sup> Tällä vuositu-  
hannella reaktiivista masennusta ei lueta enää reaktiiviseksi psykoosiksi eli yhdistämi-  
sen myötä masennus on kadonnut reaktiivisten psykoosien joukosta.

Reaktiivisen depression diagnostiset tunnusmerkit opetettiin aivan samoina suomalaisen psykiatrian perusoppikirjan sekä vuoden 1973 että vuoden 1990 painok-  
sessa, vaikka hallinnon tiedossa se olikin tällä välin jo kadonnut tautiluokituksista.  
Nämä tunnusmerkit olivat:

1. *Psykoottista tilaa on edeltänyt psyykkinen trauma, joka selvästi poikkeaa potilaan tavallisesta elämäntilasta* niin, että on pääteltävissä, että ilman tällaista traumaa hän ei olisi tullut psykoottiseksi.
2. Psykologisen trauman ja psykoosin alkamisen välillä on selvä *ajallinen yhteys*.
3. *Potilaalla ei esiinny skitsofreniaan eikä maanis-depressiiviseen psykoosiin liittyviä oireita*, ainakaan niille tyypillisimmissä muodoissa.

Raja funktionaalisen ja reaktiivisen psykoosin välillä ei ole selvä. [– –] myös skitsofrenian ja maanis-depressiivisen psykoosin erottaminen reaktiivisesta psykoosista tuottaa toisinaan vaikeuksia.<sup>129</sup>

<sup>124</sup> Reinikka 1988, 13; ”7-4” 1988, 12; Yrjö Alasen luento ”Vakavat mielialahäiriöt” ”7-12” 1989.

<sup>125</sup> Zachar ja Kendler 2007, 559.

<sup>126</sup> ”6-34” 1990, Luento perheterapiasta.

<sup>127</sup> Achte, Alanen ja Tienari 1973, 332; Lääkintöhallitus 1969, 39.

<sup>128</sup> Alanen 1990c, 473.

<sup>129</sup> Achte, Alanen ja Tienari 1973, 333.

Lääketieteen<sup>130</sup> ja psykologian<sup>131</sup> opetuksessa puhuttiin huomattavasti useammin reaktiivisesta depressiosta ja masennuksesta reaktiona kuin esimerkiksi eksogeenisestä tai endogeenisestä masennuksesta. Etiologiset luokitukset olivat käytössä kaikkien ikävaiheiden masennuksia käsittelevissä kirjoituksissa ja reaktiivinen masennus oli aikuispsykiatrian lisäksi yleisin myös lastenpsykiatriassa. Lasten kohdalla masennus oli usein psykodynaamisen mallin mukaista reaktiota menetykseen, yleensä vanhemman menetykseen. Menetyksestä kirjoitettiin yleensä aivan konkreettisenä eli vanhemman kuolemana.<sup>132</sup>

Reaktiivinen depressio nähtiin siis reaktiona johonkin. Erilaisia syitä kuvailtiin yleisellä teoreettisella tasolla sekä tarkemmin tapausesimerkkien avulla. Lääketieteen opiskelija kirjoitti vuonna 1988 tehohoitoon joutuneen potilaan psyykkisistä reaktioista. Opiskelija kuvasi reaktiivisen depression olevan ”eräänlainen emotionaalinen äkkireaktio katastrofireaktion ja sairauden kokemisessa. Depressiota aiheuttavat sairauden kokemisen ohella sensoristen ärsykkeiden monotonisuus, lääkärin ja hoitohenkilökunnan asettamat rajoitukset.”<sup>133</sup> Reaktiivisesta depressiosta saatettiin kirjoittaa myös normaalina surureaktion osana, joka katoaisi surun myötä. Esimerkiksi psykologian opinnoissa 1980-luvulla käytetyssä yhdysvaltalaisessa oppikirjassa kirjoitettiin, että ”tällainen [reaktiivinen] masennus on normaalia ja menee usein ohi normaalin suruajan päätyttyä”.<sup>134</sup>

Kun reaktiivista depressiota kuvailtiin normaalina tai sairaana reaktiona johonkin elämäntapahtumaan, neuroottista depressiota saatettiin kuvailla reaktiona avuttomuuteen, jonka pettymykset tai menetykset olivat aiheuttaneet.<sup>135</sup> Joissain yhdysvaltalaisissa oppikirjoissa neuroottinen masennus nähtiin samana kuin reaktiivinen tai tilannesidonnainen neuroosi. Tämä johtui mahdollisesti yhdysvaltalaisesta kansallisesta vuonna 1968 julkaistusta DSM-II-nimisestä psykiatrisesta tautiluokituksesta, jossa neuroottinen masennus nähtiin elämäntapahtumien aiheuttamana alentuneena mieli-

<sup>130</sup> Reaktiivinen depressio lääketieteessä ks. esim. Kaila ja Achté 1970, 114; Kari 1988, 5–6.

<sup>131</sup> Hilgard, Atkinson ja Atkinson 1971, 351, 473; Rosen, Fox ja Gregory 1972, 160; Cullberg ja Rutanen 1977, 142, 151, 168; Hägglund, Pylkkänen ja Taipale 1978, 43; Harmatz 1978, 196; Mussen et al. 1979, 69, 347; Pincus ja Dare 1980, 110, 124, 130; Crain 1980, 127; Fiske ja Taylor 1984, 63–64; Achté, Pakaslahti ja Rimón 1984, 73, 100; ”3-10” 1987, 8; ”7-4” 1988, 12, 15; ”6-30” 1988, 3; ”7-21” 1988; ”7-31” 1989, 1; Psykosomatiikan luento. ”7-11” 1989, 19.4.1989; Luento ”Psykiatriset taudit”, Yrjö Alasen luento ”Vakavat mielialahäiriöt” ja Reijo Holmströmin luento ”Krooninen masentuneisuus” ”7-12” 1989; Achté ja Kuoppasalmi 1990a, 124, 127; ”6-6” 1990, 4.

<sup>132</sup> Taipale 1992, 254.

<sup>133</sup> Kari 1988, 5.

<sup>134</sup> ”such [reactive] depression is normal and often goes away after a normal mourning period is over”. Suomennos AM. Fiske ja Taylor 1984, 64.

<sup>135</sup> ”3-10” 1987, 8.

alana.<sup>136</sup> Neuroottinen masennus saattoi sitoa tautiluokan käyttäjän psykodynaamiseen traditioon, jolloin tilan syiden oletettiin löytyvän akuuttien elämäntapahtumien sijaan lapsuudesta tai nuoruudesta. Tällöin ajateltiin, että ihminen oli lapsuudessaan epäonnistunut läpikäymään anaalisen psykoseksuaalisen kehitysvaiheen eli toisin sanoen hän ei ollut onnistunut torjumaan mielestään kehitysvaiheeseen kuuluvia mielihyviä ja pelkoja. Dynaamista tiedostamatonta ei ollut syntynyt ja se oli aiheuttanut ihmisessä ristiriitaisia viestilylykkeitä hänen myöhemmissä kehitysvaiheissaan. Näistä syistä ihminen ei aikuisuudessa osannut käsitellä todellisen tai kuvitellun kohteen menetystä oikealla tavalla, minkä seurauksena hän masentui. Opinnoissa saattoi jäädä hieman epäselväksi mikä menetystä seuraavassa masennusreaktiossa teki siitä neuroottisen masennuksen ja mikä reaktiivisen masennuksen. Etiologiaan viittaavana neuroottinen masennus ei ollut opinnoissa yksiselitteinen senkään osalta, että masennuksen syy saatiin löytää potilaan omasta persoonallisuuden rakenteesta. Tällöin neuroottisen masennuksen katsottiin voivan puhjeta vain jo entuudestaan neuroottisen persoonallisuuden omaavalle. Oman lisänsä sanan ”neuroottinen” monikäyttöisyydelle toi se, että erityisesti hallinnon tiedossa tilojen vakavuusaste ilmoitettiin sen perusteella, kuuluiko tautiluokka psykooseihin eli vakaviin mielisairauksiin vai neurooseihin eli lieviin mielisairauksiin. Näin ollen reaktiivinen masennus saattoi olla saman aikaisesti sekä luonteeltaan että vakavuusasteeltaan neuroottista.<sup>137</sup>

Myös määreiden eksogeeninen ja endogeeninen sisällöt liitettynä masennukseen olivat opinnoissa ajoittain ristiriitaisia. Saksalainen psykiatri Emil Kraepelin (1856–1926) oli 1800- ja 1900-lukujen vaihteessa määritellyt kahden pääluokkansa – dementia praecox ja maanis-depressiivinen psykoosi – nimenomaan endogeenisiksi sairauksiksi.<sup>138</sup> Opinnoissa toistui kuvaus kahdesta toisille vastakohtaisesta masennuksen syntymekanismista eli eksogeenisestä ulkosyntyisenä ja eksogeenisestä sisäsyntyisenä. Saman aikaisesti opiskelijat omaksuivat myös muita osittain ristiriitaisiakin määritelmiä näille kahdelle määreelle.

Vuonna 1988 psykiatrian opiskelija kirjoitti endogeenisen masennuksen tarkoitettavan ”pääasiassa elimistön sisäisistä biologisista prosesseista” puhjennutta masennusta. Vastakohtana oli ulkoisista tekijöistä syntynyt masennus, jota opiskelija kutsui reaktiiviseksi – ei siis eksogeeniseksi – kummankin muodon ollessa vakavuudeltaan psykoottista masennusta. Eksogeenistä masennusta opiskelija ei maininnut lainkaan.<sup>139</sup> Psykiatrian oppikirjassa puolestaan määriteltiin, että eksogeenisillä ”psy-

<sup>136</sup> Ks. esim. Harmatz 1978, 35, 195–196.

<sup>137</sup> Achté, Alanen ja Tienari 1973, 312; Anneli Larmon haastattelu, 18.12.2018. Muistiinpanot tekijän hallussa.

<sup>138</sup> Decker 2007, 339. Myös vuonna 1985 Turun yliopistossa julkaistussa psykiatrian väitöskirjassa huomioidaan se, että Kraepelin määritteli maanis-depressiivisen psykoosin endogeeniseksi sairaudeksi. Bondestam 1985, 13.

<sup>139</sup> Reinikka 1988, 13.



kooseilla tarkoitettiin aivo-orgaanisista syistä aiheutuvia mielisairauksia ja endogeenisilla psykooseilla tarkoitettiin muita etiologialtaan selvittämättömiä psykooseja”.<sup>140</sup> Oppikirjan määritelmässä endogeeninen ei siis tarkoittanutkaan elimistön tuottamaa masennusta, vaan masennusta, jonka syytä ei voitu sanoa varmasti.

Vuonna 1985 lääketieteen opiskelija referoi tutkimusta, jossa ”endogeenisesti depressiivisiin” laskettiin kolme depression muotoa: unipolaarinen eli yksisuuntainen, bipolaarinen eli kaksisuuntainen ja involuutiodepressio eli ehtymisiän masennustila.<sup>141</sup> Samassa työssä opiskelija esitteli tutkimuksen, jossa pohdittiin ”endogeenisen ja skitsofreniaan liittyvän depression taustalla mahdollisesti olevan yhteisen biologisen tekijän olemassaoloa”.<sup>142</sup> Vuonna 1988 psykologian opiskelija määritteli endogeenisen depression tarkoittavan yksipolaarista eli unipolaarista affektiivista psykoosia siinä missä kaksipolaarinen eli bipolaarinen tarkoitti maanisdepressiivistä psykoosia.<sup>143</sup>

Vaikka yleisimmät psykoosimääritelmät opinnoissa olivat reaktiivinen, neuroottinen, eksogeeninen ja endogeeninen, funktionaalisestakin psykoosista kirjoitettiin. Vuonna 1984 Turun yliopiston psykiatrian oppiaineesta valmistui väitöskirja, joka keskittyi funktionaalisen psykoosin puhkeamisen syiden tutkimiseen tietyssä potilasryhmässä.<sup>144</sup> Väitöskirjassa psykoosit jaettiin orgaanisiin ja funktionaalisiin, jolloin orgaaniset viittasivat niihin, joiden biologiset syyt eli somaattinen etiologia oli tiedossa ja funktionaalinen kaikkiin muihin. Toisaalla vanhusten sairauksia käsittelevässä oppikirjassa funktionaalisten sairauksien kerrottiin olevan toiminnallisia, mikä tarkoitti, ettei näiden sairauksien kohdalla havaittu potilaalla aivomuutoksia. Psykologian opinnoissa psykiatrian opintojaksolla vuonna 1989 funktionaalisten psykoosien kerrottiin kattavan puolet kaikista vanhusten psyykkisistä häiriöistä. Tällä opintojaksolla funktionaaliset psykoosit jaettiin paranoidisiin ja depressiivisiin tiloihin. Vuoden 1984 väitöskirjassa funktionaaliset psykoosit jaettiin sen sijaan endogeenisiin ja reaktiivisiin häiriöihin. Väitöskirjatutkija näki määritteen reaktiivinen tarkoittavan samaa kuin eksogeeninen, sillä tutkijan mukaan Kraepelin oli vuonna 1913 jakanut mielisairaudet endogeenisiin ja reaktiivisiin eli eksogeenisiin. Näistä endogeeninen viittasi kirjoittajan mukaan psykooseihin, joiden sairaudenkuva oli ympäristötekijöistä riippumaton ja vastaavasti eksogeeninen sellaisiin psykooseihin, joissa ympäristötekijöillä oli oleellinen rooli.<sup>145</sup>

<sup>140</sup> Kaila ja Achte 1970, 110. Vuonna 1989 psykologian opinnoissa puhuttiin orgaanisista mielialahäiriöistä, joihin laskettiin depressiot. ”7-12” 1989, 6.9.1989.

<sup>141</sup> Lauerma 1985, 12.

<sup>142</sup> Lauerma 1985, Tiivistelmä, 13.

<sup>143</sup> ”7-4” 1988, 3. Vuonna 1989 psykologian laitoksen psykiatrian kurssilla erotettiin toisistaan bipolaarinen ja unipolaarinen, josta käytettiin myös termiä ”depressio mentis”. ”7-12” 1989, 30.10.1989.

<sup>144</sup> Mattila 1984.

<sup>145</sup> Mattila 1984, 19; Yrjö Alasen luento ”Psykiatria”. Myös luento 25.10. ”7-12” 1989; Ruikka et al. 1992, 244.

1980-luvulla psykiatrian opintojen oppikirjassa psykiatri Martti Kaila ja psykiatri ja psykoanalytikko Kalle Achté puolestaan kirjoittivat, ettei jaottelua endogeeniseen ja eksogeeniseen psykoosiin tulisi tehdä. Näiden sijaan psykoosit tulisi jaotella yllä mainitun väitöskirjatutkijan jaottelun tavoin ”elimellisiin aivosairauksiin liittyviin psykooseihin” sekä alkuperältään avoimiin ”funktionaalisiin psykooseihin”. Vaikka etiologiasta ei osattu kertoa, Kaila ja Achté totesivat, että ”[p]erinnöllisillä ja rakenteellisilla tekijöillä yhdessä haitallisten ympäristöolosuhteitten kanssa on ratkaiseva merkitys vaikeitten elämänkohtaloitten ohella näitten häiriöitten syntyyn. Toisella tasolla tarkasteltuna tapahtuu psykooseissa biokemiallisella pohjalla aineenvaihdunnallisia muutoksia.”<sup>146</sup> Käytännössä funktionaaliset psykoosit tarkoittivat tässä määritelmässä mielisairauksia erotuksena lievempiin mielenterveyden häiriöihin sekä selvästi somaattisiin sairauksiin. Funktionaalisten psykoosien viiden kategorian joukossa oli kolme mahdollisesti masentuneisuutena oireilevaa vakavaa mielisairauskategoriaa: ”2) Maanis-depressiivinen psykoosi eli kiihko-masennusmielintauti [– –] 4) Reaktiiviset psykoosit ja 5) Involuutiopsykoosit”.<sup>147</sup> Kailan ja Achtéen määritelmän mukaan psykoosien etiologiassa ympäristöllä ja elämäntapahetimitillä oli aina merkitystä – nähtiin tila sitten aivosairaudesta johtuvaksi tai etiologialtaan selvittämättömäksi. Samalla he eivät rajanneet psykoosia aivoihin, vaan totesivat sairauden myötä kehossa tapahtuvan ”biokemiallisella pohjalla aineenvaihdunnallisia muutoksia”.

Lääketieteen opintojen psykiatrian opintojaksolla käytössä olleessa suomalaisessa oppikirjassa eksogeeninen, endogeeninen ja funktionaalinen psykoosi kuvailtiin näin:

[P]sykooseilla eli mielisairauksilla tarkoitetaan vaikeitten sielullisten häiriöiden ryhmää, joille on tyypillistä persoonallisuuden koossapitävien voimien ja potilaan realiteettitajun häiriintyminen. Aivo-orgaanisista syistä syntyneitä psykooseja on nimitetty aikaisemmin *eksogeenisiksi* ja etiologialtaan epäselviä *endogeenisiksi* psykooseiksi. Suositeltavampi ja yhä enemmän käyttöön tullut tapa on anglosaksisen mallin mukaan – etiologiaa koskevien väärinkäsitysten välttämiseksi – *erottaa aivo-orgaanisiin syihin liittyvät psykoosit omaksi ryhmäkseen ja nimittää jäljelle jäävää suurta ryhmää funktionaaliseksi psykooseiksi*. [– –] Osa psykooseista on aivosairauksien aiheuttamia, mutta osassa niitten syyt ovat edelleen selvittämättä, vaikkakin tietämyksemme niitten synnystä on kasvanut.<sup>148</sup>

<sup>146</sup> Kaila ja Achté 1970, 110.

<sup>147</sup> Kaila ja Achté 1970, 110–111.

<sup>148</sup> Achté, Alanen ja Tienari 1973, 17; Alanen, Achté ja Tienari 1990, 39.

Reaktiivisesta psykoosista samassa oppikirjassa kerrottiin, ettei termiä käytetty yhdysvaltalaisessa ja isobritannialaisessa psykiatrian opetuksessa. Sen sijaan näissä maissa reaktiiviset psykoosit oli

luettu samaan ryhmään kuin funktionaaliset psykoosit, joita on usein kutsuttu esimerkiksi skitsofreenisiksi tai affektiivisiksi ”reaktioiksi” tai ”reaktiotyypeiksi”. Monissa Manner-Euroopan maissa reaktiivisilla psykooseilla on tarkoitettu primaaristi poikkeavan (tavallisesti vajaamielisen tai luonteeltaan häiriintynen) henkilön psykoottista reaktiota hänelle erityisen psyykkisen rasituksen aiheuttaneissa tilanteissa, tai sitten tapauksia, joissa psykoottinen reaktio on liittynyt aivan poikkeuksellisten tilanteiden aiheuttamiin järkytyksiin (esim. rintamalla koetut sekavuustilat, erilaiset joukko-onnettomuudet jne.). Tällainen on käytäntö ollut myös Suomessa ja Ruotsissa.<sup>149</sup>

Opinnoissa katsottiin siis, että joissain masennuksissa sairauden somaattiset syyt olivat paikannettavissa soomaan ja lähinnä aivoihin. Yllä olevissa lainauksissa puhuttiin vastakohtana olleen epäselvät sairastumisen syyt. Opinnoissa kuitenkin esimerkiksi lapsuuteen, elämänhistoriaan tai elämäntilanteeseen liittyvät syyt olivat kattavasti läsnä. Myös yllä viitataan poikkeuksellisten tilanteiden aiheuttamaan psykoottiseen reaktioon.

Opinnoissa masennusten syiden kuvaus nähtiin oleellisena osana tilan määrittelyä. Masennus nähtiin etiologialtaan useimmiten eksogeenisena, endogeenisena, reaktiivisena tai funktionaalisenä. Oleellista tietoa oli sekin, jos mitään syytä ei tilalle löydetty tai sitä ei perustellusti voitu edes epäillä – mihin funktionaalinen masennus ajoittain viittasi. Etiologian ilmaisuun käytettiin myös muita määreitä, kuten neuroottinen masennus tai involuutiodepressio. Näillä ei yleensä kuitenkaan viitattu ainoastaan syyhyn, vaan laajempaan taudinkuvaan. Masennusten syyt olivat moninaisia, ja etiologia saattoi löytyä sekä psyykestä että soomasta. Tarkemmin ottaen syy löytyi muun muassa yksilön henkilöhistoriasta, vuorovaikutussuhteista, yksilöä ympäröivän kulttuurin ja yhteiskunnan asettamista haasteista, aivosairaudesta tai aineenvaihdunnallisista muutoksista. Etiologian mukaiset määreet eivät olleet aina muita syitä poissulkevia ja tilan saatettiin katsoa syntyneen useamman tekijän yhteisvaikutuksesta. Osa psykiatreista ja psykologeista katsoi tällaisen usean syyn yhteisvaikutuksen olevan masennusten kohdalla ennemmin sääntö kuin poikkeus.

<sup>149</sup> Achte, Alanen ja Tienari 1973, 332.

## 2.3 Masennus mielialana ja masennuksen yhteys suruun

Masennuskäsitysten kannalta syiden eli etiologian lisäksi tärkeää oli määritellä masennustilan luonne sekä mahdollinen objekti tai objektittomuus. Tässä alaluvussa analysoin, miten masennusta määriteltiin mielialana, tunteena, emootiona ja affektina. Kysyn, mitä näillä attribuuteilla masennuksen kohdalla tarkoitettiin ja minkälaisia sisältöjä masennus mielialana sai. Analysoin myös masennuksen suhdetta suruun ja suremiseen.

Hallinnon tiedon piirissä masennus siirtyi 1980- ja 1990-lukujen kuluessa tautiluokituksissa pääasiassa mielialahäiriöiden ryhmään ja mielialan häiriö nähtiin usein jatkumona. Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä jatkumo liikkui liian matalasta, epänormaalista ja sairaasta – eli masennuksesta – kohti normaalin ja terveen aluetta ja noustessaan toisessa päässä olevan rajan yli oltiin jälleen epänormaalissa ja sairaassa eli maniassa. Väitän, että Turun yliopiston opinnoissa oli vahvan dimensionaalinen sairauskäsitys, jossa mielen toiminta nähtiin jatkumona normaalien ja epänormaalien piirteiden välillä ja terveen ja sairaan välillä. Mielialahäiriöön liitetty ajatus jatkumosta sopi hyvin opinnoissa jo vallinneeseen sairauskäsitykseen.

Mielialaa kuvaavien määreiden erottelu muista määreistä on haastavaa, sillä mielialan erottaminen esimerkiksi tunteesta ei ole yksiselitteistä. Lähtökohtaisesti puhutaan tunnetta, affektia tai emootiota pitkäaikaisemmasta tilasta. Voiko mielialalla olla yksiselitteistä syytä tai selkeää kohdetta, objektiä, on jo oma kysymyksensä, joka on altis kulttuurihistorialliselle muutokselle. Mielialaan eksplisiittisesti tai implisiittisesti viittaavia masennusattributteja esiintyi opinnoissa yllättävän vähän. Joitain määritteitä oli, mutta niitä käytettiin vain ajoittain eikä mitenkään systemaattisesti. Mielialaa kuvailevat attributit muodostivat kolme ryhmää.

Ensinnäkin masennusta määriteltiin tautologisesti masennukseksi; Masennus oli masentunutta mielialaa tai masentuneisuutta. Samankaltaisina määreinä tulkitsen synkän tai onnettoman mielialan, raskasmielisyyden ja alakuloisuuden. Mielialan muutokseen ja depressiivisyyteen voitiin viitata myös mielialan laskuna tai kohonneen mielialan vastakohtana lääketieteen<sup>150</sup> ja psykologian<sup>151</sup> opinnoissa.<sup>152</sup>

<sup>150</sup> Lääketieteen opinnoissa: ”mielialan lasku” Reinikka 1988, 1. ”gloom” Bondestam 1985, 33.

<sup>151</sup> Psykologian opinnoissa: Rosen, Fox ja Gregory 1972, 39, 160, 194; Harmatz 1978, 284; Mussen et al. 1979, 534; Pincus ja Dare 1980, 28, 115; ”2-1” 1981, 22; ”2-8” 1981, 7; ”4-20” 1981, 13; Achté, Pakaslahti ja Rimón 1984, 100; Gleitman 1986, 660; Magnusson ja Öhman 1987, 77; Yrjö Alasen luento ”Vakavat mielialahäiriöt” ja Reijo Holmströmin luento ”Krooninen masentuneisuus” ”7-12” 1989, 6.9.1989; Väliotsikko ”Tarkkailtavat piirteet” ”7-24” 1989; ”7-18” 1990; Achté ja Kuoppasalmi 1990a, 124; Kalat 1995, 550.

<sup>152</sup> Raskasmielisyyden synonyyminä kuvattu melankolia oli yksi neljästä pääasiallisesta diagnoosista suomalaisessa mielisairaanhoidossa 1800-luvulla. Muita olivat mania (vimma), dementia (tylsämielisyyys) ja idiotia (synnynnäinen vajaamielisyyys). Ahlbeck-Rehn 2007, 93.

Toisekseen masennusta mielialana saatettiin lääketieteen<sup>153</sup> ja psykologian<sup>154</sup> opinnoissa pitää yleisenä negatiivisuutena ilman objektia eli yleisenä pessimisminä.<sup>155</sup> Tällaisesta negatiivisuudesta kirjoitettiin suomalaisessa psykiatrian oppikirjassa määriteltäessä neuroottisia depressioita: ”Mieliala on pessimistinen, elämä tuntuu menettäneen merkityksensä, vallitsee yleinen toivottomuus ja itsearvostuksen puute.”<sup>156</sup> Vastaavia masennusattributteja olivat dysfoorisuus, lohduttomuus, tyytymättömyys, pettymys, ympäristön kokeminen kielteisenä tai elämän tuntuminen tyhjältä ja ankealta.<sup>157</sup> Psykologian opinnoissa masennusta kuvailtiin ajoittain kykenemättömyytenä tuntea iloa, innostusta tai muitakaan suomalaisen kulttuurin positiivisina pitämiä tunteita, kuten toisesta ihmisestä välittämistä.<sup>158</sup>

Kolmantena mielialaa kuvaavana kokonaisuutena näen surun ja surullisuuden, jotka masennuksen ja melankolian historiassa on nähty mielialana. Turun yliopiston opinnoissa masennus haluttiin pääsääntöisesti erottaa tiukasti surusta ja suremisesta. Käsittelen surua tarkemmin myöhemmin tässä alaluvussa.

Masennuksen yhdistäminen mielialaan liittyi hallinnossa käytettyjen tautiluokitusten historiaan, ei niinkään tieteen tietoon. Vuonna 1990 psykologian opintojen psykodiagnostiikan kurssilla käytiin läpi taulukko neuropsykologian peruskäsitteistä ja -termeistä. Taulukossa depressio oli emotion eli tunne-elämän häiriö – ei siis mielialan.<sup>159</sup> Vuonna 1980 Yhdysvalloissa julkaistun DSM-III-tautiluokituksen ja sitä mukailleiden kansainvälisten ja kansallisten tautiluokitusten – kuten vuonna 1987 uudistetun suomalaisen tautiluokituksen – myötä masennus vakiintui määritelmällisesti mielialahäiriöksi. DSM-III:n suomennetussa vuoden 1983 versiossa masennus esiteltiin mielialan häiriönä, suluissa affektihäiriönä, jota määriteltiin tautiluokituksessa seuraavasti:

<sup>153</sup> Yleinen pessimismi lääketieteen opinnoissa: Achté, Alanen ja Tienari 1973, 61, 215; Reinikka 1988, 1, 5–6.

<sup>154</sup> Yleinen pessimismi psykologian opinnoissa: ”7-2”, ei pvm., 4; Rosen, Fox ja Gregory 1972, 191; Harmatz 1978, 294; ”7-21” 1988; Reijo Holmströmin luento ”Krooninen masentuneisuus” ”7-12” 1989.

<sup>155</sup> Omaan itseen kohdistuvan negatiivisuuden käsittelen erikseen omana alalukunaan, sillä yleisesti ottaen se näyttäytyy aineistossa huomattavasti aktiivisempänä ja siten enemmän tunteina ja ajattelumalleina kuin passiivisesti taustalla vellovana mielialana.

<sup>156</sup> Achté, Alanen ja Tienari 1973, 61.

<sup>157</sup> ”2-1” 1981, 84; Reinikka 1988, 1; Luento ”Psykiatriasta” ja Yrjö Alasen luento ”Vakavat mielialahäiriöt” ”7-12” 1989; Achté ja Kuoppasalmi 1990a, 124; Väliotsikot ”Vaikeitten tunteitten kohtaaminen” ja ”Kriisejä ja niihin liittyviä tunteita” ”7-19” 1990.

<sup>158</sup> Psykologian aineistossa: Rosen, Fox ja Gregory 1972, 160; Ude (1975) 1978, 17; Harmatz 1978, 284; Pekka Niemi, Nurmi ja Vauras 1984, 42; Fiske ja Taylor 1984, 61; Magnusson ja Öhman 1987, 77; ”3-13” 1988, 12; Reijo Holmströmin luento ”Krooninen masentuneisuus” ”7-12” 1989, 6.9.1989; Achté ja Kuoppasalmi 1990a, 216.

<sup>159</sup> ”6-3” 1990, 15.

Tämän pääluokan keskeinen piirre on mielialan häiriö, johon liittyy täydellinen tai osittainen maaninen tai masennustila oireyhtymä, joka ei johdu muusta häiriöstä. Entisiin luokituksiin nähden on varsinaisten mielialahäiriöiden käsite laajentunut pitäen sisällään myös psykoottiset oireet, jotka johtuvat mielialahäiriöstä. Jos psykoottisia oireita on esiintynyt ennen mielialahäiriön puhkeamista, tulee ensisijaisesti käyttää psykoottisten häiriöiden diagnooseja. Tähän pääluokkaan on otettu myös lievemmät mielialahäiriöt. Kroonisessa masentuneisuudessa yhdistyvät aikaisempien luokitusten depressiivinen luonnehäiriö ja neuroottinen depressio.<sup>160</sup>

Kuten ylläolevasta lainauksesta näkee, ei mieliala ja sen häiriö olleet aiemmin masennuksen keskeisin määre. Kymmenen vuotta aiemmin, vuonna 1973 julkaisussa suomalaisessa psykiatrian opintojen perusteoksessa noudatettiin virallista vuoden 1968 jaottelua, joka mainittiin myös yllä olevassa lainauksessa. Masennuksen osalta pääasialliset yläluokat olivat joko neuroosit tai psykoosit eli mielisairaudet, tarkemmin affektiivimielisairaudet. Samassa teoksessa tosin neuroottisia depressioita määriteltäessä mielialamuutos nähtiin masennuksen keskiössä: ”Vaikka ahdistuksen torjunnalla on myös niissä osuutensa, ei se ole niille yhtä tunnusomainen piirre kuin *affektiivisen mielialan muutos*, joka samalla *heijastuu myös potilaan somaattis-biologisissa toiminnoissa*. Mielialan muutos, masentuneisuus, yhdistää neuroottiset depressiot psykoottisiin depressioihin, joihin sen raja saattaa olla liukuva.”<sup>161</sup> Mielialan muutos ei välttämättä kuitenkaan riittänyt sairauden määritelmäksi. Vuonna 1988 psykiatrian opiskelija kirjoitti masennuksen tarkoittavan mielialan laskua esiintyessään toisen sairauden oireena. Masennus itsessään muuttui sairaudeksi tai syndroomaksi vasta saadessaan seurakseen muita oireita.<sup>162</sup>

Mieliala mainittiin opinnoissa usein masennuksesta kirjoitettaessa, mutta harvoin, jos koskaan määriteltiin mitä mielialalla käytännössä tarkoitettiin.<sup>163</sup> Yleensä masennuksen mainittiin olevan mielialahäiriö, mutta masennusattribuutit eivät kuvanneet mielialaa. Silloinkin kun masennusta mielialan muutoksena avattiin, tehtiin tämä ennemmin arkiymmärryksen kuin eksaktin tieteellisen määrittelyn kautta. 1980-luvun alkupuolella psykologian laitoksella käytössä olleessa yhdysvaltalaisessa oppikirjassa<sup>164</sup> aihetta pohdittiin näin:

<sup>160</sup> Furman, Huttunen ja Lönnqvist 1983, osa Osio 10, sivu 1.

<sup>161</sup> Achté, Alanen ja Tienari 1973, 215.

<sup>162</sup> Reinikka 1988, 1.

<sup>163</sup> Saatettiin kirjoittaa esimerkiksi, että potilasta tutkittaessa hänen ”[m]ielialasta kysyminen tarkoittaa lähinnä masennustilan tai euforian, sairaalloisen hyväntuulisuuden, esille saamista”. Palo ym 1992, 91.

<sup>164</sup> Teos oli käytössä osana vanhaa laudaturin tutkintoa lukuvuonna 1981–1982 sekä osana psykodiagnostiikkakurssin alkukuulustelua lukuvuosina 1984–1986.

Mieliala, tunteet, affekti, tunnetila, mielentila ovat vain muutamia niistä sanoista, joita käytämme joukosta meidän kaikkien kokemista tuntemuksista, mutta joita on kuitenkin vaikea kuvata. [– –] Silti tiedät, miten mieliala vaikuttaa tekemiisi asioihin ja värittää elämääsi. [– –] Kumpuaako mielialasi jostain syvemmästä lähteestä määrittäessään käyttäytymistäsi? Jälleen, vastaamme vakuuttuneesti ”kyllä”. Tässä näennäisessä ristiriidassa mieliala on sekä syy että seuraus. [– –] Mutta mikään psykologian osa-alue ei ole kiinnostuneempi affekteista kuin mielen poikkeavuuksia tutkiva psykologian tieteenala. [– –] Affektiiviset häiriöt ovat yksiä merkittävimmistä ihmisen käyttäytymiseen vaikuttavista tekijöistä. Mielentilamme määrää toimintatasomme ja suorituskykymme.<sup>165</sup>

Mielialaan viittaaminen sekoittui tunteeseen, mielentilaan ja affektiin, eikä näiden välille tehty selkeää eroa. Vaikuttaa siltä, että DSM-III ja sen vakiinnuttama ajatus masennuksesta mielialahäiriönä muutti ajatusta masennuksen kestosta. Ennen kuin masennus vakiintui mielialahäiriöksi, oli masennus Turun yliopiston opinnoissa esimerkiksi affektihäiriö tai sitä pidettiin psykoanalyttisen koulukunnan mukaisena neuroosina.<sup>166</sup>

Masennuksen historian tutkijat eivät suuremmin huomioi muutosta affektihäiriöstä mielialahäiriöksi.<sup>167</sup> Masennussairauden historiaa psykiatrian tieteenhistorian näkökulmasta tutkinut historian tutkija Edward Shorter pitää tautiluokkaryhmiä ”mood disorder” ja ”affective disorder” toistensa synonyymeina.<sup>168</sup> Samalla tavoin ajatteli osa opiskelijoista 1980- ja 1990-luvuilla. Vuonna 1988 psykiatrian opiskelija katsoi affektihäiriöiden olevan synonyymi mielialahäiriöille pitäen samalla kaikkia masennuksia tällaisina häiriöinä.<sup>169</sup> Vuonna 1989 psykologian laitoksen psykiatrian opintojaksolla ”depressio [eli] masentuneisuus” laskettiin tunne-elämän häiriöksi.

<sup>165</sup> ”Mood, emotion, affect, feeling state, frame of mind are just some of the words we use to label a set of sensations we all experience, yet find great difficulty in describing. [– –] Yet you know how your mood affects the things you do and colors your life. [– –] Do your moods spring from some deeper source to determine your behavior? Again, we answer with a qualified ‘yes.’ In this apparent contradiction, mood is both a cause and an effect. [– –] But no sector of psychology is more concerned with affect than abnormal psychology. [– –] Affective disturbances are among the most important in their impact on human behavior. Our state of mind determines our levels of action and our efficiency of performance.” Suomennos AM. Harmatz 1978, 283–284.

<sup>166</sup> Ks. esim. Rosen, Fox ja Gregory 1972, 191; Harmatz 1978, 283; Shorter 2013b, 115.

<sup>167</sup> Sen sijaan vuosisadan mittaan tapahtuneen siirtymän koko ruumiin kattavista hermoista pääasiassa mieleen sijoitettavaan mielialaan on huomioinut mm. Shorter. Ks. esim. Shorter 2013b, 4, 109.

<sup>168</sup> Shorter 2009, 31.

<sup>169</sup> Reinikka 1988, 13.

Luennolla affektilla viitattiin tunteen kokemiseen ja psyykkiseen puoleen ja emootiolla elimistön reaktioon kokonaisvaltaisesti. Mielialaa ei mainittu lainkaan.<sup>170</sup> Väitän masennuksen määrittelyssä siirrytyn hiljalleen 1980- ja 1990-luvuilla lyhyempikes- toisista masennusattribuuteista kohti pitkäkestoista ja suhteellisen pysyvää olotilaa kuvaavaa terminologiaa.

Modernin masennusluokituksen luoneelle Kraepelinille ei aikanaan mielialalla ollut oleellista roolia masennuksen määrittelyssä.<sup>171</sup> Kraepelinin määritelmä oli ajal- lisesti ja määritelmällisesti huomattavasti lähempänä melankolian ja neurastenian kaltaisia 1800-luvun sairauksia, kuin DSM-III:n vakiinnuttamaa vakava masen- nus -diagnoosia. Kraepelinin tuntema melankoliakäsitys sisälsi myös tiloja, joita ny- kydiagnostiikalla voitaisiin tulkita skitsofreniaksi ja mielialan muutoksella saattoi olla sairaudessa vain pieni rooli tai ei roolia lainkaan. Kraepelin ei kirjoittanut mie- lialasta, vaan tunteesta ja tunteen sairastuminen vaati ajatusta psykofyysisestä tun- teesta. Psykiatrian ja psykologian historian tutkija Åsa Jansson toteaa historiantutkija Thomas Dixonin osoittaneen, kuinka tunteet käsitteenä muuttuivat kaiken psykofyy- sisen kokemuksen kattavaksi käsitteeksi vasta modernin psykologiatieteen myötä.<sup>172</sup>

Suru oli usein läsnä masennussairaudesta kirjoitettaessa, mutta ei masennusatt- ribuuttina, vaan sairaasta masennuksesta eroavana terveenä ja normaalina tilana. Sur- ullisuutta ei lähes koskaan mainittu opinnoissa masennussairauden oireena.<sup>173</sup> Lä- heisen kuoleman tai avioeron kaltaisten teemojen yhteydessä saatettiin mainita suru ja masennus sen kummemmin määrittelemättä näiden suhdetta toisiinsa.<sup>174</sup> Vuonna 1987 psykologian opiskelija mainitsi surun neuroottisesta depressiosta puhuttaessa ja kuvaili tilojen eroa seuraavasti: ”Neuroottista depressiota on vaikea erottaa ’taval- lisesta’ surusta. Siihen liittyy kuitenkin alentunut itsetunto ja itsesyytökset. Siihen voi myös kuulua itsemurhayrityksiä.”<sup>175</sup> Useassa oppikirjassa surun ja masennuksen eroa korostettiin. Lähes aina surun ja surutyön painotettiin olevan normaalia ja ter-

<sup>170</sup> ”7-12” 1989, 5.9.1989.

<sup>171</sup> Esimerkiksi vuoden 1902 englanninkielisessä tautiluokituksessa Kraepelin ei itse asi- assa käytä kertaakaan termiä mieliala, ”mood”, kirjoittaessaan masennuksesta. Sen si- jaan hän käyttää termiä ”emotional attitude”, joka voidaan ymmärtää mielialaksi, mutta tästäkin hän kirjoittaa ainoastaan yhden masennussairausluokan, ”simple retardation”, yhteydessä, ja silloinkaan se ei ole keskeisin sairaudenkuvan määrittäjä. Kraepelin 1902, 282–304.

<sup>172</sup> Tunteet käännettynä sanasta ”emotions”. Jansson 2011, 395.

<sup>173</sup> ”Emotionaalaisia kohdeoireita voivat olla esimerkiksi surullisuus [– –].” Häkkinen 1993, 8.

<sup>174</sup> Esimerkiksi kuolema mainitaan lasten psyykkisten traumojen yhteydessä ja siihen lii- tetään toisiaan lähekkäin surutyöskentely, masennus ja luopumisen tuska. ”6-35” 1990, 11.9.1990.

<sup>175</sup> ”3-10” 1987, 8.



vettä. Ne olivat jotain, joka oli käytävä läpi.<sup>176</sup> Psykiatrian opintojaksolla 1980-luvun alussa käytössä olleessa oppikirjassa käsiteltiin tunne-elämän häiriöiden kohdalla masennusta. Alaluvun lopuksi muistutettiin, ettei normaali suru ollut masennusta:

Suru on pidettävä erillään masennuksesta. Surua kärsitään menetyksistä. Suruun eivät liity syyllisyyden tai häpeän tunteet. Suru saattaa johtaa yksinvetäytymiseen ja ajatusten askartelemiseen esimerkiksi menetetyn henkilön parissa. Suru kuitenkin häviää itsestään eikä johda pahempaan invaliditeettiin eikä itsemurha-ajatuksiin.<sup>177</sup>

Surun ja masennuksen erottamista pidettiin tärkeänä, mutta samalla vaikeana.

*Erotusdiagnoosi* Neuroottista depressiota voi olla vaikea erottaa *surusta*, joka on normaali reaktio menetyksiin, eikä raja olekaan selvä. Erona on ennen kaikkea depressiivisen henkilön alentunut itsetunto ja taipumus itsesyytöksiin. Tosin syyllisyydentunteita esiintyy usein myös ”normaalissa” surureaktiossa, siitä riippuen, miten ambivalentti suhde menetettyyn on ollut. Itsesyytökset eivät tällöin yleensä saa epärealistista sävyä kuten usein patologisessa depressiossa. Surureaktiot eivät johda työkyvyn menetykseen.<sup>178</sup>

Itkemisen ja kyynelehtimisen ajateltiin liittyvän normaaliin suruun, mutta ei masennukseen. Itkemistä pidettiin normaalin ja terveen tilan merkinä ajoittain jopa siinä määrin, ettei se voinut olla sairaustilan oire. Niillä muutamilla kerroilla, kun itkeminen mainittiin masennuksen yhteydessä, oli variaatiota siinä, liitettiinkö masennukseen jatkuva itkuisuus tai yksittäiset itkukohtaukset vai päinvastoin täydellinen kykenemättömyys itkuun.<sup>179</sup> Psykologian opinnoissa ylenmääräinen itkeminen ja itkuherkkyys<sup>180</sup> sekä kykenemättömyys itkuun ja ”kyynelvuodon tyrehtyminen”<sup>181</sup> mainittiin muutaman kerran. Vuonna 1988 valmistuneessa psykologian harjoitustyössä opiskelija totesi, että “[m]onet akuutisti depressiiviset itkevät paljon”.<sup>182</sup> Psykologian opinnoissa 1990-luvun puolivälissä käytössä olleessa teoksessa painotettiin itkemisen olevan merkki masennuksesta tervehtymisestä:

<sup>176</sup> Ks. esim. Taipale 1992, 112.

<sup>177</sup> Achte, Alanen ja Tienari 1973, 62.

<sup>178</sup> Achte, Alanen ja Tienari 1973, 216.

<sup>179</sup> Lääketieteen opetus ks. esim. ”itkukohtaukset” Reinikka 1988, 1.

<sup>180</sup> Rosen, Fox ja Gregory 1972, 160, 194; Harmatz 1978, 291; ”7-4” 1988, 7; Reijo Holmströmin luento ”Krooninen masentuneisuus” ”7-12” 1989; Achte ja Kuoppasalmi 1990a, 124.

<sup>181</sup> Harmatz 1978, 284; Gleitman 1986, 72; Achte ja Kuoppasalmi 1990, 124.

<sup>182</sup> ”7-4” 1988, 7.

Sureva ihminen itkee harvoin suurimmassa menetyksen aiheuttamassa masennuksessaan; itkeminen tulee myöhemmin, kun suruun on sekoittunut hieman huojennusta tai lohtua. [– –] Masentuneimmat ja kiihtyneimmät potilaat itkevät harvoin; kyyneleet ovat paljon todennäköisempiä, kun potilaan voinnissa on siirtymävaihe, muutosta masentuneisuudesta eloisampaan tilaan [– –].<sup>183</sup>

Surun, suremisen ja masennuksen yhteys vaihteli ikäkausittain. Lapsuutta ja masennusta käsiteltäessä mainittiin usein itävaltalais-isobritannialainen psykoanalyttikko Melanie Klein (1888–1960). Klein katsoi, että jokaisen lapsen normaaliin ja terveeseen kehitykseen kuului käydä läpi depressiivinen positio. Kyseessä oli suruprosessin opettelu ja tämän noin puolivuotiaana käydyn prosessin läpikäyminen onnistuneesti antoi valmiudet käydä läpi samankaltaisia suruprosesseja terveellä ja normaalilla tavalla läpi elämän. Epäonnistuessaan tässä varhaislapsuuden prosessissa ihmiselle ei syntynyt työkaluja menetysten käsittelyyn. Tämä altisti myöhemmällä iällä siihen, että menetyksen aiheuttama sureminen patologisoitui kliiniseksi masennukseksi.<sup>184</sup>

Suomalaiselle psykiatrille Tor-Björn Hägglundille masennus oli nuoruuteen kuuluva normaali ja terve menetysten prosessointitapa, jolla epäonnistuessaankaan ei ollut vaikutuksia myöhempään aikuisuuteen. Siinä missä Kleinin vauvaikäiset alkoivat tehdä eroa itsensä ja maailman ja erityisesti äidin välille, Hägglundin nuoret tekivät pesäeroa lapsuuteen ja lapsuuden perheeseen. Mekanismi oli näissä hieman eri, mutta kumpikin tutkija näki masennuksen normaalina, terveenä ja kehityksen kannalta välttämättömänä asioiden käsittelemisen tapana. Hägglundin mukaan normaaliin nuoruusiän kriisiin liittyi suuri toiminnanhalu, joka vaihteli lyhytaikaisten surun ja masennuksen jaksojen kanssa. Nuorten kohdalla pesäero lapsuuteen tehtiin nimenomaan surutyönä ja masennuksena, joiden Hägglund kirjoitti vastaavan monin tavoin kliinistä masennusta kuitenkin olematta sitä. Hägglund tekikin eron ”normatiivisen depressiivisen mielialan” ja ”patologisen depression” välillä.<sup>185</sup>

Vanhuuteen liittyivät omat suruprosessinsa sekä kehoon että elämään liittyen. Yksilö suri vitaliteetin, potenssin ja kuukautisten hiipumista ja samalla hän joutui luopumaan eläköitymisen myötä työelämästä ja toteamaan elämän olevan jo enimmäkseen ohi. Iän myötä oli totuttava luopumaan myös läheisistä oman ikäluokan vanhetessa ja hautajaisten yleistyessä. Näistä suruprosesseista ei kirjoitettu enää ke-

<sup>183</sup> ”A bereaved person rarely weeps when most depressed by the loss; weeping comes later, when there is some relief or comfort mingled with the grief. [– –] The most depressed and agitated patients rarely weep; tears are much more likely when the patient’s condition is transitional, moving from a depressed to a more elated state [– –].” Suomen AM. Gleitman 1986, 72.

<sup>184</sup> Jackson 1986, 322–323; Depressive position. Melanie Klein Trust -sivusto.

<sup>185</sup> Hägglund, Pykkänen ja Taipale 1978, 43; Hägglund 1985.

hityksen kannalta oleellisina prosesseina, sillä tämä oli ihmisen kehityksen viimeinen vaihe. Vanhuuden suruprosesseja kuvailtiin työkäisen suruprosessien kaltaisina – niissä joko onnistuttiin ja jatkettiin elämää tai epäonnistuttiin ja masennuttiin kliinisesti.<sup>186</sup> Jos surutyö rinnastettiin masennukseen, masennus nähtiin surun kaltaisena terveenä ja normaalina tilana.<sup>187</sup>

Omana tilanaan opinnoissa kuvattiin akuutti surureaktio, ”acute grief reaction”, joka muistutti monin tavoin masennuskuvauksia.<sup>188</sup> Patologisoituneen surureaktion saatettiin katsoa äärimmillään johtavan itsemurhaan. 1980-luvulla käytössä olleessa lastenpsykiatrian oppikirjassa patologisesta surureaktiosta kirjoitettiin lapsen itsemurhaan liittyvän masennuksen yhteydessä.<sup>189</sup>

Epäonnistuneesta ja patologisoituneesta suruprosessista voitiin katsoa seuraavan myös kliininen masennus. Psykiatrian opintojaksolla 1980-luvulla käytössä olleessa teoksessa kirjoitettiin, että ”[k]liinisesti parhaiten tunnettuja muotoja surun patologiaa ovat erilaiset **masennustilat** eli **depressiot**. Depressio on eräs tavallisimpia vaihtoehtoja silloin, kun suru ja luopuminen eivät ole mahdollisia. Ihmisessä, joka surun asemesta reagoi menetykseen depressiolla, ei menetys sinänsä herätä murhetta ja kaipausta, vaan sensijaan [sic] hän reagoi vähitellen kehittyvällä masentuneella mielialalla, [– –].”<sup>190</sup> Esimerkiksi vanhempansa menettäneen lapsen katsottiin tarvitsevan aikuisen tukea menetyksensä käsittelyyn, jotta hän ei sairastuisi masennukseen.<sup>191</sup> Suruprosessin ja mahdollisen surun patologisoitumisen syynä olivat moninaiset menetykset, kuten läheisen kuolema, avioero, jonkin itselle tärkeän elämäntavoitteen menettäminen, mutta myös terveyden tai vitaliteetin väheneminen vamman, sairauden tai ikääntymisen myötä. Psykiatrian opinnoissa 1980- ja 1990-lukujen vaihteessa opetettiin, että ”[v]ammaan sopeutuminen merkitsee surutyötä, koska kyseessä on aina surullinen tapahtuma, joka edellyttää jostakin luopumista. Eri asia kuin normaali surureaktio on masennus, joka on merkki sopeutumisen jonkinasteisesta epäonnistumisesta. Masennus ja itseluottamuksen heikkeneminen ovat fyysisesti vammautuneilla melko yleisiä oireita. Eräässä tutkimuksessa todettiin vaikeasti

<sup>186</sup> Ruikka et al. 1992, 256; Sourander ja Tilvis 1993, 157–158.

<sup>187</sup> Lipponen 1992, 17.

<sup>188</sup> Cullberg ja Rutanen 1977, 180; Mussen et al. 1979, 69.

<sup>189</sup> Arajärvi 1984b, 136–137.

<sup>190</sup> Psykiatrian opintojaksolla lukuvuosina 1979–1981 ja 1982–1989 käytössä ollut oppikirja. Teoksessa on luku otsikolla ”2.2.2. Menetykset, suru ja masennus” (sivut 20–23). Teoksessa kerrotaan, ettei ihminen aina kykene hyväksymään menetystä, vaan menetystä seuraa psyykkinen ja/tai ruumiillinen oireenmuodostus. Tähkä 1977, 21–22. Lihavointi alkuperäisessä. Masennuksesta patologisoituneena suruna ks. myös esim. psykologian laitoksella lukuvuosina 1991–1996 oppikirjana ollut Horowitz 1989, 65.

<sup>191</sup> Nuorikkala 1997, 14.

fyysisesti sairaitten ryhmässä masentuneisuutta 60 %:lla, kun taas enintään lievästi sairaitten ryhmässä masentuneita oli 33 %.”<sup>192</sup>

Menetystä seurannut reaktiivinen masennus ei välttämättä viitannut aina sairauteen.<sup>193</sup> Psykiatrian opintojaksolla 1980-luvun alussa käytetyssä oppikirjassa kirjoitettiin psykogeenisistä masennustiloista eli reaktiivisista masennustiloista. Tilojen katsottiin menevän enimmäkseen itsestään ohitse ja olevan ”varsin tavallisia ilmiöitä jokapäiväisessä elämässä. Vastoinkäymiset ja surut kokee jokainen ihminen masentavina. Kunkin persoonallisuudesta riippuu, tuleeko reaktiosta tavallista voimakkaampi ja pitkäaikaisempi, jolloin kyseessä on sairaus.”<sup>194</sup> Suru jo itsesään voitiin kokea masentavana, ja vain erityisen voimakas ja pitkäaikaisen masennuksen kokemus muuttui masennussairaudeksi. Psykologian opinnoissa surun aiheuttama masennus saattoi saman aikaisesti pysytellä terveen piirissä ja silti olla epäonnistunutta surun käsittelyä. Vuonna 1988 luetussa tekstissä kerrottiin, että ilman tukea jäävät omaiset saattavat jäädä surun aiheuttamaan ”avuttomuuteen ja masennukseen”, ja että tämä alistaa ”ihmisiä sairauksiin”.<sup>195</sup>

Psykiatri ja historiantutkija Stanley W. Jackson kirjoittaa, kuinka surullisuus oli ollut yksi melankolian kardinaalioireista eli oire, jota ilman tilaa ei määritelty melankoliaksi. Sureminen nähtiin epätavallisena mielentilana, muttei kuitenkaan sairautena. Suru saattoi tiettytyyppisillä ihmisillä muuttua sairaudeksi luokiteltavaksi melankoliaksi. Suremisen rajoja etsivät jo useat antiikin filosofit ja kysymykset olivat yhä akuutteja 1980- ja 1990-lukujen opinnoissa.<sup>196</sup> Sairaudeksi muuttuneen suremisen sijaan melankoliaan liitettiin yleensä surullisuus ilman syytä.<sup>197</sup> Jacksonin mukaan surullisuus ja sureminen ovat olleet melankolian ja masennuksen keskiössä läpi niiden historian jopa siinä määrin, että kun vuosisatojen mittaan on puhuttu sisäsyntyisestä – lähinnä mustan saven aiheuttamasta – ja ilman selkeää ulkoista syytä olevasta melankoliasta, on tällöinkin puhuttu nimenomaan surullisuudesta ilman syytä. Jackson näkee Kraepelinin luokittelut jatkumona tälle ajattelulle, sillä Kraepelin määritteli melankolian ja masennuksen sairauksiksi ilman ulkoista syytä. Shorterinin mukaan menetyksen aiheuttama suru ja masennussairaus olivat toisensa poissulkevia tiloja Kraepelinin mukaisessa ajattelussa, sillä ihminen ei voinut sairastaa ma-

<sup>192</sup> Psykiatrian opintojaksolla lukuvuosina 1989–1993 käytössä ollut oppikirja. Eerola, Pylkkänen ja Miettinen 1989, 233.

<sup>193</sup> Esimerkiksi tässä yhdysvaltalaisessa oppikirjassa reaktiivisen depression sanotaan olevan osa normaalia suruprosessia. Fiske ja Taylor 1984, 63–64.

<sup>194</sup> Elosuo 1975, 326. Suru saatettiin nähdä masennusreaktioiden normaalina ääripäänä: ”[– –] psykologiselta kannalta [– –] depressio on perusreaktio, joka ulottuu normaalista surusta aina vaikea-asteisimpaan psykoottiseen depressioon saakka”. Luukkanen ja Ristimäki 1991, 933.

<sup>195</sup> ”6-30” 1988, 9.

<sup>196</sup> Jackson 1986, 15, 312–315.

<sup>197</sup> Radden 2009b, 5.

sennusta, jos tilaa edelsi jokin tunnistettava syy. Myöhemmin ajatukselle masennuksesta ilman syytä rakennettiin muun muassa endogeenisen eli sisäsyntyisen depression luokka.<sup>198</sup>

Sisäsyntyisen masennuksen ajatus sai 1980- ja 1990-luvuilla hallinnon tiedossa suosiota biologisten selitysmallien yleistymisen myötä. Jos aiemmin melankolia ilman syytä oli lähinnä surullisuutta ilman syytä, modernin masennuksen sisältö ei Turun yliopiston opinnoissa liittynyt enää surullisuuteen. Masennus reaktiona viitattiin pieleen menneeseen suruprosessiin, joka sairaudeksi muututtuaan ei ollut enää surua. Jackson näkee, että melankolian surullisuudella saattoi olla myös objekti, jolloin tämän jatkumona toimii 1900-luvulla reaktiivinen masennussairaus.<sup>199</sup> Näin varmasti on yleisesti, muttei 1980- ja 1990-luvuilla Turun yliopiston opinnoissa. Niissä opetettiin, että terveen ja normaalin masennuksen muuttuessa masennussairauksiin suru ja surullisuus jäivät ja korvautuivat jollakin muulla. Joka tapauksessa reaktiivinen masennus toimi jatkumona ajatukselle melankoliasta tai masennuksesta suruprosessista alkunsa saavana sairautena.<sup>200</sup>

Shorter kirjoittaa, että Euroopassa toisen maailmansodan jälkeen psykoanalyttisen koulukunnan vaikutuksesta masennus olisi alennettu tarkoittamaan surua.<sup>201</sup> Turun yliopiston opinnoissa asia näyttäytyy päinvastaisena, sillä masennuksen ja surun erosta muistutettiin toistuvasti läpi koulukuntien. Normaalin surun ja epänormaalin masennuksen kuvaus sopi myös psykodynaamiseen koulukuntaan. Vuonna 1917 psykoanalyysin kehittäjä Sigmund Freud (1856–1939) julkaisi artikkelin *Murhe ja melankolia*, jossa hän osoitti normaalin surun muuttuvan patologisoituaan melankoliaksi. Ajatus ei sinänsä ollut uusi, mutta aiempaan poiketen Freud tarkasteli tilojen eroa tarkemmin ja etsi erotusdiagnoosia oireiden pohjalta. Jackson toteaa, että juuri Freudin vaikutuksesta todellisen tai kuvitellun menetyksen aiheuttama surullisuutta alettiin käyttämään patologisen masennuksen rajojen tarkentamiseen.<sup>202</sup> Jackson kirjoittaa Freudin vakiinnuttaneen ajatuksen surusta prosessina käyttäessään toistuvasti käsitettä ”*work of mourning*”. Onnistuessaan prosessi johti ajan myötä surun hälvenemiseen, mutta epäonnistuessaan suru patologisoitui ja muuttui masennussairauksi.<sup>203</sup> 1980-luvun ja 1990-luvun alun opinnoissa viitattiin suoraan *Murhe ja melankolia* -artikkeliin ja psykoanalyttiset teoriat olivat muutoinkin usein mukana käsiteltäessä surua ja masennusta.<sup>204</sup>

<sup>198</sup> Jackson 1986, 315–317; Shorter 2013b, 164.

<sup>199</sup> Jackson 1986, 317.

<sup>200</sup> Jackson 1986, 320.

<sup>201</sup> Shorter 2013b, 164.

<sup>202</sup> Jackson 1986, 320–324.

<sup>203</sup> Jackson 1986, 321–322.

<sup>204</sup> Ks. mm. Mattila 1984, 58; Bondestam 1985, 16.

Shorterin kuvaamaa surun liudentumista masennukseen ei siis näy turkulaisessa psykodynaamisen suuntauksen hyvin tuntevassa opetuksessa. Toisaalta Shorter mainitsee, että 1900-luvun tutkimuksessa surun tiukka irrottaminen masennuksesta oli suomalaisten seuraamalle saksalaiselle psykiatialle ominainen piirre.<sup>205</sup> Surun ja masennuksen rajan hämärtyminen vaikuttaakin olleen saksalaista tai turkulaista psykologiaa ja psykiatria tyypillisempää Yhdysvalloille ja hämärtyneen entisestään DSM-III- ja sitä seuraavien tautiluokitusten myötä. DSM-III-tautiluokituksessa toisinnettiin eksplisiittisesti ajatusta normaalin surun mahdollisesta patologisoitumisesta. Myös esimerkiksi muutoin masennuksen ja surun rajan hälventymistä kritisoinneet yhdysvaltalaiset tutkijat Horwitz ja Wakefield pitivät vuonna 2007 selviönä, että näin voi tapahtua.<sup>206</sup>

Masennuksen yhteys suruun ei siis ole ollut yksioikoista eikä ole sitä vieläkään. Siinä missä sosiologi Allan V. Horwitz ja psykologi Jerome C. Wakefield katsovat normaalia surua patologisoidun 1900-luvun lopulta lähtien, Shorter huomauttaa, ettei moni masennusdiagnoosin saanut pidä itseään lainkaan surullisena eikä näin ollen masennuksesta pitäisi puhua surullisena mielialana.<sup>207</sup> Yhdysvalloissa surun ja masennuksen yhteydestä keskustelu onkin pyörinyt paljon DSM-III-tautiluokituksen niin sanotun surun poissulkuehdon<sup>208</sup> ympärillä. Myös vuonna 1982 suomennetussa versiossa mainittiin masennuksen diagnostisissa kriteereissä ehtona: ”E. Ei johdu elimellisestä mielenterveyshäiriöstä eikä läheisen kuoleman aiheuttamasta normaalista surureaktiosta.”<sup>209</sup> Surureaktio oli tässä koulukunnassa rajattu ainoastaan läheisen kuoleman aiheuttamaan suruun. Samalla ehto ei kuitenkaan estänyt diagnosoimasta masennusta heti koetun menetyksen jälkeen, vaan kriteerit olivat tällöin ainoastaan tiukemmat. Tiukempia kriteereitä perusteltiin surun laajamittaisen patologisoinnin vaaralla, sillä läheisen kuoleman aiheuttama suru aiheutti useita DSM-III-tautiluokituksessa määriteltyjä masennuksen diagnostisten kriteerien oireita.<sup>210</sup>

<sup>205</sup> Shorter 2013b, 174.

<sup>206</sup> Horwitz ja Wakefield 2007, 33. Normaalin surun patologisoituminen masennukseksi huomioitiin jo DSM-III:ssa. American Psychiatric Association 1980, 213.

<sup>207</sup> Horwitz ja Wakefield 2007; Shorter 2013b, 2. Surun, suremisen ja masennuksen suhteesta kirjoitetaan jatkuvasti uusia artikkeleita. Niissä toistuvat edelleen jo melankoliaan liittyvissä kirjoituksissa ajoittain näkynyt kysymys normaalin ja epänormaalin surun rajasta. Ks. esim. tämä artikkeli vuodelta 2015. Bondolfi, Mazzola ja Arciero 2015.

<sup>208</sup> ”berievment exclusion”

<sup>209</sup> Furman, Huttunen ja Lönnqvist 1983, luku Osio 10, sivu 6.

<sup>210</sup> Ehto poistettiin vuonna 2013 julkaistusta DSM-5-tautiluokituksesta ja se herätti paljon keskustelua. Ks. esim. Pies 2014.

Mieliala vaikutti olleen keskeinen masennuksen määrittäjä juuri Yhdysvalloissa, APA:n ja DSM:n kotimaassa ja erityisesti DSM-III:n julkaisemisen jälkeen.<sup>211</sup> Yhdysvaltalaisista masennusta koskevaa tietokirjallisuutta ja tutkimusta lukiessa masennukseen liittyi usein myös kyvyttömyys tuntea. Vaikuttaisi, että kyvyttömyys tuntea tai kyvyttömyys tunteisiin oli turkulaisissa opinnoissa ainoastaan yhdysvaltalaisessa kirjallisuudessa mainittu masennusattribuutti – silloin harvoin, kun ne mainittiin.<sup>212</sup> Vuonna 1988 Turun yliopiston psykologian opiskelija kirjoitti surun ja masennuksen erosta ja totesi, että “[m]asennus on kuitenkin enemmänkin tunteiden jäädyttämistä, jos niitä ei sillä hetkellä kyetä käsittelemään”.<sup>213</sup> Kyse ei ollut tässäkään tunteiden puutteesta, vaan kykenemättömyydestä kohdata menetyksen aiheuttamia tunteita. Turun yliopiston opinnoissa tällaista tunteisiin kykenemättömyyttä harvoin yhdistettiin masennukseen. Yleisempää oli, että masentuneen ei katsottu esittävän tunteitaan – esittäminen ei kuitenkaan ollut sama asia kuin kokeminen.<sup>214</sup>

Masennusten keskiössä ei tieteessä vuosina 1980–1995 ollut mieliala eikä masennusta lähtökohtaisesti lähestytty mielialahäiriönä. Opinnoissa puhuttiin jonkin verran mielialasta ja sen lisäksi tai sijaan puhuttiin tunteista, affekteista ja esimerkiksi affektiivisesta mielialasta. Näiden masennusattribuuttien sisältöä tai suhdetta toisiinsa ei teksteissä määriteltä eivätkä ne suoraan kertoneet tilan oletetusta kestosta. Vaikuttaa siltä, että ajatus masennuksesta lähtökohtaisesti pitkäkestoisena mielialahäiriönä tuli tuolloin hallinnon masennuskäsityksistä.

Surun ja masennussairauden välillä tehtiin opinnoissa tiukka rajaus. Tältä osin Turun yliopiston opinnot näyttävät sitoutuneen saksalaisen psykiatrian näkökulmiin. Suru ja sureminen oli tervettä ja normaalia ja oli tärkeää, ettei niihin sekoitettu ajatusta mielen sairaudesta. Masennusten ja surun suhdetta käsiteltiin opinnoissa silti monin tavoin. Suremiseen saattoi liittyä masennusta tai masentuneisuutta, mutta tällöin ei ollut kyse epänormaalista tai sairaasta, vaan normaalista ja tärkeästä suruprosessin vaiheesta. Suru jo itsessään voitiin kokea masentavana, mutta edelleen pysyteltiin normaalissa masennuksessa. Masennussairaus liittyi suruun ainoastaan epänormaalien reaktion, epäonnistuneen suruprosessin tai koko prosessin välttelyn seurauksena. Tällöin kyse ei kuitenkaan enää ollut surusta, vaan suru oli patologisoitunut ja muuttunut sairaudeksi.

<sup>211</sup> Esim: ”As commonly employed, the term depression is primarily descriptive and refers to a wide variety of conditions in which a depressed mood is present.” Mussen et al. 1979, 69.

<sup>212</sup> Esim: ”They have lost their feelings for friends and family, as if a wall separated them from others.” Harmatz 1978, 284–285.

<sup>213</sup> ”7-4” 1988, 15.

<sup>214</sup> Ks. esim. Hilgard, Atkinson ja Atkinson 1971, 450.

## 2.4 Masennus aktiivisen ja autonomisen vastakohtana

Yleisen negatiivisuuden lisäksi masennus ilmeni opinnoissa aktiivisen ja autonomisen vastakohtana. Tässä alaluvussa analysoin mitä masennusattribuutteja tällaisesta tilasta käytettiin ja millaisia tulkintoja niille annettiin.

Joissain teorioissa masennus oli ensisijaisesti kykenemättömyyttä itsenäiseen ja tasaiseen suorittamiseen. Sekä psykologiassa<sup>215</sup> että lääketieteessä<sup>216</sup> masennusattribuutteina toimivat syrjään vetäytyminen, (toiminta)kyvyttömyys, avuttomuus, aikaansaamattomuus, passiivisuus, hiljaisuus, pidättyvyys, lannistuneisuus, riippuvaisuus muista, välttämiskäyttäytyminen, hitaus, hidastuminen, motivaation väheneminen, taantuneisuus, lyhytjännitteisyys, kiinnostuksen puute, väsymys, väsyminen, heikkous, energian puute, kyvyttömyys pitää puoliaan, lamautuneisuus, pakonomaisuus, jäykkyys, yleinen haluttomuus, tyhjyys, älyllisen suorituskyvyn ja ajattelukyvyyn lasku, keskittymisvaikeudet, huomiokyvyn ja muistin ongelmat, kykenemättömyys päätöksiin, muistin huononeminen, ajattelun ja keskittymisen vaikeudet, päättämättömyys ja ajattelun dikotomisuus.

Psykologian opinnoissa 1990-luvulla käytössä olleessa oppikirjassa kuvailtiin masennustilaa tuottamattomaksi tilaksi: ”Masentuneet ovat yleensä epäaktiivisia; Tehdessäänkin jotakin, he eivät saa mitään aikaiseksi [–].”<sup>217</sup> Vuonna 1980 psykologian opinnoissa syvästi depressiivisten potilaiden huomautettiin olevan kykenemättömiä suorittamaan loppuun monimutkaisia piirroksia.<sup>218</sup> Masentuneella oli normaalia vähäisempi coping-tehokkuus eli hän oli heikosti varustettu selviytymään elämässä eteen tulevista kriiseistä. Masentunut ei kyennyt ottamaan täyttä vastuuta kriisistä toipumisesta, sillä hän oli tähän liian heikko ja emotionaalisesti loppuunkulunut.<sup>219</sup> Tällainen itseään tai muita hyödyttävään toimintaan kykenemätön yksilö vastasi monin tavoin arjen tiedon masennuskäsitystä lamaantuneisuudessaan. Tieteessä käytetyt masennusattribuutit maalasivat kuitenkin huomattavasti negatiivissä-

<sup>215</sup> Rosen, Fox ja Gregory 1972, 194; Harmatz 1978, 284–85, 294; ”2-1” 1981, 30; Yrjö Alasen luento ”Vakavat mielialahäiriöt” ja Reijo Holmströmin luento ”Krooninen masentuneisuus” ”7-12” 1989; ”6-6” 1990, 1; Achté ja Kuoppasalmi 1990a, 124, 216; Kalat 1995, 550.

<sup>216</sup> Bondestam 1985, 13; Salminen 1985a, 53; Kari 1988, 5–6; Reinikka 1988, 1, 5; Lipponen 1992, 17; Häkkänen 1993, 7–8, 22.

<sup>217</sup> ”Depressed people are generally inactive; when they do anything at all, it is unproductive, [–]” Suomennos AM. Kalat 1995, 550.

<sup>218</sup> ”4-4” 1980, 5.

<sup>219</sup> ”5-2” 1989, 2; ”5-2” 1989, 4. Vuonna 1987 valmistuneessa psykologian opinnäytteessä esiteltiin teoria, jossa depressio oli yksi coping-toiminnan muoto. Yksilö pyrki välttämään uhkaavan tilanteen siten, ettei tehnyt mitään ja koki depressiota. Tuomola 1987, 15.



vyisemmän kuvan kuin arjen tiedon masennuskäsityksestä tuttu elämän suvanto-vaihe.

Tieteen tiedossa masennukseen liitettiin usein psykomotorinen hidastuminen tai estyneisyys, joka viittasi yksilön passivoitumiseen ajatustoiminnan ja fyysisen toiminnan hidastumisen myötä. Tämä oli modernin masennuksen kannalta merkittävä masennusattribuutti ja analysoin sitä tarkemmin myöhemmin masennuksen kehollisuuden yhteydessä, sillä psykomotorinen retardaatio mainittiin usein – joskaan ei aina – vastakohtana psykomotoriselle agitaatiolle, jolla viitattiin joko levottomuuteen ja keskittymiskyvyttömyyteen tai kiihtyneeseen monotonisuuteen.

Toimintakyvyttömyys liittyi eri tavoin määriteltyihin ja vakavuudeltaan erilaisiin masennuksiin. Psykiatrian oppikirjassa kuvailtiin, kuinka toimintakyky aleni mitä syvemmäksi masennus muodostui, vaikkakin myös lievässä masennuksessa yksilö oli estynyt ja suorituskyky jo jonkin verran alentunut.

*Lievässä masennuksessa* potilas on hiljainen, pidättyvä, estynyt, onneton, pessimistinen ja itseään väheksyvä. Hänellä on väsymyksen, riittämättömyyden, lanistuneisuuden ja toivottomuuden tunteita. Hän on kykenemätön tekemään ratkaisuja, kokee vaikeutta normaalisti helppoja henkisiä toimintoja suorittaessaan, on turhan huolestunut henkilökohtaisista pulmistaan.

*Syvämmässä depressiossa* [– –] Tarkkaavaisuus, keskittymiskyky ja muisti saattavat huonontua. Tähän tunteeseen liittyen jotkut potilaat ovat ahdistuneita, neuvottomia, valittavat epätodellisuuden tunnetta taikka kykenemättömyyttä ajatella. [– –], aloitekyky on mennyt, vastaukset kysymyksiin tulevat usein hitaasti ja yhdellä tavulla.<sup>220</sup>

Toimintakyky saattoi masennuksessa rajoittua jo väsymyksestä. Moni 1980- ja 1990-luvuilla hallinnon tiedon masennuskäsityksen diagnostiset kriteerit täyttänyt koki suurimmaksi ongelmakseen väsymyksen, joka esti toimimasta normaalisti.<sup>221</sup> Väsymyksestä puhuttiin myös opinnoissa. Psykologian<sup>222</sup> ja lääketieteen<sup>223</sup> opin-

<sup>220</sup> Achté, Alanen ja Tienari 1973, 61.

<sup>221</sup> Esim. SKS KRA. Sata 2725–2765. 1991.

<sup>222</sup> ”2-12”, ei pvm., 12, 28, 30; Hilgard, Atkinson ja Atkinson 1971, 472; Rosen, Fox ja Gregory 1972, 160, 194; Ude (1975) 1978, 17; Harmatz 1978, 285; ”2-3” 1981, 12–13; ”2-1” 1981, 29; Fiske ja Taylor 1984, 61; Gleitman 1986, 661; ”3-10” 1987, 8; Murphy ja Davidshofer 1988, 353; ”7-4” 1988, 5; ”7-21” 1988; ”5-2” 1989, 2; Yrjö Alasen luento ”Vakavat mielialahäiriöt” ja Reijo Holmstromin luento ”Krooninen masentuneisuus” ”7-12” 1989; ”7-18” 1990; Achté ja Kuoppasalmi 1990a, 124, 216.

<sup>223</sup> Achté, Alanen ja Tienari 1973, 61, 215–17, 309; Tähkä 1977, 188.

noissa masennusattribuutteina toimivat väsymys, uupumus, energianpuute, vitaliteetin puute, heikkous, emotionaalinen loppuunkuluneisuus ja voimattomuus.

Masennukseen yhdistyi myös aloitekyvyn ja toimintahalun alentuminen.<sup>224</sup> 1980-luvun alun psykiatrian opintojen oppikirjassa nämä yhdistettiin riippuvaiseen luonteeseen: ”Erityisen huonon motivaation omaavat ovat käytännön kuntoutustyössä saatujen kokemusten mukaan: [– –] – depressioihin altistuneet riippuvaiset luonteet, jotka eivät jaksakaan ponnistella.”<sup>225</sup> Muista ihmisistä riippuvaisuudesta puhuttiin opinnoissa lähes yhtä usein kuin väsymyksestä sekä psykologian<sup>226</sup> että lääketieteen<sup>227</sup> opinnoissa. Pahimmillaan masennus sai yksilön ikään kuin degeneroitumaan lapseksi, kuten lääketieteen opiskelija kirjoitti vuonna 1988: ”Infantilismi ilmenee täydellisenä avuttomuuden tunteena ja riippuvaisuutena hoitohenkilökunnasta.”<sup>228</sup>

Riippuvaisuus, pysähtyneisyys, aloitekyvyttömyys ynnä muut vastaavat määreet huomioitiin haastavina hoidettaessa yksilöä keskusteluterapian avulla. Kokemuksen mukaan nämä hankaloittivat kontaktin luomista ja hoidon kannalta oleellisen tiedon tavoittamista.<sup>229</sup> Psykiatrian opintojaksolla 1980-luvulla käytössä olleessa oppikirjassa todettiin:

Mikäli potilas kärsii vaikeasta **masennuksesta**, hänen haastattelemisensa voi osoittautua varsin työlääksi ja adekvaatin informaation saamiseksi voidaan toisinaan joutua turvautumaan myös potilaan omaisiin tai ystäviin. Syvästi depressiivisen potilaan aloitteettomuus ja pysähtyneisyys tekevät usein käyttökelpoisen spontaanin informaation saamisen häneltä lähes mahdottomaksi. Samalla potilaan itesyytykset ja vakuuttuneisuus omasta arvottomuudestaan saavat hänet kokemaan kaiken itselleen osoitetun huomion ja kiinnostuksen ansaitsemattomana ja niille kuuluvana, jotka sitä enemmän tarvitsevat. Masentuneen potilaan hoito on siten sekä aikaa että kärsivällisyyttä vaativaa, mutta peräänantamattomuudella ja normaalia runsaammalla spesifisten kysymysten käyttämisellä lääkäri kuitenkin yleensä saa useimmilta masentuneilta potilailta ainakin välttävän informaation.<sup>230</sup>

<sup>224</sup> Lääketieteen osalta ks. esim. Kaila ja Achté 1970, 112; Elosuo 1975, 324, 326; Tienari 1975, 330.

<sup>225</sup> Elosuo 1975, 322.

<sup>226</sup> Rosen, Fox ja Gregory 1972, 160; Harmatz 1978, 296; ”2-13” 1981, 17; Alanen, Achté ja Tienari 1981, 399; Achté, Pakaslahti ja Rimón 1984, 315; ”7-4” 1988, 5, 12, 15; ”7-21” 1988; ”7-17” 1988, 19; ”7-31” 1989, 1; Achté ja Kuoppasalmi 1990b, 124; ”7-18” 1990.

<sup>227</sup> Kari 1988, 6; Häkkänen 1993, 2, 8.

<sup>228</sup> Kari 1988, 6.

<sup>229</sup> Achté, Alanen ja Tienari 1973, 125, 127; Achté 1990c, 197.

<sup>230</sup> Tähhä 1977, 113–114. Lihavointi alkuperäisessä.

Masennuslääkkeiksi kutsuttujen lääkeryhmien yksi merkittävimmistä vaikutuksista oli ollut alusta saakka aktiivisuustason nostaminen. Tähän liittyi keskustelu masennuslääkkeiden itsemurhariskiä kasvattavasta vaikutuksesta. Yksilön tapaa ajatella ei voitu psykofarmakologisesti muuttaa, joten lamaantuneen ja itsetuhoisen ihmisen aktiivisuustason nostaminen mahdollisti hänen aiemmin lamaantuneisuuden tähden toteutumatta jääneet itsetuhoiveensa.<sup>231</sup> Masennuslääkkeistä kirjoitettiin psykiatrian opintojaksolla käytössä olleessa teoksessa:

Antidepressiiviset lääkkeaineet vaikuttavat oireita lievittäen ja häiriön kestoa lyhentäen kaikkiin masennustiloihin, erityisesti sellaisiin, joiden oirekuvaa hallitsee estyneisyys. Niitä tavataan mm. kaksisuuntaisissa mielialahäiriöissä. Myös näiden lääkkeiden vaikutukseen kuuluu alkuvaiheessa epäspesifinen rauhoittava ja unettava vaikutus, jota seuraa varsinainen antidepressiivinen, mielialaa kohottava ja aktivoiva vaikutus.<sup>232</sup>

Lääkeaineiden aktivoivan vaikutuksen katsottiin tässä oppikirjassa auttavan kaikissa masennustiloissa – olkoonkin että joissain enemmän kuin toisissa. Toisin sanoen kaikkiin masennustiloihin liitettiin jonkinasteinen passivoituminen. Toisaalla samassa teoksessa lääkohoitoa ei pidetty kuitenkaan hyödyllisenä hoitomuotona kaikkiin masennustiloihin, vaan ainoastaan psykoottistasoisiin eli mielisairaudeksi luokiteltaviin tiloihin. Lievemmissä neuroottisissa depressioissa neuvottiin keskittymään masennuksen syiden pohtimiseen ja hoidoksi suositeltiin keskusteluterapiaa.<sup>233</sup>

Masennusattribuuttien kohdalla on huomioitava, että asioita liitettiin masennukseen eri tavoin eli käytössä oli useita attribuointistrategioita. Attribuutin saatettiin katsoa olevan masennuksen oire, mutta myös jonkin toisen oireen seuraus. Vuonna 1994 psykiatrian opiskelija näki motivaation vähenemisen olleen seurausta siitä, ettei masentunut uskonut tulevaisuudessa voivan tapahtua mitään hyvää eli vaivan näkö olisi kaikissa tapauksissa ollut vain turhaa.<sup>234</sup> Samoin on huomioitava, että opinnoissa sama asia saatettiin sekä liittää että erottaa masennuksesta riippuen kursista ja lähteistä. Esimerkiksi riippuvuus ja regressiivisyys olivat yleensä masennusattribuutteina, mutta vuonna 1989 psykiatrian opiskelija kirjoitti, että depressiivisyyden ohella potilaassa saattoi ilmetä riippuvuutta ja regressiota.<sup>235</sup> Toisin sanoen opis-

<sup>231</sup> ”7-12” 1989, Ks. esim. 25.8.1989.

<sup>232</sup> Lehtinen et al. 1989, 317.

<sup>233</sup> Myös esimerkiksi sähköshokkihoidon tehoa masennukseen on suomalaisessa tutkimuksessa 1970-luvulla mitattu juuri työkyvyn ja lisäksi sairaalahoitoajan ja sen jälkeisen kliinisen-sosiaalisen tilan perusteella. Reinikka 1988, 26.

<sup>234</sup> Häkkänen 1993, 2.

<sup>235</sup> Salmenperä 1989, 12.

kelijalle riippuvuus ja regressio eivät olleet osa masennusta, vaan ne esiintyivät masennuksen rinnalla.

Yllä mainittujen attribuuttien lisäksi masennukseen liitettiin avuttomuus sekä lääketieteen<sup>236</sup> että psykologian<sup>237</sup> opinnoissa. Avuttomuus käsitettiin kahtalaisesti. Toisaalta avuttomuudella viitattiin riippuvuuteen verrattavaan tilaan yksilön nykyhetkessä. Toisaalta sillä viitattiin tulevaisuuteen siinä mielessä, että ihminen koki tulevaisuuden niin toivottomaksi, että vaipui avuttomuuteen. Nämä kaksi merkitystä saattoivat sekoittua toisiinsa eikä opiskelija voinut aina olla varma viitattiinko sanalla ainoastaan jompaankumpaan vai kumpaankin merkitykseen yhtä aikaa. Käsitteen myöhemmin omassa alaluvussa aikaan sidottuja tulevaisuuteen orientoituvia attribuutteja, joihin tulevaisuuteen orientoitua avuttomuus kuului. Koska eri merkitysisältöjä ei voi tyhjentävästi erottaa, käsitteen avuttomuutta kattavammin ainoastaan tässä alaluvussa.

Avuttomuus saattoi masennusattribuuttina rakentua keskeiseksi osaksi masennusta koskevaa teoriaa. Esimerkiksi psykiatrian opintojaksolla 1980-luvulla käytössä olleessa oppikirjassa Achté ja Kaila kuvailivat neuroottisten depressioiden mahdollista syntymekanismia seuraavasti: ”Depressiota on pidetty reaktionä psyykkiselle kivulle ja usein avuttomuuden tunteille.”<sup>238</sup> Opinnoissa käsiteltiin myös vuonna 1953 julkaistua teoriaa, jossa karkeasti yksinkertaistaen masennus ei niinkään ollut avuttomuutta, vaan reaktio tilanteeseen, jossa ihminen koki olevansa avuton.<sup>239</sup>

Psykiatrian opintojakson oppikirjassa psykoanalytikko Veikko Tähkä puolestaan kävi läpi lääkäri Arthur H. Schmalen 1960- ja 1970-luvuilla kehittämää teoriaa masennuksen kokemuksen kahdesta aspektista, joista toinen oli toivottomuus ja toinen avuttomuus.<sup>240</sup> Tähkä nojasi vahvasti psykodynaamiseen näkemykseen masennuksesta reaktionä kuviteltuun tai todelliseen menetykseen. Avuttomuuden syntyä Tähkä kuvasi näin:

Schmalen (1964, 1972) kuvaamat, jo edellisessä luvussa mainitut avuttomuuden ja toivottomuuden tilat, joita hän löysi 80 %:ssa erilaisia sairauksia potevien potilaiden sairautta edeltävissä elämäntilanteissa, ovat depressiivisen kokemistavan kaksi eri aspektia, joista jompikumpi on etualalla menetyksen tyypistä ja yksilön

<sup>236</sup> Lääketieteen opinnoissa: Achté, Alanen ja Tienari 1973, 61; Tähkä 1977, 22; Bondestam 1985, 16–17; Reinikka 1988, 5; Kari 1988, 6; Häkkänen 1993, 19.

<sup>237</sup> Psykologian opinnoissa: Peck ja Whitlow 1978, 74; Achté, Pakaslahti ja Rimón 1984, 21, 124, 168; ”7-22” 1988; ”6-6” 1990, 1.

<sup>238</sup> Kaila ja Achté 1970, 107. Ks. myös. ”depressio on psykobiologinen reaktio avuttomuuteen” Reinikka 1988, 4.

<sup>239</sup> Bondestam 1985, 17–18.

<sup>240</sup> Schmalen käsitykseen masennuksesta toivottomuutena ja avuttomuutena viittaa myös mm. Mattila 1984, 66.

reagointitavasta riippuen. Schmalen mukaan avuttomuus pyrkii hallitsemaan kuvaa silloin, kun menetys koskee sellaista ulkoista tyydytyksen lähdeä (ihmistä tai asiaa), jota ilman ihminen ei koe voivansa tulla toimeen, mutta jonka palauttamiseen hän myöskään ei näe mitään keinoa. [– –] Aina on kuitenkin kysymys tilanteesta, missä ihminen eri syistä ei pysty tulemaan toimeen ilman sellaista tyydytystä tai itsetunnon tukea, joka todellisuudessa on käynyt mahdottomaksi.<sup>241</sup>

Schmale kollegoineen oli tarkastellut tilaa, jossa ihminen oli jo luovuttanut.<sup>242</sup> Schmalea tunnetumpi Turun yliopiston opinnoissa oli psykologi Martin Seligman, jonka yhdessä tutkimusryhmänsä kanssa kehittämään teoriaan opitusta avuttomuudesta viitattiin usein lääketieteessä<sup>243</sup>, mutta erityisen taajaan psykologiassa<sup>244</sup>. Psykologian opinnoissa kerrottiin teoriasta tulleen nopeasti suosittu ja tunnettu tutkijoiden keskuudessa.<sup>245</sup> Seligman teki ensimmäisen kokeensa vuonna 1967 ja toisti niitä myös myöhemmin. Yksinkertaistaen koe koostui kahdesta joukosta koiria, jotka saivat lattian kautta sähköshokkeja. Verrokkiryhmien välinen ero oli siinä, että toisen ryhmän koirat pystyivät pakenemaan sähköshokkeja hyppäämällä aidan yli pois, mutta toisessa ryhmässä koirat eivät yrityksistä huolimatta päässeet pakoon. Kun näille koirille annettiin myöhemmin mahdollisuus paeta, olivat koirat jo alistuneet vallitsevaan tilanteeseen eli Seligmanin sanoin oppineet avuttomiksi. Ne eivät enää yrittäneet enää välttää sähköshokkeja, vaikka pakotie oli nyt ulottuvilla. Seligman kehitti kokeen pohjalta teorian, kuinka ihminen oppii avuttomuutta tilanteessa, jossa hän ei voi omalla toiminnallaan parantaa tilannettaan. Sisäistettyään tällaisen avuttomuuden, ei ihminen osaa enää ohjautua siinäkään vaiheessa, kun hänelle tarjoutuu mahdollisuuksia itsensä auttamiseen: ”Kuten avuton koira, masentunut potilas on alkanut tuntea, ettei hänen teoillaan ole merkitystä. Ja kuten koira, masentunut potilas joutui tähän sairaalloiseen tilanteeseen altistuttuaan alkuun tilanteelle, jossa hän objektiivisesti oli avuton.”<sup>246</sup> Kyse ei ollut niinkään sairaudesta, vaan omaksutusta toimintatavasta.<sup>247</sup>

<sup>241</sup> Tähkä 1977, 22.

<sup>242</sup> Sweeney, Tinling ja Schmale 1970.

<sup>243</sup> Reinikka 1988, 4–5.

<sup>244</sup> Peck ja Whitlow 1978, 74; Harmatz 1978, 297–298; Mussen et al. 1979, 29; Pervin 1980, 504–6; Nummenmaa, Takala ja Wright 1983, 169; Fiske ja Taylor 1984, 61–62, 110; Niemi, Nurmi ja Vauras 1984, 49–52, 91; Gergen ja Gergen 1986, 353; Gleitman 1986, 115, 664; ”7-11” 1989.

<sup>245</sup> Pervin 1980, 506.

<sup>246</sup> ”Like the helpless dog, the depressed patient has come to feel that his acts are of no avail. And like the dog, the depressed patient was brought to this morbid state of affairs by an initial exposure to a situation in which he was objectively helpless.” Suomennos AM. Gleitman 1986, 115.

<sup>247</sup> Reinikka 1988, 4–5.

Psykologian laitoksen persoonallisuuden psykologian kurssilla todettiin opitun avuttomuuden uhkaavan eniten aivan tietynlaisia ihmisiä: ”Pahimmassa vaarassa ovat luonnollisesti ne yksilöt, jotka näkevät syyn heikkoon menestykseen omassa itsessään.”<sup>248</sup> Opitun avuttomuuden teoriaan sidottiin näin ajatus itseän kohdistuvasta negatiivisuudesta, joka oli 1980- ja 1990-lukujen opinnoissa toistuvina ja moninaisin masennusattribuuttijoukko. Opitun avuttomuuden teoria ei kuitenkaan tullut kinnut masennusta yksilön ongelmana. Sen sijaan se kritisoi ihmisille avuttomuuden kokemusta aiheuttavia yhteiskunnan rakenteita. Teoria piti vahingollisena, jos ulkopuolisista syistä johtuvia negatiivisia elämäkokemuksia tulkittiin yksilöstä itsestään johtuviksi.<sup>249</sup>

Seligman haki siis masennuksen ja avuttomuuden syitä ihmisen ulkopuolelta häntä ympäröivästä kulttuurista ja yhteiskunnasta. Teorian suosio asettuu vielä merkityksellisempään valoon, kun huomioidaan Seligmanin uran myöhemmät vaiheet. 1990-luvulle tultaessa Seligman oli kehittänyt toisenlaisen näkökulman, joka resonoi neoliberaalin ihmiskäsityksen kanssa. Uudessa teoriassa huomio kohdistui ympäristön sijaan yksilöön ja tämän kykyyn toimia yhteiskunnassa. Teorian mukaan omaksumalla tietynlainen psykologinen asenne ihminen kykenisi voittamaan ympäristön ja yhteiskunnan hänelle asettamat haasteet ja esteet, ja olemaan paras mahdollinen itsensä. Psykologi Martin Seligmania pidetäänkin tällä vuosituhatluvulla erityisesti Yhdysvalloissa, mutta myös laajemmin länsimaissa suosiota saaneen ja yksilökeskeisyyttä korostavan positiivisen psykologian isänä.<sup>250</sup>

Passiivisuuden yhteydessä korostuu kysymys siitä, mikä taho yksilön terveyttä ja normaaliutta määrittää. Jos psykiatria oli ensisijaisesti kiinnostunut psyykkisen kärsimyksen minimoinnista ja psykologia normaalin elämäntilanteen turvaamisesta, niin passiivinen ja muista riippuvainen ihminen oli ensisijaisesti hallinnon kiinnostuksen kohde. Valtion kannalta tärkeää oli pitää kansalaisistaan mahdollisimman moni mahdollisimman suuren osan ajasta tuottavina ja autonomisina. Tätä sivuttiin opinnoissa, mutta sama määritelmä näkyy edelleen viime vuosikymmenten hallinnon tiedossa muun muassa KELAn toiminnassa. KELAlle ei riitä ainoastaan oikeanlainen masennustautiluokka diagnoosissa. Lääkärin on lausuttava myös ihmisen *toimintakyvystä*, jotta tämä olisi oikeutettu esimerkiksi sairauspäivärahaan, työkyvyttömyyseläkkeeseen, kuntoutustukeen tai Kelan tukemaan psykoterapiaan.<sup>251</sup> Juuri

<sup>248</sup> Niemi, Nurmi ja Vauras 1984, 49–50.

<sup>249</sup> Niemi, Nurmi ja Vauras 1984, 51–52.

<sup>250</sup> Seligman oli mukana toimittamassa vuonna 2000 julkaistua erikoisnumeroa, jossa vasta esitellään positiivista psykologiaa. Seligman ja Csikszentmihalyi 2000. Seligman esiintyi usein vuosien 1980–1995 opinnoissa, mutta teoriallaan opitusta avuttomuudesta. Vuonna 1991 hän julkaisi ensimmäisen kokonaisen teoksen tuolloin uudesta näkökulmastaan, jossa avuttomuus oli vaihtunut optimismiksi. Seligman 1991.

<sup>251</sup> Ks. esim. Kansaneläkelaitos, ei pvm.

toimintakyky on ollut suomalaisen kuntoutuksen tavoitteena. Suomessa kiinnostuttiin psykiatrisesta kuntoutuksesta 1950- ja 1960-lukujen vaihteessa. Vuonna 1983 julkaistussa teoksessa psykiatri Reino Elosuo kirjoitti kuntouttamisen perusajatukseksi olleen pyrkimys saattaa ”kuntoutettava hänen edellytyksiensä mukaan mahdollisimman kykeneväksi itsenäiseen, omatoimiseen, hänen itsensä ja yhteiskunnan kannalta ihmisen arvoa vastaavaan ja hyödylliseen elämänsaamaan ja toimintakykyisyyteen (Pihkanen 1964)”.<sup>252</sup>

Yhteiskunnan tarjoamien etuuksien ja kuntoutuksen kohdalla hyvä mielenterveys tarkoitti kykyä toimia itsenäisesti ja autonomisesti. Hallinnon tiedossa tällainen ajattelu oli tuttua läpi 1900-luvun. Seilin mielisairaalan naisia 1900-luvun alkupuolella tutkinut sosiologi Jutta Ahlbeck kirjoittaa, että naisten köyhyys saatettiin patologisoida ja asettaa vastakkain normaalina pidetyn kansalaisuuden sekä normatiivisen naiseuden kanssa.<sup>253</sup> Puhetavat muuttuivat pitkän 1900-luvun mittaan, mutta vuosisadan loppua kohti vahvistunut biopoliittinen ajattelutapa sisälsi yhä ajatuksen ihmiselämästä työvoimapotentiaalina – elämä oli hallinnon tiedossa väline, ei merkitystä sisältävä entiteetti.<sup>254</sup> Tästä seurasi, että hallinnon tiedossa oleellista ei ollut kärsimys tai normaali elämäntapa, vaan työ- ja toimintakykyisyys. Vaatimus toimintakykyyn nähtiin ajoittain osana myös arjen tietoa ja perheiden sisäisiä arvoja. Psykologian opiskelija kirjoitti vuonna 1988, että ”[o]n oletettu, että perheissä, joissa mielialahäiriöitä esiintyy, on vallalla kirjoittamaton sääntö ainaisen hyväntuulisuuden ja tehokkuuden välttämättömyydestä. Tämä tekee mahdottomaksi kokea suruja ja epäonnistumisesta johtuvaa apatiaa, mikä puolestaan aiheuttaa masennusta.”<sup>255</sup> Tieteen tiedon piirissä nähtiin hallinnon ja arjen tiedon vaatimukset ja niistä oltiin myös huolissaan. 1980- ja 1990-lukujen vaihteessa psykologian opinnoissa luettiin Suomen Mielenterveysseuran tutkimussihteri psykologi Maila Upanneen kirjoitusta väsymisestä ja virkistymisestä. Upanne katsoi ihmisten uuvuttavan ja kuormittavan itseään välillä liiaksi sekä työ- että yksityiselämän vaatimusten alla. Hän lähestyi väsymistä näissä tilanteissa normaalina itsesäätelymekanismina eikä yhdistänyt väsymistä sairastumiseen saatikka masennustautiluokkaan.<sup>256</sup> Huolissaan olivat myös väitöskirjaa varten haastatellut 1980-luvulla Turun yliopiston psykologian laitoksella opiskelleet psykologit. He kertoivat pitävänsä julmana sitä, että yhteiskunta asettaa keskusteluterapian ehdoksi työkykyisyyteen takaisin pääseminen, mikä tarkoittaa väistämättä myös yläikärajaa terapialle.<sup>257</sup>

<sup>252</sup> Elosuo 1983, 281–282.

<sup>253</sup> Ahlbeck-Rehn 2006, 390.

<sup>254</sup> Myllykangas 2014, 36.

<sup>255</sup> ”7-4” 1988, 16.

<sup>256</sup> ”7-1”, ei pvm.

<sup>257</sup> Tuomola et al. haastattelu, 7.6.2018. Muistiinpanot tekijän hallussa.

Masennus näyttäytyi opinnoissa lomaantumisena. Se oli kuitenkin hyvin erilaista lomaantumista kuin arjen masennuskäsityksen mahdollisesti lopulta rakentaviakin seurauksia aikaansaanut kriisin tai menetyksen käsittelyyn tarkoitettu elämän suvantovaihe. Tieteen tiedossa masennuksen aiheuttama suvanto oli usein monin tavoin negatiivista. Se oli tuottamatonta ja päämäärätöntä passiivisuutta. Masennus oli avuttomuutta sekä nykyhetken että toivottomana koetun tulevaisuuden edessä. Yhden teorian mukaan masennukseksi tulkittu avuttomuus oli yhteiskunnan aiheuttamaa. Yksilö oli tahtomattaan joutunut tilanteisiin, joissa hän ei voinut tehdä itsensä hyväksi mitään. Näistä hän oli omaksunut toimintatavan, jossa hän pysyi passiivisena niissäkin tilanteissa, joissa hänellä olisi ollut mahdollisuuksia pärjätä.

Lamaannuttava masennus rajoitti itsenäisyyttä ja ihminen tuli muiden avusta riippuvaiseksi. Työ ja opiskelu kärsivät eikä masentunut kyennyt enää huolehtimaan itsestään ja arjestaan, saati läheisistään. Hallinnon tiedossa yksi masennuksen tärkeistä määreistä olikin toimintakykyisyyden seuraaminen. Vaikka toimintakyky oli tärkeää, niin psykiatria oli ennemmin kiinnostunut psyykkisen kärsimyksen vähentämisestä ja psykologia normaalin elämäntilanteen turvaamisesta. Negatiivinen ja passivoiva lomaantuminen oli ongelma erityisesti hallinnon tiedossa, jossa masennus esti yksilöä toteuttamasta kansalaisen velvollisuuksiaan.

## 2.5 Masennus itseen kohdistuvana negatiivisuutena

Edellisessä alaluvussa analysoin, miten monet masennukseen liitetyt attribuutit nähtiin hallinnon tiedon kannalta negatiivisina autonomisen ja aktiivisen kansalaisen ideaalin vastakohtina. Samalla yhteiskunta rakenteineen saattoi aiheuttaa negatiivista avuttomuuden kokemusta. Ulospäinsuunnatun negatiivisuuden sijaan masennus oli pääasiassa itseen kohdistuvaa negatiivisuutta. Tämä oli opintojen yksi vakiintuneimmista masennusattribuuteista monissa eri muodoissaan.<sup>258</sup> Vuonna 1990 psykologian opiskelija kiteytti, että ”[i]tsearvostus ja depressio liittyvät jo käsitteellisesti toisiinsa. Yhtenä depression puolena pidetään kielteistä minäkuvaa.”<sup>259</sup> Tässä alaluvussa analysoin, miten masennukseen liitetty itseen kohdistuva negatiivisuus ilmeni opinnoissa ja miten sitä teoretisoitiin.

<sup>258</sup> Aiheesta lisätietoa Mäkilä 2019.

<sup>259</sup> Saarinen 1990, 39.



Masennustilaa kuvailtiin lääketieteessä<sup>260</sup> ja psykologiassa<sup>261</sup> seuraavilla attribuuteilla: alentunut, heikentynyt, huono tai heikko itsetunto tai omanarvontunto, itsetunnon tai omanarvontunnon menetys, depressiivisen potilaan halu rangaista itseään esimerkiksi voimakkaalla lääkevaikutuksella, kielteinen tai itsesäälin värittäminenäkuva, epämiellyttävyyden, arvottomuuden, alemmuuden, riittämättömyyden, tarpeettomuuden, kyvyttömyyden tai kykenemättömyyden tunteet, ei koe oman työnsä merkitystä, epämääräinen epäonnistumisen tunne, itsensä rankaisu, itsensä henkinen rankaisu, häpeä, katumus, katkeruus, syyllisyys, syyllisyyden tunne, itesesyytökset, itsekritiikki, itseviha, itseinho, itsehalveksunta, itsensä vähättely ja epävarmuus itsestä sekä itsensä kokeminen epäonnistuneeksi, vaurioituneeksi tai saataiseksi. Näillä masennusattribuuteilla kuvattiin lähes poikkeuksetta ihmisen koko kuvaa itsestään, ei vain jotakin yksittäistä elämänaluetta tai tilannetta eli itseen kohdistunut negatiivisuus oli kokonaisvaltaista. Näistä masennusattribuuteista toistuvien oli syyllisyys useissa eri muodoissa. Äärimmillään itseen kohdistuva negatiivisuus saattoi tarkoittaa itsensä totaalista tuhoamista – itsemurha-ajatuksia, -yrityksiä ja toteutuneita itsemurhia. Opinnoina ei hieman yllättäen käsitelty lähes lainkaan itsetuhoisuuden muita muotoja, kuten viiltelyä. Itsemurhatematikkaa käsitellen myöhemmin alaluvussa 2.12. Itsetuhoisuuteen ei välttämättä aina liitetty itseen kohdistuvaa negatiivisuutta, vaan itsetuhoisuus saatettiin nähdä esimerkiksi haluna päästä eroon psyykkisestä kärsimyksestä.<sup>262</sup>

Vuonna 1994 psykiatrian opiskelija kirjoitti masennuksesta kognitiivisena häiriönä. Opiskelija perusti kirjoituksensa Beckin kognitiiviseen malliin, jossa ”masentunut kokee itsensä, ympäristönsä ja siihen liittyvät kokemuksensa sekä tulevaisuu-

<sup>260</sup> Mattila 1984, 21, 80; Salminen 1985a, 53; Bondestam 1985, 13, 16–17, 33; Santalahti 1987, 5; Reinikka 1988, Tiivistelmä, 5, 9, 11–12; Häkkänen 1993.

<sup>261</sup> ”2-12”, ei pvm., 30; ”7-2”, ei pvm., 5; Rosen, Fox ja Gregory 1972, 39–40, 160, 192, 194, 196–98, 200–201; Cullberg ja Rutanen 1977, 168, 180; Harmatz 1978, 195–96, 284–85; Hägglund, Pylkkänen ja Taipale 1978, 151; Mussen et al. 1979, 534; Hilgard, Atkinson ja Atkinson 1971, 473; ”2-8” 1981, 7; ”2-13” 1981, 17; ”4-20” 1981, 13; Alanen, Achté ja Tienari 1981, 95, 399; Fiske ja Taylor 1984, 63–64; Laufer ja Laufer 1984, 204; ”7-5” 1986; Gleitman 1986, 664; ”3-10” 1987, 8; ”3-13” 1988, 12; Väliotsikko ”Melanie Klein: depressiivinen positio” ”7-25” 1988; ”7-21” 1988; ”7-17” 1988, 19; ”7-4” 1988, 5–7, 12–15, 28–31; ”6-28” 1988, Sivujen taus, käsikirjoitetut muistiinpanot; Murphy ja Davidshofer 1988, 353; Horowitz 1989, 27, 65; Solso ja Johnson 1989, 272; Väliotsikko ”depressiivisen potilaan testaaminen” ”7-24” 1989; Reijo Holmströmin luento ”Krooninen masentuneisuus”, Pekka Niemen luento ”Psykodiagnostiikka” ja Yrjö Alasen luento ”Vakavat mielialahäiriöt” ”7-12” 1989; ”6-3” 1990, 21; ”6-6” 1990, 1; Achté ja Kuoppasalmi 1990a, 124, 216; ”7-18” 1990; Hakanen 1992, 119.

<sup>262</sup> Freudin teoriaa vihan sisäänpäinkääntämisestä on aineistossani käytetty myös masennuksesta riippumattoman itsemurha-alttiuden selittäjänä. Ks. mm. Lehto ja Leinonen 1991, 5.

tensa kielteisesti ja pessimistisesti”.<sup>263</sup> Opiskelijan mukaan ”[k]ognitiivisessa mallissa ymmärretään depressiivisen oireyhtymän muut merkit ja oireet seurauksiksi negatiivisten tiedollisten ajatusmallien aktivoitumisesta”.<sup>264</sup> Nämä ajatusvääristymät selittivät mallin mukaan muut masennuksen oireet.<sup>265</sup> Ihminen koki kaiken negatiivisuuden johtuvan hänestä itsestään. Hän ei siis kokenut kokevansa huonoja asioita edes osittain hänestä huolimatta, vaan kaikki tapahtui hänen takiaan. Opiskelija totesikin, että ”[m]asentuneella on taipumus lukea epämiellyttävät kokemuksensa omien psyykkisten, moraalisten tai fyysisten vikojensa syyksi”.<sup>266</sup> Hänellä ei ollut onnea, koska häneltä ”puuttuvat edellytykset kokea tyytyväisyyttä ja onnea”.<sup>267</sup> Työn lopussa opiskelija esitteli mallia koskevaa kritiikkiä ja kehitysnäkymiä. Hän pohti myös lääkkeellisen hoidon mahdollisuutta: ”Väitettä, että nämä vääristyneet kognitiot aiheuttavat depressiota, ei ole todistettu. Farmakoterapia voi myös parantaa nämä vääristymät.”<sup>268</sup>

Masennukseen liitettyä syyllisyyttä ei koettu vain yksittäisistä asioista, vaan kaikesta yleisesti ja kyvyttömyys ei koskenut ainoastaan yksittäistä työsuoritusta, vaan koko olemassaoloa. Vuonna 1988 psykologian opiskelija kuvasi akuuttia depressiota ja siinä ilmenevää negatiivisuuden totaalisuutta:

Yliminän kohonneen tuomitsevuuden vuoksi hän katuu menneitä virheitään ovatpa ne kuinka mitättömiä tahansa. Depressiivisen potilaan tyypillisiä lausahduksia ovat esim: Olen täydellisen epäonnistunut elämässäni. Olen epäonnistunut tähän mennessä ja tiedän, että tulen epäonnistumaan vastaisuudessakin.<sup>269</sup>

Itseen kohdistuvaa negatiivisuutta teoretisoitiin opinnoissa lähinnä kahdella tavalla. Ensinnäkin sen nähtiin olevan seurausta ihmisen liiallisista odotuksista itseään kohtaan, mistä seurasi pettymystä ja riittämättömyyttä. Tätä selitysmallia ilmeni jonkin verran sekä psykologian että lääketieteen<sup>270</sup> opinnoissa. 1980-luvulla psykiatrian oppikirjassa Achte ja Kaila kirjoittivat depressioille olleen tyypillistä itsetunnon ja omanarvontunnon mataluus. Erityisesti neuroottisen depression oireista kärsivällä saattoi lapsuudessa koettujen vaikeuksien tähden minäihanne erota suuresti todellisuudesta, mikä aiheutti riittämättömyyttä.<sup>271</sup>

<sup>263</sup> Häkkänen 1993, Tiivistelmä.

<sup>264</sup> Häkkänen 1993, 2.

<sup>265</sup> Häkkänen 1993.

<sup>266</sup> Häkkänen 1993, 1.

<sup>267</sup> Häkkänen 1993, 1.

<sup>268</sup> Häkkänen 1993, 27.

<sup>269</sup> ”7-4” 1988, 7.

<sup>270</sup> Depressio johtuu ”epärealistisen korkeista tavoitteista” Reinikka 1988, 6.

<sup>271</sup> Kaila ja Achte 1970, 107.

Depressioon taipuvaisella henkilöllä riittää masennustilan syntyyn jokin itsetuntoa kolhaiseva loukkaus taikka pettymys. Itsetunnon ylläpitämisen takia on depressiiviselle henkilölle tarpeellista, että hänestä pidetään. Tämä on muuan syy, miksi masennustiloissa vihamielisyys käännetään normaaleista ulkoisista purkautumisväylyistä omaa itseä kohtaan suunnatuksi.<sup>272</sup>

Neuroosia vakavamman tilan, maanis-depressiivisen mielisairauden masennusvaihetta ei teoksessa kuvailtu yhtä laajalti itseen kohdistuvan negatiivisuuden kautta. Mielisairaudesta tyydyttiin toteamaan, että ”[d]epressiivisen kohtauksen aikana sairas on masentunut, epätoivoinen, hänen itsetuntonsa on alentunut [– –]”.<sup>273</sup> Yllä olevassa lainauksessa itsetunnon ja omanarvontunnon mataluus katsottiin kuitenkin olevan luonteenomaista kaikille masennuksille. Itseen kohdistuva negatiivisuus ei kaikki masennukset kattavana toiminut opinnoissa erotusdiagnostisena tekijänä masennusten välillä. Sen sijaan itseen kohdistuva negatiivisuus saattoi erottaa masennussairaudesta jostakin normaalista tilasta, kuten normaalista surusta tai normaalista masennuksesta.

Liiallisen vaativuuden rinnalla tai sijasta huomattavasti yleisempi taustalla ollut teoreettinen selitys oli sekä psykologiassa<sup>274</sup> että lääketieteessä<sup>275</sup> ulkoisesta objektista sisäänpäinkäännetty viha. Aina ei eksplisiittisesti kerrottu, mistä ajatusmallit ja teoriat oli omaksuttu, mutta ajatuksen sisäänpäinkäänntyneestä vihasta masennuksen taustatekijänä sekä tästä seuranneen ajatuksen itsevihasta masennuksen merkittävimpanä oireena esitteli ja vakiinnutti moderniin psykiatriaan ja psykologiaan Sigmund Freud vuonna 1915/1917 julkaistulla artikkelillaan *Murhe ja melankolia*. Jennifer Radden toteaa, että aiemmin melankoliaan oli saatettu liittää vihaa, mutta se kohdistui yleisesti maailmaa kohtaan ja vain harvoin ihmiseen itseensä.<sup>276</sup> Freud sen sijaan käytti vihan kohdetta erotusdiagnoosina surun ja melankolian välillä: ”Surussa maailma on tullut köyhäksi ja tyhjäksi; melankoliassa itse ego.”<sup>277</sup> Freud kirjoitti, että menetettyään jotakin itselleen rakasta ihminen alkoi vihata tätä. Koska objekti oli menetetty, ei ihminen voinut enää kohdistaa vihaansa tähän ja siksi käänsi vihan itseään kohti.<sup>278</sup> Freud käsitteli menetystä jonkin joskus omistetun menettämisen su-

<sup>272</sup> Kaila ja Achte 1970, 107.

<sup>273</sup> Kaila ja Achte 1970, 112.

<sup>274</sup> Hilgard, Atkinson ja Atkinson 1971, 473, 517; Rosen, Fox ja Gregory 1972, 160, 196; Harmatz 1978, 195; ”7-4” 1988, 5, 9, 12, 17; ”4-20” 1981, 6; Alanen, Achte ja Tienari 1981, 5, 399; ”7-17” 1988, 19; ”7-21” 1988; Yrjö Alasen luento ”Itsemurha- syyt, esiintyvyys, hoitomahdollisuuksia” ”7-12” 1989; ”7-18” 1990.

<sup>275</sup> Reinikka 1988, 3.

<sup>276</sup> Radden 2009a, 160–161.

<sup>277</sup> ”In mourning it is the world which has become poor and empty; in melancholia it is the ego itself.” Suomennos AM. Freud (1917 [1915]) 2000, 3043.

<sup>278</sup> Freud (1917 [1915]) 2000.

remisena ja tuo menetetty saattoi olla myös jotakin muuta ja abstraktimpaa kuin läheinen ihminen. Jennifer Radden toteaa, että sittemmin menetys on laajentunut kattamaan kaikenlaisen jotakin vailla olemisen.<sup>279</sup> Edellä kuvatun kaltaiseen itseensä kääntyneeseen aggressioon viitattiin opinnoissa usein.<sup>280</sup>

Opinnoissa mainittiin myös muihin kohdistettua negatiivisuutta, mutta huomattavasti harvemmin ja muodoltaan erilaisena. Muihin kohdistettu negatiivisuus oli sekä lääketieteen<sup>281</sup> että psykologian<sup>282</sup> opinnoissa lähinnä ärtymystä ja vihaa, hyvin harvoin suoranaista aggressiivisuutta ja väkivaltaa. Muihin kohdistettu negatiivisuus oli yksi niistä harvoista masennusattribuuteista, joilla annettiin ymmärtää olevan yhteys sukupuoleen. 1990-luvun psykologian opinnoissa käytössä olleessa yhdysvaltalaisessa teoksessa kuvailtiin laitoshoitoon päätyneistä vakavista aggressio-ongelmista kärsivistä masennuspotilaista tehtyä tutkimusta. Esimerkkitapauksena esiteltiin 38-vuotiaan perheenisän tapaus, jossa mies oireili masennustaan olemalla aggressiivinen omia lapsiaan kohtaan.<sup>283</sup>

Masennusattribuutin eli masennuksen oireen sijaan ulospäinsuuntautunut aggressiivisuus oli merkki masennuspotilaan toipumisprosessista. Parantuessaan masennuksesta potilas oppi suuntaamaan aggressiivisuuden ja muun negatiivisuuden itsestään jälleen pois päin johonkin itsensä ulkopuoliseen kohteeseen.<sup>284</sup> 1980-luvun alussa käytössä olleessa psykiatrian oppikirjassa kerrotaan onnistuneen psykoterapiasuhteen auttavan potilasta juuri tässä.

Neuroottisen depression psykodynamiikassa on *Abrahamin* ja *Freud*in päivistä lähtien korostettu osittain samoja seikkoja kuin psykoottisissa depressioissa, kuten aggressioiden torjuntaa niiden tuomitsemisen tai riippuvuutta vaarantavan luonteen vuoksi, ja tähän liittyvää introjektiota (ks. lukua maanis-depressiivisistä psykooseista). Myös *Bonime* on tähdentänyt neuroottis-depressiivisen potilaan piilevää vihamielisyyttä, joka saattaa tulla kiertotietä esiin ympäristöä kiusaavina valituksina ja haluttomuutena antaa toisille tyydytystä.<sup>285</sup>

<sup>279</sup> Menetys sanasta ”loss” ja jotakin vailla oleminen sanasta ”lack”. Radden 2009a, 157–161.

<sup>280</sup> Ks. esim. Reinikka 1988, 3.

<sup>281</sup> ”ärtynisyys” Reinikka 1988, 1. Ks. myös Salminen 1985a, 53; Häkkänen 1993, 8.

<sup>282</sup> Rosen, Fox ja Gregory 1972, 160; Harmatz 1978, 294, 296; Solso ja Johnson 1989, 265–274; Yrjö Alasen luento ”Vakavat mielialahäiriöt” ja Reijo Holmströmin luento ”Krooninen masentuneisuus” ”7-12” 1989; ”6-6” 1990, 1.

<sup>283</sup> Solso ja Johnson 1989, 265–274.

<sup>284</sup> ”7-4” 1988, 17.

<sup>285</sup> Achte, Alanen ja Tienari 1973, 215–216.

*Hoito* [– –] Tämä sekä antaa potilaalle turvallisuutta että tekee hänelle paremmin mahdolliseksi patoutuneitten ja sisäänpäin kääntyneiden aggressioitten kohdistamisen ulospäin.<sup>286</sup>

Tähkä kirjoitti 1980-luvulla käytössä olleessa psykiatrian oppikirjassa masennustiloista samankaltaisesti kuin Freud melankoliasta vuosisadan alun artikkelissaan. Hän kirjoitti, kuinka ihminen reagoi menetykseen

korostuneilla alemmuuden- ja huonommuudentunteilla ja piinaavilla, todellisia ja kuviteltuja asioita koskevilla itsesyytöksillä. Depressiivisesti reagoivalla ihmisellä on taustalla tunne siitä, että hän on itse vastuussa menestyksestään, – että hän on erilaisilla rikkomuksillaan tai laiminlyönneillään saanut aikaan sellaisen asian tai kohteen häviämisen ja tuhoutumisen, jota ilman hän ei koe voivansa tulla toimeen. Tämä syyllisyydentunne kääntää menetyksen herättämän vihan häntä itseään kohtaan ja saa siten aikaan depressiolle ominaisen oman itsensä pahoinpitelyn. Masennuksen kehittyessä pitemmälle, tämä asiointi johtaa vakavaan itsemurhavaaraan.<sup>287</sup>

Freud oli kirjoittanut, että ihminen voi rakkauden kohteen menetettyään syyttää menetyksestä itseään, koska uskoo toivoneensa sitä. Freud kuitenkin piti negatiivisuuden itseen kääntymisen ensisijaisena syynä sitä, että vihan todellinen kohde ei enää ollut paikalla tai saavutettavissa.<sup>288</sup> 1980- ja 1990-lukujen käsitykset masennukseen liitetystä itseen kohdistuvasta negatiivisuudesta vaikuttivat tämän teeman variaatioilta. Yleisesti ottaen itseen kohdistuva negatiivisuus oli saanut vankan sijan sairautena pidettyjen masennuksien attribuuttina, mutta siihen liitetyt tarkemmat sisällöt, nyanssit ja taustalla olevien teorioiden kuvaukset vaihtelivat. Samalla eri teorit ja sisällöt eivät välttämättä sulkeneet pois toisiaan.

Syyllisyyden tunne oli 1980- ja 1990-lukujen opintojen yksi keskeisimmistä masennuksen attribuuteista. Syyllisyys monissa muodoissaan mainittiin toistuvasti ja erityisen usein oppikirjojen ja opinnäytteiden kuvaamissa masennusoirelistoissa. Freudille syyllisyys ei ollut kaikista keskeisin melankolian attribuutti ja Radden huomauttaa, että Kraepelin mainitsi itsensä syyttelyn ainoastaan yhden masennustilaluokan yhteydessä eikä siinäkään keskeisenä kuvaajana.<sup>289</sup> Kraepelin kirjoitti tautiluokasta ”harhoja ja hallusionaatioita sisältävä retardaatio” ja kuvaili, että siitä kärsivät syyttivät itseään. Itsesyytökset levittäytyivät kattamaan koko elämän ja potilaat ko-

<sup>286</sup> Achté, Alanen ja Tienari 1973, 217.

<sup>287</sup> Tähkä 1977, 21–22.

<sup>288</sup> Freud (1917 [1915]) 2000.

<sup>289</sup> Radden 2009a, 160.

kivat aiheuttaneensa myös muille epäonnea tai jopa jonkin suuren onnettomuuden.<sup>290</sup> Radden kuitenkin huomauttaa, että tämä kuvaus oli vain maininta muiden oireiden joukossa.<sup>291</sup> Syyllisyyden on siis täytynyt vakiintua osaksi modernia masennusta vasta Freudin ja Kraepelinin jälkeen, mutta ennen 1980-lukua.

Radden toteaa 1900-luvun toiselta puoliskolta lähtien tehdyissä tutkimuksissa näkyvän, että itseen kohdistuva negatiivisuus on länsimaalaisen masennuskäsityksen keskiössä.<sup>292</sup> Tämä huomioitiin ajoittain myös 1980- ja 1990-luvun opinnoissa. Psykiatrian opinnoissa 1980-luvulla käytössä olleessa oppikirjassa käsiteltiin transkultuuraalista psykiatriaa.<sup>293</sup> Teoksessa todettiin suomalaisen kulttuurin masennuskäsitysten keskiössä olevan syyllisyysajatuksien. Samalla teoksessa kirjoitettiin, etteivät somaattiset oireet ole meille niin tärkeitä masennuksen määrittäjiä kuin joissain toisissa kulttuureissa.

Esim. lukuisat depressioita koskevat vertailututkimukset ovat osoittaneet, että käsityksemme klassisesta depressiosta on sidoksissa omaan kulttuuriperintöömme. Monissa muissa kulttuureissa ovat syyllisyysajatuksien harvinaisia tai niiden sisältö on selvästi erilainen ja somaattiset tunteet ovat keskeisemmällä sijalla [– –].<sup>294</sup>

Syyllisyys oli samalla vahvasti ajallinen attribuutti, sillä masennukseen liitettiin opinnoissa menneisyyden negatiivista tulkintaa juuri syyllisyyden kautta.<sup>295</sup>

Masennukseen liitetty itseen kohdistuva negatiivisuus sai opinnoissa runsaasti erilaisia sisältöjä ja näitä pidettiin pitkälti ajatusvääristyminä. Tätä teoretisoitiin pääasiassa kahdella tavalla. Ensinnäkin negatiivisuuden katsottiin nousevan riittämättömyyden kokemuksista. Ihminen ei kyennyt täyttämään häneen kohdistuneita odotuksia – tulivat ne sitten hänen ulkopuoleltaan tai omista sisäistetyistä vaatimuksista. Toisekseen taustalla nähtiin ajatus, että ihminen oli kääntänyt itseään kohti kaiken sen vihan, aggression ja muut vaikeat tunteet, jotka hän aiemmin oli kohdistanut itsestään ulospäin. Tämä oli riittämättömyyttä huomattavasti yleisempi selitysmalli. Tästä seurasi se, että itsestä ulospäin kohdistettu viha ja negatiivisuus olivat merkki paranemisprosessista.

Itseen kohdistuva negatiivisuus saattoi olla totaalista ja usein siihen yhdistyi syyllisyys. Ihminen koki syyllisyyttä kaikesta hänen ja joskus myös läheistensä elä-

<sup>290</sup> Emil Kraepelin 1902, 301.

<sup>291</sup> Radden 2009a, 160.

<sup>292</sup> Radden 2009a, 161.

<sup>293</sup> Psykiatrian opintojakson lukuvuosina 1979–1987 käytössä ollut oppikirja vuodelta 1978. Yleisen propedeutiikan oppikirja lukuvuonna 1979–1980.

<sup>294</sup> Lönnqvist ja Eskola 1978, 91.

<sup>295</sup> Häkkänen 1993, 10.

män epäonnistumisista ja negatiivisista asioista. Syyllisyys ulottui menneisyydestä nykyhetkeen ja aina tulevaisuuden väistämättömiin pettymyksiin saakka. Itseen kohdistettu negatiivisuus vakiintui Freudin myötä ja aikana, mutta syyllisyys masennusattribuuttina on täytynyt vakiintua vasta myöhemmin – kuitenkin ennen 1980-lukua. Tämä vaatii lisätutkimusta.

## 2.6 Masennuksen aikaulottuvuus

Itseen kohdistuvan negatiivisuuden lisäksi masennukseen liitettiin yleistä maailmaan kohdistuvaa negatiivisuutta: tyytymättömyyttä, pettymystä, lohduttomuutta ja elämän ankeaksi kokemista. Tällaisella yleisellä itsen ulkopuolelle kohdistetulla negatiivisuudella ei pääsääntöisesti ollut selkää objektia ja samalla negatiivisuus koettiin nykyhetken sijaan lähinnä futuurissa. Tulevaisuudenkuva muuttui kielteiseksi, elämältä lähti tarkoitus ja ihmisen valtasi toivottomuus ja pessimismi. Äärimmillään tulevaisuus ei muuttunut ainoastaan negatiiviseksi, vaan se katosi täysin. Tulevaisuuden kohdistuvaa negatiivisuutta liitettiin masennukseen sekä lääketieteen<sup>296</sup> että psykologian<sup>297</sup> opinnoissa. Tässä alaluvussa analysoin, millaisia ajallisia attribuutteja masennukseen liitettiin.

Tulevaisuus saattoi muuttua negatiiviseksi ihmisen itseensä kohdistaman liiallisen vaativuuden tähden. Ihminen pettyi jo etukäteen tulevaisuuteensa, koska tiesi, ettei ikinä tulisi täyttämään omia vaatimuksiaan. Tätä kautta mukaan tuli toivottomuus.<sup>298</sup> Masennuksen muuttama tulevaisuushorisontti ei vaikuttanut ainoastaan ajatteluun, vaan myös käyttäytymiseen. Ihminen koki kaiken tekemisensä turhaksi, koska tulevaisuudessa ei ollut mitään, mitä odottaa. Psykiatriassa 1980-luvun alussa käytössä olleessa oppikirjassa psykiatri Pekka Tienari kirjoitti, kuinka depressiopotilaiden ”[t]oimintakykyä rajoittavat lähinnä aloitekyvyttömyys sekä pessimismi

<sup>296</sup> Lääketieteen opinnoissa: Kaila ja Achte 1970, 112; Achte, Alanen ja Tienari 1973, 61, 215; Tienari 1975, 330; Tähkä 1977, 22; Mattila 1984, 80; Bondestam 1985, 17; Vilponen 1988, Tiivistelmä, 3; Reinikka 1988, Tiivistelmä, 1, 5–6, 10–11; Häkkänen 1993, Tiivistelmä, 2, 19, 23.

<sup>297</sup> Psykologian opinnoissa: ”7-2”, ei pvm., 4; Hilgard, Atkinson ja Atkinson 1971, 472–73; Rosen, Fox ja Gregory 1972, 160, 191–92, 194, 197, 201; Peck ja Whitlow 1978, 74; Harmatz 1978, 294; Mussen et al. 1979, 534; ”2-3” 1981, 29; Fiske ja Taylor 1984, 63; Achte, Pakaslahti ja Rimón 1984, 21, 168; ”7-5” 1986; ”6-28” 1988, Sivujen taus, käsinkirjoitetut muistiinpanot; ”6-30” 1988, 4; ”7-21” 1988; ”7-4” 1988, 7; Luento ”Tunne-elämän häiriöt”, Ville Lehtisen luento ”patopsykologiaa” ja Reijo Holmströmin luento ”Krooninen masentuneisuus” ”7-12” 1989; ”7-8” 1989, 6; Horowitz 1989, 27; ”6-3” 1990, 22; Kalat 1995, 550; ”5-11” 1996.

<sup>298</sup> Psykiatrian opintojaksolla lukuvuosina 1979–1989 (ei lukuvuonna 1981–1982) käytössä olleen oppikirjan luku ”Menetykset, suru ja masennus”. Teoksessa toivottomuus liittyi kaikkiin masennuksiin. Tähkä 1977, 22.

omiin mahdollisuuksiin ja omaan tulevaisuuteen nähden”.<sup>299</sup> Toivottomuus mainittiin opinnoissa itsemurha-alttiuden merkittävimpänä yksittäisenä masennusattribuuttina.<sup>300</sup> Tulevaisuushorisontin yhteys masennukseen kiinnostaa tutkijoita yhä tällä vuosituohannella. Esimerkiksi tanskalainen antropologi Mette Rønberg on tutkinut tulevaisuushorisontin kapenemista tai täydellistä katoamista. Hänen hypoteesinsa on, että tulevaisuuden palatessa on masennussairaus paranemassa.<sup>301</sup>

Omalla tavallaan lääketieteen<sup>302</sup> ja psykologian<sup>303</sup> opinnoissa ajallisia attribuutteja olivat myös unen häiriöt. Kyse ei ollut niinkään unen laadusta, vaan unen ajankohdasta vuorokaudessa ja unen ajallisesta kestosta. Yleisimpiä unen häiriöitä olivat unettomuus – mukaan luettuna vakava unettomuus – tai herääminen liian aikaisin. Masennukseen liitettiin myös toinen ääripää eli liiallinen nukkuminen. Unta siis voitiin saada liian vähän tai liian paljon, tai unessa oltiin väärään aikaan vuorokaudesta.<sup>304</sup>

Erityisesti lääketieteen opinnoissa unen ongelmia lähestyttiin biologisesti ja osana masennuksen somaattista oirehdintaa. 1980-luvun alun psykiatrian opinnoissa maanis-depressiivisen mielisairauden depressiovaiheesta todettiin, että ”[t]audin alkuvaiheissa esiintyy usein vaikeaa unettomuutta, laihtumista ja erilaisia ruumiillisia vaivoja”.<sup>305</sup> 1980-luvulla psykiatrian oppikirjassa uniongelmat erotettiin psyykkisistä oireista: ”Depressio ei silloin niinkään ilmene selvinä psyykkisinä oireina, vaan väsymyksenä, energian puutteena, heikkoutena, epämääräisinä kipuina ja särkyinä, ruokahaluttomuutena ja unettomuutena [– –].”<sup>306</sup>

<sup>299</sup> Lukuvuonna 1979–1980 psykiatrian opintojaksolla käytössä ollut teos. Tienari 1975, 330.

<sup>300</sup> Ks. esim. Lehto ja Leinonen 1991, 7, 13; Taiminen 1993, 15.

<sup>301</sup> Rønberg 2014a; Rønberg 2014b.

<sup>302</sup> Lääketieteen opinnoissa: Achté, Alanen ja Tienari 1973, 215, 216; Elosuo 1975, 324; Tähkä 1977, 188; Mattila 1984, 21; Bondestam 1985, 13; Kari 1988, 5; Reinikka 1988, 1, 8; Appelberg 1991, 100–105; Luukkanen ja Ristimäki 1991, 141; Partinen 1991b, 49–51; Lipponen 1992, 17; Häkkänen 1993, 8.

<sup>303</sup> Psykologian opinnoissa: Rosen, Fox ja Gregory 1972, 192, 195, 200; Harmatz 1978, 285, 294; Fiske ja Taylor 1984, 61; Achté, Pakaslahti ja Rimón 1984, 132; Gleitman 1986, 661; ”3-10” 1987, 8; Magnusson ja Öhman 1987, 77; ”7-4” 1988, 5, 7, 12, 14; ”6-33” 1988, 8.2.1988; ”7-21” 1988; Yrjö Alasen luento ”Vakavat mielialahäiriöt” ja Reijo Holmströmon luento ”Krooninen masentuneisuus” ”7-12” 1989; Achté ja Kuopasalmi 1990b, 124, 211–213, 216; Kalat 1995, 550.

<sup>304</sup> Uneen liittyvien ongelmien lisäksi masennukseen liitettiin aineistossa usein väsymys. Opinnoissa harvoin kuitenkin selvennettiin, liittyikö masentuneen väsymys uniongelmiin vai arveltiinko väsymyksen johtuvan masennuksesta muista syistä. Tästä syystä en käsittele väsymystä uniongelmiä osana, vaan se on käsitelty aktiivisen ja autonomisen vastakohtana alaluvussa 2.4.

<sup>305</sup> Lukuvuosina 1979–1980 psykiatrian opintojaksolla käytössä ollut oppikirja. Elosuo 1975, 324.

<sup>306</sup> Psykiatrian opintojaksolla lukuvuosina 1979–1989 (ei 1981–1982) käytössä ollut oppikirja. Tähkä 1977, 188.



Eri masennustautiluokissa ja masennuksissa esiintyi erilaisia uniongelmia. Psykiatrian opintojaksolla 1980-luvun alussa pohdittiin neuroottis-depressiivisen potilaan ja endogeenis-depressiivisen psykoottisen potilaan toisistaan eroavia uniongelmia: ”Myös unettomuudessa on usein luonteenomaista eroa: neuroottis-depressiivinen ei illalla saa helposti kiinni unesta, ja hänen nukkumisensa on pinnallista ja katkeilevaa. Varsinkin endogeenis-depressiivinen psykoottinen potilas nukahtaa kyllä illalla, mutta herää tuskaisena aamuyöllä.”<sup>307</sup> Ajoittain pohdittiin uneen liittyviä ongelmia masennuksen syynä. Vuonna 1988 psykiatrian opiskelija kirjoitti, että ”depression arvellaan olevan seurausta biologisen rytmin häiriöstä”.<sup>308</sup>

Nähtiin biologisen rytmin häiriö masennuksen syynä, seurauksena tai edes läsnäolevana, apua masennukseen saatettiin etsiä uni–valve-rytmin muuttamisesta. Tämä saattoi tarkoittaa ”unenriistohoitoa” eli yhden yön pituista valvottamista. Uni–valve-rytmiin saatettiin puuttua myös herättämällä potilas aina tiettyyn aikaan. Uneen liittyvillä hoitomuodoilla oli pitkät juuret saksalaisessa psykiatrisessa hoidossa. Opinnoissa viitattiinkin usein saksalaisiin tutkimuksiin käsiteltäessä uneen liittyviä asioita.<sup>309</sup>

Vuorokausirytmien lisäksi masennukseen liitettiin vuodenaajat. Vuodenaikojen vaihtumisen ja valon määrän muutoksen aiheuttamaan mielialaan oli hoitona käytetty valoa jo ennen 1980-lukua. Opinnoissa viitattiin valohoitoon erityisesti vuodenaajoittain vaihtelevan mielialahäiriön hoitomahdollisuutena, ja vuodenaikaan liittyvästä pimenemisestä johtuvan masennuksen kohdalla valohoitoa pidettiin hyvänä hoitovaihtoehtona. Hoidon tehosta muiden masennuksen muotojen kohdalla ei oltu varmoja.<sup>310</sup>

Vuodenaikamasennus omana tautiluokkana määriteltiin 1980-luvulla ja se alkoi vakiintua 1990-luvulla. Tautiluokka huomioitiin Turun yliopiston opetuksessa. Vuonna 1988 psykiatrian opiskelija kirjoitti, että vuodenaajoittain vaihteleva mielialahäiriö eli ”Seasonal Affective Disorder” (SAD) oli määritelty vuonna 1984.<sup>311</sup> Vuodenaikamasennus tuli ensimmäistä kertaa osaksi tautiluokituksia vuonna 1994 DSM-IV- tautiluokituksen myötä. DSM-IV esitteli SAD-diagnoosille oman tunnisteen ”With Seasonal Pattern” ja oirelistan.<sup>312</sup> Tautiluokakeskeisyyden ja DSM-luokitusten merkityksen kasvua kuvaa, kuinka vuodenaajoittain vaihteleva mieliala-

<sup>307</sup> Psykiatrian opintojaksolla lukuvuosina 1979–1982 käytössä ollut oppikirja. Aché, Alanen ja Tienari 1973, 216.

<sup>308</sup> Psykiatrian syventävien opintojen kirjallinen työ. Reinikka 1988, 8.

<sup>309</sup> Ks. esim. Lauerma 1985, 12.

<sup>310</sup> Reinikka 1988, 34–35; Yrjö Alasen luento ”Vakavat mielialahäiriöt” ”7-12” 1989.

<sup>311</sup> Reinikka 1988, 8.

<sup>312</sup> American Psychiatric Association 1998, 389–390.

häiriö eli SAD löi itsensä nopeasti läpi 1990-luvulla päästyään osaksi uusinta DSM-luokitusta.<sup>313</sup>

Vuonna 1997 psykiatrian – ei kuitenkaan lastenpsykiatrian – oppiaineeseen valmistui työ, joka oli jo otsikoltaan ”Vuodenaikamasennus lapsilla ja nuorilla”.<sup>314</sup> Aihe erottuu aiemmista töistä jo siksikin, ettei yhdenkään vuoteen 1996 mennessä valmistuneen lapsia ja nuoria käsittelevän lääketieteen lisensiaatin tutkinnon syventävien kirjallisen työn aiheena ollut masennus. Vuonna 1997 opiskelija kirjoitti heti ensimmäisessä virkkeessään, mihin DSM-IV-pohjaiseen tautiluokkaan vuodenaikamasennus voitiin luokitella.<sup>315</sup> Vuodenaikamasennusta käsiteltiin työssä omana masennuksen alalajinaan, jolla oli oma oirelistansa ja omat hoitomuotonsa.<sup>316</sup>

Tieteen historian tutkija Anne Harrington kirjoittaa, kuinka Kraepelin aikansa tavoista poikkeavasti kiinnitti huomiota sairauden pidempiaikaiseen kulkuun ja prognoosiin eli ennusteeseen sairauden etenemisestä.<sup>317</sup> Historiantutkija David Robertson toteaa, ettei Kraepelin erottanut dementia praecoxia maanis-depressiivisestä psykoosista affektiivisuuden osalta, vaan sen sijaan kaksi pääluokkaa erosivat toisistaan ainoastaan sairauden kulun kautta. Dementia praecox oli sairaus, joka eteni suhteellisen tasaisesti kohti aina vakavampaa tilaa. Maanis-depressiivinen psykoosi taas kulki kehää ja sairauden uusiutumisten välillä oli terveitä tai vähintään parempia jaksoja.<sup>318</sup> Kraepelinin tautiluokitukset ja teoriat toivat mukanaan muitakin muutoksia. Aiemmin potilaita oli tarkasteltu vain hetken aikaa ja diagnoosi tehty sen perusteella. Kraepelin piti tärkeänä potilaan pidempiaikaista tarkkailua ja keskittymistä sairauden tarkkaan ja laajaan kuvailuun.<sup>319</sup> Tietokirjailija Antti Parpola kirjoittaaakin, että juuri Kraepelin toi aikaulottuvuuden psykiatriaan.<sup>320</sup> Freudille masennus oli lähinnä ohimenevä tila, joka ei itsessään sisältänyt uhkaa pahentumisesta.<sup>321</sup>

Psykiatrian opintojaksolla 1980-luvulla neuroottista depressiota pidettiin ohimenevänä reaktiona elämänkriisiin, joskin kroonistunut neuroottinen depressio oli myös mahdollinen. Myös maanis-depressiivisten psykoosien akuuttien vaiheiden poisjäämi-

<sup>313</sup> SAD esiintyy lääketieteen aineistossa mm. vuonna 1988. Reinikka 1988, 8.

<sup>314</sup> Pihlajamäki 1997.

<sup>315</sup> Pihlajamäki 1997, 1, 11; American Psychiatric Association 1998, 389.

<sup>316</sup> Pihlajamäki 1997, Tiivistelmä. Työssä näkyy myös alidiagnosointipuhe. Opiskelija kirjoittaa vuodenaikamasennuksen olevan pahasti alidiagnosoitu sairaus. Pihlajamäki, 11–12.

<sup>317</sup> Harrington 2019, 17.

<sup>318</sup> Nykyisin käytetään termiä kaksisuuntainen mielialahäiriö (bipolär sjukdom). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012, 142.

<sup>319</sup> Porter 2002, 184; Decker 2007, 339.

<sup>320</sup> Parpola 2013, 32.

<sup>321</sup> Freud 1964.

seen hoidon avulla uskottiin.<sup>322</sup> Vuonna 1988 psykiatrian opiskelija kirjoitti masennuksen prognoosin olleen varsin positiivinen erityisesti, jos masennukseen haettiin hoitoa varhaisessa vaiheessa ja jos kyse oli primaarista unipolaarista ei-psykoottisesta masennuksesta. 1980-luvulla puhuttiin myös spontaanista parantumisesta.<sup>323</sup> 1980-luvulla prognoosiin saatettiin suhtautua jopa aiempaa optimistisemmin. Vuonna 1985 valmistuneessa psykiatrian väitöskirjassa pidettiin maanisdepressiivisen psykoosin prognoosia entistä parempana uusien hoitomuotojen myötä.<sup>324</sup> Psykiatrian opinnoissa 1980-luvulla masennusten ennuste oli monin tavoin hyvä. Lievissä masennuksissa eli neuroottisissa depressioissa tila korjaantui itsestään olosuhteiden korjaantuessa, jos tilan alun perin oli aiheuttanut jokin pettymys tai ankea olosuhde. ”[E]nemmän taikka vähemmän psyvyä” oireet olivat vaikeissa depressioissa.<sup>325</sup>

Depressiiviset taudinkohtaukset kestävät parista kuukaudesta jopa pariin vuoteen. [– –] Vanhuudessa depressiotila voi jäädä pysyväksi. [– –] Maanis-depressiivisen sairauden selvästi tavallisin muoto on pelkkien depressioiden esiintyminen. Usein depressiivinen kohtaaus jää ainoaksi. Toisinaan kohtausten välillä on muutamia kuukausia, toisinaan taas useita vuosia, jopa vuosikymmeniä. Maanisten kohtausten esiintyminen joko erillisinä tai depressioiden alku- tai loppuvaiheessa huonontaa ennustetta. Maanis-depressiivinen potilas on taudinkohtausten välillä täysin terve. Kohtaus ei jätä jälkeensä vajavuusoireita. – Jos kuitenkin terveiden väliaikojen yhteenlaskettu aika on lyhyempi kuin sairaudenpuuskien yhteinen kesto, sairasta voidaan pitää pysyvästi mielisairaana.<sup>326</sup>

1900-luvun lopulla käsityksissä masennuksen prognoosista tapahtui useita muutoksia. Ranskalaisen sosiologi Alain Ehrenbergin mukaan masennus muuttui suhteellisen varmasti parantuvasta tilasta uusiutuvaksi ja krooniseksi sairaudeksi.<sup>327</sup> Hallinnon tietoon saapui ajatus koko kansaa kattavasta masennusriskistä ja samalla kerran masennusta sairastaneen ylle jäi leijumaan ikuinen riski uudelleensairastumisesta. Tuolloin alettiin puhua hoitamattoman masennuksen lähes automaattisesta

<sup>322</sup> Lääketieteellisen psykologian opintojakso lukuvuosina 1979–1980, psykiatrian opintojakso lukuvuosina 1979–1981 ja psykologian opintojakso lukuvuosina 1979–1987. Tähkä 1972, 97–98, 102.

<sup>323</sup> Reinikka 1988, Tiivistelmä, 24, 35–36, 39 (”Depression spontaania paranemista pidetään yleensä hyvänä.”).

<sup>324</sup> Bondestam 1985, 15.

<sup>325</sup> Kaila ja Achté 1970, 107.

<sup>326</sup> Psykiatrian opintojaksolla lukuvuosina 1979–1986 käytössä ollut oppikirja. Kaila ja Achté 1970, 113.

<sup>327</sup> ”Useimpien potilaiden parantumisen ennuste oli psykiatrien mukaan huono [SSRI-lääkkeiden tullessa myyntiin], kun kuusikymmenluvulla masennuksesta parantumisen sanottiin olevan suhteellisen varmaa.” Ehrenberg 2007, 96–97.

kroonistumisesta. Myös masennuksen jälkiseurauksia alettiin pitämään aiempaa vakavampina eikä enää voitu sanoa potilaan olevan ”taudinkohtausten välillä täysin terve”. Masennuksesta parantuneen aivotoiminnassa alettiin nähdä pysyviä muutoksia liittyen muistiin, keskittymiskykyyn ja muihin kognitiivisiin ominaisuuksiin. Masennuskäsityksistä vaikuttaakin hiljalleen kadonneen ajatus spontaanista paranemisesta ja sen tilalle tuli ajatus kroonistuvasta sairaudesta. Vuonna 1990 psykologian opiskelijoille puhunut Turun Kakolan vankilan psykologi piti masennusta ja ahdistuneisuutta yksinä vankien yleisimmistä kroonisista psyykkisistä ongelmista.<sup>328</sup> Olisi kiintoisaa tietää, kuinka paljon tautiluokakeskeisyyden kasvaminen on vaikuttanut masennuksen kroonisena pitämiseen ja ehkä jopa kroonistumiseen, sillä joidenkin tutkimusten mukaan diagnosoiduilla tautiluokilla on taipumus vahvistaa kroonistumista.<sup>329</sup> Tämä vaatii kuitenkin lisätutkimusta. DSM-III-tautiluokituksen mallin mukainen vain lyhyen ajanjakson perusteella tehtävä diagnosointi hylkäsi juuri sen laajemman aikaulottuvuuden, jonka Kraepelin vajaa vuosisata aiemmin oli halunnut psykiatriaankin vakiinnuttaa. Myöhemmin Yhdysvalloissa 1970-luvulla kasvaneella neo-Kraepelinilaisuudeksi kutsutulla suuntauksella olikin lopulta monia aivan perustavanlaatuisia eroja esikuvansa ajatteluun nähden.<sup>330</sup>

Turun yliopiston opinnoissa masennus värjäsi ihmisen menneisyyden ja tulevaisuuden. Pahimmillaan tulevaisuushorizontti katosi täysin. Masennus vaikutti myös käsitykseen ajan kulumisesta. Nykyhetki muuttui raskaudessaan ja negatiivisuudessaan hitaammaksi ja pitkäkestoisemmaksi. Tähän viitattiin usein termillä *retardaatio* ja käsittelemä sitä seuraavassa masennuksen kehollisuutta analysoivassa alaluvussa.

Masennuksen ajallisuus näkyi myös ihmisen biologisen rytmin häiriytymisessä, mikä vaikutti erityisesti unen ajankohtaan, kestoon ja laatuun. Ihminen nukkui liikaa tai liian vähän ja omalle rytmille epäsuotuisaan vuorokaudenaikaan. Hoitoa haettiin uni–valve-rytmiin puuttumisesta. Vuorokaudenajan lisäksi vuodenaajat saattoivat vaikuttaa masennukseen. Pimeän vuodenaajan aiheuttamaa masennusta hoidettiin muun muassa tiettyyn vuorokaudenaikaan ajoitetulla valohoidolla.

Väitän, että vuosina 1980–1995 masennukseen sairastuneen tulevaisuutta pidettiin monin tavoin hyvänä. Prognoosi riippui masennuksesta ja yksilöstä, mutta yleisesti masennusten yhteydessä kirjoitettiin yksittäisen masennusjakson jäävän usein ainoaksi eikä sen pääasiassa nähty jättävän ihmiseen pysyviä jälkiä. Jonkin verran kirjoitettiin masennusten spontaanista parantumisesta. Voitaneen sanoa, että tieteesssä masennussairauden ennuste alkoi muuttua 1990-luvulla. Masennus muuttui helposti kroonistuvaksi tilaksi, joka parantuessaankin jätti ihmiseen vaurioita ja jäi yksilön päälle leijailevaksi riskiksi hänen loppuelämäkseen.

<sup>328</sup> ”6-4” 1990, 1.

<sup>329</sup> Brinkmann 2017a, 178.

<sup>330</sup> Harrington 2019, 3.

## 2.7 Masennuksen kehollisuus

Masennusten ajallisuudet olivat osittain myös kehollisia. Käsitys ajasta saattoi hidastua, mikä muutti masentuneen toimintaa ja käytöstä. Tässä alaluvussa analysoin hidastumista ja muita masennuksen somaattisia attribuutteja. 1980- ja 1990-luvuilla käsitys masennuksesta oli monella tavoin kehollinen. Masennus sijoittui useimmiten keskitorsoon, lisääntymiselimiin ja aivoihin, mutta se saattoi sijaita myös muissa kehon osissa tai koko kehossa somatisointina ja oirehdintana. Opinnoissa kuvailtiin masennuksen myötä ihmisen voivan muuttua kokonaisvaltaisen levottomaksi ja kiihtyneeksi. Ruuansulatus häiriytyi aiheuttaen ummetusta tai vatsavaivoja, kuukautiset jäivät pois ja potenssiongelmia ilmeni. Suu kuivui, ruoka ei maistunut ja selkä kiipeytyi. Masennus saattoi aiheuttaa somaattista sairastamista ja vakavimmillaan masennuksen spekulointiin aiheuttavan syöpää. Masennus saattoi olla myös seurausta toisesta sairaudesta, erityisesti kroonisesta sairaudesta.

Opinnoissa toistui ajatus psykomotorisesta agitaatiosta ja retardaatiosta kehollisina masennusattribuutteina. Omalla tavallaan ne jatkavat edellisen alaluvun ajallisuuden teemaa.<sup>331</sup> Retardaatio saattoi esiintyä yksinään, jolloin joissain tapauksissa – mutta ei aina – voitiin kuvailla tarkemmin ajatuksen, puheen ja liikkeen hidastumista.<sup>332</sup> Retardaatiota saatettiin käsitellä agitaation vastinparina.<sup>333</sup> Agitaatiota harvemmin yhdistettiin masennukseen ilman, että ainakin jonkin toisen masennustilan yhteydessä kuvailtiin samalla hidastumista.

Retardaatio on liittynyt sairaaseen masennukseen läpi modernin masennuksen historian. Maanis-depressiivisen psykoosin psykiatriatieteeseen vakiinnuttanut Emil Kraepelin piti psykomotorista retardaatiota yhtenä masennuksen keskeisistä piirteistä.<sup>334</sup> Tieteenhistoriallisesti retardaatiolla on 1900-luvun mittaan tarkoitettu reaktion ja liikkeen hitautta ja katkonaisuutta, kognitiivista hidastumista sekä puheessa pidettyjen taukojen merkittävää pidentymistä. Retardaatio oli kolmannen osapuolen – esimerkiksi psykiatrin tai psykologin – havaittavissa ja sitä voitiin

<sup>331</sup> Psykiatri Jyrki Korkeila kuvailee retardaation voivan tarkoittaa potilaan kokemusta tuskallisen hitaasta ajankulusta. Jyrki Korkeilan sähköposti 20.10.2015. Tekijän hallussa.

<sup>332</sup> Retardaatio esiintyi yksinään psykologian opinnoissa: Hilgard, Atkinson ja Atkinson 1971, 473; Achté, Pakaslahti ja Rimón 1984, 100; Gleitman 1986, 660; ”3-10” 1987, 8; ”7-4” 1988, 14; ”7-21” 1988. Retardaatio esiintyi yksinään lääketieteen opinnoissa: Mattila 1984, 21.

<sup>333</sup> Retardaatio ja agitaatio esiintyivät yhdessä psykologian opinnoissa: Rosen, Fox ja Gregory 1972, 160, 194, 200–201; Harmatz 1978, 285; Magnusson ja Öhman 1987, 77; ”7-4” 1988, 7, 12; Yrjö Alasen luento ”Vakavat mielialahäiriöt” ja Reijo Holmströmin luento ”Krooninen masentuneisuus” ”7-12” 1989; Achté ja Kuoppasalmi 1990b, 124, 216; Kalat 1995, 550. Retardaatio ja agitaatio esiintyivät yhdessä lääketieteen opinnoissa: ”levottomuutta ja toimintakyvyttömyyttä” Häkkänen 1993, 8; Bondestam 1985, 13.

<sup>334</sup> Dantchev ja Widlöcher 1998, 19. Kraepelin viittasi melankoliseen potilaaseen.

testata esimerkiksi mittaamalla potilaan reaktioaikaa. Psykomotorisen retardaation testaamiseksi olikin kehitelty testejä, kuten *The Salpêtrière Retardation Rating Scale* vuonna 1983.<sup>335</sup> Psykomotorinen retardaatio on yhä mukana joidenkin masennustautiluokkien diagnostisissa kriteereissä, ja tämänhetkisessä kansallisessa tautiluokituksessa se on suomennettu muotoon psykomotorinen hidastuminen tai hidastuneisuus.<sup>336</sup>

Psykomotorinen hidastuminen yhdistettiin usein psykomotoriseen agitaatioon.<sup>337</sup> Agitaatio oli hidastumista sumeampi käsite ja sillä saatettiin viitata useammanlaisiin tiloihin. DSM-III-tautiluokituksen varhaisessa suomennoksessa ja yhä vuonna 2012 julkaistussa psykiatrian luokituskäsikirjassa agitaatio oli suomennettu termillä psykomotorinen ”kiihtyneisyys” tai ”kiihtymys”.<sup>338</sup> 1900-luvun mittaan psykomotorisen kiihtyneisyyden lääketieteellinen merkitys on varioinut. Se voitiin nähdä hidastumisen vastinparina jossain määrin ajallisena käsitteenä. Useimmiten kiihtyneisyys nähtiin kuitenkin rauhallisuuden ja levollisuuden vastakohtana. Tällöin sillä viitattiin esimerkiksi toistuviin ja monotonisiin ajatuksiin ja liikkeisiin. Psykiatri Richard K. Day kirjoittaa Emil Kraepelinin tulkinneen agitaation nimenomaan tällä tavoin. Agitaatio oli ylenmääräistä epänormaalia ja päämäärätöntä toimintaa samalla kun retardaatio puolestaan esti, tai ainakin vähensi ja hidasti normaalia ja järkevää toimintaa.<sup>339</sup>

Psykologian opinnoissa 1980-luvulla käytössä olleessa yhdysvaltalaisessa teoksessa akuuttia masennusta kuvattiin näin:

Motorisesta aktiviteetista esiintyy kahta muotoa. Yhdessä potilas istuu tai seisoo alakuloisena, sisäiseen kurjuuteensa keskittyneenä ja välinpitämättömänä ulkonäöstään ja ympäristöstään. Toisessa hän kävelee edestakaisin tai vaeltelee päämäärättömästi ja kiihtyneenä, väännellen käsiään tai jopa repien hiuk-

<sup>335</sup> Widlöcher 1983; Dantchev ja Widlöcher 1998, 19, 22; Lemelin ja Baruch 1998, 81; Bschor et al. 2004, 223; Gorwood 2010, 135. Psykomotorinen retardaatio mainittiin masennuksen keskeisenä oireena mm. Harmatz 1978, 284–285. Psykomotorista retardaatiota on luonnontieteissä tutkittu paljon. Ks. esim. Dantchev ja Widlöcher 1998; Lemelin ja Baruch 1998.

<sup>336</sup> Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012, 147–148.

<sup>337</sup> Oma kysymyksensä myöhemmälle tutkimukselle on, vakiintuivatko psykomotorinen agitaatio ja retardaatio toistensa vastapareiksi ns. Feighner Criteria -artikkelin ja DSM-III-tautiluokituksen myötä.

<sup>338</sup> Furman, Huttunen ja Lönnqvist 1983, 5, 8 (Osio 10); Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012, 148.

<sup>339</sup> Dantchev ja Widlöcher 1998, 20; Day 1999, 89–93. Ville Lehtisen patopsykologian luennolla agitaatio ja retardaatio nähtiin nimenomaan aktiviteetin häiriönä. ”7-12” 1989, 5.9.1989.

siaan tai vaatteitaan. [– –] He vastaavat kysymyksiin pitkien taukojen jälkeen.<sup>340</sup>

Kyse ei siis ollut vain toimintojen hidastumisesta tai nopeutumisesta. Psykomotoriseen retardaatioon ja agitaatioon liittyi tietynlaisia ajatus- ja käyttäytymismalleja. Vaikka retardaatiota varten oli kehitetty ajallisuuden huomioon ottavia testejä, ei retardaatio ollut lääketieteen ja psykologian opinnoissa koskaan ainoastaan hidastumista, vaan omanlaistaan maailmassa olemista. Siihen liittyi esimerkiksi lannistuneisuus ja sisäänpäinkääntyneisyys, siinä missä agitaatioon liitettiin esimerkiksi päämäärättömyys ja monotonisuus.

Psykomotorista retardaatiota ja agitaatiota käytettiin opinnoissa myös erotusdiagnostisina välineinä tai jonkin masennustautiluokan diagnostisina kriteereinä. Kahdessa psykologian psykodiagnostiikan kurssilla 1980-luvulla käytetyssä teoksessa<sup>341</sup> agitaatio eli kiihtyneisyys yhdistettiin involuutiomelankoliaan: “[Involuutiomelankoliaa] luonnehtii hermostuneisuus, ahdistus, kiihtyneisyys [– –]”<sup>342</sup> ”Tasainen itsesyytösten virta muuttuu [– –] hermostuneeksi kiihtyneisyydeksi, [– –]”<sup>343</sup> Toisen oppikirjan kirjoittaja määritteli psykomotoriikan perusteella myös muita masennustiloja:

Muihin häiriöihin yhdistämätön masennus. Tässä masennuksen asteessa yksilö on hieman hidastunut tai hieman ahdistunut, huolestunut ja kiihtynyt. Involuutiomelankolikoille on lähes poikkeuksetta ominaista kiihtyneisyytenä ilmenevä masennus, kun taas jotkut maanis-depressiiviset ovat masennusvaiheessa hidastuneita ja jotkut kiihtyneitä.<sup>344</sup>

<sup>340</sup> ”Two patterns of motor activity occur. In one, the patient sits or stands in a dejected attitude, preoccupied with his inner misery and indifferent to his appearance and surroundings. In the other, he paces the floor or wanders aimlessly and agitatedly, wringing his hands or even tearing his hair or clothing. [– –] They answer questions after lengthy pauses.” Suomennos AM. Rosen, Fox ja Gregory 1972, 194.

<sup>341</sup> Rosen, Fox ja Gregory 1972. Teos oli oppikirjana psykodiagnostiikan opintojaksolla lukuvuosina 1984–1987, vanhan tutkinnon Cum laude approbatur -opinnoissa lukuvuosina 1980–1985 ja Laudatur-opinnoissa lukuvuosina 1981–1982. Harmatz 1978. Teos oli oppikirjana psykodiagnostiikka-opintojakson alkukuulustelussa lukuvuosina 1984–1986 ja vanhan tutkinnon Laudatur-opinnoissa lukuvuosina 1981–1982.

<sup>342</sup> ”[Involuntal melancholia] is characterized by tension, anxiety, agitation [– –]” Suomennos AM. Rosen, Fox ja Gregory 1972, 200.

<sup>343</sup> ”A steady diet of self-accusation develops into [– –] nervous agitation, [– –]” Suomennos AM. Harmatz 1978, 294.

<sup>344</sup> ”Simple depression. In this degree of depression the individual is somewhat retarded or somewhat anxious, upset and agitated. Involuntal melancholics are almost invariably characterized by the agitated type of depression, whereas some manic-depressives in a depressed phase are retarded and some agitated.” Suomennos AM. Rosen, Fox ja Gregory 1972, 194.

Psykiatri ja Turun yliopiston psykiatrian oppiaineen pitkäaikainen professori Yrjö Alanen luennoi psykologian opiskelijoille vuonna 1989 otsikolla ”Vakavat mielialahäiriöt”. Luennollaan Alanen kuvaili useita masennustiloja ja erotti toisistaan kaksi masennustilaa perustuen nimenomaan retardaatioon ja agitaatioon.

Estynyt depressio: – motorinen hitaus, puheen lyhyys (näkyvä koko potilaan olemuksessa: istuu jäykästi paikallaan ja käyttää vain lyhyitä lauseita) [– –] Kiihtynyt (agitoitu) depressio: – ahdistunut levottomuus, ”saman kehän kiertäminen” [– –] – muistuttaa edellistä paljolti, vain motoriikka poikkeaa<sup>345</sup>

Kuten masennusattribuuteille oli tyypillistä, ei tälläkään attribuutti esiintynyt opinnoissa systemaattisesti jonkin tietyn masennuksen yhteydessä eikä psykomotorisen hidastumisen aste välttämättä korreloinut masennussairaudesta vakavuuden kanssa. Vuonna 1988 valmistuneessa psykologian opintojen harjoitustyössä opiskelija kirjoitti, että ”[n]euroottisen depression erottaa parhaiten endogeenisestä silmään pistävän psykomotorisen hitauden [– –] puuttumisena”.<sup>346</sup> Toisen psykologian opiskelijan vuonna 1987 valmistuneessa työssä todettiin, että “[m]uista depressioista neuroottinen depressio eroaa mm. siinä, että potilaan psykomotoriset toiminnot ovat hidastuneet”.<sup>347</sup>

Psykomotorisen agitaation ja retardaation lisäksi masennus sai aikaan muitakin seurauksia kehossa. Vuonna 1988 valmistuneessa psykiatrian syventävien opintojen kirjallisessa työssä opiskelija kirjoitti, että masennus ”saattaa esiintyä yksinomaan somaattisina tuntemuksina”.<sup>348</sup> Samana vuonna toinen psykiatrian opiskelija kuvaili somaattisten oireiden yhteyttä muihin masennuksen oireisiin siten, että ”[o]ireet saattavat huomaamattomasti sulautua muihin oireisiin. Väliin somaattinen oireisto huomaamatta korvautuu depression seurannaisoireilla. Väliin depressio lamaa ja heikentää potilaan fysiologista toipumispotentiaalia”.<sup>349</sup> Lääketieteen opinnoissa viitattiin psykologian opintoja useammin masennuksen somaattisiin oireisiin sekä todelliseen ja kuviteltuun somatisointiin.

Masennuksen somaattista oirehtimista kuvailtiin runsaasti, mutta ei koherentisti. Masennuksen saatettiin kertoa aiheuttavan somatisointia ja hypokondriaa. Somatisoinnilla voitiin tarkoittaa todellisia psyyken aiheuttamia somaattisia oireita. Masennuksen somaattisten oireiden todenperäisyyttä saatettiin myös kyseenalaistaa. Ääripäänä oli hypokondria, jolla viitattiin masennuspotilaan kuvittelemiin somaattisiin oireisiin. Hypokondria liittyi opinnoissa erityisesti vakavampiin masennuksiin.

<sup>345</sup> Yrjö Alasen luento ”Vakavat mielialahäiriöt” ”7-12” 1989.

<sup>346</sup> ”7-4” 1988, 14.

<sup>347</sup> ”3-10” 1987, 8.

<sup>348</sup> Reinikka 1988, 1.

<sup>349</sup> Kari 1988, 5.



Hypokondria saattoi itsessään määritellä masennustiloja. Psykiatrian opintojaksolla 1980-luvulla käytetyssä oppikirjassa kerrottiin, että ”[d]epressiot on jaettu myös estyneisiin apaattisiin, estyneisiin tuskaisiin, neurasteenis-hypokondrisiin ja kiihtyneisiin tuskaisiin agitoituihin depressioihin”.<sup>350</sup> Teoksessa esiteltiin neljä depressiivistä potilastyyppeä, joista kolmannen muodostivat ”[h]ypokondriset potilaat, joilla usein esiintyy agitoitumista. Heillä on vähän syyllisyysajatuksia, ja heille on tyypillistä tunne, ettei heistä välitä kukaan.”<sup>351</sup>

Hypokondria liittyi aktiivisempiin masennuksen muotoihin, joita leimasi neuroottisuus ja kiihtyneisyys. Vuonna 1988 psykologian opiskelija kirjoitti hypokondrian liittyvän neuroottisiin depressioihin: ”Hypokondriset valitukset ovat tavallisia ja ne kuvastavat depressiopotilaan lisääntyntä riippuvuutta ja tukeutumiskyrkymyksiä.”<sup>352</sup> Psykologian ja lääketieteen opinnoissa saatettiin masennuksen oireista valittamista pitää riippuvaisuuden osoituksena. Psykiatrian opintojaksolla neuroottiselle depressiolle tyypillisten hypokondristen valitusten katsottiin kuvastavan ”depressiopotilaan kohonnuttu riippuvuutta ja tukeutumiskyrkymystä”.<sup>353</sup> Riippuvuuden lisäksi hypokondriset oireet kertoivat potilaan taantuneisuudesta. Vuonna 1988 lääketieteen opiskelija kuvaili tehohoitoon joutunutta ihmistä: ”Potilas pyrkii torjumaan depression ja ahdistavat tunteet minän psyykkisillä puolustuskeinoilla: infantilisilla, hypokondrismilla ja kieltämisellä.”<sup>354</sup>

Somatisoinnin ja hypokondrismien lisäksi opinnoissa puhuttiin sekundaarisesta hypokondrismista, jossa yksilö tarkkaili itseään ylikorostuneesti. Tällöin ”[p]otilas kadottaa tasapainoisen käsityksen ruumiinkuvastaan. Hänen ulkomaailmakseen muodostuu oma ruumis ja sen tarkkailu, mikä rajoittaa häntä emotionaalisesti.”<sup>355</sup> Jatkuvan tarkkailun seurauksena yksilö saattoi tunnistaa itsessään mitä kauheimpia sairauksia.

Masennus saattoi tehdä ihmisen herkemäksi – jopa yliherkäksi – sekä fyysiselle että psyykkiselle kivulle, tai masennus sai ihmisen tietoisemmaksi kivusta. Historiantutkija Joanna Bourke kirjoittaa kehollisena pidetyn kivun olevan vaikeasti määriteltävä ja subjektiivinen kokemus. Edes ulkoisesta syystä – esimerkiksi veitsen viillosta – johtuva kipu ei kokemuksena ole jokaisella samanlainen, vaan vaihtelee kehon toimintojen ja kipukynnyksen sekä yksilön henkilöhistorian ja ajatusmallien perusteella. Kyse ei ole ainoastaan kehon reaktiosta, vaan monimutkaisemmasta ko-

<sup>350</sup> Achté, Alanen ja Tienari 1973, 309.

<sup>351</sup> Achté, Alanen ja Tienari 1973, 310.

<sup>352</sup> ”7-21” 1988.

<sup>353</sup> Achté, Alanen ja Tienari 1973, 215.

<sup>354</sup> Kari 1988, Tiivistelmä.

<sup>355</sup> Kari 1988, 6. Myös psykiatrian väitöskirjassa masennukseen yhdistettiin huolestuneisuus ja korostunut itsetarkkailu. Salminen 1985a, 53.

kemuksesta.<sup>356</sup> Masennus aiheutti muun muassa selkäkipua, päänsärkyä, rintakipua, paineen tunnetta rinnassa, kireyden tunnetta, huimausta ja kipuja vartalolla ja raajoissa.<sup>357</sup> Kipuun suhtauduttiin opinnoissa vaihtelevasti ja myös kipua saatettiin pitää todellisena tai kuviteltuna.<sup>358</sup> Psykologian laitoksen psykosomatiikan opintojaksolla opetettiin, että ”[v]aikeissa depressioissa ja autistisilla skitsofreniapotilailla voi olla hämmästyttävä kyky kestää kipua”.<sup>359</sup> Toisaalta masennus saattoi herkistää kivun kokemiselle. Psykologian opiskelija kuvaili vuonna 1988 akuuttia masennustilaa näin:

Henkilö on hyvin herkkä fyysiselle kivulle jopa hypokondriaan asti. Joissakin hyvin vakavissa tapauksissa hypokondria saattaa olla pohjana somaattisille harhoille, jolloin potilas voi väittää esim. että hänen mahansa on muuttunut kiveksi tai että hänen maksansa on otettu pois. Samalla tavoin kuin potilas on yliherkkä fyysiselle kivulle hän on myös psyykkiselle kivulle.<sup>360</sup>

Hypokondriaa voisi käsitellä myös masennukseen liitetyn harhaisuuden kohdalla, sillä ajoittain hypokondrialla viitattiin jo selvään harhaisuuteen. Masennuksen hypokondriset oireet saattoivat olla kiistatta kuviteltuja oireita mahdottomuudessaan, kuten yllä olevan lainauksen maininta mahan muuttumisesta kiveksi.<sup>361</sup>

Masennukseen liitetyn kivun ja säryn todellisuuden epäilemisen taustalta on usein vaikea hahmottaa selkeää tieteellistä teoriaa. Psykiatria 1970- ja 1980-luvuilla Turun yliopistossa erikoistunut Anneli Larmo huomauttaa, että ajoittain asioiden taustalla saattoi olla puhdas tietämättömyys.<sup>362</sup> Käytännön työssään lääkärit, psykiatrit ja psykologit kohtasivat asioita, joita sen hetkiselällä tiedolla ei kyetty selittämään, mutta jotka oli yhtä kaikki otettava huomioon, ja näin ollen käsiteltävä myös yliopisto-opetuksessa.

<sup>356</sup> ”Väärät ajattelumallit vaikuttavat keskeisellä tavalla tunteiden kehitykseen. [– –] Tunteet taas vaikuttavat takaisin ajatuksiin ja voimistavat vääristyneitä kokemustapoja.” Reinikka 1988, 6.

<sup>357</sup> ”2-12” ei pvm., 30; Rosen, Fox ja Gregory 1972, 39, 192, 195–96, 200; Harmatz 1978, 285, 294; Achte, Pakaslahti ja Rimón 1984, 100, 336–337, 384–386, 513; ”3-10” 1987, 8; ”7-4” 1988, 7; ”7-21” 1988; Luento ”Psykogeriatria” ”7-12” 1989; ”7-8” 1989, 6; Achte ja Kuoppasalmi 1990a, 124; Lipponen 1992, 17.

<sup>358</sup> Achte, Pakaslahti ja Rimón 1984, 21, 401, 408; Laufer ja Laufer 1984, 107.

<sup>359</sup> Achte, Pakaslahti ja Rimón 1984, 456.

<sup>360</sup> ”7-4” 1988, 7.

<sup>361</sup> Ks. myös esim. ”Syvissä masennustiloissa potilaan somaattiset tuntemukset voivat saada psykoottisen delusion luonteen. Usein näitä vahvasti hypokondrisia tuntemuksia leimaa kummallisuus ja potilas on varsin vahvasti fiksoitunut ajatuksissaan niihin. Potilas voi valittaa esim. suoliston kuivuneen lähes kokonaan pois tai sydämen pysähtyneen.” Luukkanen ja Ristimäki 1991, 922.

<sup>362</sup> Anneli Larmon haastattelu, 18.12.2018. Muistiinpanot tekijän hallussa.

Fyysisen kivun lisäksi kirjoitettiin masennuksen aiheuttamasta psyykkisestä kivusta. Psykiatrian oppikirjassa viitattiin psykoanalyttikoihin Walter G. Joffeen ja Joseph J. Sandleriin, jotka lanseerasivat käsitteen psyykkinen kipu.<sup>363</sup> Psykiatrian väitöskirjassa vuodelta 1984 sanotaan Joffen ja Sandlerin tulkinneen masennuksen defensiivisenä ja regressiivisenä reaktiona psyykkiseen kipuun, eikä niinkään psyykkisenä kipuna itsessään. Heidän mukaansa ihminen pyrki kaikin tavoin välttämään psyykkistä kipua, mutta tässä epäonnistuessaan ihminen oli vaarassa masentua.<sup>364</sup> Vuonna 1967 julkaistussa artikkelissaan he kertoivat masennuksen yhteydessä jo aiemmin puhutun henkisestä kivusta.<sup>365</sup> Artikkelillaan he osallistuivat tuolloin käytyyn keskusteluun, jossa psyykkinen ja fyysinen kipu haluttiin erottaa tiukasti toisistaan. Joffe ja Sandler totesivat artikkelissaan, että kipu koettiin kipuna, oli syy missä tahansa.<sup>366</sup> Heidän artikkelissaan masennus ja psyykkinen kipu kietoutuivat monin tavoin toisiinsa – jopa niin, että ne nähtiin toisiinsa sekoittuneina kliinisinä tiloina.<sup>367</sup> Psyykkiseen kipuun viitattiin usein lapsen masennuksen taustatekijänä erityisesti psykologian opinnoissa. Lasten kohdalla hoidon pääasiallisena tavoitteena saattoi olla juuri psyykkisen kivun helpottaminen.<sup>368</sup> Psykologian laitoksen kurssilla vuonna 1989 puolestaan opetettiin päinvastaista. Kurssilla kerrottiin, että ”psyykkinen kärsimys ei [– –] ole luotettava kriteeri”, koska ”lapsen asemaan liittyvä väistämättä psyykk. kärsim.” muun muassa kehitysprosessien ja vanhemmista riippuvaisuuden myötä.<sup>369</sup> Eri ikäisten masennus saatettiin nähdä myös itsessään pääasiassa psyykkisenä kipuna, kärsimyksenä, tuskana ja tuskaisuutena.<sup>370</sup> Sanaparia ”psyykkinen kipu” ei käytetty taajaan, mutta erityisesti psykiatriassa vaikutti sairaan masennuksen taustalla olleen ajatus psyykkisestä kivusta tai yleisemmin subjektiivisesta kärsimyksestä ja hädästä.<sup>371</sup>

Masennus yhdistettiin myös yksittäisiin kiputiloihin, kuten selkäkipuun. Vuonna 1986 Turun yliopiston psykiatriasta valmistui väitöskirja, jossa tutkittiin alaselän ki-

<sup>363</sup> ”psychogenic pain” Achté, Alanen ja Tienari 1973, 215–216.

<sup>364</sup> Mattila 1984, 59.

<sup>365</sup> ”mental pain” Joffe ja Sandler 1967, 69.

<sup>366</sup> ”Our general view of pain is that it should not be restricted to the particular feeling quality associated with bodily pain, but that it is a general element in all unpleasant feeling states.” Joffe ja Sandler 1967, 71.

<sup>367</sup> ”mixed clinical states” Joffe ja Sandler 1967, 74.

<sup>368</sup> ”7-22” 1988; Taipale 1992, 254–255.

<sup>369</sup> ”7-13” 1989, 4.10.1989. Ks. myös ”6-35” 1990, 25.9.1990.

<sup>370</sup> Psykologian opinnoissa: Rosen, Fox ja Gregory 1972, 192; ”6-38” 1990, 216. Lääketieteen opinnoissa: Reinikka 1988, Tiivistelmä (”kärsimystä”); Häkkänen 1993, 11–13, 23.

<sup>371</sup> Achté, Alanen ja Tienari 1973, 310. Shorter antaa esimerkkejä, joissa 1900-luvulla melankolia on tulkittu ensisijaisesti kipuhäiriöksi eli tilaksi, jossa potilaat kärsivät ensisijaisesti kivusta. Shorter 2013b, 81.

vun psyykkisiä tekijöitä ja tutkija mainitsi useita kertoja masennuksen ja selkäkivun mahdollisen yhteyden.<sup>372</sup> Tutkija kartoitti psykologisia kiputeorioita pitkin 1900-lukua. Tutkimuksensa alussa hän lainasi vuonna 1911 kirjoitettua tekstiä, jossa masentuneisuus aiheutti psykoneuroottisen selkäkivun, joka ”väistyy, kun jotain ilahduttavaa tapahtuu”.<sup>373</sup> Väitöskirjatutkijan omassa potilasaineistossa masentuneisuus oli lievää, ja siitä kärsi verrokeista joka kymmenes ja selkäkipuisista noin kuudennes.<sup>374</sup> Tutkijan mukaan hänen tutkimuksensa ”perusteella ei voida sanoa, että psyykkiset tekijät aiheuttaisivat selkäkipuisuutta”.<sup>375</sup> Yhteyttä ei voitu tehdä, sillä tutkimus ei kohdistunut hoitoon hakeutuneisiin selkäkipupotilaisiin, joten tutkimuksen tuloksiin oli voinut vaikuttaa tutkimuskohteiden valintaperusteet.<sup>376</sup> Masennustilojen, selkäkivun ja sukupuolen suhde askarrutti kuitenkin tutkijaa läpi työn. Hän totesi, että selkäkipuisilla ”[n]aisilla oli neuroottista masennusta melko paljon”.<sup>377</sup> Samaan aikaan ”[s]elkäkipuisilla miehillä ei todettu yhtään masennusneuroosia”.<sup>378</sup> Neuroottisen masennuksen lisäksi selkäkipu liittyi myös muihin masennustiloihin. Tutkija totesi muun muassa, että ”[k]liinisesti manifestin, haastattelussa todetun masennuksen lisäksi selkäkipuisilla oli selvästi useammin kuin verrokeilla myös naamioitua masentuneisuutta”.<sup>379</sup>

Kipuja ja särkyjä saattoi ilmetä myös ruuansulatuselimistössä, joskin sinne sijoittui monia muitakin oireita. Painon muutos, erityisesti laihtuminen ja ruokahaluttomuus tai suoranainen kykenemättömyys syödä ovat olleet modernin masennuksen pysyvimpiä attribuutteja. Ruuansulatuselimistöön on liittynyt myös painon lisääntymistä, vatsasärkyjä, vatsavaivoja, pahoinvointia ja ummetusta. Vaikka DSM-III-tautiluokituksessa laskeneen ruokahalun rinnalle vertaiseksi nostettiin kohonnut ruokahalu, 1980- ja 1990-lukujen Turun yliopiston lääketieteen<sup>380</sup> ja psykologian<sup>381</sup>

<sup>372</sup> Joukamaa 1986, 24, 28–33, 37, 58–59, 64–65.

<sup>373</sup> Joukamaa 1986, 24.

<sup>374</sup> Joukamaa 1986, 71.

<sup>375</sup> Joukamaa 1986, 146.

<sup>376</sup> Joukamaa 1986, 146.

<sup>377</sup> Joukamaa 1986, 145.

<sup>378</sup> Joukamaa 1986, 146.

<sup>379</sup> Joukamaa 1986, 146. Selän sairauksien psykosomatiikka pohditutti myös psykologian opinnoissa. Vuonna 1987 opiskelija harjoitteli asiakkaan tutkimista ja pohti lausunnonaan: ”Johtuuko selkäsairaus mahdollisesti siitä, ettei tutkittavalla ole kosketusta omiin tunteisiinsa?” ”1-2” 1987.

<sup>380</sup> Lääketieteen opinnoissa: Mattila 1984, 21; Bondestam 1985, 13; Reinikka 1988, 1; Kari 1988, 5; Häkkänen 1993, 8.

<sup>381</sup> Psykologian opinnoissa: Rosen, Fox ja Gregory 1972, 160, 195, 200; Harmatz 1978, 285, 294; Crain 1980, 127; Fiske ja Taylor 1984, 61; Gleitman 1986, 66, 115, 661; Magnusson ja Öhman 1987, 77; ”7-4” 1988, 6–7; ”7-8” 1989, 6–7; ”7-9” 1989, sisällysluettelo; Yrjö Alasen luento ”Vakavat mielialahäiriöt” ”7-12” 1989; ”7-11” 1989, 19.4.1989; Aché ja Kuoppasalmi 1990a, 124, 211, 216.

opinnoissa ruokahaluun liittyvät ongelmat olivat edelleen lähinnä ruokahaluttomuutta.<sup>382</sup> Ruuansulatuselimistön lisäksi toinen tärkeä alue oli suvunjatkamiseen ja seksuaalisuuteen liittyvät biologiset toiminnot. Masennuksen oireiksi kuvattiin seksuaalinen haluttomuus, frigidiys, potenssiongelmat eli impotenssi, seksuaalihäiriöt ja seksuaaliset vaikeudet ylipäätään, häiriöt kuukautiskierrossa ja kuukautisten poissääminen sekä muita hormonaalisia häiriöitä.<sup>383</sup>

Tunteiden, mielialojen, ajatusmallien ja kehollisten kokemusten erottaminen toisistaan ei ole yksinkertaista ja tämä tunnistettiin 1980- ja 1990-lukujen opinnoissa. Tähän masennuksen kehollisuutta käsittelevään alalukuun voitaisiin koota lähes kaikki muutkin aikansa masennusattribuutit, sillä monet niistä voidaan periaatteessa luokitella myös kehollisiksi tunteiksi. Kuitenkin esimerkiksi avuttomuus, toivottomuus, syyllisyys ja itseinho kuvailtiin opinnoissa enemmän kognitiivisina kuin somaattisina kokemuksina. Masennusattribuuttien muutoksen lisäksi on huomioitava kulttuurihistorialliset muutokset näissä itse attribuuteissa. Oireyhtymänä nähdyn masennussairauden oireina saatettiin listata aivan samoja oireita kuin esimerkiksi melankoliassa, mutta samoista attribuuteista huolimatta kuvattu kokemus oli hyvin erilainen. Filosofin Jennifer Radden kirjoittaa Goethen Wertheristä, jonka melankolia oli yksinäisyyttä, synkkyyttä, murhetta, surua, kärsimystä, epätoivoa ja kaipuuta. Romantiikan ajan melankolia oli kuitenkin vahvoja, syviä ja fyysisiä tunteita eli ajatus melankoliasta oli kauttaaltaan kehollinen.<sup>384</sup> 1980- ja 1990-luvuilla masennusattribuutit saattoivat olla samoja, mutta niillä viitattiin vahvasti kognitioon. Syyllisyys ei ollut ensisijaisesti kehossa vellova tuntemus, vaan lähtökohtaisesti vääristynyttä ajattelua ja ajallisuuteen liittyvä ongelma.

Masennuksen kehollisuutta analysoitaessa vaikuttaa, että kehollisuus on aiemmin ollut näkyvämpää ja ulkopuolisen helpommin havaittavaa. Psykologian opinnoissa 1980-luvulla käytössä olleessa oppikirjassa masentuneen ulkoista olemusta kuvailtiin kattavasti. Masentunut ei huolehtinut ulkonäöstään ja olemuksestaan, käveli ympäriinsä levottomasti tai istui paikoillaan apaattisesti ja kasvojen ilmeessä näkyi kärsimys.<sup>385</sup> Kasvojen ilmeen epänormaalius, sen ilmeettömyys tai kärsimys,

<sup>382</sup> Nytemmin moderni masennus on palaamassa ruuansulatuselimistöön sijaittuaan läpi 1900-luvun ensin ympäri kehoa ja siirryttyään vuosisadan loppua kohden yhä tarkemmin aivoihin. Ks. esim. Wilson 2015.

<sup>383</sup> Psykologian opinnoissa: ”2-12” ei pvm., 30; Rosen, Fox ja Gregory 1972, 195; Harmatz 1978, 92–93, 101–102, 105, 285–286, 293; Achtté, Pakaslahti ja Rimón 1984, 286; Gleitman 1986, 661; ”7-21” 1988; ”7-4” 1988, 6–7; Achtté ja Kuoppasalmi 1990a, 124, 211. Lääketieteen opinnoissa: Reinikka 1988, 1; Häkkänen 1993, 8.

<sup>384</sup> Radden 2009b, 44.

<sup>385</sup> Psykologian laitoksen psykodiagnostiikan kurssilla lukuvuosina 1984–1987 käytössä ollut yhdysvaltalainen oppikirja. Rosen, Fox ja Gregory 1972, 39, 160, 194, 201.

huomioitiin myös suomalaisten kirjoittamissa teksteissä.<sup>386</sup> Psykologian opinnoissa suomalaisten tutkijoiden ja Turun yliopiston opiskelijoiden kirjoituksissa toistuvien teema oli puheen epänormaalius. Puhe saattoi olla liian matalalla ja yksitoikkisella äänellä tuotettua monotonista puhetta, se saattoi olla hidasta, jähmeää tai epäselvää ja lisäksi masentunut ei halunnut puhua paljoa, ei keskittynyt keskusteluun ja vastasi nopeasti.<sup>387</sup> Keskusteluterapiatilanteessa masentuneiden kuvattiin ilmaisevan ”itseään usein vain rajoittuneesti”.<sup>388</sup>

Kehollisuuden korostamisen vaimenemisella ja subjektiivisemmin tarkasteltavien oireiden yleistymisellä saattoi olla yhteys potilaan roolin muutokseen. Siinä missä aiemmin lääkärit ja psykologit tarkkailivat ja analysoivat potilasta mahdollisesti pitkiäkin jaksoja ja toistuvasti, vuosituhannen vaihdetta kohti tarkkailu siirtyi yhteiskunnalta kansalaisen itsensä vastuulle. Kutsun tätä muutosta mielenterveyskansalaisuuden saapumiseksi. Potilaan ulkopuolisen havaittavissa olevat määreet palvelivat tilannetta, jossa tarkkailu oli ulkopuolisen vastuulla. Masennuksen ulospäin näkyvän kehollisuuden vaihtuminen subjektiiviseksi itsereflektioksi kulki samaa tahtia sen kanssa, miten vastuu kansalaisen mielen hyvinvoinnista siirtyi 1980- ja 1990-luvuilla toisaalta ammattilaisilta potilaille itselleen, mutta toisaalta myös kaikille kansalaisille. Itsensä seuraaminen ei tarkoittanut ainoastaan omien ongelmien tunnistamista ja ratkaisemista ammattilaisten avulla, vaan myös ongelmien ennaltaehkäisyä pitämällä aktiivisesti ja tietoisesti huolta oman mielensä hyvinvoinnista. Samalla ulospäin näkymättömien tilojen, kuten tunteiden merkitys kasvoi. Historiantutkija Mona Mannevuola on tutkinut, kuinka työelämässä vastuu omista tunteista muuttui 1900-luvun ja 2000-luvun aikana. Kun aiemmin työntekijän tuli välttää negatiivista käyttäytymistä, viime vuosikymmeninä on alettu vaatia tiettyjen positiivisiksi katsottujen tunteiden hallitsemista ja hyödyntämistä. Hyvä työntekijä ei ainoastaan tuo esiin innostusta ja intohimoa, vaan todella kokee niitä.<sup>389</sup> Psykologi Svend Brinkmann kirjoittaa, että tällä vuosituhanella arjen tiedossa kärsimyksen kielen on vallannut diagnostinen puhe aivan tietynlaisine kapitalistisen kansalaisuuden ihanteineen. Tehokkuusvaatimukset eivät rajoitu itsensä ja tunteidensa hallinointiin työelämässä, vaan ihmisen tulee hallinnoida itseään tehokkaasti kaikkialla. Tämä tarkoittaa oman mielensä hallinointia. Mahdollisen psykiatrisen tautiluokan osuessa kohdalle, on kansalaisen tarkkailtava itseään tautiluokakohtaisten ohjeiden mukaisesti esimerkiksi mielialojen muutoksia seuraavaa mobiilisovellusta hyödyntämällä.<sup>390</sup>

<sup>386</sup> Achté, Pakaslahti ja Rimón 1984, 100; Achté ja Kuoppasalmi 1990b, 124. Ks. myös esim. Kalat 1995, 550.

<sup>387</sup> Achté, Pakaslahti ja Rimón 1984, 100; ”5-1” 1988, 5; ”7-4” 1988, 7; Yrjö Alasen luento ”Vakavat mielialahäiriöt” ”7-12” 1989; Achté ja Kuoppasalmi 1990b, 124.

<sup>388</sup> Häkkänen 1993, 14.

<sup>389</sup> Mannevuola 2015, Ks. esim. 131.

<sup>390</sup> Brinkmann 2016, esim. 76–78.

Psykomotorinen retardaatio ja agitaatio masennuksen keskeisinä oireina sijoituivat hyvin tähän kontekstiin, sillä niitä oli ulkopuolisen mahdollista havainnoida. Toisaalta näiden oireiden kohdalla näkyi muutos kohti masennuksen oireiden subjektiivista toteamista potilaan oman itsereflektion kautta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2012 julkaisemassa psykiatrian luokituskäsikirjassa lievän, keskivaikean ja vaikea-asteisen masennustilan diagnostisissa kriteereissä aiempi psykomotorinen hidastuneisuus ja kiihtyneisyys onkin muuttunut itsen tarkkailua korostavaan muotoon ”psykomotorinen muutos (kiihtymys tai hidastuneisuus), joka voi olla subjektiivinen tai havaittu”.<sup>391</sup>

Masennus oli monin tavoin kehollista. Masennus oli retardaation ja agitaation lisäksi monenlaista muutakin somatisointia. Se näyttäytyi kipulina, särkyinä ja epämiellyttävinä tuntemuksina eri puolilla kehoa. Fyysisen kivun lisäksi masennus oli psyykkistä kipua, jolloin se rinnastui yleiseen hätään ja kärsimykseen. Erityisesti psykologiassa lasten masennus nähtiin usein tällaisena henkisenä kärsimyksenä. Masennus vaikutti monin tavoin myös ruuansulatuselimistöön ja lisääntymiselimistöön. Somaattisten oireiden todenperäisyyttä saatettiin kyseenalaistaa, jolloin oireet nähtiin huomionhakuna ja osoituksena riippuvaisuudesta muista ihmisistä. Kehollisuus liittyi masennuksen monimutkaiseen liikkeeseen psyyken ja sooman välillä. Analysoin tätä teemaa tarkemmin kolmannessa käsittelyluvussa muun muassa arvoasetelmien näkökulmasta.

## 2.8 Harhainen ja epätodellinen masennus

Edellisessä alaluvussa masennuksen kehollisuuden yhteydessä analysoin masennukseen liitettyä hypokondriaa eli eräänlaista luulosairautta. Tietynasteinen harhaisuus ja todellisuudesta irrallaan oleminen katsottiin liittyvän useimpiin masennusattributteihin. Itsesyytökset saivat järjettömiä muotoja, selkä alkoi särkeä ajatuksen voimasta ja ihmisen tulevaisuushorisontti vääristyi. Ajoittain harhaisuuteen itseensä kiinnitettiin huomiota. Tässä alaluvussa analysoin kuinka eri tavoin masennusattribuutit saivat harhaisia ja epätodellisia ulottuvuuksia.

Yksi toistuvimmista jakolinjoista masennusten välillä oli jako neuroottiseen ja psykoottiseen masennukseen, joista psykoottisella voitiin viitata tilan vakavuusasteen lisäksi todellisuudentajun asteeseen. Psykoottiseen masennukseen ei kuitenkaan automaattisesti liittynyt harhaisuus, vaan se oli oire muiden joukossa.<sup>392</sup> Kaikista yleisin harhaisuuden muoto oli itsesyytösten, syyllisyyden ja itseä koskevien odo-

<sup>391</sup> Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012, 148.

<sup>392</sup> Reinikka 1988, 39.

tusten saamat epätodelliset mittasuhteet.<sup>393</sup> Nämä mainittiin opinnoissa hyvin usein syyllisyys-masennusattribuutin yhteydessä.<sup>394</sup> Ajoittain syyllisyyden itsessään katsottiin aiheuttavan harhaisuutta.<sup>395</sup>

Vuonna 1988 psykiatrian opiskelija pohti, miten masentunut yksilö ei saanut normaalia ja todellisuuteen perustuvaa otetta itsestään ja joutui siksi etsimään vaihtoehtoisia ratkaisuja ongelmiinsa: ”Havensin mukaan depressiivisten potilaiden on usein vaikea hahmottaa ajatuksiaan ja tunne-elämäänsä ja tämän vuoksi he yrittävät hakea depressiivisyyteensä syitä ja hoitomahdollisuuksia konkreettisista asioista.”<sup>396</sup> Masennuksen katsottiin perustavanlaatuisesti muuttavan ihmisen tapaa ajatella. Vuonna 1990 psykologian opinnoissa kuvailtiin, että ”depressiivisellä ihmisellä kogn. ajattelu on dikotomista, pakonomaista, jäykkää”.<sup>397</sup>

Välillä puhuttiin tarkemmin määrittelemättä ”depressiivisistä harhaluuloista”. Näin esimerkiksi psykiatrian opinnoissa 1980-luvun alussa: ”Estyneeseen depressiiviseen psykoosiin, jolla tarkoitetaan tyypillistä endogeenista depressiota, kuuluvat triadina seuraavat oireet: mielialan lasku, psykomotorinen estyneisyys, itsesyytökset ja depressiiviset harhaluulot.”<sup>398</sup> Toisessa 1980-luvun alun psykiatrian oppikirjassa kuvailtiin maanisdepressiivisen sairauden masennusvaihetta näin: ”Alakuloisuus kehittyy vähitellen vaikeaksi synkkämielisyudeksi, potilaalla on usein itsesyytöksiä, itsemurha-ajatuksia, joskus synkkiä harhaluuloja ja jopa kuuloharhojakin.”<sup>399</sup> Ajoittain puhuttiin yleisemmin todellisuudesta irtautumisesta tai todellisuuden hämärtymisestä. Tämä liitettiin opinnoissa useimmiten masennuksen vakavampiin muotoihin, kuten psykoottisiin masennuksiin, mutta myös esimerkiksi akuuttiin masennustilaan ja involuutiodepressioon.<sup>400</sup>

Jonkin verran masennukseen liitettiin harhaista huolestuneisuutta ja pelkoa.<sup>401</sup> Psykiatrian opintojaksolla 1980-luvulla käytössä olleessa oppikirjassa kerrottiin, että maanisdepressiivisen mielisairauden ”[v]aikeassa masennustilassa oleva on epätoi-

<sup>393</sup> Esim. neuropsykologisessa tutkimuksessa depressiivisellä potilaalla kerrottiin voivan olla ”epärealistisen huono oman suorituksen taju”. ”6-12” 1990.

<sup>394</sup> Itseen kohdistuvan negatiivisuuden yhteydessä mainittu syyllisyys sisälsi myös harhaisen syyllisyyden.

<sup>395</sup> Mattila 1984, 80.

<sup>396</sup> Psykiatrian syventävien opintojen kirjallinen työ. Santalahti 1987, 5.

<sup>397</sup> ”6-6” 1990, 1.

<sup>398</sup> Psykiatrian opintojaksolla lukuvuosina 1979–1982 käytössä ollut oppikirja. Aché, Alanen ja Tienari 1973, 309.

<sup>399</sup> Psykiatrian opintojaksolla lukuvuoteen 1979–1980 saakka käytössä ollut suomalainen oppikirja. Elosuo 1975, 324.

<sup>400</sup> Rosen, Fox ja Gregory 1972, 160, 191–192, 197–198, 200; Harmatz 1978, 286, 291–292; Mattila 1984, 21; Gleitman 1986, 661; ”7-4” 1988, 5–6, 8; Yrjö Alasen luento ”Vakavat mielialahäiriöt” ”7-12” 1989; Aché ja Kuoppasalmi 1990a, 216.

<sup>401</sup> Lääketieteen opinnoista ks. Häkkänen 1993, 7.



voinen ja tuskainen, hän on vakuuttunut tuhon muodossa tai toisessa olevan tulossa, hänellä on vaikeita syntisyys-, köyhtymis- ym. alemmuusharhoja. Depressiioihin liittyy usein erilaisten sairauksien pelko ja vakaumus niiden parantumattomuudesta.”<sup>402</sup> Vuonna 1988 lääketieteen opiskelija kirjoitti puolestaan, että ”[d]epressiivinen pelko ilmenee oireiden pahenemisen odotuksena ja kulminoituu kuolemanpelkoon. Toisin sanoen potilas ymmärtää esimerkiksi siirron yhden hengen huoneeseen kuolemaan valmistautumiseksi tai siirron tavalliselle vuodeosastolle merkiksi sairauden parantumattomuudesta [– –].”<sup>403</sup>

Pelko ei kuitenkaan ollut keskeinen määre masennukselle 1980- ja 1990-luvuilla. Aiemmin ennen modernia masennusta pelko oli ollut melankolian yksi olennaisimmista attribuuteista. Raddenin mukaan Freud poisti modernin masennuksen ytimestä pelon.<sup>404</sup> Kraepelin mainitsi pelon osana masennusta ainoastaan puhuesaan köyhtymisen pelosta. Kraepelin puhui hyvin konkreettisesta pelosta eli siitä, että masentunut pelkäsi olevansa sairautensa myötä kykenemätön enää elättämään perhettään.<sup>405</sup>

Masennus muutti ihmisen ajattelutapaa ja kognitiota. Itseen ja maailmaan kohdistuva negatiivisuus sai epätodellisia ulottuvuuksia. Ihminen alkoi odottamaan elämänsä tai kehonsa romahtamista. Kyse oli kuitenkin harvoin aktiivisesta pelosta, vaan ennemmin passiivisesta epätoivosta ja luovuttamisesta. Samalla epätoivo yhdistyi kattavaan syyllisyyteen. Masennuksen harhaisuus liittyi kaiken värjäämään negatiivisuuteen, joka ruokki jo valmiiksi toivotonta tilaa.

## 2.9 Masennuksen sukupuolittuneisuus

Edellisissä alaluvuissa olen analysoinut pääasiassa masennukseen liitettyjä sisältöjä. Tässä alaluvussa siirryn analysoimaan masennuksen sukupuolta muun muassa masennukseen liitettyjen teorioiden kautta. Raddenin mukaan melankolia oli ollut miehinen sairaus, mutta moderni masennus on erityisesti tilastojen mukaan naisten sairaus.<sup>406</sup> Ahlbeck kirjoittaakin Suomessa naisten poikkeavaa käytöstä tulkitun miehiä useammin mielisairaudeksi.<sup>407</sup> 1980- ja 1990-lukujen opinnoissa masennuksen sukupuolittuneisuutta mainittiin harvoin eksplisiittisesti, jollei masennus liittynyt su-

<sup>402</sup> Psykiatrian opintojaksolla lukuvuosina 1979–1986 käytössä ollut oppikirja. Kaila ja Achte 1970, 112.

<sup>403</sup> Anestesiologian syventävien opintojen kirjallinen työ. Kari 1988, 5.

<sup>404</sup> Jackson 1986; Radden 2009b, 154–156.

<sup>405</sup> Emil Kraepelin 1902, 800.

<sup>406</sup> Radden 2009b, 46.

<sup>407</sup> Ahlbeck 2015, 252.

kupuolitetun kehon toimintoihin.<sup>408</sup> Osan oppikirjoista ja oppimateriaaleista voidaan sanoa olleen seksistisiä, mutta näissäkään sukupuoli ei ollut masennuksesta kirjoitettaessa oleellisin tai edes oleellinen määre.<sup>409</sup>

Yhdysvaltalaisen oppikirjojen masennusta kuvaavissa esimerkkitaapauksissa oli opintojen selkeiden sukupuolittuneiden masennuskuvaukset. Niissä piirtyi kuvan miehen masennuksesta itsestä ulospäin suuntautuvana aggressiivisuutena, huolena toimeentulosta sekä taloudellisina ja työelämän vaikeuksina. Naisten masennus kuvattiin ongelmina perhe-elämässä ja ihmissuhteissa sekä passivoitumisena ja oman ulkonäön laiminlyömisenä. Yhdysvaltalaisessa DSM-III-tautiluokituksessa masennus esitettiin sukupuolittuneena sairautena ja kerrottiin kaikkia masennustautiluokkia diagnosoitavan enemmän naisilla kuin miehillä.<sup>410</sup> Psykologian opinnoissa käytössä olleessa yhdysvaltalaisessa teoksessa kerrottiin, että masennusta diagnosoitiin kahdesta viiteen kertaan useammin naisilla kuin miehillä, ja että masennus oli erityisen tyypillistä työväenluokkaisilla pienten lasten äideillä.<sup>411</sup> Psykologian opiskelijan muistiinpanoissa 1980-luvulta saatettiin viitata tähän samaan tutkimukseen. Opiskelija kirjoitti vaikeimpien masennusten olevan yleisimpiä naisilla, jotka olivat kolmen alle 7-vuotiaan lapsen äitejä, eivät käyneet töissä, olivat huonossa suhteessa miehen kanssa ja olivat menettäneet oman äitinsä ennen kuin olivat täyttäneet 11 vuotta.<sup>412</sup>

Ajoittain sukupuoleen kiinnitettiin huomiota myös suomalaisissa teksteissä. Kuitenkin, vaikka sukupuoli mainittiin, se tehtiin ohimennen.<sup>413</sup> Vuonna 1988 psykologian opiskelija pohti neuroottista masennusta. Sukupuolista miehiä hän ei maininnut, mutta naisten osalta opiskelija totesi, että ”[e]rityisen tavallisia depressiot ovat avio- liittoristiriitojen yhteydessä naisilla, joilla on alemmuuden ja riippuvuuden tunteita”.<sup>414</sup>

Tautiluokkien osalta opinnoissa saatettiin mainita sukupuolieroja. Sekä psykoottisen että neuroottisen unipolaarin masennuksen saatettiin kertoa olleen yleisempää naisilla kuin miehillä. Vuonna 1990 psykologian opinnoissa todettiin neuroottisen

<sup>408</sup> Sukupuolista saatettiin mainita yleisemmällä tasolla. Esimerkiksi vuonna 1987 psykologian kaksi opiskelijaa kirjoitti neuroottisten häiriöiden olevan naisilla miehiä yleisempiä. He arvelivat tämän johtuvan psykososiaalisista syistä enemmän kuin biologisista. ”3-10” 1987, 4. Psykologian opintojen muistiinpanoissa kerrottiin, että ”[d]epressio mentis [eli unipolaari depressio] on tavallisempi naisilla”. ”7-12” 1989, 30.10.1989.

<sup>409</sup> Esimerkiksi Veikko Tähkän oppikirjoissa oli yleisesti sukupuolittunutta sisältöä.

<sup>410</sup> American Psychiatric Association 1980, 210–224; Harmatz 1978, 291–293.

<sup>411</sup> Fiske ja Taylor 1984, 61.

<sup>412</sup> ”7-2” ei pvm., 3. Viitattiin tutkimukseen: George Brown ja Tim Hanis (1978) *Social origins of depression*.

<sup>413</sup> Masennukseen erityisesti naisten sairautena viitattiin hyvin lyhyesti mm. Reinikka 1988, 16.

<sup>414</sup> ”7-21” 1988.

depression olleen kaksi kertaa yleisempää naisilla kuin miehillä. Maanis-depressiivisyyden eli bipolaarisuuden osalta eroja sukupuolten välillä ei mainittu.<sup>415</sup>

Jos opinnoissa viitattiin sukupuolieroihin Suomessa, tilastojen sijaan lähteenä olivat lähinnä yksittäiset epidemiologiset tutkimukset. Niissä tutkimuksen keskiössä oli yleensä diagnosoitujen tautiluokkien sijaan kokemusten raportoiminen. Tutkimuksessa saatettiin kysyä esimerkiksi alakuloisuuden kokemusta viimeisen puolen vuoden aikana. Psykiatrian oppikirjassa kirjoitettiin vanhusten masennustilojen yhteydessä epidemiologisesta tutkimuksesta:

Suomessa naiset sairastavat depressiota enemmän kuin miehet, mikä voidaan todeta sekä heidän itse raportoimansa alakuloisuuden että ammattihenkilöiden tekemien diagnoosien perusteella. Koko maamme väestöä edustavassa Mini-Suomi -tutkimuksessa todettiin 65 vuotta täyttäneistä naisista n. 25 %:n ja miehistä 19 %:n kokeneen alakuloisuutta, ja depressiodiagnosi oli asetettu 6 %:lle naisista ja 3 %:lle miehistä. [– –] Miehet ovat englantilaisen tutkimuksen mukaan alttiimpia sairastumaan neuroottisävytteiseen depressiomuotoon, mutta vakavaa masennustilaa sairastavien joukossa on naisia runsaammin. Merkittävä fyysinen sairaus liittyy usein neuroottiseen depressioon tai peittyä sen alle, kun taas avainhenkilön menetys näyttää monesti edeltävän vakavaa masennustilaa. Ruumiillisen, elämää rajoittavan sairauden pelko ja olemassaolo näyttää miehille merkittävän enemmän kuin naisille, jotka vuorostaan reagoivat voimakkaammin ihmissuhdemenetuksiin.<sup>416</sup>

Sukupuoli saatettiin suomalaisissa teksteissä sivuuttaa jopa referoitaessa selvästi sukupuolittuneita tutkimuksia. Vuonna 1988 psykiatrian opiskelija esitteli isobritannialaista masennusta laukaisevia syitä luokitellutta tutkimusta. Alkuperäinen tutkimus oli kohdistunut ainoastaan naisiin. Opiskelijan työssä tämä tuli ilmi vain rivien välistä – eksplisiittisesti hän ei maininnut sukupuolta lainkaan.<sup>417</sup>

1980- ja 1990-luvuilla opiskelijat lukivat oppikirjoja, tutkimuksia ja artikkeleita, jotka saattoivat olla joko implisiittisesti tai avoimesti seksistisiä, misogynisiä, rassistisiä tai muutoin ajalleen tyypillisesti asenteellisia. Ei voida olettaa, että asenteet omaksuttiin sellaisenaan, vaikka ne tulivatkin auktoriteeteilta. Yleisesti ottaen opis-

<sup>415</sup> Yrjö Alasen luento ”Vakavat mielialahäiriöt” ”7-12” 1989; ”7-18” 1990.

<sup>416</sup> Psykiatrian opintojaksolla lukuvuosina 1989–1993 käytössä ollut oppikirja. Lehtinen et al. 1989, 273.

<sup>417</sup> ”Brown (ks. Campbell et al. 1983) löysi neljä tekijää, jotka olivat yhteydessä depression puhkeamiseen: äidin menetys ennen 11 vuoden ikää, kotona vähintään kolme, enintään 14-vuotiaasta lasta, työttömyys sekä läheisen ja luottamuksellisen suhteen puuttuminen aviomieheen tai poikaystävään.” Psykiatrian syventävien opintojen kirjallinen työ. Reinikka 1988, 9. Ks. myös Campbell, Cope ja Teasdale 1983.

kelijoiden itse kirjoittamissa harjoitustöissä ja opinnäytteissä ei tällaisia asenteita juurikaan näy. Samalla asenteellisia tutkimuksia saatettiin avoimesti kritisoida. Vuonna 1988 psykiatrian opiskelija kirjoitti vuonna 1964 julkaistusta tutkimuksesta, jossa tutkittiin ylempien ja alimman sosiaaliluokan hoitomyönteisyyttä psyykenlääkkeitä kohtaan. Tutkimuksen mukaan ylempien sosiaaliluokkien edustajat ymmärsivät paremmin sairautensa. Psykiatrian opiskelija kyseenalaisti tulkinna ja epäili eron johtuvan siitä, että ylempien sosiaaliluokkien edustajien oli helpompi luottaa lääkäriin ja totella häntä. Opiskelija päätteli näin, koska huomioi lääkärin ja ylempi-luokkaisten potilaiden olleen peräisin samanlaisesta sosiokulttuurallisesta ympäristöstä.<sup>418</sup>

Sukupuolen ja masennuksen yhteyttä saatettiin rakentaa myös itsemurhakuolleisuuden kautta liittämällä itsemurha masennussairauteen. Psykiatrian opinnoissa kerrottiin, että

[m]yös vanhusten depressiivisiin tiloihin liittyy usein itsemurhan uhka, joka on miehillä selvästi yleisempi kuin naisilla. Sjögren totesi jo Lillhagen-projektissaan 69 %:lla melankolisista vanhuksista vakavia itsemurhapyrkimyksiä. Suomessa on yli 65-vuotiaitten miesten toteutuneiden itsemurhien esiintyvyyys viime aikoina ollut 60/100 000 ja naisten 12/100 000.<sup>419</sup>

Toteutuneiden itsemurhien määrä lähti Suomessa tilastollisesti selkeään laskuun 1980- ja 1990-lukujen vaihteessa. Tätä ennen läpi 1980-luvun erityisesti nuorten miesten itsemurhakuolemien määrä oli kasvanut tasaisesti. Itsemurhien osalta sukupuolittuneisuus ei kuitenkaan ollut näin yksinkertaista, sillä toteutuneet itsemurhat eivät olleet sama asia kuin itsemurhayritykset. Analysoin tämän käsittelyluvun lopulla tarkemmin, miten itsemurhat ja itsetuhoisuus yhdistettiin masennukseen.

Vaikka masennusten sukupuolittuneisuutta ei opinnoissa alleviivattu ja painotettu, lisääntymiselimistön ja lisääntymisen kautta masennus yhdistyi naiseuteen. Äitiyden myötä juuri naisen masennus oli vaarallista eri ikäisille lapsille. Naisen masennus näkyi hänen lisääntymiselimistönsä kuukautisten häiriintymisenä tai frigidiytenä. Nainen – potentiaalisena tai aktuaalisena äitinä – oli altis masennukselle. Nainen oli vaarassa masentua odotusaikana, synnytyksessä ja lapsen synnyttyä. Masennuksen riski vaani naisen yllä jälleen, kun lapset lähtivät kotoa ja äitiys muutti muotoaan.

Opinnoissa masennus kietoutui raskauteen, synnytyksen jälkeiseen aikaan ja äitiyteen. Vastaavaa masennusalttiutta ei miesten osalta ollut. Ainoa miehet kattava

<sup>418</sup> Psykiatrian syventävien opintojen kirjallinen työ. Santalahti 1987, 8–10.

<sup>419</sup> Lehtinen et al. 1989, 273.

suoraan biologisiin prosesseihin viittaava masennustautiluokka oli ehtymisiän masennusmielisairaus eli involuutiodepressio eli Melancholia involutionis.<sup>420</sup> Involuutiodepressio viittasi ehtymisiän mukanaan tuomien muutosten aiheuttamaan masennukseen. Involuutiodepressio kattoi kummatkin sukupuolet, joskin historiallisesti sekin oli ollut ensisijaisesti naisten lisääntymiselimistöön liitetty masennustautiluokka. Vuonna 1984 psykiatrian laitokselta valmistuneessa väitöskirjassa kerrottiin, että involuutiodepressio oli aiemmin liitetty naisten munasarjojen surkastumiseen. Väitöskirjatutkija totesi teorian vanhentuneeksi ja kummankin sukupuolen kärsivän tilasta, vaikka naiset hakevat siihen miehiä useammin hoitoa.<sup>421</sup> Miehillä involuutiodepressiolla viitattiin muun muassa potenssin laskuun eli seksuaaliseen suoritukseen, ja naisilla muun muassa fyysisen viehätysvoiman ehtymiseen. Naisilla involuutiodepressio liittyi myös omaan jälkikasvuun. Psykologian opinnoissa 1980-luvun puolivälissä käytössä olleessa isobritannialaisessa oppikirjassa todettiin, että ”vaimon vaihdevuodet voivat syventää hänen masennustaan, joka johtuu lapsien kotoa pois muuttamisesta”.<sup>422</sup> Ehtymisikään ja vaihdevuosiin liitetty masennus liittyi sekin lopulta opinnoissa tiiviimmin naisiin kuin miehiin.<sup>423</sup>

Mielen sairauksien sukupuolittuneisuuden syyt saatettiin opinnoissa nähdä muuallakin kuin biologiassa. Vuonna 1987 psykologian opiskelijat kirjoittivat neuroottisia häiriöitä olevan naisilla enemmän kuin miehillä. Samalla he totesivat, että ”[p]syykkisten häiriöiden kokonaismäärässä ei ole kuitenkaan huomattavaa eroa. ’Miehisiä’ sairauksia ovat alkoholismi ja luonnehäiriöt. Erot ovat todennäköisemmin psykososiaalisia kuin biologisia.”<sup>424</sup>

Kun biologisia syitä pohdittiin, niitä löydettiin kuukautisiin ja raskauteen liittyvistä vaihteluista ja muutoksista. Psykologian opiskelijan harjoitustyössä vuodelta 1988 lueteltiin masennuksen taustalla mahdollisesti olevia puhtaasti ruumiillisia syitä. Kaikki muut olivat sairauksia, vaurioita tai puutostiloja paitsi erikseen mainittavat ”e-pillerit ym. naishormoonivalmisteet”.<sup>425</sup> Myös lukuvuonna 1996–1997 valmistuneessa psykiatrian opinnäytetyössä kuukautiskiertoon liittyvät hormonipitoisuuden vaihtelut yhdistettiin masennukseen.

<sup>420</sup> Ks. esim. Lääkintöhallitus 1969, 39; Kaila ja Aché 1970, 114–115; Elosuo 1975, 325.

<sup>421</sup> Mattila 1984, 16.

<sup>422</sup> ”[ – –]the wife’s menopause may precipitate a depression about the absence of offspring.” Suomenkosmos AM. Pincus ja Dare 1980, 130.

<sup>423</sup> ”7-12” 1989, luento ”Psykiatria”. Lääketieteellisen ammattisanaston latinankielisissä termeissä ei mainittu involuutiodepressiota. Sen sijaan mainittiin ”vaihdevuosiin masennus” eli *depressio climacterica*. Hervonen ja Nienstedt 1988, 60.

<sup>424</sup> ”3-10” 1987, 4; Alkoholismi saatettiin nähdä myös itsessään luonnehäiriönä. ”7-12” 1989, 23.8.1989.

<sup>425</sup> ”7-4” 1988, 15.

Hormonipitoisuuksien vaihteluiden takia herkistyneet hormonireseptorit voivat kuukautiskierron aikoina ylireagoida tai turtua saamiinsa ärsykkeisiin. Tämä voi lisätä riskiä affektiivisiin häiriöihin [– –]. Premenstruaalisyndroomaksi kutsutaan oireita, jotka ilmenevät naisilla kierron luteaalivaiheessa eli ovulaation jälkeen muutamaa päivää ennen vuodon alkamista, kun veren estrogeenipitoisuus on pieni. Näitä oireita on mm. ärtyvyys, vihamielisyys, tunteiden labiilius, depressio ja väsymys.<sup>426</sup>

Vuonna 1994 lääketieteen opiskelija kirjoitti raskaudenaikaisista itsemurhista. Hallinnon tiedossa masennuksen ja itsemurhan yhteyttä rakennettiin tiiviiksi 1980-luvulta lähtien. Tieteessä yhteys ei ollut 1980- ja 1990-luvuilla vielä kovin vahva erityisesti psykiatrian ja psykologian ulkopuolisissa tieteenaloissa. Opiskelijan oikeuslääketieteelliseen oppiaineeseen kirjoittamassa työssä itsemurhakäyttäytyminen yhdistettiin biologiaan ja kerrottiin, kuinka ”keskushermoston suuri dopamiinipitoisuus aiheuttaa masennusta ja täten lisää itsemurhariskiä”.<sup>427</sup> Naisen tullessa raskaaksi hänen itsemurhariskinsä laski dopamiinipitoisuuden vähentyessä. Vuonna 1995 oikeustieteen opiskelija puolestaan totesi, että ”[m]asentuneisuutta esiintyy enemmän naisilla kuin miehillä; nimenomaan bipolaariset häiriöt ovat naisilla tavallisempia”.<sup>428</sup> Jos raskaus vähensi naisten itsemurhia, tässä työssä pohdittiin antoiko nainen perimänsä kautta masennuksen eteenpäin: ”X-kromosomin kautta tapahtuvaa periytymistä on epäilty, koska epidemiologisten tutkimusten mukaan mielialahäiriöitä on enemmän naisilla ja isältä pojalle tapahtuva periytyminen on harvinaista.”<sup>429</sup> 1900-luvun tieteen tiedossa lapsen – oli lapsi minkä ikäinen tahansa – sairastumisessa masennukseen nähtiin äidin rooli usein merkittävänä, mutta ei kuitenkaan genetiikan, vaan äiti–lapsi-suhteen kautta. Lähestyttäessä vuosituhannen vaihdetta äidit eivät potentiaalisesti aiheuttaneet jälkeläisilleen masennusta enää ainoastaan käytöksellään ja tavallaan olla maailmassa, vaan myös kehollaan eli perimällään.

Psykologian opintojen osana luetussa Pirkko Niemelän artikkelissa raskaana oleva naiset valittivat masennusta, mutta Niemelän mukaan kyseessä ”ei kuitenkaan ole patologinen poikkeustila, vaan välttämätön edellytys äidiksi kehittymiselle”.<sup>430</sup> Jos raskaus ei tässä tapauksessa altistanut masennussairaudelle, synnytys ja sitä seurannut äitiys altisti. Psykologian opinnoissa 1980-luvun puolivälissä käytössä olleessa isobritannialaisessa oppikirjassa käsiteltiin lapsivuodemasennusta ja kerrottiin tutkimusten osoittaneen masennuksen olevan sitä syvempi, mitä vähemmän

<sup>426</sup> Laurila 1996, 8.

<sup>427</sup> Oikeuslääketieteen syventävien opintojen kirjallinen työ. Takki 1994, 11–12.

<sup>428</sup> Oikeuslääketieteen syventävien opintojen kirjallinen työ. Järvinen 1995, 4.

<sup>429</sup> Järvinen 1995, 4.

<sup>430</sup> ”6-27” 1988, 1–2.

vaimo sai mieheltään tukea äitiydessään. Masennuksen kokeminen oli siis sidoksissa siihen, miten nainen koki äitiytensä aviomiehensä kautta.<sup>431</sup> Psykologian laitoksen lapsipsykologian kurssilla vuonna 1980 äitiydestä irtautuminen nähtiin masennukselle altistavana tilanteena. Välittömästi jo ensimmäisen tunnin aikana lapsen synnyttyä naisilla oli halu sitoa fyysinen kontakti lapseen ja tämän kieltäminen saattoi aiheuttaa masennusta. Äiti saattoi vaipua masennukseen myös lapsen opetellessa itsenäisyyttä esimerkiksi aloittaessaan koulunkäynnin.<sup>432</sup> Vuonna 1986 Pirkko Niemelä opetti kehityspsykologian kurssilla, että noin viidenneksellä synnyttäneistä naisista oli jopa muutaman kuukauden kestävä *post partum depressio*.<sup>433</sup>

Synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kirjoitettiin myös arjessa 1980- ja 1990-luvuilla. *Anna*-lehden palstalla ”Nainen kysyy lääkäriltä” lukija esitti vuonna 1982 kysymyksen: ”Onko äiti jotenkin tasapainoton, kun hän tuntee itsensä itkuherkäksi ja masentuneeksi, vaikka vauva voi ihan hyvin?” Palstan lääkärin mukaan äiti ei ollut tasapainoton. Lääkäri kertoi, että ”[y]li puolella naisista on todettu olevan ohimeneviä lieviä masennuksen tai ahdistuksen oireita synnytyksen jälkeen”.<sup>434</sup> Samalla palstalla vuonna 1984 käsiteltiin imetystä ja pohdittiin jälleen synnytyksen jälkeistä masennusta. Lääkäri kertoi lukijoille ruotsalaisesta tutkimuksesta, jonka mukaan ”joka kolmas äiti tosiaan potee synnytyksen jälkeen masennusta, ahdistuneisuutta tai muita vastaavia oireita. Selitys löytyy kunkin naisen sisäisistä, osaksi tiedostamattomista tekijöistä.”<sup>435</sup> Vuonna 1992 puhuttiin masentuneisuuden sijaan synnytyksen jälkeisestä vaikeasta masennustilasta. *Anna*-lehdessä ilmestyi tuolloin juttu, jossa synnytyksen jälkeistä masennusta käsiteltiin selvästi jo omana psykiatrisena tautiluokkana.<sup>436</sup>

Synnytyksen jälkeinen masennus oli vasta saapumassa hallinnon tautiluokitukseen. Vuonna 1980 julkaistu DSM-III-tautiluokitus mainitsi sivumennen synnytyksen jälkeisen masennuksen huomioidessaan, että synnytyksen jälkeinen psykoosi saattoi ilmetä myös mielialahäiriönä. Tautiluokka olisi tällöin ollut hyvin suppeasti määritellyn tautiluokan ”298.90 Atypical Psychosis” alaluokka 2.<sup>437</sup> Suomalaisessa vuoden 1987 kansallisessa tautiluokituksessa tällaista masennusluokkaa ei tunnettu.<sup>438</sup> Vuoden 1994 neljännessä uudistetussa DSM-luokituksessa synnytyksen jälkeinen masennus oli saanut jo oman alaluokkatunnuksensa määrittäen mitä tahansa mielialahäiriöluokkaa, mutta erityisesti masennusta. ”With Postpartum Onset” -mää-

<sup>431</sup> Pincus ja Dare 1980, 51–52.

<sup>432</sup> ”4-3” 1980, 2–3, 15, 31–32, 40.

<sup>433</sup> ”7-5” 1986, Muistiinpanosivu 18.

<sup>434</sup> ”Synnytyksen jälkeen” 1982, 8.

<sup>435</sup> Helminen 1984, 82.

<sup>436</sup> Jaakkola 1992, 16.

<sup>437</sup> American Psychiatric Association 1980, 202–203.

<sup>438</sup> Lääkintöhallitus 1986.

ritteelle oli luokituksessa varattu jo kaksi sivua. Oireiden kerrottiin olevan pääasiassa samat kuin tälle määreelle tyypillisimmällä mielialahäiriöllä eli masennuksella, mutta esimerkiksi syyllisyyden tai ahdistuksen tunteet liittyivät pääasiassa juuri syntyneeseen lapseen.<sup>439</sup> Sama määrite esiintyi myös vuoden 2013 viidennessä versiossa, jossa huomautettiin tällaisen masennuksen oireisiin kuuluvan erityisesti vakava ahdistus, jopa paniikkikohtaukset.<sup>440</sup> Tähän vuoden 2013 tautiluokituksen oli lisätty oma tautiluokka myös kuukautisia edeltävälle masennustilalle.<sup>441</sup>

Suomalaisessa vuoden 2012 ICD-10:een pohjautuvassa psykiatrisessa tautiluokituksessa synnytyksen jälkeinen masennus luokiteltiin kohtaan ”F53.0 Muualla luokitamattomat lapsivuodeajan lievät mielenterveys- ja käytöshäiriöt”. Tässä luokituksessa vaikeaksi katsotut tilat olivat jo lapsivuodepsykooseja, *puerperaalipsykooseja*.<sup>442</sup> Viimeistään 2000-luvulla synnytyksen jälkeisestä masennuksesta oli Suomessakin kirjoitettu muista masennuksista eroavana masennustautiluokkana, johon liitettiin muun muassa ahdistuneisuus ja paniikkihäiriöt.<sup>443</sup> Vuonna 1987 julkaistiin Suomessa yhä nykyään käytössä oleva mielialalomake, EPDS, synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamiseksi.<sup>444</sup> Synnytyksen jälkeinen masennus voitiin siis nähdä muista masennuksista niin erillisenä tilana, että sen tunnistaminen vaati oman kyselylomakkeensa. Tätä lomaketta ei kuitenkaan mainittu vuosien 1980–1995 opinnoissa eikä minulla ole tietoa, milloin tämä tai mahdolliset muut vastaavat kyselylomakkeet otettiin laajempaan käyttöön Suomessa.

Ennen vuosituhaten vaihdetta synnytyksen jälkeinen masennus ei ollut vielä vakiintunut kattavasti omaksi itsenäiseksi psykiatriseksi tautiluokakseen. Kun 1900-luvun lopulla, lähinnä 1990-luvulla, kirjoitettiin synnytyksen jälkeisestä masennussairaudesta, sillä viitattiin yleisesti aikuisiän masennukseen. Tämä masennus ei eronnut muista masennuksista kuin etiologialtaan. Masennuksen aiheutti synnytys ja lapsen saamisen aikaansaamat muutokset naisen kehossa ja elämässä. Näin synnytyksen jälkeinen masennus määriteltiin psykiatri Tuula Tammisen vuonna 1990 julkaistussa väitöskirjassa, jonka sanotaan tehneen synnytyksen jälkeisestä masennuksesta laajemmin tunnetun terveydenhoitohenkilökunnan keskuudessa. Väitöskirja tunnettiin myös Turun yliopiston opinnoissa. Vuonna 1997 kansanterveystieteen opiskelija referoi tutkimusta kirjoittaessaan perheen häiriöi-

<sup>439</sup> American Psychiatric Association 1998, 386–387.

<sup>440</sup> American Psychiatric Association 2013, 186–187.

<sup>441</sup> ”Premenstrual Dysphoric Disorder” American Psychiatric Association 2013, 171–175. Sinänsä kiinnostavaa, että tautiluokitus, joka eksplisiittisesti halusi eron etiologisista kuvauksista, on tuonut naisen lisääntymiselimistön masennuksen syyksi tautiluokkien tasolla.

<sup>442</sup> Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012, 231.

<sup>443</sup> Huttunen (ei pvm).

<sup>444</sup> Terveyden ja hyvinvoinnin laitos -verkkosivusto. Neuvolatyön lomakkeet.



den huomioimisesta neuvolatyössä.<sup>445</sup> Myös 1990-luvulla käytössä olleessa lastenpsykiatrian oppikirjassa lastenpsykiatri Vappu Taipale mainitsi Tammisen väitöskirjan tutkimuksen.<sup>446</sup>

Väitöskirjassaan Tamminen kirjoitti suoraan, ettei tehnyt taudinkuvallista eroa muiden masennustautiluokkien ja synnytyksen jälkeisen masennuksen välillä. Tutkimuskäsitteiden määrittelyä koskevassa luvussa Tamminen totesi, että

[t]ämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää äidin masennuksen vaikutuksia imetykseen ja imetystilanteeseen. Tavoitteen mukaisesti keskeiseksi tutkimuskohteeksi nousee synnytyksen jälkeen esiintyvä masennus. Alan kirjallisuudessa ei ole otettu kantaa masennuksen puhkeamisen ajankohdan tarkkaan määrittelyyn tai mahdollisiin (oleellisiin) eroihin muuna aikana ilmenevään masennukseen.<sup>447</sup>

Vuotta ennen Tammisen väitöskirjan julkaisemista, vuonna 1989, psykologian opiskelija kirjoitti synnytyksen jälkeisestä masennuksesta näin:

Synnytyksenjälkeinen depressio vaivaa 20 prosenttia naisista. Sen oireita ovat suru, apatia, epätoivo, avuttomuudentunne, työkyvyn heikkeneminen sekä fyysiset oireet kuten päänsärky ja vatsavaivat. Depressiolle on etsitty hormonaalista selitystä; synnytyksen jälkeen estrogeeni- ja progesteronitasot laskevat jyrkästi, mutta yhteys ei ole kovinkaan voimakas. Synnytyksenjälkeiset paineet ja tyytymättömyyden aiheet selittävät depressiota, mutta ei ole tutkittu, mitkä seikat erityisesti olisivat siihen syynä.<sup>448</sup>

Psykologian opiskelija lähestyi synnytyksen jälkeistä tilaa Turun yliopiston opiskelijoille tyypilliseen tapaan psykofyysissosiaalisena reaktiona. Tammisen väitöskirjassa päinvastoin masennus ei ollut tilannesidonnaista reagoitua, vaan universaali tilanteesta riippumaton masennussairaus.

Synnytyksen jälkeisen masennuksen lisäksi myös abortin jälkeinen masentuneisuus kiinnosti psykologian opiskelijoita. Vuonna 1988 valmistui harjoitustyö aiheesta ”Naisen abortin kokeminen”. Opiskelijat esittivät suunnitelmansa tutkimuksesta, jonka yhtenä hypoteesina oli, että masentuneisuuden aste Beckin masentuneisuusmittarin mukaan mitattuna korreloi sen kanssa, kuinka riippuvaisia aborttiin

<sup>445</sup> Kansanterveystieteen syventävien opintojen kirjallinen työ. Nuorikkala 1997, 12.

<sup>446</sup> Lukuvuosina 1993–1996 lastenpsykiatriassa käytössä ollut oppikirja. Taipale 1992, 131–132.

<sup>447</sup> Tamminen 1990, 14.

<sup>448</sup> ”7-8” 1989, 6–7.

päätyneet naiset olivat ympäristöstään ja kuinka heikko heidän oman elämänsä hallinnan tunne oli.<sup>449</sup> Psykologian laitoksella äitiyteen liittyvät teemat olivat monin tavoin läsnä tutkimuksessa ja opetuksessa 1980- ja 1990-luvuilla.

Vuoden 1989 psykologian opinnoissa masennussairauden kerrottiin seuraavan usein kohdunpoistoa ja korostettiin menetetyt objektin surutyön merkitystä. Erityisen vaikeaa kohdunpoiston sanottiin olevan fertiili-iässä oleville naisille ja kohdunpoistoa verrattiin nuorehkon miehen sydäninfarktin psyykkisiin seuraamuksiin.<sup>450</sup> Naisen lisääntymiselimistö altisti myös seksuaaliselle hyväksikäytölle. Psykologian opintojen vuonna 1990 pidetyllä mielenterveysongelmien ehkäisyä käsittelevällä kurssilla käsiteltiin yllättäviä kriisejä. Yhtenä kriisinä analysoitiin raiskatuksi joutumista ja sen todettiin voivan aiheuttaa masennustiloja. Vaikka kaikki sukupuolet voivat joutua raiskatuiksi, oletan kurssilla viitatus lähinnä naisiin.<sup>451</sup>

Naisen lisääntymiselimistö ei altistanut masennukselle ainoastaan naista itseään, vaan myös hänen jälkikasvunsa. Tamminen oli tutkinut äidin masennuksen vaikutusta imetykseen ja varhaiseen vuorovaikutukseen. 1980- ja 1990-luvuilla äidin masennusta käsiteltiinkin usein lapsen näkökulmasta. Lastenpsykiatriassa pohdittiin, miten äidin masennus tai masentuneisuus vaikutti lapsen kehitykseen. Äidin masennus nähtiin vakavana uhkana aiheuttaen lapselle ongelmia ja joskus lapsen itsensäkin sairastumista masennukseen. Tästä näkökulmasta äidin masennussairaus saatettiin rinnastaa vakavuudeltaan perheenjäsenten rikollisuuteen, avioeroon tai taloudellisiin vaikeuksiin.<sup>452</sup>

Masennus oli äitiydessä monin tavoin läsnä – naisen lisääntymiselimistö itsessään altisti masennukselle ja nainen oireili masennusta lisääntymiselimistöllään. Jälkikasvunsa nainen saattoi sairastuttaa toiminnallaan, toiminnan puutteellaan tai jopa pelkällä olemassaolollaan oman perimänsä kautta. Lastentautien opinnoissa 1990-luvulla äidin masennus rinnastettiin äidin fyysiseen poissaoloon. Kun äiti oli masentunut, oli lapsi kuin ilman äitiä.<sup>453</sup> Muuallakin opinnoissa mainittiin äidin masennuksen vastaavan lapsen äidistä eroon joutumista.<sup>454</sup> Lasten masennuksissa tunnetuin masennusluokka, *anakliittinen depressio*, johtui pysyvän ihmissuhteen puuttumisesta. Vakavimmillaan anakliittisen depression kirjoitettiin aiheuttavan pysyviä kehityshäiriöitä tai jopa kuoleman – olkoonkin, että tämä oli 1980-luvulle tultaessa to-

<sup>449</sup> ”7-31” 1988.

<sup>450</sup> Luento ”Psykogeriatria” ”7-12” 1989.

<sup>451</sup> Väliotsikko ”Yllätyskriisi” ”7-19” 1990.

<sup>452</sup> Ks. esim. Taipale 1992, 39–41.

<sup>453</sup> Lastentautien opintojaksolla lukuvuosina 1993–1996 käytössä ollut oppikirja. Graham 1991, 180.

<sup>454</sup> ”6-6” 1990, 2.

dettu väärinkäsitykseksi.<sup>455</sup> 1980-luvun lopulla psykologian opiskelija kirjoitti äidin masennuksen voivan sairastuttaa myös lapsen. Opiskelija totesi, että ”[m]yös jos äiti on läsnä, mutta ei esimerkiksi oman depressionsa takia pysty tyydyttämään lapsen psyykkisiä perustarpeita, voi lapsi sairastua anakliittiseen depressioon. Jos äidin palaaminen lapsen luo tai hoito tapahtuu ajoissa, on toipuminen hyvä. Toisaalta arvelaan, että lapselle jää masennustaipumus.”<sup>456</sup> Lääketieteen psykologian opinnoissa 1980-luvulla varhaisen äidinrakkauden puutos kuvattiin vaikuttavan lapsen koko loppuelämään:

Jos äidinrakkaus, johon lapsi on tottunut, menetetään äkillisesti tässä vaiheessa ilman että se sopivasti korvataan, voi tämä johtaa (jos olosuhteet ovat muutenkin raskauttavat) äkilliseen lapsuudenmasennustilaan tai lievään mutta pitkäaikaiseen surumielisyyteen, joka saattaa antaa masennuksen värittämän pohjasävyn koko jäljellä olevalle elämälle. (1) Mutta suotuisimmissakin olosuhteissa tästä vaiheesta jää alkuperäinen pahuuden ja tuomion tunne ja yleinen ikävätunne kadotettuun paratiisiin.<sup>457</sup>

1980-luvun lastenpsykiatrian opinnoissa lastenpsykiatri Maija-Liisa Koski esitteli äidin ja lapsen varhaisesta suhteesta tehtyjä tutkimuksia ja kuvaili depressiivisen äidin. Depressioiden tärkeimpänä syynä hän piti menetystä, erityisesti vanhempien menetystä, johon laskettiin depressiivisen äidin poissaolevuus ja saavuttamattomuus.<sup>458</sup>

Depressiivinen, onneton äiti, jonka on vaikea ilmasta tunteitaan ja joka harvoin hymyilee, ei myöskään yritä houkutella hymyä lapsen kasvoille eikä nauti lapsen fyysisestä läheisyydestä. Äiti saattaa kohdella lasta kuin pakettia, tosin suoden välttämättömän hoidon. Tällaisen äidin ja lapsen saattaa myöhemmin kohdata tilanteessa, jossa lapsi tuodaan tutkittavaksi hidastuneen kehityksen takia: kaksi toisilleen vierasta, omaan maailmaansa jähmettynyttä olentoa, jotka aivan kuin sattumalta ovat joutuneet istumaan vierekkäin.<sup>459</sup>

Nainen äitinä saattoi aiheuttaa lapsensa masennuksen, ja masentunut äiti saattoi aiheuttaa lapselleen masennuksen lisäksi muitakin häiriöitä ja sairauksia, kuten narsis-

<sup>455</sup> Menetettyään peruskontaktit ilman äidinkorviketta: ”Hän on myös altis erilaisille sairauksille. Tauti johtaa demenssiin, joskus jopa kuolemaan.” Arajärvi 1987a, 161; Arajärvi 1984b, 134.

<sup>456</sup> ”7-22” 1988.

<sup>457</sup> Erikson (1950) 1982, 80.

<sup>458</sup> Lukuvuosina 1979–1984 lastenpsykiatrian opinnoissa käytössä ollut oppikirja. Koski 1973, 461–462.

<sup>459</sup> Koski 1973, 434–435.

tisen persoonallisuuden.<sup>460</sup> Ajatus äidistä ensisijaisena hoivaajana ja näin ollen ensisijaisena tutkimuskohteena eli vahvasti 1980- ja 1990-luvuilla. Psykologian opinnoissa 1990-luvulla esiteltiin Daniel Sternin kehittämä teoria vauvan kehityksestä ensimmäisen elinvuotensa aikana. Teoriassa korostui vauvan suhde juuri äitiin.<sup>461</sup> Psykologian opintomonisteessa kerrottiin, että ”[y]dinsuhteet ja yleensä erityisesti suhde yhteen ihmiseen, äitiin, on vauvan psyykkisen todellisuuden perusta”.<sup>462</sup>

1980- ja 1990-lukujen opinnoissa pyrittiin myös purkamaan lapsen masennuksen syiden etsimistä ainoastaan äidistä. Erityisesti muun lähiperheen eli isän ja sisarusten roolia pohdittiin. Vuonna 1989 psykologian harjoitustyössä vanhempien – tällä kertaa kumman vain – masennus oman lapsen lapsuudessa tai latenssi-ään aikana katsottiin voineen aiheuttaa nuorena masennusta ja masennukseen liitettyä itsemurhahallittuutta.<sup>463</sup> Ajoittain opinnoissa huomioitiin tiettyjen teorioiden syyllistävän naisia. Psykologian opinnoissa huomautettiin, että psykoanalyttikko René Árpád Spitzin ja psykologi Katherine Wolfin vuonna 1946 julkaistu teoria anakliittisesta depressiosta viittasi ylipäättään läheisen vanhemman katoamiseen – ei välttämättä juuri äidin, sillä äiti viittasi yleisesti objektiin.<sup>464</sup> Lastenpsykiatrian opinnoissa lastenpsykiatri Terttu Arajärvi käsitteli depressioiden etiologiaa ja viittasi anakliittiseen depressioon. Arajärvi käsitteli aihetta päällisin puolin samoin kuin Koski, mutta kirjoitti äidin lisäksi isän ja sisarusten menettämisestä ilman että saa itselleen äidin sijaista.<sup>465</sup> Usein äidin masennus kuitenkin korostui, vaikka sinänsä jopa synnytyksen jälkeisessä masen-

<sup>460</sup> ”7-21” 1988.

<sup>461</sup> Pirkko Aalto Turun yliopiston psykologian laitoksella vuonna 1991 julkaistussa opintomonisteessa. Aalto 1991, 4, 30.

<sup>462</sup> Aalto 1991, 30.

<sup>463</sup> ”7-9” 1989, 8–9.

<sup>464</sup> Vaikka anakliittinen depressio oli René Spitzin ja Katherine Wolfin yhdessä kehittämä ja julkaisema teoria, aineistossa viitattiin usein ainoastaan Spizziin. Tämä voi johtua siitä, että Spitz oli myöhemmissä omissa julkaisuissaan tiputtanut Wolfin nimen pois – myös kirjoittaessaan heidän yhteisestä työstään. Ks. myös Mattila 1984, 44; ”7-12” 1989, Moniste ”Depression dynamiikka”. Ks. myös lukuvuosina 1986–1991 psykologian laitoksen opinnoissa käytössä ollut ruotsalainen oppikirja: Mangs ja Martell 1982, 48. Lääketieteellisen tiedekunnan psykologian opintojakson osana lukuvuosina 1983–1987 käytössä olleessa oppikirjassa anakliittinen depressio liitettiin ainoastaan Spizziin: ”(1) Rene Spitz on nimittänyt tätä ’anakliittiseksi depressioksi’. Ks. hänen kirjoituksensa teokseen *The Psychoanalytic Study of the Child, I–IV*, International Universities Press, New York, 1945–49.” Erikson (1950) 1982, 80

<sup>465</sup> Lastenpsykiatrian oppikirjana 1984–1987 vuoden 1984 painos ja lastenpsykiatrian oppikirjana 1987–1995 vuoden 1985 painos. Arajärvi 1984b; Arajärvi 1987a. Lukuvuosina 1979–1981 lääketieteen lisensiaatin opintojen psykiatrian opintojaksolla käytössä olleessa oppikirjassa kerrottiin lapsen vajaamielisyyttä aiheutuvan psykososiaalisista syistä silloin, kun lapsi ei saanut osakseen tarvitsemaansa huomiota tai rakkautta. Teoksessa ei eritelty kenen taholta, vaan korostettiin kontaktin merkitystä lapsen kehitykselle. Palo 1969, 60–61.

nuksessa puhuttiin sukupuolineutraalista masennustilasta, jota yhtä hyvin miehetkin olisivat voineet kokea.<sup>466</sup>

Masennuksen etiologiaan liitetyt teoriat keskittyivät pitkälti äiteihin, mutta se ei estänyt opiskelijoita analysoimasta isän roolia. Vuonna 1991 valmistuneessa psykiatrian väitöskirjassa tutkittiin adoptiolapsia ja heidän perhettään. Tutkimuksessa yksi analyysin kohde olivat vanhempien psyykkisten häiriöiden ja sairauksien vaikutus lapseen – sekä äidin että isän. Adoptioäideillä todettiin lähes puolella jokin neuroositasoinen psykiatrinen tautiluokka – lähinnä masennusneuroosi. Isillä todettiin vaikeampia häiriöitä kuin äideillä ja tutkija löysi viitteitä siitä, ”että neuroositasoisesti häiriintyneiden isien lapsilla on enemmän neuroositasoinen ja neuroosia vaikeammin häiriintyneiden isien lapsilla vastaavasti enemmän neuroosia vaikeampia häiriöitä”.<sup>467</sup> Tutkimuksessa todettiin myös, että ”[d]epressiot olivat ylivoimaisesti suurin ryhmä kummankin vanhemman neuroositasoinen häiriöistä”.<sup>468</sup> Adoptiovanhemmat masentuivat kuitenkin vasta lapsen ollessa jo latenssi- tai nuoruusiässä eikä tällä näyttänyt olevan enää tuossa vaiheessa samanlaista merkitystä lapsen mielenterveydelle kuin mitä sillä olisi saattanut olla aiemmin, lapsen ollessa pienempi ja objektiisuuteen ja perusturvallisuuden vasta kehittyessä.<sup>469</sup> Vaikka väitöstutkimuksessa puhuttiin sekä isästä että äidistä, oli äidin rooli korostunut. Tutkimuksessa todettiin esimerkiksi, että ”[t]ilastollisesti merkitsevimmät yhteydet adoptionuoren psyykkiseen terveyteen olivat äidin riittävän hyvällä vanhemmuudella ja koko perheen vuorovaikutussuhteiden laadulla: molemmissa yhteydet olivat erittäin merkittävät”.<sup>470</sup> Väitöskirjatutkija kirjoitti myös, että ”[s]ekä äidin että isän arvioitu vanhemmuuden laatu (riittävän hyvä vanhemmuus) oli yhteydessä adoptionuoren hyvään mielenterveyteen, mutta äidin merkitys oli selvästi suurempi”.<sup>471</sup> Näistä huomioista huolimatta väitöskirjatutkija ei lähestynyt asiaa ongelmattomana itsestäänselvytenä. Hän totesi haastatteluiden perusteella vaikuttaneen siltä, että ”isät olivat usein ’luovuttaneet’ kasvatustuun äidille”.<sup>472</sup>

Katseen kohdistaminen naisen lisääntymiselimistöön osana psykiatrista diagnosoimista oli läpi 1900-luvun tuttua erityisesti hallinnon tiedossa. Tämä näkyi muun muassa Seilin mielisairaalan naisia koskevissa potilasasiakirjoissa 1900-luvun alkupuolella. Tuolloin keskustelu liikkui degeneraation ympärillä ja sosiologi Jutta Ahlbeck katsoo degeneraatioajattelun olleen vahvaa erityisesti 1930-luvulla. Alempien

<sup>466</sup> 1990-luvulla arjen tiedon piirissä myös isien masennusta pohdittiin. Ks. esim. Kiviniemi 1992.

<sup>467</sup> Lahti 1991, 76.

<sup>468</sup> Lahti 1991, 78.

<sup>469</sup> Lahti 1991, 78, myös 127–131.

<sup>470</sup> Lahti 1991, 130.

<sup>471</sup> Lahti 1991, 133.

<sup>472</sup> Lahti 1991, 133.

ja biologisesti kehittymättömien luokkien pelättiin lisääntyvän ja antavan huonoja geneejään eteenpäin.<sup>473</sup> Samanlaista huolta ei kannettu miesten ominaisuuksien periytymisestä. 1800- ja 1900-lukujen vaihteessa naisille usein diagnosoitu neurastenia ei sekään ollut naisen kohdalla vain henkilökohtainen ongelma. Liiallisesta opiskelusta tai työnteosta itselleen aiheutettu hermostosairaus vaurioitti naisen lisäksi myös hänen jälkipolvensa.<sup>474</sup> Hulluus on lisääntymiselimistön kautta kiinnittynyt ”naisen luontoon” ja sieltä periytynyt seuraaville sukupolville. Radden näkee tässä jatkumon nykyiseen synnytyksen jälkeinen masennus -tautiluokkaan. Tämän vuosituhannen kansallisia ja kansainvälisiä psykiatrisia tautiluokituksia tarkastelemalla voikin huomata naisen lisääntymiselimistön olevan niissä yhä vahvasti läsnä.<sup>475</sup>

Sukupuolen ja masennusten suhdetta käsiteltiin opinnoissa suoraan jonkin verran. Yksittäinen masennustautiluokka saatettiin sitoa pääasiassa toiseen sukupuoleen, mutta tämä ei ollut systemaattista eikä koherenttia. Esimerkiksi neuroottinen masennus nähtiin toisaalla opinnoissa olevan yleisempää naisilla ja toisaalla miehillä. Myös masennusta edeltävien elämäntapahtumien sukupuolittuneisuutta pohdittiin. Esimerkiksi saatettiin todeta naisten masentuvan useammin ihmissuhdemenetysten tähden ja miesten masentuvan useammin sairastuttuaan somaattisesti. Nämäkin sukupuoleen sidotut masennusattribuutit vaihtelivat. Väitänkin, ettei masennusten sukupuolittuneisuus ollut tässä mielessä opintojen keskiössä, vaan lähinnä laitamilla muun mielenkiintoisen muttei kaikista oleellisimman tiedon ja tutkimuksen kanssa.

Tämä ei tarkoittanut, etteikö masennus ollut sukupuolittunutta. Masennus kiinnittyi naiseuteen, mutta lähinnä naisen lisääntymiselimistön kautta. Sitä koskevat teoriat ja tautiluokat rakensivat masennuksen naisen sairaudeksi. Masennus oli pitkälti naisten ongelma myös äitiyden kautta, sillä juuri äiti saattoi siirtää tai aiheuttaa masennusta omalle jälkikasvulleen. Tämän osalta vuosina 1980–1995 tapahtui muutosta kohti vastuun jakamista myös muulle perheelle ja läheisille. Opiskelijat olivat tämänkin masennusattribuutin suhteen aktiivisia toimijoita ja saattoivat itsekkin kyseenalaistaa äitiyden korostamisen sekä isän ja muiden perheenjäsenten roolin sivuuttamisen. Samalla kuitenkin naisen lisääntymiselimistön masennukset vakiintuivat entisestään uudistettujen kansainvälisten tautiluokitusten myötä.

<sup>473</sup> Ahlbeck-Rehn 2006, 390.

<sup>474</sup> Uimonen 2003, 205.

<sup>475</sup> Ahlbeck-Rehn 2006, 390; Shorter 2009, 45; Radden 2009b, 49; Salmela 2011, 86; Ahlbeck 2015, 242. Esim. DSM-5-luokituksesta löytyy muun muassa ”postpartum mood disorder”, ”postpartum major depressive episode” ja ”Premenstrual dysphoric disorder”. ”Mood episodes can have their onsets either during pregnancy or postpartum.” American Psychiatric Association 2013, 152.

## 2.10 Lasten ja nuorten masennus

Sukupuolitetun kehon lisäksi masennuksia rakennettiin ikävaiheiden ympärille. Psykologiassa ja psykiatriassa oli 1900-luvun kuluessa pyritty tunnistamaan ikäkausija ikävaihekohtaisia kehityskulkuja, haasteita, häiriöitä ja sairauksia. Työikäisiä koskevat masennukset muodostivat eräänlaisen neutraalien masennusten joukon, jonka masennusattribuutteja saatettiin hyödyntää muihin ikäkausiin. Muiden ikäkausien masennusattribuutteja ei sen sijaan hyödynnetty kuvaamaan kaikkiin ikäkausiin sovellettavia masennuksia. Turun yliopiston psykiatriassa tunnistettiin pääasiassa neljä ikävaihetta: lapsuus, nuoruus, aikuisuus ja vanhuus. Näiden ympärille pyrittiin saamaan myös omat psykiatrian oppiaineensa ja professuurinsa, joskaan siinä ei onnistuttu. Psykologian laitoksella erottelu ei ollut näin selkeä. Käytössä oli ennemminkin elämänkaaripsykologia, joka keskittyi terveeseen ja normaalin mielen tutkimukseen. Elämänkaaripsykologia jakoi ikäkausia useampaan kuin neljään vaiheeseen ihmisessä tapahtuvien kehollisten muutosten – kuten murrosikä – sekä ulkoisten elämänmuutosten – kuten kotoa pois muuttaminen ja lasten saaminen – perusteella.<sup>476</sup> Ristikkäisen opetuksen kautta psykiatrian ja psykologian opiskelijat tunsivat ainakin pintapuolisesti kummankin tieteenalan ikävaiheluokittelut. Tässä alaluvussa analysoin lapsuuden ja nuoruuden masennusten nimeämisiä ja sisältöjä.

Lasten ja nuorten masennusta käsiteltäessä painotettiin, etteivät näiden ikäryhmien masennusoireet vastanneet aikuisten masennusoireita. Sekä psykologian että lääketieteen opinnoissa oppikirjana olleessa lasten mielenterveyttä käsittelevässä teoksessa Vappu Taipale totesi, että

[L]asten masennustiloihin on, verrattuna muihin tunne-elämän häiriöihin ryhtytty kiinnittämään huomiota suhteellisen myöhään. Aiemmin ajateltiin, ettei lapsi kykene tuntemaan masennusta niin kuin aikuinen. Tätä tuki omalla tavallaan se, että lapsen masennuksen oirekuvat eivät ole samanlaisia kuin aikuisilla, vaan masennus kätkeytyy hyvin monenlaisten vaihtelevien oireiden taakse.<sup>477</sup>

Lasten masennusta ei aiemmin tunnistettu poikkeavien oireiden tähden, mutta samalla moni tutkija oli olettanut, ettei lapsi edes voisi olla masentunut. Opinnoissa

<sup>476</sup> Kehityopsykologian kurssilla elämänkaari jaettiin seuraaviin ikävaiheisiin: Vauvaikä (0–2 v), pikkulapsi-ikä (2–4 v), esikouluikä (4–7 v), kouluikä (latenssi-ikä 8–11/13 v), varhaisnuoruus (11/13–18 v), myöhempi nuoruusikä (18–22 v), varhainen aikuisikä (23–30 v), keski-ikä (30–50 v) ja myöhempi aikuisuus, vanhuus (50 v–). ”6-24” 1988; ”7-5” 1986. Samana vuonna toisella psykologian kurssilla nuoruusiän kehitysvaiheet jaettiin: adolesenssi (14–16 v.), myöhäisadolesenssi (16–25 v.) ja jälki-adolesenssi (20–25 v.). ”6-32” 1988, 11.2.1988.

<sup>477</sup> Taipale 1992, 251. Ks. myös Mussen et al. 1979, 534.

kerrottiin, etteivät lasten masennuksen oireet olleet samanlaisia läpi lapsuuden. Oman haasteensa asetti sekin, että lapsilla masennusoireet liittyivät usein jonkin toisen psyykkisen häiriön oireisiin. Psykologian opiskelija siteerasi vuonna 1988 Terttu Arajärven kirjoittamaa sekä psykologiassa että lääketieteessä käytössä ollutta oppikirjaa lähes sanasta sanaan: ”Masennuksen oireet riippuvat lapsen iästä ja kehitystasosta. Masennus esiintyy harvoin yksin, yleensä se on yhtenä osana lasten muissa psyykkisissä häiriöissä.”<sup>478</sup>

Lastenpsykiatrian opinnoissa lapsuusiän depressioiden epidemiologiaa käsitellessään Terttu Arajärvi huomioi, että niiden määrä on lisääntynyt. Hän kertoi sen johtuvan siitä, että ”osataan paremmin diagnostisoida depression eri ilmentymät”.<sup>479</sup>

Lapsi pystyy ilmentämään psyykkistä sairauttaan vain niillä oireilla, jotka ovat mahdollisia hänen persoonallisuuden kehitystaselleen. Siten masennuksen oireet poikkeavat suuresti aikuisten vastaavista oireista, samoin eri ikäisten lasten depressioiden oireet ovat erilaisia. Tästä ehkä johtuu, että pitkään on luultu, ettei lapsilla ole masennusta ja siihen on kiinnitetty huomiota vasta melko myöhäisessä vaiheessa [– –]. Tuntuu siltä, että depressiot ovat huonoimmin ymmärrettyjä lapsuusiän psyykkisistä häiriöistä.<sup>480</sup>

Vaikka Arajärvi piti masennusta alidiagnosoituna, hän huomioi eri tutkijoilla olevan erilaiset käsitykset siitä, mitä masennus on. Epidemiologisissa tutkimuksissa depressioiden määrä oli vaihdellut paljonkin. Arajärvi totesi, että ”[n]äin suuret vaihtelut johtunevat siitä, että eri tutkijat tarkoittavat depressio-oireilla eri asioita. Depressio saattaa olla oire jonkin muun psyykkisen sairauden yhteydessä tai varsinainen pääsairaus.”<sup>481</sup>

Suomalaiset tutkijat korostivat, että lasten hyvin ikäkausikohtaisista masennuksista tarvittiin lisää tietoa. Vuonna 1992 ilmestyneessä oppikirjassa Vappu Taipale pohti nuoruusiän ja lapsuuden psykoositasoisen masennuksen tunnistamista ja ilmenemistä. Hän kirjoitti, että

masennustilan diagnosointi ei ole yksinkertaista eivätkä käsityksemme lasten masennustilojen yleisyydestä ja ilmenemisestä vielä riittävän vakiintuneita. Tällä hetkellä keskustellaan siitä, esiintyykö lapsillakin aikuisilla tavattavien kaltaisia psykoottisiin häiriöihin luettuja kaksinapaisia masennuksen oirekuvia, joihin liittyy sekä masennusoireita että maanisia piirteitä. Tällaisia on havaittu

<sup>478</sup> Arajärvi 1984b, 135; Arajärvi 1987a, 162; ”7-22” 1988.

<sup>479</sup> Arajärvi 1984b, 134; Arajärvi 1987a, 161.

<sup>480</sup> Arajärvi 1984b, 133; Arajärvi 1987a, 160–161.

<sup>481</sup> Koski 1973, 460.



nuoruusiällä, vaikka niihin liittyvät maaniset vaiheet eivät erotu kovin tarkkarajaisesti. Jotkut asiantuntijat ovat vahvasti sitä mieltä, että lapsuusiän masennusoireiden joukossa on myös niitä, joiden hoitoon kuuluvat pelkästään lääkitys ja tukevat ympäristötoimenpiteet, ei lainkaan psykoterapia.<sup>482</sup>

Opinnoissa puhuttiin usein yleisesti lasten masennustiloista.<sup>483</sup> Lasten masennusten nähtiin aikuisten masennusten tavoin olleen usein reaktioita menetykseen, erityisesti perheen jäsenten – lähinnä äidin – menetykseen. Psykologian opiskelija kirjoitti vuonna 1990, että lasten depressioiden ”ilmenemismuodot [ovat] erilaisia kuin aikuisilla – taustalla menetykset (vähän työskenneltyinä) on saanut liian vähän, turvatomuus, ’alimittaisuus’ eli omat vaikeudet suhteessa ympäristön vaatimuksiin (esim. MBD)”.<sup>484</sup> Kuten totesin alaluvussa 2.3, opinnoissa aikuisten masennus ja suru erotettiin toisistaan. Tällaista tiukkaa rajanvetoa ei tehty lasten masennuksen osalta, mikä on saattanut johtua useasta syystä. Moni teoria liitti lasten masennuksen perheen jäsenen tai juuri äidin menetykseen.<sup>485</sup> Lapsen masennus ei yleensä ollut tarkkarajainen ja oirekeskeinen taudinkuvaus eikä selkeä yksittäinen psykiatrinen tautiluokka. Lapsen masennus oli omanlaistaan reagointia kuvaileva selitysmalli, joka usein nojasi psykoanalyysiin ja ajatukseen todellisen tai kuvitellun objektin menetyksestä. Vuonna 1989 psykologian opiskelija kuvasi esimurrosikäisen lapsen masennustilaa ja totesi, että ”[d]epression syynä esimurrosikäisellä on yleensä tärkeä objektin menetys tai puuttuminen, joka voi olla todellinen tai kuviteltu. Menetyksen syvällisyydestä riippuu, miten vaikea-asteinen depressio on ja kauanko se kestää. Esimurrosikäisen depressio-oireet ovat tavallisesti psykosomaattisia tai psyykkisiä.”<sup>486</sup> Psykologian opinnoissa sanottiin 1980-luvulla suoraan, ettei kyseessä ollut lapsen kohdalla sairaus. Käytössä olleen oppikirjan mukaan ”[m]onet lapset kokevat elämäntilanteisiin liittyviä ohimeneviä masennusjaksoja. Niitä ei pidetä patologisina.”<sup>487</sup>

Kuten edellisessä alaluvussa totesin, kietoutui lasten masennus usein kahtalaiseen äidin poissaoloon: fyysiseen ja psyykkiseen. Koski kirjoitti myös muista masennuksen mahdollisista syistä, kuten perinnöllisyydestä tai aivovaurion aiheutta-

<sup>482</sup> Taipale 1992, 254.

<sup>483</sup> Ks. esim. Lehtinen 1992, 3.

<sup>484</sup> Psykologian opintojen muistiinpanoja vuodelta 1990. ”6-6” 1990, 7.

<sup>485</sup> Psykologian laitoksen opinnoista ks. esim. Rosen, Fox ja Gregory 1972, 394; Mussen et al. 1979, 347.

<sup>486</sup> Vuonna 1989 valmistunut psykologian laitoksen harjoitustyö. ”7-9” 1989, 5.

<sup>487</sup> Psykologian laitoksella lukuvuosina 1981–1982 ja 1984–1986 käytössä ollut oppikirja. ”Many children experience transitory episodes of depression that are associated with life situations. These are not considered pathological.” Suomennos AM. Harmatz 1978, 382.

mista itsetunto-ongelmista. Perinnöllisyydestä mainittiin varovasti, että ”[t]urvattomien lasten depressiot eivät ehkä aina ole puhtaasti reaktiivisia, osalla lapsista saattaa olla myös hereditääriinen taipumus depressioihin”.<sup>488</sup> Arajärvi huomioi heikkolahjaisten, lukihäiriöisten ja invalidilasten kohtaamat itsetunto-ongelmat ja niiden aiheuttaman depressiivisyyden. Koska masennuksen taustalla olevat lapsen kohtaamat haasteet saattoivat olla todellisia, painotti Arajärvi lapsen lisäksi perheen hoitamisen merkitystä.<sup>489</sup> Vuonna 1997 valmistuneessa työssä kansanterveystieteen opiskelija osoitti masennusoireiden taustalla voivan olla myös esimerkiksi seksuaalinen hyväksikäyttö. Opiskelija kirjoitti, että ”[s]eksuaalisessa hyväksikäyttötilanteessa lapsella voi olla fyysisten oireiden lisäksi psykosomaattisia oireita: kastelua, inihäiriöitä, vatsakipua ja masennusoireita”.<sup>490</sup>

Sekä lapsuuden että nuoruuden masennustilojen yhteydessä korostettiin eroa aikuisten masennustiloihin. Joiltain osin sekä aikuisten että lasten ja nuorten masennusten kuvauksissa käytettiin samoja attribuutteja, kuten alhainen itsetunto, syyllisyydentunto, itkuisuus, päänsärky, hypokondriset valitukset, toivottomuus, avuttomuuden tunne, unettomuus, univaikeudet, lihominen tai laihtuminen, mielenkiinnostomuus ja kykenemättömyys iloittamiseen. Yleisesti lasten masennuksiin liitettiin näiden lisäksi seuraavia attribuutteja: onneton, surkea, katkera, vihainen, pettynyt, estynyt, välinpitämätön, sosiaalisesti vetäytynyt, väsynyt, lamauttava alakuloisuuden kokemus, olemus onneton ja surkea, ei mielenkiintoa mihinkään, ei iloa tai tyydytystä mistään, kokee itsensä hyljeksityksi, kokee ettei kukaan välitä hänestä, psykomotorista hitautta, tyydyttymättömyyttä, ei kykene ottamaan vastaan apua ja lapsen on vaikea luottaa aikuisiin, alavireisyys, ärtyisyys ja kohtuuton vihaisuus erityisesti omaisia tai huoltajia kohtaan, nukkumisvaikeuksia, ajoittaista yliaktiivisuutta tai hypoaktiivisuutta ja aggressiivisuutta. Masennusattribuutteja lueteltiin myös lapsuutta tarkemmin määriteltyjen ikävaiheiden yhteydessä. Imeväisikäisillä masennus näkyi erityisesti syömisvaikeuksina, vaikeuksina nukkua tai liiallisena nukkumisena. Leikki-ikäisten ja esikouluikäisten masennukseen liitettiin alavireisyyttä, uni- ja ruokahalun häiriöitä, ärtyisyyttä, kokemusta siitä, ettei kukaan välitä, levottomuutta, tyytymättömyyttä, pitkästymistä, raivokohtauksia, tottelemattomuutta, karkaamista, alttiutta onnettomuuksiin ja tapaturmiin, muun muassa tuhrimisena ja kasteluna ilmenevää välinpitämättömyyttä itsensä suhteen, arvottomuuden tunteita sekä psykosomaattisia oireita, kuten päänsärkyä ja vatsakipuja. Latenssi-ikäisten ja kouluikäisten masennus ilmeni puolestaan ikävystymisenä, rauhattomuutena, väsymyksenä ja epäadekvaattina käyttäytymisenä, harrastusten äkillisenä lopettamisena, jatkuvana

<sup>488</sup> Koski 1973, 461.

<sup>489</sup> Lastenpsykiatrian oppikirjana 1984–1987 vuoden 1984 painos ja lastenpsykiatrian oppikirjana 1987–1995 vuoden 1985 painos. Arajärvi 1984b, 137; Arajärvi 1987a, 164.

<sup>490</sup> Kansanterveystieteen syventävien opintojen kirjallinen työ. Nuorikkala 1997, 16.

liikkeellä olona ja virikkeiden hakuna, kapinointina, karkailuna, päämäärättömänä vaelteluna, tapaturma-alttiutena, itsetuhon eri muotoina, runsaana epämääräisenä psykosomaattisena oireiluna, vatsakipuina, migreenistyyppisenä päänsärkynä, keskittymisvaikeuksina, koulupinnauksena ja koululevottomuutena. Kouluikäisen masennuksen pitkittyessä masennus oli surullisuutta, hajamielisyyttä, hitautta, tunteisiin vastaamattomuutta, psykomotorisen liikunnan vähentymistä, tietynlaista periksi antamista, huonoa omanarvon tuntoa ja tyhjyyden tunnetta.<sup>491</sup>

Lasten masennusta käsiteltiin harvoin psykoositasoisena mielisairautena, vaikka se nähtiin pahimmillaan kuolemaan johtavana vakavana tilana. Koski totesi, että ”[l]apsen depressio on vakava psykiatrinen ongelma, joka hoitamattomana saattaa johtaa kroonistumiseen ja vaikeihin komplikaatioihin”.<sup>492</sup> Vuonna 1994 lastenpsykiatrian opiskelija kirjoitti aiheesta ”Lastenpsykiatriseen osastohoitoon tulneiden lasten perherakenne ja perheen vuorovaikutus”. Opiskelija antoi tapausesimerkin 11-vuotiaan pojan lastenpsykiatrisesta osastohoidosta. Tapauksessa kuvailtiin lähtötilannetta, osastolla oloa ja jatko-suosituksia. Pojan lähtötilanteen kuvauksessa kerrottiin pojan pärjäävän huonosti koulussa, jättävän toistuvasti läksyt tekemättä ja kirjat kotiin, olevan apaattinen, väsynyt, vetäytynyt, saamaton, hiljainen ja omissa maailmoissaan. Lisäksi poika änkytti ajoittain ja söi huonosti, oli levoton ja häiritsi koulussa muita oppilaita. Opiskelija kirjoitti, että poika oli ”[k]oulukuraattorille kertonut myös itsetuhoisista ajatuksistaan ja uhannut itsemurhalla, jos häneltä vaaditaan asioita, joita ei halua tehdä”.<sup>493</sup> Opiskelija kertoi, että ”[l]ähetteen ja ensimmäisen perhetapaamisen perusteella keskeiseksi ongelmaksi arvioitu masennus on osastojakson aikana osittain naamioitunut kätkeytyen käytöshäiriöön”.<sup>494</sup> Pojan tilan kuvaus vastasi aikansa lasten masennusmääritelmiä käytöshäiriöitä myöten. Kuitenkin ”[o]mahoitaja tuonut esiin ajatuksen vakavammastakin mielenterveydenhäiriöstä, koska havainnut pojassa ajoittain paranoidissävytteisiä piirteitä”.<sup>495</sup> Paranoidisuus oli osa aikuisten masennuskäsityksiä eikä se ollut lasten masennusten keskiössä. Kaikista masennukseen viittaavista attribuuteista huolimatta tilan mahdollinen vakavuus sai opiskelijan epäilemään masennusdiagnoosia. Toisin sanoen opiskelija ei mieltänyt vakavuuden voivan tarkoittaa vakavaa masennusta lapsen kohdalla.

<sup>491</sup> ”7-2” ei pvm., 5–6; Hilgard, Atkinson ja Atkinson 1971, 70; Koski 1973, 462; Harmatz 1978, 382; Mussen et al. 1979, 534; Arajärvi 1984b, 135–136; Arajärvi 1987a, 162–164; ”7-22” 1988; Reijo Holmströmin luento ”Krooninen masentuneisuus” ”7-12” 1989; Arja Konttilan luento ”Sosiaalihuollon perheneuvonta” ”6-37” 1990, 28.11.1990; ”6-6” 1990, 7; Taipale 1992, 251, 253, 254–255; Heinisuo 1994, 14; Nuorikkala 1997, 28.

<sup>492</sup> Koski 1973, 463.

<sup>493</sup> Lastenpsykiatrian syventävien opintojen kirjallinen työ. Heinisuo 1994, 11.

<sup>494</sup> Heinisuo 1994, 14.

<sup>495</sup> Heinisuo 1994, 14.

Lasten masennuksiin liitettiin muutamia toistuvia teorioita. Opinnoissa tunnetuimmat teoriat olivat Sptizin ja Wolfin teoria anakliittisesta depressiosta sekä Melanie Kleinin teoria lapsen depressiivisestä positioista. Lisäksi Anna Freud mainittiin ajoittain, mutta hänet tunnettiin enemmän aikuisiin liittyvistä teorioistaan. Anakliittiseen depressioniin liittyivät Spitzin teoria hospitalismista ja isobritannialaisen psykiatrin John Bowlbyn teoria äidinriistosta.<sup>496</sup>

Opinnoissa anakliittiseen depressioniin viitattiin masennustilojen varhaisimpana muotona.<sup>497</sup> Aina tilaa ei kutsuttu anakliittiseksi depressioksi, vaikka siihen viittaminen oli selvää kirjoitettaessa alle kaksi- tai kolmevuotiaan pitkittyneestä erosta äidistä tai lähiperheestä. 1980-luvun psykiatrian opintojen oppikirjassa kirjoitettiin aikuisten neuroottisten depressioiden yhteydessä myös lasten masennuksesta: ”Pie-nellä lapsella voidaan depressio nähdä varsin selvästi hänen joutuessaan esimerkiksi laitoshoittoon, jossa hän kokee itsensä hylätyksi ja yksinäiseksi.”<sup>498</sup>

René Spitz ja Katherine Wolf olivat seuranneet toisen maailmansodan jälkeisenä aikana laitoshoidossa olevien 6–24 kuukauden ikäisten lasten reagointia pitkäaikaiseen, jopa puolentoista vuoden eroon äidistä tai äidin korvikkeesta. Vuonna 1984 valmistuneessa väitöskirjassa kuvailtiin Spitzin havainneen, että jos puolesta vuodesta vuoteen ikäinen lapsi oli erossa äidistä kolmen kuukautta, saattoi lapsi sairastua anakliittiseen depressioniin. Jos äiti palasi kolmen kuukauden jälkeen, tilanne normalisoitui. Muussa tapauksessa tila saattoi pahentua pysyväksi kehitysvammaksi tai altistaa sairauksille ja jopa kuolemalle.<sup>499</sup> 1980-luvulla lääketieteen opinnoissa Veikko Tähkä totesi, että ”[ä]idin palattua oireet häviävät muutamassa päivässä, ja lapsen kadonneet kehitykselliset saavutukset palaavat”.<sup>500</sup> Arajärvi ja Taipale olivat eri mieltä prognoosin osalta. He totesivat, että imeväisiän depressio tai anakliittinen depressio saattoi aiheuttaa suuria ja kauaskantoisia häiriöitä. Häiriöllä viitattiin lievästä häiriöstä jopa kehitysvammaisuutta muistuttavaan tilaan, ja se muovasi lapsen tunnemaailmaa mahdollisesti läpi elämän. Arajärvi kirjoitti varhaisessa iässä läpikäydyn anakliittisen depression jättä-

<sup>496</sup> Psykologian opinnoissa: Alanen, Achté ja Tienari 1981, 285; Mangs ja Martell 1982, 47–48; ”7-22” 1988; Reijo Holmströmin luento ”Krooninen masentuneisuus” ”7-12” 1989; ”6-6” 1990, 6; Aalto 1991, 2, 5; Myyrä 1994, 4. Lääketieteen opinnoissa: Tähkä 1972, 45; Mattila 1984, 44; Lintunen 1986, 4.

<sup>497</sup> Luukkanen ja Ristimäki 1991, 997; Taipale 1992, 252.

<sup>498</sup> Lääketieteen lisensiaatin opintojen psykiatrian opintojaksolla lukuvuosina 1979–1986 käytössä ollut oppikirja. Kaila ja Achté 1970, 107.

<sup>499</sup> Mattila 1984, 44.

<sup>500</sup> Lääketieteen lisensiaatin opinnoissa lääketieteellisen psykologian opintojaksolla lukuvuosina 1979–1980, psykiatrian opintojaksolla lukuvuosina 1979–1981 ja psykologian opintojaksolla lukuvuosina 1979–1987 käytössä ollut vuonna 1972 julkaistu oppikirja. Tähkä 1972, 45.

vän masennustaipumuksen, joka voi myöhemmän menetyskokemuksen myötä laukaista masennuksen.<sup>501</sup>

Anakliittisessa depressiossa lapsi oli lähes tai täysin sulkeutunut.<sup>502</sup> Eron äidistä tai äidin korvikkeesta kuvailtiin aiheuttavan pelokkuutta, surullisuutta, torjuntaa, huolta, itkuisuutta, vaikerointia, ärtyisyyttä, vetäytymistä ihmissuhteista, kehitysviivästymää, aktiviteetin selvää laskua, ruokahalun puutetta, unettomuutta ja pahimmillaan stuporin, jossa lapsi muuttui täydellisen apaattiseksi, taantui sekä henkisesti että motorisesti ja menetti elämänhalunsa. Lapsi oli myös normaalia alttiimpi infektioille ja muille sairauksille.<sup>503</sup> Vuonna 1988 psykologian opiskelija kirjoitti lapsuusiän depressioista ja kuvaili anakliittista depressiota näin:

Varhaisin depression muoto on Spitzin (1946) kuvaama akakliittinen depressio. Ensimmäisen ikävuoden lopulla, kun lapsi on oppinut peruskontaktit omiin vanhempiinsa ja sisaruksiinsa, on olemassa vaara masentua, jos lapsi menettää nämä objektit eikä saa itselleen äidin sijaista: Lapsi tulee itkuiseksi ja ärtyneeksi, menettää painoa, syö ja nukkuu huonosti. Parin kuukauden kuluttua lapsi tulee apaattiseksi ja reaktioissaan hitaaksi, hän taantuu henkisesti ja motorisesti. Taudinkuva muistuttaa psykoosia. Se voi johtaa joskus jopa kuolemaan.<sup>504</sup>

Taipale puolestaan antoi esimerkin Osmosta, jonka anakliittista depressiota hän kuvaili näin:

Osmo oppi seisomaan, kävelemään ja sanomaan sanoja, mutta hänen kehityksensä hidastui ja hänelle ilmaantui outoja tapoja. Hän keinutteli itseään tuntikauksia, kilkutteli erilaisia ääniä ja oli kiinnostunut vain niistä. Unirytmä häiriintyi, ja vähitellen koko perhe kulutti yökausia tyynnyttellen häntä laululla. Osmon ollessa kaksivuotias käynnistyneet tutkimukset osoittivat hänen olevan fyysisesti terveen, mutta käyttäytyvän autistisesti ja elävän omilla maailmoillaan. Kontaktia hän ei pystynyt tai halunnut luoda aikuisiin eikä lapsiin.<sup>505</sup>

<sup>501</sup> Arajärvi 1984b, 134; Arajärvi 1987a, 161; Taipale 1992, 252.

<sup>502</sup> Alanen, Achté ja Tienari 1981, 285; Mangs ja Martell 1982, 47–48; ”7-22” 1988; Reijo Holmströmin luento ”Krooninen masentuneisuus” ”7-12” 1989; Achté ja Kuoppasalmi 1990b, 141; Taipale 1992, 252.

<sup>503</sup> Hilgard, Atkinson ja Atkinson 1971, 70; Koski 1973, 436–37, 462; Alanen, Achté ja Tienari 1981, 285; Mangs ja Martell 1982, 47–48; Arajärvi 1984b, 134; Mattila 1984, 44; Arajärvi 1987a, 161; ”7-22” 1988; Achté ja Kuoppasalmi 1990b, 141; Taipale 1992, 33, 252.

<sup>504</sup> ”7-22” 1988.

<sup>505</sup> Taipale 1992, 252–253.

Opinnoissa käsiteltiin myös hospitalismia, jolla viitattiin normaalin kehityksen hidastumiseen tai jopa pysähtymiseen.<sup>506</sup> Käytännössä ero anakliittisen depression ja hospitalismin välillä vaikutti aste-erolta. Koski kuvasi eroa näin: ”Erona hospitalismista, jolle on ominaista kehityksen hidastuminen, anakliittiselle depressiolle on ominaista kehityksen taantuminen siihen vaiheeseen, jossa äiti vielä oli lapsen luona.”<sup>507</sup> Toinen anakliittista depressiota vastaava spesifi sairaudenkuvana oli emotionaalinen deprivatiokäpiökasvuisuus. Taipale kuvaili 1990-luvulla lastenpsykiatrian oppikirjassa deprivatiokäpiökasvuisuuden oireiden olleen

huomattava painon ja pituuden jälkeenjääneisyys ilman todennettavaa somaattista sairautta [– –] luustoiän vakava jälkeenjääneisyys kalenteri-ikästä [– –] hyvin pömpöttävä maha, ja kehitykseltään he ovat lievästi psyykkisesti jälkeenjääneitä. Huomiota kiinnittää heidän suunnaton, poikkeava ruokahalunsa. [– –] Oireyhtymän takana on tulkittu olevan lapsen emotionaalisten tarpeiden varhainen vaikea tyydyttämättömyys.<sup>508</sup>

Psykoanalyttisesti suuntautuneissa teksteissä samantyyppiseen reaktioon viitattiin Freudin anaalivaiheteorian kautta. Teoria koski kahdesta kolmeen vuotiaita lapsia, mutta reaktio ei vaatinut nimenomaan äidin tai läheisimmän hoivahahmon menetystä, vaan menetys saattoi olla hyvin toisenlainen.<sup>509</sup> Teorian mukaan pieni lapsi saattoi reagoida esimerkiksi ulostamiseen masennuksella pelätessään menettävänsä osan itsestään.<sup>510</sup>

Anakliittisen depression kaltainen teoria oli myös psykiatri ja kehityspsykologi John Bowlbyn vuonna 1951 julkaisema teoria äidinriistosta.<sup>511</sup> 1980-luvun puolivälissä psykologian opinnoissa äidinriistoa kuvattiin näin:

John Bowlby [– –] on tunnetuissa tutkimuksissaan sairaalaan joutuneiden lasten eroreaktioista havainnut kolme vaihetta: ensimmäisessä, *protestivaiheessa*, surun ja epätoivoisen vihan ilmaukset ovat vallitsevina. Nämä muuttuvat *depres-*

<sup>506</sup> Spitz 1946; Arajärvi 1984b, 138; Taipale 1992, 34–35; Harrington 2019, 92. Hospitalisoidut lapset mainittiin Spitzin tutkimuskohteena myös psykologian historian kursilla vuonna 1988, mutta masennuksesta ei tässä yhteydessä puhuttu. ”5-25” 1988.

<sup>507</sup> Koski 1973, 462.

<sup>508</sup> Lukuvuosina 1993–1996 käytössä ollut lastenpsykiatrian oppikirja. Taipale 1992, 253.

<sup>509</sup> Pervin 1980, 52; ”6-6” 1990, 7.

<sup>510</sup> Pervin 1980, 52.

<sup>511</sup> Bowlby 1951.

*siiviseksi* epätoivoksi, joka vähitellen muuttuu *välinpitämättömyydeksi* näennäisine sopeutumisineen ja eron kiistämisineen.<sup>512</sup>

Äidinriistossa alle kaksivuotiaat reagoivat eroon vanhemmistaan ensin aktiivisesti esimerkiksi itkemällä ja sitten vetäytymällä ja muuttamalla apaattisiksi. Tätä masennustilaa eli depressiivistä epätoivoa saattoivat seurata fyysiset muutokset, kuten painon putoaminen ja somaattinen sairastuminen. Bowlby esitti, että liian pitkän erossa olon seurauksena välinpitämättömyys muita kohtaan ja kykenemättömyys kiintyä muihin saattoivat jäädä pysyviksi.<sup>513</sup>

Äidin tai muun läheisen ihmisen menettämisen aiheuttamasta masennuksesta kirjoitettiin myös imeväisiän ohittaneiden lasten yhteydessä.<sup>514</sup> Vielä pitkälti 1990-luvulla, vuonna 1997, kansanterveystieteen opiskelija kirjoitti vanhempien menetyksen olleen tärkein syy lapsuuden masennukselle.<sup>515</sup>

Lapsen masennuksen taustasyistä oli useita muitakin teorioita. Lastenpsykiatrian oppikirjassa Arajärvi esitteli näistä kolme teoriaa. Ensinnäkin psykoanalyttikko Melanie Klein oli vuonna 1948 julkaissut teorian depressiivisestä psykoosista. Tätä teoriaa käsittelemän tarkemmin myöhemmin tässä alaluvussa. Toiseksi jo aiemmin mainittua Sandlerin ja Joffen 1960-luvulla kehittämää teoriaa psyykkisestä kivusta sovellettiin myös lapsiin. Lapsen masennuksen ajateltiin voivan johtua todellisen tai kuvitellun menetyksen aiheuttamasta psyykkisestä kivusta ja sen mukanaan tuomasta avuttomuudesta, tyhyydestä ja pettymyksestä. Kolmannen, vuonna 1967 kehitetyn teorian mukaan lapsi tajusi ennen vuoden ikää itsessään olevan sekä hyvää että pahaa. Tämä oli vaativa prosessi ja jos lapsi epäonnistui tämän prosessoinnissa, jäi hänen sisälleen tyhjiys, joka oli pohja masennukselle.<sup>516</sup>

Vuonna 1988 psykologian opiskelija kertoi, että osa lapsuuden normaalia kehitysvaihetta oli oppia käsittelemään tunteita, jotka kohdistuivat omiin vanhempiin ja itseen. Opiskelija kirjoitti, että ”Melanie Klein (1948) esittää, että jokainen lapsi läpikäy normaalissa kehityksessään depressiivisen psykoosin. Sen aiheuttavat ambivalenttiset tunteet vanhempia kohtaan, sekä riittämättömyudentunne oman itsensuhteen. Jos lapsi ei onnistu ratkaisuisaan, fiksoituminen on mahdollista.”<sup>517</sup> Vaikka

<sup>512</sup> Lukuvuonna 1985–1986 psykologian opintojen valinnaisella kurssilla käytössä ollut oppikirja. Cullberg ja Rutanen 1977, 169.

<sup>513</sup> Psykologian laitoksen opinnoissa lukuvuosina 1980–1982 ja 1983–1987 käytössä ollut yhdysvaltalainen oppikirja. Hilgard, Atkinson ja Atkinson 1971, 70. Ks. myös Cullberg ja Rutanen 1977, 169; Crain 1980, 49–50.

<sup>514</sup> Rosen, Fox ja Gregory 1972, 394; Mussen et al. 1979, 347.

<sup>515</sup> Kansanterveystieteen syventävien opintojen kirjallinen työ. Nuorikkala 1997, 28.

<sup>516</sup> Kaksi lukuvuosina 1984–1995 käytössä ollutta lastenpsykiatrian oppikirjaa. Arajärvi 1984b, 134–135; Arajärvi 1987a.

<sup>517</sup> ”7-22” 1988, 12.

Klein puhui depressiivisestä psykoosista, ei hän viitannut patologiaan. Kaikki lapset kävivät ensimmäisen ikävuoden toisella puoliskolla läpi depressiivisen psykoosin tai depressiivisen position. Tänä aikana lapsen omakuva kypsyi ja lapsi ymmärsi, että tyydytystä tuottava äiti ja turhauttava äiti olivatkin kahden ihmisen sijaan yksi ja sama ihminen. Tämä tuotti suurta ahdistusta, sillä lapsen oli hyväksyttävä, että hänessä itsessäänkin oli sekä hyviä että huonoja puolia. Osa lapsista ei onnistunut hyväksymään asiaa kunnolla. Lapsen jäi elämänmittainen alttius vastoinkäymisen edessä taantua depressiivisen psykoosin tai position tasolle ja kokea jälleen vahvaa ahdistusta.<sup>518</sup> Psykoanalyttisesti suuntautuneessa lastenpsykiatriassa psykoanalyttikko Melanie Klein oli Anna Freudin ohella merkittävä nimi. Kleinin teoria depressiivisestä psykoosista tai positioista oli anakliittisen depression tavoin laajalti tunnettu teoria 1980- ja 1990-luvuilla psykologian<sup>519</sup> ja lääketieteen<sup>520</sup> opinnoissa.

Psykodynaamisia ja esimerkiksi objektipsyvyvyyteen viittaavia teorioita käsiteltiin taajaan opinnoissa. Vuonna 1986 lastenpsykiatrian opiskelija kirjoitti, että psykoottisten ja rajatilapsykoottisten lasten yksilöterapiassa oleellista oli ”hylkäämisen depression läpityöskentely, potilaan vähittäinen mutta lopullinen irrottautuminen vanhempien arkaaisesta läsnäolosta”.<sup>521</sup> Psykologian opiskelija käsitteli vuonna 1988 psykoanalyttikko Alice Millerin ajatuksia. Millerin mukaan aikuisena kehitetty syvä masennustila saattoi juontua lapsuudessa koetusta vääryydestä ja raakuudesta, jota hän ei voinut myöntää vanhempien syyksi. Miller näki tämän aiheuttavan kehän, jossa vääryyttä kokenut aikuinen kasvatti omat lapsensa samalla tavoin. Masennuksesta saattoi näin tulla sukupolvelta toiselle psykologisesti periytyvä tila. Opiskelija tarkasteli Millerin teoriaa masennuksesta myös narsistisena häiriönä. Tällöinkin pohja oli lapsuudessa ja äidin narsistisessa omimisessa, joka ei jättänyt tilaa lapsen omana itsenä olemiselle ja lapsen tarpeiden tyydyttämiselle.<sup>522</sup> Psykoanalyttiset teoriat sitoivat masennuksen syyt lapsuuteen, vaikka masennus koettaisiinkin vasta aikuisuudessa.<sup>523</sup> Depressiivinen neuroosi tai masennus ylipäättään saatettiin nähdä johtuvaksi myös lapsuuden oraalivehän epäonnistumisesta ja fiksoitumisesta. Tämä saattoi selittää, miksi masentunut kieltäytyi syömästä, sillä masentunut koki oraalisien aggressionsa tuhon katoetun rakkausobjektin.<sup>524</sup>

<sup>518</sup> Arajärvi 1984b, 134–135; Mattila 1984, 56, 58–59.

<sup>519</sup> Salminen 1985b, 9–13; ”1-1” 1987, 8–9; ”7-22” 1988; Väliotsikko ”Melanie Klein: depressiivinen positio 4kk - 1 v” ”7-25” 1988; Myyrä 1994, 3.

<sup>520</sup> Bondestam 1985, 20–21.

<sup>521</sup> Lastenpsykiatrian syventävien opintojen kirjallinen työ. Lintunen 1986, 6.

<sup>522</sup> Psykologian opiskelijan harjoitustyö vuodelta 1988. ”3-13” 1988, 1, 3, 7, 10.

<sup>523</sup> Sittemmin psykoanalyttisessä ajattelussa ei keskitytä enää lähinnä lapsuuteen etsittäessä mistä ongelmat juontuvat.

<sup>524</sup> Crain 1980, 127; Mangs ja Martell 1982, 50–52; ”3-10” 1987, 3; ”7-4” 1988, 15.



Myös nuoruuteen katsottiin liittyvän masennusta ja jopa depressiota.<sup>525</sup> Nuoruus nähtiin muutosvaiheena, joka altisti normaalienkin tunteiden ja tilojen patologisoitumiselle. Vuonna 1989 psykologian opiskelija kirjoitti harjoitustyössään, että ”[m]yös normatiivinen depressiivinen mieliala voi epädullisissa olosuhteissa muuttua patologiseksi, koska nuoren minä on vielä heikko ja hän tarvitsee paljon ulkonaista tukea”.<sup>526</sup> Normaalin ja sairaan masennustilan välisen rajan häilyvyydestä kirjoitettiin kaikkien ikäjaksojen kohdalla, mutta rajan häilyvyyttä painotettiin erityisesti nuoruusiän masennuksissa. Psykiatrian opintojaksolla 1980-luvun alussa nuoruusiän masennusta pohdittiin olennaisena osana nuoruusiän psyykkistä oirehdintaa:

Sairauden [yleisesti nuoruusiän psyykkisten häiriötilojen] oireet ovat tavallisesti vaihtelevia eivätkä useinkaan muodosta sellaisia selviä taudinkuvia, joita tavataan aikuisilla. Keskeisenä piirteenä on usein vahva aikuiseksitulemisenpelko. Monesti voidaan vain todeta nuoren olevan vaikeassa kriisivaiheessa, johon saattaa liittyä voimakasta tuskaisuutta ja toisinaan sellaista itsensä vieraaksi tuntemista, että tila lähentelee psykoottista sairaudenkuvaa. Masennus ja oman mättömyyden tunne saattavat vaihdella korostuneen itsetunnon kanssa. Itsemurha-aiheet eivät ole kovin harvinaisia.<sup>527</sup>

Lastenpsykiatria oli 1980-luvulle tultaessa jo selkeä oma psykiatrian alansa, mutta nuorisopsykiatria haki edelleen paikkaansa lastenpsykiatrian ja aikuistenpsykiatrian välillä. Opinnoissa nuorisopsykiatrian edustajana esiintyi Tor-Björn Hägglund. Hän oli valmistunut lääketieteen lisensiaatiksi vuonna 1960, psykoanalyytikoksi vuonna 1967 ja väitellyt lääketieteestä vuonna 1976.<sup>528</sup> Useissa Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan ja psykologian laitoksen opintojen osana olleissa kirjoituksissaan Hägglund nojasi psykoanalyttisiin teorioihin. Hän ei lähestynyt nuoruuden masennustiloja sairautena, vaan lapsuuden menetystä seuranneena epäonnistuneena suruprosessina. Hägglund erotti tämän masennuksen epänormaalia ja sairaasta masennuksesta, depressiosta.

1980-luvun lastenpsykiatrian oppikirjassa Hägglund kirjoitti nuoruusiän kriiseihin kuuluvan, että nuori oli ajoittain masentunut ja sureva. Masentuneisuuteen saattoi sekoittua myös epänormaalia: ”Ne nuoret, joilla on lapsuudessaan ollut vaikea turvallisuudentunnetta horjuttava psyykinen trauma, käyttävät kuitenkin depressii-

<sup>525</sup> Ks. mm. Lahti 1991, 57.

<sup>526</sup> ”7-9” 1989, 6.

<sup>527</sup> Lääketieteen lisensiaatin opintojen psykiatrian opintojaksolla lukuvuonna 1979–1980 käytössä ollut oppikirja. Syväne 1975, 335.

<sup>528</sup> Impiö 2004.

visiä mekanismeja enemmän kuin muut.”<sup>529</sup> Hägglund kirjoitti nuoruusiän separaation lapsuuden ihmissuhteista olevan kaksivaiheinen tapahtuma, jonka toisessa vaiheessa nuori luopui lapsuuden ihmissuhteista sellaisina kuin ne olivat lapsuudessa olleet. Tähän liittyi syyllisyydentunteita ja alentunutta itsetuntoa, mikä Hägglundin mukaan antoi nuoresta ”depressiivisen kuvan. Kyseessä ei kuitenkaan ole depressio varsinaisessa mielessä, vaan normaali kehitysvaihe, jossa aikaisemmat henkilön minää vahvistavat objektsuhteet ovat hajonneet eivätkä uudet vielä ole muodostuneet.”<sup>530</sup> Vuonna 1989 psykologian opintojen psykiatrian opintojaksolla tätä kuvattiin normaaliksi surutyöksi.<sup>531</sup> Kehityshäiriöt ja kehitysdiagnostiikka -kurssilla puolestaan todettiin nuoren masennuksen ja epätoivoisuuden voivan olla vanhempiin liittyvän kiintymyksen kääntämistä vihaksi itseään kohtaan.<sup>532</sup>

Käydessään läpi nuoruusiän psyykkisiä häiriöitä, Hägglund kertoi depressioiden olevan nuorten tavallisimpia häiriöitä. Samalla hän huomautti häiriöiden eronneen normaaliin kehitykseen kuuluneesta surutyöstä. Hägglund kertoi nuorten masennuksen olleen psykologialtaan yleensä aikuisten masennusta vastaava. Depressio poikkesi kuitenkin sekä kliiniseltä kvaltaan että etiologialtaan sekä aikuisten että lasten depressiosta, jos depression syynä oli ”nuoruudessa tapahtuva lapsuuden reaktivoitunut depressio”.<sup>533</sup> Hägglund tulkitsi lapsena koetun vaikean masennustilan voivan aiheuttaa nuorella tietynlaista käyttäytymistä. Nuori saattoi olla riitainen ja vihamielinen, eikä kohdistanut negatiivisuuttaan ainoastaan muihin vaan myös itseensä, koska halusi rangaista lapsuudessa sisäistämäänsä vanhemman kuvaa. Toisaalta nuori saattoi masokistisesti kieltää kaikki tunteensa ja siteensä vanhempiaan kohtaan ja kuljeksia kodin ulkopuolella. Näin tapahtui, jos nuori koki tulleen lapsena laiminlyödyksi ja hylätyksi. Kieltämällä kaikki siteet omiin vanhempiin nuori alitajuisesti vaati heiltä hoitoa ja hoivaa. Nämä kummatkin muodot olivat Hägglundin mukaan nuoruusiän neuroottisen depression muotoja.<sup>534</sup>

Nuorten masennuksista oli huomattavasti vähemmän kirjoituksia kuin lasten masennuksista, joskin kouluikäisillä viitattiin osittain myös nuoriin. Lasten tavoin nuorten masennus saattoi ilmetä riitaisuutena, vihamielisyytenä ja rauhattomuutena, hypokondrisina valituksina ja psykosomaattisina oireina kuten päänsärkinä, vatsakipuna mutta myös tylsistymisenä ja ikävystymisenä. Nuorten masennus oli aikuisten masennusten kaltaisesti negatiivista minäkäsitystä, huonoa ruokahalua ja syyllisyyttä. Esimurrosikäisten kirjoitettiin voivan kantaa perheen ongelmista syyllisyyttä,

<sup>529</sup> Lastenpsykiatrian opintojaksossa lukuvuosina 1979–1984 käytössä ollut oppikirja. Hägglund 1973, 481.

<sup>530</sup> Hägglund 1973, 483.

<sup>531</sup> ”7-12” 1989, 8.12.1989 Liisa Kallioisen luento.

<sup>532</sup> ”7-13” 1989, Moniste otsikolla ”Perheessä on pian murrosikäinen”. Sivun 3.

<sup>533</sup> Hägglund 1973, 487; ”7-12” 1989, 8.12.1989 Liisa Kallioisen luento.

<sup>534</sup> Hägglund 1973, 487–489.

joka muuttui irrallisiksi masennusta ja ahdistusta aiheuttaviksi vihantunteiksi. Myöhemmässä nuoruudessa lannistuminen ja vetäytyminen saattoi näyttäytyä masennusjaksoina.<sup>535</sup> Sekä lasten että nuorten masennukseen liitettiin aikuisten masennusten tavoin itsemurha-ajatukset, -yritykset ja onnistuneet itsemurhat.

Oman kysymyksensä muodosti koulu, ja lapsen tai nuoren käytös siellä sekä huoli koulunkäynnin vaikeutumisesta muun muassa keskittymisvaikeuksien, väsymyksen ja levottomuuden takia.<sup>536</sup> Lastenpsykiatrian opinnoissa Maija-Liisa Koski totesi, että ”[h]uonontunut koulumenestys saattaa olla ensimmäinen oire depressiosta. Depressioon liittyvä itseluottamuksen puute vaikuttaa lapsen koulumenestykseen.”<sup>537</sup> Kouluikäisten ja nuorten kohdalla käyttäytymisongelmiin liitettiin peitetty masennus ja piilomasennus. Lapsi tai nuori kielsi masennuksen tunteensa ja täytti päivänsä huomiota herättävällä käyttäytymisellä. Masennuksen tunteiden kieltämisestä puhuttiin *denial*-teorianaa. Tällaiseen masennukseen viitattiin *onnellisena, hymyilevänä* tai *naamioituna depressiona* ja siitä seuraavaan käytökseen viitattiin muun muassa *pellon roolina* ja *acting out* -käyttäytymisenä. Käytöshäiriöt saattoivat olla kaikkea vähäisestä oman koululuokan häiritsemisestä vakavaan rikollisuuteen. Käytöshäiriöiden tarkoituksena oli osoittaa läheisille, että he olivat kohdelleet lasta tai nuorta huonosti.<sup>538</sup> Lastenpsykiatriassa Koski käsitteli *denial*- ja *acting out* -käyttäytymistä:

Denial on luonteenomaista murrosikäiselle. [– –] toisinaan murrosikäinen tietoisesti naamioi depressiiviset tunteet onnellisuuden naamion taakse. Silloin voidaan puhua ”hymyilevästä depressiosta”. [– –] Denial ei yksin riitä, vaan depressiivisille tunteille tarvitaan jokin purkautumistie. Usein ne purkautuvat *acting out* -käyttäytymisenä ja joskus vakavana rikollisuutena. [– –] Näillä lapsilla ja nuorilla on erittäin huono omanarvontunto ja voimakas tyhjyyden tunne. Mikä tahansa toiminta on parempaa kuin kohdata oma sisäinen tyhjyytensä, siitäkin huolimatta, että toiminta saattaa olla vaarallista ja tuhoavaa. [– –] *Acting out* -käyttäytyminen on suunnattu läheisiä ihmisiä vastaan: tällä teolla osoitan, kuinka huonosti olette minua kohdelleet. Ja vihdoin se saattaa toimia itse aiheuttettuna rangaistuksena syyllisyyden tunteille. Nuori saattaa tuntea olevansa syyppä vanhemman menettämiseen ja syyllinen tarvitsee rangaistuksen.<sup>539</sup>

<sup>535</sup> Hägglund 1973, 487–489; Mussen et al. 1979, 534; Pincus ja Dare 1980, 28; ”7-9” 1989, 5–7.

<sup>536</sup> Arajärvi 1984b, 135–136; Arajärvi 1987a, 162–164.

<sup>537</sup> Lukuvuosina 1979–1984 lastenpsykiatrian opinnoissa käytössä ollut oppikirja. Koski 1973, 463.

<sup>538</sup> Koski 1973, 462; Mussen et al. 1979, 534; Arajärvi 1984b, 135–136; Arajärvi 1987a, 162–164; ”7-12” 1989, 8.12.1989 Liisa Kallioisen luento; Taipale 1992, 253.

<sup>539</sup> Koski 1973, 462.

Nuorten depression tunnusmerkkien lisäksi lainauksessa näkyy, miten nuoren käyttäytymistä tulkittiin hänen aiempien kokemustensa kautta. Nuoren tunteet ja käyttäytyminen olivat reaktioita aiemmin tapahtuneelle, kuten vanhemman menetykselle. Vuonna 1990 kirjoitetuissa psykologian muistiinpanoissa ajatusta avattiin näin:

Lasten depressioista – ilmenemismuodot erilaisia kuin aikuisilla – latenssi- ja murrosikä tuo mukaan käytöshäiriöt – Kapinointi, tapaturma-alttius (koheltaminen), [– –], koulupinnaus, karkuruus – tunteiden kieltäminen suureksi osaksi tiedostamattomalla tasolla → ”onnellinen depressio” esim. nuorella suhteet tovereihin niin merkityksellisiä, että depressiiviset tunteet kielletään; purkautumistienä acting-out – sis. tyhjyyden täyttämistä – osoitus ympäristölle APUA!!!<sup>540</sup>

Aikuisten masennus oli hyvin harvoin ulospäinsuunnattua aggressiota tai aktiivista toimintaa. Lasten ja nuorten kohdalla masennus kuitenkin kuvattiin usein ulospäinnäkyvänä ja häiritsevänä toimintana. Lapsen muuttuminen passiiviseksi ja apaattiseksi kieli jo tilan vakavoitumisesta ja pitkittymisestä. Samoin kuin aikuisten kohdalla, hoidossa olleen passiivisen lapsen tai nuoren muuttuminen ärtyisäksi ja ilkeäksi kieli tunteiden kääntämisestä jälleen itsestä ulospäin eli oli merkki terapian ja muun hoidon toimivuudesta.<sup>541</sup> Lasten ja nuorten kohdalla oli huomioitavaa, että samat aktiivista toimintaa kuvaavat masennusattribuutit saattoivat kertoa sekä masennustilasta että sen väistymisestä.

Opinnoissa lasten ja nuorten masennukset erotettiin aikuisten masennuksista monin tavoin syiltään ja oireiltaan. Kaiken ikäiset saattoivat reagoida masentumalla esimerkiksi läheisen menetykseen, mutta tällöinkin masennusta koettiin ja osoitettiin ikätasoisesti. Opinnoissa kerrottiin, että pitkään lasten masennuksia ei juurikaan tunnustettu, koska ei ymmärretty lasten oireilevan juuri oman ikänsä mahdollistamalla tavoilla. Aikuisten usein passiivisuutta ja lamaantuneisuutta kuvaaviin masennusattribuutteihin verrattuna osa lasten ja nuorten masennuksista näyttäytyi huomattavasti aktiivisempänä esimerkiksi häiritsevänä käyttäytymisenä.

Lasten ja nuorten masennusten taustalle esitettiin useita erilaisia teorioita. Osa teorioista näki masennuksen tai masentuneisuuden normaalina kehitysvaiheeseen kuuluvana prosessointina, jossa käsiteltiin edelliseen ikävaiheeseen kuuluvien asioiden menettämistä. Masennusten taustasyitä avattiin laajasti ja ajoittain varoitettiin masentuneisuuden turhasta patologisoinnista. Aivan kuten surunkin kohdalla, osa lasten ja nuorten masennuksista patologisoitui ainoastaan pitkittyessään ja kasvuun liittyvän prosessin epäonnistuessa.

<sup>540</sup> ”6-6” 1990, 7.

<sup>541</sup> ”7-22” 1988; Reijo Holmströmin luento ”Krooninen masentuneisuus” ”7-12” 1989; Taipale 1992, 251–255.

Lasten kohdalla tilanteen ja hoidon pohdinnassa korostui lapsen lisäksi hänen perheensä. Tärkeää oli toisaalta tunnistaa perheen sisäinen dynamiikka ja vuorovaikutus, mutta myös tarjota apua ja tukea lapsen lisäksi myös muille perheenjäsenille. Perheen merkitys oli suuri myös nuorten masennusten taustatekijöissä, mutta nuorten kohdalla ei tukitoimia yhtä automaattisesti suunnattu myös nuoren perheeseen.

## 2.11 Ehtymisikäisten ja vanhusten masennus

Anakliittista depressiota lukuun ottamatta lasten- ja nuorten masennuksille ei kansallisissa ja kansainvälisissä tautiluokituksissa ollut omia tautiluokkia. Myöskään keski-ikään ja vanhuuteen liitettyjä psykiatrisia tautiluokkia ei hallinnon tiedon tautiluokituksista juurikaan löytynyt, lukuun ottamatta ehtymisiän masennusta eli involuutiodepressiota. Tässä alaluvussa analysoin elämän viimeisten ikävaiheiden masennuksia ja niiden sisältöjä.

Jo Kraepelinin luokituksissa ollut involuutiodepressio mainittiin vuoden 1965 kansainvälisessä ICD-8-tautiluokituksessa, ja Suomen kansallisessa lääkintöhallituksen vuoden 1969 tautiluokituksessa se luokiteltiin tautiluokkaan *Melancholia involutionis* osana affektiivimielisairauksia.<sup>542</sup> Myös opinnoissa mielisairautena eli psykoosina nähdystä involuutiodepressiosta kirjoitettiin taajaan vuosina 1980–1995. Psykiatrian opinnoissa korostettiin, että involuutiopsykooseihin kuuluvasta involuutiodepressiosta voitiin puhua vain, jos henkilö ei aiemmissa ikävaiheissaan ollut kokenut vastaavaa psykoosia. Toisaalta sairastuneet olivat usein olleet luonteeltaan neuroottisia jo aiemminkin. Psykiatrian oppikirjassa kerrottiin, että Suomessa oli jo 1960-luvulla pyritty sisällyttämään involuutiopsykoosia muihin psykooseihin.<sup>543</sup> Näin ollen involuutiodepressio ei enää esiintynytäkään itsenäisenä tautiluokkana vuoden 1987 Lääkintöhallituksen tautiluokituksessa.<sup>544</sup>

Ehtymisikä liittyi fyysisiin muutoksiin ja vaihdevuosiin, jotka naisilla merkitsivät vaihdevuotia ja miehillä seksuaalisen kyvykkyyden laskua.<sup>545</sup> Involuutio-ikä eli ehtymisiän ikävuodet vaihtelivat opinnoissa. Vuonna 1984 valmistuneessa psykiatrian väitöskirjassa ikä määriteltiin myöhäiskeski-ikäksi ja tarkemmin ottaen ikävuosiin 40–65.<sup>546</sup> Psykiatrian opinnoissa 1980-luvun alussa ehtymisiän katsottiin alkavan vasta 50–60 vuoden iässä. Involuutiodepression kuvailtiin muistuttavan maanis-depressiivisen mielisairauden depressiivistä vaihetta. Kyseessä oli

<sup>542</sup> Lääkintöhallitus 1969.

<sup>543</sup> Lääketieteen lisensiaatin opintojen psykiatrian opintojaksolla lukuvuosina 1979–1986 käytössä ollut oppikirja. Kaila ja Achte 1970, 114–115.

<sup>544</sup> Lääkintöhallitus 1986.

<sup>545</sup> Harmatz 1978, 293.

<sup>546</sup> Mattila 1984, 15.

hiljalleen alkava ja kehittyvä ja vähitellen paheneva mielenmasennus, johon usein liittyy tuskaisuutta, motorista levottomuutta, hypokondrisia harhaluuloja tai paranoidisia ajatuksia. Sairaus on psykologisesti varsin ymmärrettävä: elämä näyttää liukuvan käsistä ja kallistuvan iltapuolelle, mieleen hiipii sairauden- ja kuolemanpelko. Potilas tuntee alkavan vanhenemisensa vähentyneenä aktiivisuutena, kyvykkyyden heikkenemisenä, väsymisen tunteena, kyllästymisenä ja pelkona: ”Nuoremmat tulevat tilalleni.” Masennusmielisairautta saattavat suuresti jouduttaa työympäristössä ja -menetelmissä tapahtuvat äkilliset muutokset, jotka varsinkin nykyisin yhteiskunnan nopeasti muuttuessa ovat tavallisia. Sairaus saa värinsä potilaan persoonallisuudesta ja oireet kehittyvät sen mukaisiksi. Ruumiillisen terveydentilan mahdollinen ennenaikainen heikkeneminen vähentää potilaan toimintakykyä. Tuloksena saattaa olla täydellinen kyvyttömyys selviytyä entisessä elämänympäristössä. Sairaus voi helposti kehittyä krooniseksi ja johtaa juuri siihen, mitä potilas alussa pelkäsi. [– –] Koska sairaus liikkuu psyykkisen ja somaattisen rajamailla, on potilaan kuntoutusohjelmassa otettava huomioon kaikki mahdolliset tarpeet fysioterapiasta aina psykoterapiaan saakka.<sup>547</sup>

Lainauksessa tulevat esille monet involuutiodepressiolle tyypilliset asiat. Masennus liittyi iän mukanaan tuomiin fyysisiin muutoksiin jopa siinä määrin, että koko sairauden sanottiin liikkuvan psyykkisen ja somaattisen rajalla. Toisaalta masennus liittyi elämänvaiheeseen, jossa voitiin kokea isoja menetyksiä ja siihen liittyvää surua. Tila heikkeni hiljalleen ja sitä kuvasi hyvin termi ”ehtyminen”. Ihmisestä ikään kuin valui aiempi elinvoima ulos ja elämän jäljellä oleva aika ehtyi. Involuutiomelankolia edelsi vanhuutta ja joissain tapauksissa ehtymisiään väistyessä sairaus jatkui ”vanhuuden depressiivisyytenä”.<sup>548</sup> Tautiluokan sijaan saatettiin puhua normaalin reaktion tasolla kriisistä. Psykologian opinnoissa 1980-luvun lopulla keski-ikäisen taustalla kerrottiin voivan olla ”suru ja masennus oman elinvoiman vähenemisestä ja lisääntymiskyvyn sammumisesta”.<sup>549</sup> Keski-ikäisen psykososiaalinen kriisi saattoi pysäyttää ihmisen ja saada hänet depressiiviseen tilaan, jolloin hän alkoi suhtautumaan tulevaisuuteen pessimistisesti eikä kokenut enää työtään merkitykselliseksi.<sup>550</sup>

Involuutiodepressiota kuvailtiin siis elämässä ja kehossa tapahtuneiden muutosten seuraukseksi. Masennusta aiheutti ruumiin vanheneminen, terveydentilan mah-

<sup>547</sup> Lääketieteen lisensiaatin opintojen psykiatrian opintojaksolla lukuvuonna 1979–1980 käytössä ollut oppikirja. Elosuo 1975, 325.

<sup>548</sup> Ruikka et al. 1992, 256.

<sup>549</sup> ”6-30” 1988, 3.

<sup>550</sup> ”7-5” 1986, Väliotsikko ”VIII Keski-ikä 30-50”.

dollinen heikentyminen ja isot elämänmuutokset, kuten lasten muuttaminen pois kotia sekä oman kuoleman lähestyminen. Involuutiodepressioon liitettiin muun muassa seuraavia masennusattribuutteja: keskittymisen ja muistin ongelmat, tuskaisuus, ahdistuneisuus, motorinen levottomuus, vähentynyt aktiivisuus, kyvykkyyden heikkeneminen, väsymisen tunne, kyllästyminen, yleinen pelkotila sekä tarkemmin sairauden- ja kuolemanpelko. Muiden masennusten tavoin tähänkin masennukseen saatettiin liittää attribuutteja, kuten painonlasku, aamuyön unettomuus ja unettomuus, itsesyytökset, pessimismi, ärtyneisyys, hermostuneisuus ja itsemurha-alttius. Involuutiodepression yhteydessä mainittiin muiden ikäluokkien masennuksia useammin hypokondria ja harhainen somatisointi sekä harhaiset tai jopa paranoidiset ajatukset.<sup>551</sup> Toisaalta myös vanhuuden masennuksiin liitettiin usein hypokondria ja hypokondriset oireet.<sup>552</sup>

Myös vanhuuden masennukset olivat läsnä 1980- ja 1990-lukujen opinnoissa. Lääketieteen lisensiaatin opinnoissa vanhuuden masennusta käsiteltiin erityisesti geriatrian opintojakson oppikirjoissa. Ehtymisiän ja vanhuuden masennusten kohdalla ei ollut kyse oireohjaisesta tarkastelusta, vaan huomio keskittyi väistämättömiin muutoksiin kehossa ja elämässä. Vuonna 1991 valmistuneessa psykiatrian väitöskirjassa eriteltiin vanhuuden masennustilojen syitä, joita olivat muun muassa menetykset ja yksinäisyys. Yksinäisyys olikin yksi vanhusten masennusten kohdalla toistuvimmista teemoista.<sup>553</sup> Käydessään läpi esimerkkitapauksia, väitöskirjatutkija näki erään masennustapauksen taustalla ”sisarukseen kohdistuvan paranoian” eli harhaisuus oli läsnä yhä vanhuuden masennuksissakin.<sup>554</sup> Vanhusten masennustiloista väitöskirjassa todettiin ”iäkkäiden depressioiden olevan yhteydessä mm. huonoon terveydentilaan, alentuneeseen toimintakykyyn, vähäiseen harrastusten määrään, ystävyyssuhteiden puutteeseen ja sosiaalisiin stressitekijöihin”.<sup>555</sup> Samalla hän viittasi suomalaisen tutkimukseen, jossa vanhuksen masennuksen taustalla ”painoutuivat erityisesti ihmisen itsenäistä elämönhallintaa hankaloittavat tekijät sekä intiimin läheisyyden ja luotettavan hoivan puute”.<sup>556</sup> Psykiatrian opintojaksolla 1980-luvun alussa todettiin menetyksen kasaantuvan vanhenemisen myötä – erityisesti eläkkeelle jäättäessä. Vanhenevan ihmisen kyky luopua rakastamistaan ihmisistä ja asioista joutui koetukselle, ja epäonnistuessaan oli ”jäljelläoleva vaihtoehto tavallisesti masen-

<sup>551</sup> Rosen, Fox ja Gregory 1972, 192, 194, 200; Elosuo 1975, 325; Harmatz 1978, 294; Mattila 1984, 80.

<sup>552</sup> Virtanen 1991, 42.

<sup>553</sup> Tähkä 1977, 231; Korhonen 1990, 4–5, 7–8; ”7-26” 1990.

<sup>554</sup> Virtanen 1991, 146.

<sup>555</sup> Virtanen 1991, 41–42.

<sup>556</sup> Virtanen 1991, 41–42.

nus, regressio ja niiden oireiden nopea kehittyminen, joita on totuttu pitämään vanhuuden merkkeinä”.<sup>557</sup>

Vanhetessaan ihminen saattoi katsella elämäänsä taaksepäin ja pettyä näkemäänsä.<sup>558</sup> Psykiatrian opinnoissa kerrottiin, että ”[j]os ihminen myöhäisemmässä keski-iässään kokee näissä suhteissa pettymystä nimenomaan itseensä ja näkee epäonnistuneensa elämänsä keskeisissä kysymyksissä, on seurauksena helposti depressiivinen ja regressiivinen kehitys. Kipeät riittämättömyyden ja alemmuuden tunteet johtavat pysähtymiseen, eristäytymiseen ja vieraantumiseen.”<sup>559</sup> Tässä oppikirjassa käsiteltiin toisaalla sairauksia ”Eriasteiset masennustilat” -otsikon alla ja todettiin vanhusten masennustilojen jakautuvan aikuispsykiatriasta tutulla tavoin ”lievempiin eli reaktiivisiin tai neuroottisiin masennustiloihin ja syvempiin eli vakaviin masennustiloihin”.<sup>560</sup> Psykologian opinnoissa 1980-luvun lopulla käsiteltiin, kuinka menneisyyteen uppoutuminen itsessään saattoi toimia vanhukselle pakona nykyhetkestä ja pahimmillaan johtaa ”vakaviin psyykkisiin häiriöihin. Menneen käsittely oli prosessi, joka onnistuessaan liittyi ”vapautteen depressiosta”.<sup>561</sup>

Vanhusten<sup>562</sup> masennuksen hoidon kohdalla korostui kysymys tavoitteista. Yleensä tässä ikävaiheessa olleet potilaat eivät enää olleet työelämässä, joten kuntoutuksen tarkoitus oli haettava muualta. Psykiatrian opinnoissa 1980-luvun alussa kuntoutuksen tavoitteita kuvattiin näin:

Geriatris-psykiatrisen 65 vuotta täyttäneen potilasaineuksen kuntoutuksella on omia erikoispiirteitään verrattuna muuhun psykiatriseen kuntoutukseen:

kuntoutuksella ei ole tuotannollisia tavoitteita, koska potilaat jo ovat sivuuttaneet varsinaisen työkelppoisuusiän [– –] kuntoutuksen hyöty jää objektiivisesti katsoen usein vähäiseksi ja lyhytaikaiseksi, mutta humanitaarisista syistä sitä silti harjoitetaan.<sup>563</sup>

<sup>557</sup> Lääketieteen lisensiaatin opintojen psykiatrian opintojaksolla lukuvuosina 1979–1989 (ei 1981–1982) käytössä ollut oppikirja. Tähkä 1977, 231.

<sup>558</sup> ”vaikeinta hyväksyä ’elämätön elämä’ – voiko olla ylpeä siitä mitä on saanut aikaan – epäonnistumisen kokeminen: depressio” ”7-5” 1986, Väliotsikko ”9. Myöhempi aikuisuus, vanhuus”.

<sup>559</sup> Lääketieteen lisensiaatin opintojen psykiatrian opintojaksolla lukuvuosina 1989–1993 käytössä ollut oppikirja. Lehtinen et al. 1989, 267.

<sup>560</sup> Lehtinen et al. 1989, 272.

<sup>561</sup> ”6-29” 1988, 10–11.

<sup>562</sup> *Vanhus* on termi, jota käytettiin aikalaiskirjallisuudessa. Termejä kuten vanhukset, vanhuspotilaat, vanhushuolto ja vanhushoito käytetään systemaattisesti esimerkiksi teoksessa *Geriatría* 1985.

<sup>563</sup> Lukuvuosina 1979–1980 psykiatriassa käytössä ollut oppikirja. Harenko 1975, 340.



Vanhuuden masennustiloissa korostettiin syiden todellisuutta, mikä oli otettava huomioon tilojen ennaltaehkäisyssä. Syiden todellisuus tuli pitää mielessä myös silloin, jos masentunut vanhus kertoi itseään koskevista huolista. Psykiatrian opinnoissa käytössä olleessa sosiaalipsykiatrian oppikirjassa pohdittiin vanhusten masennusten hoitoa:

Vanhusten depressioiden ehkäisyssä on erityistä syytä kiinnittää kokonaisvaltaisesti huomiota heidän fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin ongelmiinsa. Terapeuttinen yhteistyö vanhuksen ja hänen läheistensä kanssa on keskeisessä asemassa. Depressiivisen vanhuksen oma piilevän ruumiillisen sairauden aavistus tai pelko on otettava vakavasti; mm. Stenbäck ja Roth ovat korostaneet, että tuo aavistus on usein oikea.<sup>564</sup>

Vuonna 1990 psykologian laitoksella järjestettiin mielenterveysongelmien ehkäisyä käsittelevä kurssi, jossa puhuttiin myös vanhuuden masennuksesta. Kurssilla korostettiin masennuksen ottamista tosissaan, vanhuksen kohtaamista ja huolien kuuntelemista:

Tulevaisuus on tärkeä myös vanhan ihmisen sairastelussa. Jos ihminen odottaa osakseen vain kipua ja kuolemaa, hän ei jaksakaan elää. Tulevaisuuden uskoa ei saa ostettua apteekin hyllyltä jokaisen on se löydettävä itsestään. Tässä etsimisessä tukihenkilö voi olla mukana

[Väliotsikko:] Masentuneen vanhuksen kohtaaminen

Kaaosteoria vertaus Sama herkkä riippuvuus pätee vanhusten depressioissa. Pie-nikin apu oikealla hetkellä vaikuttaa ratkaisevasti vanhuksen elämän laatuun.

Eläytyvä ja kuunteleva lähestymistapa lienee oiva keino pyrittäessä auttamaan ja jäsentämään vanhuksen omaa kokemistaan ja omia tunteita. Myös itsetunto on asia johon on hyvä kiinnittää huomiota masentuneen vanhuksen kohdalla. Sen kaikenlainen tukeminen on omiaan kirvoittamaan sitä pientä elämän liekkiä, joka masentuneella vanhuksella uhkaa sammua.<sup>565</sup>

Toteutuneiden itsemurhien sukupuolijakauma oli vanhuksilla sama kuin aikuisillakin eli miehet kuolivat naisia useammin itsemurhan kautta. Vuonna 1989 jul-

<sup>564</sup> Sosiaalipsykiatrian oppikirjan vuonna 1989 julkaistu uusi painos oli käytössä lääketieteen lisensiaatin opintojen psykiatrian opintojaksolla lukuvuosina 1989–1993. Lehtinen et al. 1989, 273.

<sup>565</sup> ”7-26” 1990.

kaistussa oppikirjassa kerrottiin, että "[e]ri tutkimuksissa on vanhusten itsemurha-alttiuden nähty liittyvän yksinäisyyteen, riippuvuusongelmiin, emotionaaliseen ja sosioekonomiseen turvattomuuteen sekä vaikeaksi koettuun fyysiseen sairauteen".<sup>566</sup> Itsemurhariskistä muistutettiin usein vanhusten masennusten yhteydessä.<sup>567</sup> Vanhenemiseen katsottiin luonnostaan liittyvän vaikeasti käsiteltäviä asioita, kuten kehon muutokset ja monenlaiset luopumiset, kuten ystävien ja läheisten kuolemat.<sup>568</sup> Vuonna 1981 psykologian opiskelija kertoi itsemurhariskin nousevan iän myötä ja kuvaili vanhuuden masennustilan mahdollisia syitä:

Fyysisen kunnon rappeutumisella on tärkeä merkitys, mutta sosiaaliset tekijät tuntuvat vielä olennaisemmilta itsemurhariskiä arvioitaessa. Vanhempien ihmisten sosiaalinen eristyneisyys, yhteiskunnan kielteinen suhtautuminen vanheneviin, mahdollinen puolison menetys, yksinäisyys, taloudelliset huolet ja kyvyttömyyden tunne luovat pohjaa syvälle depressiolle.<sup>569</sup>

Vanhusten masennuksilla oli omia ainoastaan kyseiseen ikävaiheeseen yhdistettyjä attribuutteja. Vanhenemisen jo itsessään katsottiin muuttavan ihmisen kehoa ja mieltä. Opinnoissa huomioitiinkin erotusdiagnostiikan ongelmat masennuksen ja normaalin vanhenemisen osalta. Vaihtelevuutta kerrottiin olevan esimerkiksi siinä, mihin vedettiin raja "sairauden ja normaaliin vanhuuteen kuuluvan melko yleisen alakuloisuuden" välillä.<sup>570</sup> Vaarana oli sekoittaa masennus myös erilaisiin sairauksiin, ja yleisimmin vanhusten masennuksen varoitettiin sekoittuvan dementiaan. Vanhusten masennustilat ja dementia saattoivat näyttäytyä samanlaisina sairauksina, joten masennuksen ja dementian eroja kuvailtiin opinnoissa usein.<sup>571</sup> Vuonna 1990 kansanterveystieteen opiskelija nosti Parkinsonin taudin dementian ja masennuksen rinnalle tärkeimpien vanhuuden mukanaan tuomien ongelmien ja sairauksien joukkoon. Kiinnostavaa sekin, että opiskelija totesi masentuneisuutta esiintyvän sekä dementian että Parkinsonin taudin alkuvaiheessa.<sup>572</sup>

Psykologian opiskelijan syksyllä 1989 tekemissä muistiinpanoissa psykiatrian-aiheiselta luennolta masennustilojen yleisyys huomioitiin, mutta todettiin, ettei-

<sup>566</sup> Lehtinen et al. 1989, 273.

<sup>567</sup> Kaila ja Achté 1970, 114–115.

<sup>568</sup> Masentuneiden vanhusten itsemurha-alttiudesta ks. esim. Lehtinen et al. 1989, 273. "Myös vanhusten depressiivisiin tiloihin liittyy usein itsemurhan uhka, joka on miehillä selvästi yleisempi kuin naisilla." "Sopivalla hoidolla saadaan usein vanhuksen ajatukset ohjatuksi pois kuolemasta ja kuolemisesta ja täten torjutuksi itsemurhayritykset." Korhonen 1990, 1 ja 3.

<sup>569</sup> Vuonna 1981 valmistunut psykologian proseminarityö otsikolla "Itsemurha". "4-20" 1981.

<sup>570</sup> Ruikka et al. 1992, 256.

<sup>571</sup> Luento "Psykiatria" "7-12" 1989.

<sup>572</sup> Kansanterveystieteen syventävien opintojen kirjallinen työ. Korhonen 1990, 1, 8.

vät kaikki tilat ole mielisairaus- eli psykoottisasteisia. Tälläkin luennolla varoitettiin sekoittamasta masennusta dementiaan: ”\* depressiiviset tilat. 20 %:lla vanhuksista esiintyy ajoittain (osa kuitenkin neuroottistyyppisiä). Joskus diagnosoidaan väärin dementiaksi, kun potilas on estynyt, ei puhu paljon.”<sup>573</sup> Vuonna 1991 valmistuneessa psykiatrian väitöskirjassa todettiin, että ”[d]ifferentiaalidiagnostiikka normaaliin vanhenemiseen kuuluvien ilmiöiden ja esimerkiksi dementian, depression, ahdistuneisuuden ja psykoosien välillä on hyvin vaikeaa”.<sup>574</sup>

Lääketieteessä ja psykologiassa opetettiin masennuksen voivan aiheuttaa tilan, jota kutsuttiin *pseudodementia*ksi. Pseudodementia vastasi taudinkuvaltaan dementiaa mutta toisin kuin elimellistä vauriota aiheuttavasta dementiasta, masennuksen synnyttämästä pseudodementiasta saattoi kuntoutua, kunhan ensin pääsi eroon masennuksesta.<sup>575</sup> 1990-luvulla psykologian opintojen oppikirjassa kuvattiin masennuksen voivan aiheuttaa vakavia kognitiivisia ongelmia muun muassa ymmärtämisessä ja muistamisessa:

Lisäksi, vanhuksen syvä masennus voi aiheuttaa pseudodementian [– –] joka ilmenee laaja-alaisen oppimisen, muistamisen, ymmärtämisen ja järkeilyn kykyjen katoamisena. Pseudodementiassa kognitiivinen menetys voi olla jopa selvempi kuin varhaisessa dementiassa. Viimeaikaisten ja kaukaisempien muistojen kumpienkin menettäminen – mistä seuraa kokonaisvaltainen muistin heikkeneminen – voi olla vielä selvempää. Siksi pseudodementian erottaminen todellisesta dementiasta on hyvin vaikeaa. Kuitenkin, jos pseudodementoituneen potilaan masennus helpottuu, kognitiiviset kyvyt palautuvat täysin. Miksi masennus voi aiheuttaa niin vakavaa kognitiivisten kykyjen menetystä vanhuksilla, on täydellinen mysteeri. Häiriö vihjaa tunteiden ja kognition väliseen vielä tutkimattomaan yhteyteen.<sup>576</sup>

<sup>573</sup> Luento ”Psykoogeritaria” ”7-12” 1989.

<sup>574</sup> Virtanen 1991, 40.

<sup>575</sup> Pseudodementia mainittiin mm. Glass ja Holyoak 1986, 259; Korhonen 1990, 1–2; Lauerma 1994, 56.

<sup>576</sup> ”Also, profound depression in an elderly person may produce a pseudodementia [– –] in which there is again a generalized loss in the abilities to learn, recall, comprehend, and reason. In pseudodementia the cognitive loss may be even more obvious than in the early stage of dementia, and the loss of both recent and remote memories – – hence producing a uniform decline in recall – – may be even more pronounced. Therefore distinguishing pseudodementia from true dementia is very difficult. However, if the depression of the pseudodemented patient is relieved, there is a complete recovery of cognitive function. Why depression can cause such severe cognitive loss in the elderly is a complete mystery. The disorder hints at a connection between emotion and cognition that has yet to be explored.” Suomennos AM. Lukuvuosina 1991–1996 psykologian laitoksen opintojaksolla ”Kognitiivinen psykologia / kognitiiviset prosessit” käytössä ollut oppikirja. Glass ja Holyoak 1986, 259.

Dementian ja masennuksen toisistaan erottamisen vaikeudessa olikin kyse kognitiivisiin toimintoihin keskittyvästä masennusmääritelmästä.<sup>577</sup> Toisin kuin dementiasta, masennuksesta oli mahdollisuus parantua ja saavuttaa jälleen sairautta edeltänyt kognitiivinen taso.

1980- ja 1990-lukujen Suomessa masennusta pidettiin yleisimpänä mielenterveysongelmina tai jopa yleisimpänä sairautena vanhuusiässä.<sup>578</sup> 1990-luvulla psykologian opinnoissa kerrottiin, kuinka aiemmin mielikuva vanhusten yleisimpänä sairautena oli ollut dementia, mutta tilastojen mukaan yleisimmiltä vaikuttivatkin masennustilat:

Kahdessa epidemiologisessa kenttätutkimuksessa [– –] depression korkea esiintymistiheys vanhuusiässä oli huomattavin tutkimuslöydös. Molemmissa tutkimuksissa havaittiin, että noin 30 % vanhuusikäisistä kärsi depressiosta. Luku on niin korkea, että stereotyyppinen käsitys dementoituneesta vanhuksesta voitaneen korvata depressiivisen vanhuksen kuvalla.<sup>579</sup>

Yksittäisistä mielenterveyden häiriöistä tai psykiatrisista tautiluokista masennus mainittiin usein vanhuksista kirjoitettaessa.<sup>580</sup> 1980- ja 1990-luvuilla alettiin puhua vanhusten masennuksesta jopa termillä ”kansantauti”. Masennustilojen vakavuudesta ja tarkasta prosentuaalisesta osuudesta oli erilaisia versioita, mutta joka tapauksessa vanhusten masennustiloja pidettiin yleisinä. Vuonna 1990 lääketieteen opiskelija huomioi vanhuuden masennuksen hoidon kuuluvan ensi sijassa yleislääkärille. Opiskelijan mukaan maassa ei ollut tarpeeksi psykiatreja kaikkia tapauksia varten, sillä vanhusten masennus oli niin yleistä.<sup>581</sup> Psykiatrian opinnoissa kerrottiin, että Suomessa psykiatriseen sairaalaan toimitettujen vanhuksien ongelmista puolet oli mielialahäiriöitä ja ennen kaikkea depressioita. Vanhuksista neljännes kärsi neurooseista ja myöhäisiä skitsofreenisista tiloista ja viimeinen neljännes neurologisista sairauksista.<sup>582</sup>

Myöhäiskeskusi-än ja vanhuuden masennuksia määrittivät ikäkausikohtaiset haasteet ja prosessit. Muutokset elämässä ja kehossa vaativat työstämistä ja elämän ra-

<sup>577</sup> Ks. myös Korhonen 1990, 1–2.

<sup>578</sup> Virtanen 1991, 42.

<sup>579</sup> Psykologian opintojen psykosomaatiikan kurssilla lukuvuosina 1991–1993 käytössä ollut suomalainen oppikirja. Achté, Pakaslahti ja Rimón 1984, 427.

<sup>580</sup> Virtanen 1991, 39–40.

<sup>581</sup> Korhonen 1990, 5–6. Masennusta pidettiin dementiaa yleisempänä sairautena mm. psykosomaatiikan opintojaksolla lukuvuosina 1993–1994 käytössä olleessa oppikirjassa: Achté ja Kuoppasalmi 1990, 120.

<sup>582</sup> Lääketieteen lisensiaatin opintojen psykiatrian opintojaksolla lukuvuosina 1989–1993 käytössä ollut oppikirja. Lehtinen et al. 1989, 272.

jallisuus konkretisoitui. Ihminen joutui luopumaan paljosta. Työelämä päättyi, kuu-kautiset loppuivat ja mitä vanhemmaksi eli, sitä todennäköisempää oli menettää läheisiään kuolemalle. Masennus tai masentuneisuus oli normaali ja terve tapa käsitellä muutoksia, mutta käsittelyn epäonnistuessa masennus muuttui sairaudeksi. Myöhäiskeski-ikä ja vanhuuden masennukset näyttäytyivät erityisesti toisaalta yksinäisyytenä ja eristäytyneisyytenä ja toisaalta riippuvaisuutena toisten hoivasta. Vanhusten masennuksia pidettiin yleisinä ja erityisesti epidemiologiset tutkimukset antoivat ymmärtää niiden olevan huonosti tunnistettuja – aivan kuten lasten masennukset edellisessä alaluvussa.

Vanhuuden masennusten tunnistamista pidettiin haastavana, sillä oireet olivat osittain päällekkäisiä sekä normaalin vanhenemisen että erilaisten muistisairauksien, kuten dementian kanssa. Näiden lisäksi masennus itsessään aiheutti niin sanottua pseudodementiaa, joka vaikutti laajasti potilaan kognitiivisiin kykyihin, mutta joka alkoi hälvenemään masennussairauden parantuessa.

## 2.12 Masennus ja päihteiden väärinkäyttö

Masennuksen ja päihteiden väärinkäytön välillä ei nähty merkittävää yhteyttä lääketieteen ja psykologian opinnoissa 1980- ja 1990-luvuilla. Opinnoissa käsiteltiin laajalti esimerkiksi alkoholismia, sen ehkäisyä ja hoitoa, mutta usein viittaamatta masennuksiin tai masentuneisuuteen.<sup>583</sup> Päihteiden väärinkäyttö voitaisiin lukea itsetuhoisuudeksi ja osaksi seuraavaa alalukua. Analysoin teemaa kuitenkin tässä itsenäisenä alalukunaan, sillä päihteiden käyttö erotettiin muusta masennuksesta myös opinnoissa.

Vuonna 1989 psykologian opiskelija kirjoitti harjoitustyön alkoholiongelmaisten ja hallitusti alkoholia käyttävien persoonallisuuseroista. Opiskelija katsoi ongelma-käytön taustalla olevan erityisesti ahdistusta, mutta myös ”kielteiset mielialat” ja depressio mainittiin.<sup>584</sup> Opiskelija kuvasi ainoastaan neljäsoosan tutkimuksista löytävän alkoholisteilta mitään yhtenäisiä ominaisuuksia, mutta joidenkin tutkimusten perusteella he saattoivat olla ”pohjimmiltaan masentuneita”.<sup>585</sup> Alkoholismi nähtiin määrittelyä pakenevana ongelmana ja sen syitä katsottiinkin voivan olla ”niin aineenvaihdunnallinen alttius, vakava mielenterveydellinen häiriö, opittu käyttäytymismalli, perheen vuorovaikutusristiriidat, puutteelliset elämänotot kuin myös yksilön sisäiset ristiriidat”.<sup>586</sup>

<sup>583</sup> Eerola ja Miettinen 1989, 285.

<sup>584</sup> ”7-7” 1989, 4–6, 9–13. Psykologian laitoksen psykiatrian opintojaksolla kerrottiin alkoholismin taustalla voivan olla ”depression peittäminen”. ”7-12” 1989, 8.11.1989.

<sup>585</sup> ”7-7” 1989, 7–8.

<sup>586</sup> ”7-7” 1989, 2.

Selkein kytkös alkoholiongelman ja depression välillä tehtiin psykologian laitoksen opiskelijan vuonna 1990 valmistuneessa pro gradu -tutkielmassa, jossa opiskelija tutki ”alkoholiongelmaisten itsearvostuksessa ja depressiivisyydessä, alkoholinkäyttöön liittyvässä tavoitteenasettelussa sekä koetussa hoidollisen tuen tarpeessa tapahtuvaa muutosta laitoshoidojakson aikana”.<sup>587</sup> Vaikka masennusta koskevissa teksteissä ei opintojen aikana useinkaan liitetty päihde- ja riippuvuusongelmia depressioniin, niin opiskelija kertoi psyykkisistä häiriöistä juuri depression suhdetta alkoholismiin tutkitun eniten. Hän huomioi kuitenkin samalla, että tutkimuksissa oli huomattavan suurta vaihtelua masennuksen määrittelyn ja mittaamisen osalta.<sup>588</sup>

1950-luvulla somaattinen ja psykiatrinen terveydenhuolto oli eriytetty toisistaan, minkä on täytynyt näkyä hallinnon tiedossa, mutta myös tieteen tiedon määrittelyissä. 1990-luvulla somaattinen ja psykiatrinen erikoissairaanhoito yhdyntäivät, mutta tällöinkin päihdehoito jäi erilliseksi saarekkeeksi osaksi sosiaalihuoltoa. Siinä missä masennusta hoidettiin terveydenhuollossa, päihteiden ja huumeiden väärinkäyttö oli sosiaalihuollon asia.<sup>589</sup> Tämä antoi ymmärtää, ettei kyseessä ollut somaattinen, saati psykiatrinen sairaus. Erilliset tahot tarkoittivat erilaisen koulutuksen saaneita ammattilaisia, joiden välillä ei välttämättä ollut kommunikaatiota.

Arjessa alkoholi toimi lääkkeenä elämän ongelmiin erityisesti miehillä. Historiantutkija Antti Malinen ja toimittaja Tuomo Tamminen huomioivat tämän sotien jälkeisen ajan Suomea koskevassa tutkimuksessaan. Suomen Gallupin tekemien haastattelututkimusten perusteella ennen 1960-lukua alkoholia käyttivät lähes ainoastaan miehet. Malinen ja Tamminen siteeraavat psykiatri Matti Pontevaa, joka tulkitsee sotien jälkeisen ajan alkoholinkäytön selviytymiskeinoksi, itsensä lääkitsemiseksi ja terapiaksi ilman ammattiauttajaa.<sup>590</sup> Maskuliinisena selviytymisen apukeinona alkoholin käyttö näyttäytyi yhä 1980- ja 1990-lukujen arjen teksteissä, joissa naisen alkoholinkäyttö oli harvinaisuus. Vuonna 1993 kerättyyn Työttömän tarina -kirjoituskilpailuun kirjoittanut nelikymppinen nainen oli poikkeus kirjoittaessaan ratkenneensa elämän varrella aina välillä ”ryyppäämään”.<sup>591</sup>

<sup>587</sup> Saarinen 1990, tiivistelmä.

<sup>588</sup> Saarinen 1990, 11–13.

<sup>589</sup> Ks. esim. Juppi 2016, 22–24. Esimerkiksi sosiaalipsykiatrisen kuntoutusjärjestelmän avohoitoon kuuluneeseen Kurkelan kuntoutuskotiin ei jo toimintasuunnitelmakaan mukaan otettu päihdeongelmia. ”4-15” ei pvm, 2. Vuonna 1990 psykologian opinnoissa vielä oletettiin, että tuolloin julkaisematon uusi mielenterveyslaki olisi korostanut sosiaali- ja terveystyön yhteistyötä. ”6-37” 1990, 14.11.1990. Päihdeongelmia käsiteltiin jonkin verran opetuksessa. Esimerkiksi psykologian opinnoissa vierailtiin vuonna 1989 A-klinikalla ja samassa yhteydessä A-klinikan johtaja piti opiskelijoille luennon päihdehuollosta. ”7-12” 1989, Psykiatrian kurssi. Aikataulun ja muut ohjeet sisältävä monistenuppu.

<sup>590</sup> Malinen ja Tamminen 2017, 147, 149.

<sup>591</sup> SKS KRA. Työtön 3286–3297. 1993.

Itseään saman aikaisesti päihdeongelmaisena ja mielenterveysongelmaisena pitänyt ihminen koki, että hänen ongelmastaan hoidettiin kerrallaan aina vain toista puolta – joko päihdeongelmaa tai masennusta. Äärimmillään alkoholismien näkeminen sosiaalihuollon ongelmana tarkoitti sitä, että terveydenhuollosta ei saanut apua päihteiden alaisena ja vastaavasti päihdetyössä ei annettu mielenterveysongelmiin apua, kuten keskusteluterapiaa.<sup>592</sup>

Aivan joitain kertoja Turun yliopiston opinnoissa päihteiden väärinkäyttö ja masennus nivottiin yhteen.<sup>593</sup> 1980-luvulla neuroottisista masennustiloista kirjoitettiin psykiatrian oppikirjassa, että

[d]epressio on muuan mahdollisuus reagoida tuskaisuuteen ja psyykkiseen kiipuun. Monta kertaa alkoholismissa ja lääkkeitten väärinkäytössä voidaan nähdä potilaassa selviä depressiivisiä piirteitä, jolloin väärinkäytön takana on ollut jatkuva masentuneisuus ja ahdistuneisuus sekä kykenemättömyys pitää itsetuntoa yllä muilla keinoilla.<sup>594</sup>

Sosiaalipsykiatria keskittyneessä psykiatrian oppikirjassa todettiin puolestaan, että ”[h]uomattava osa alkoholisteista potee masentuneisuutta. Se on usein kuitenkin sekundaarista ja liittyy alkoholinkäytön aiheuttamiin seurauksiin.”<sup>595</sup> Näissä kahdessa esimerkissä alkoholismi yhdistettiin masennukseen, mutta eri tavoin. Edellisessä masennus nähtiin mahdollisena syynä alkoholismiin, mutta toisessa oppikirjassa masennus nähtiin alkoholismien seurauksena. Kun tilojen yhteys ylipäättään huomioitiin, ei niiden syy-seuraus-suhteesta oltu yksimielisiä.

Päihteiden väärinkäyttöön saatettiin viitata ohimennen, kuten psykologian opiskelija vuonna 1988 todetessaan yli kymmenen prosentin maanisdepressiivisistä olevan kovia juomaan. Opiskelija totesi myös, että masentunut juo tunteakseen olonsa paremmaksi ja nostaakseen masennuksen madaltamaa itsetuntoa ja omanarvontuntoa.<sup>596</sup> Psykiatrian oppikirjassa oltiin samoilla linjoilla ja todettiin, että ”[m]onta kertaa alkoholismissa ja lääkkeitten väärinkäytössä voidaan nähdä potilaassa selviä depressiivisiä piirteitä, jolloin väärinkäytön takana on ollut jatkuva masentuneisuus ja ahdistuneisuus sekä kykenemättömyys pitää itsetuntoa

<sup>592</sup> Porola 1994, 33–34.

<sup>593</sup> ”Depressiivisyyttä liittyy useihin tautitiloihin ja myös alkoholismiin ja psykosomaattisiin sairauksiin. (Aalberg, Achte, Apo & Lönnqvist, 1973, s.65-66)” ”4-20” 1981, 12–13.

<sup>594</sup> Lääketieteen lisensiaatin opintojen psykiatrian opintojaksolla lukuvuosina 1979–1986 käytössä ollut oppikirja. Kaila ja Achte 1970, 107.

<sup>595</sup> Eerola ja Miettinen 1989, 281.

<sup>596</sup> ”7-4” 1988, 4.

yllä muilla keinoilla”.<sup>597</sup> Itseen kohdistunut negatiivisuus eli 1980- ja 1990-lukujen toistuvien masennusattribuutti oli päällimmäinen itselääkinnän kohde näissä esi-merkeissä. Myös muun muassa stressiä ja traumaattisia kokemuksia kerrottiin itselääkittävän alkoholilla.<sup>598</sup>

Psykologian opinnoissa 1980-luvulla käytössä olleessa oppikirjassa kerrottiin lääkkeiden väärinkäyttäjillä ja alkoholisteilla esiintyvän skitsoideja ja depressiivisiä piirteitä. Teoksessa toisiinsa liitettiin masennuksen dynamiikka, sisäänpäinkään- netty aggressio ja lääkkeen väärinkäyttö hitaana itsetuhona.

Depressioiden dynamiikan kaltaisia aggressio-ongelmia ja ristiriitoja liittyy sel- laiseen lääkkeen väärinkäyttöön, jossa hidas itsetuho on ilmeistä. Usein on ky- symys passiivisesta aggressiosta ja oman itsensä käyttämisestä sen välikappa- leena. Aggressio, jota ei hylkäämisen pelosta tai itsetunnon mataluuden takia voida suunnata ulospäin, kääntyy omaa itseään kohti. On mahdollista, että lää- keen väärinkäyttöön liittyvä masokismi on pohjaltaan yritystä kieltää riippu- vuutta muista.<sup>599</sup>

Muullakin opinnoissa päihteiden väärinkäyttöä lähestyttiin ajoittain itseen päin käännettynä aggression eli itsetuhoisuutena. Vuonna 1988 psykologian opiskelija kirjoitti harjoitustyössään, että ”[a]lkoholismia ja narkomaniaa on sanottu hitaaksi itsemurhaksi”.<sup>600</sup>

Masennus yhdistettiin päihdeongelmiin harvoin. Jonkin verran masennuksen yh- teydessä puhuttiin alkoholismista, mutta tällöinkin syy–seuraus-suhde vaihteli läh- teen mukaan. Huumeista oli satunnaisia mainintoja. Toiminnallisia riippuvaisuuksia ei masennusten yhteydessä mainittu. Oletan, että päihde- ja toiminnalliset riippuvuu- det sekä mielenterveyden häiriöt olivat 1900-luvun toisella puoliskolla Suomessa pi- detty käytännön työssä toisistaan erillään siinä määrin, ettei niiden nähty kuuluvan yhteen myöskään opinnoissa.

<sup>597</sup> Kaila ja Achte 1970, 107.

<sup>598</sup> ”7-11” 1989, 12.4.1989 ja 14.4.1989; ”5-12” 1995, 8.

<sup>599</sup> Psykologian laitoksen opinnoissa lukuvuosina 1983–1987 käytössä ollut suomalainen psykiatrian oppikirja. Alanen, Achte ja Tienari 1981, 5.

<sup>600</sup> ”7-17” 1988, 19. Ks. myös esim. opinnäyte, jossa mainittiin huumeiden käytön yhdis- tyvän itsetuhokäyttämiseen. ”3-13” 1988, 7.



## 2.13 Masennus ja itsetuhoisuus

Toteutuneet itsemurhat, itsemurha-ajatukset ja -yritykset sekä lähinnä passiivinen itsetuhoisuus liitettiin toistuvasti masennukseen sekä psykologiassa<sup>601</sup> että psykiatriassa<sup>602</sup>. Vuosina 1980–1995 kirjoitettiin usein itsemurhasta eli itsemurhan vaarasta ja riskistä, itsemurha-ajatuksista ja itsemurhayrityksistä. Kun katsoo 1900-luvun depressiokyselyitä ja -seuloja, useimmissa kysytään itsemurhaa ja kuolemaa koskevista ajatuksista eikä niinkään muunlaisista itsetuhon muodoista.<sup>603</sup> Jonkin verran puhutaan myös muunlaisesta itsetuhosta, mutta huomattavasti vaihtelevammin. Psykologian opetuksessa 1980-luvun puolivälissä todettiin, että ”ihminen voi tehdä itsemurhan myös hitaasti ja vähitellen”.<sup>604</sup>

Itsetuhoisuuden ja siihen liittyvien motiivien määrittely ja analysointi on laaja teema. Kyse on sekä yksilön itsensä ajatuksista ja teoista, että toisen osapuolen tulkinnoista. Itsetuhoisuuteen liittyy siis paljon tulkintaa ja samalla itsetuhoiseksi tulkittu ihminen ei pysty välttämättä itse analysoimaan ajatuksiaan ja tekojaan. Vaikka opinnoissa viitattiin suoraan kuolemaa koskeviin ajatuksiin ja tekoihin, analysoin tässä alaluvussa myös muuta itsetuhoisuutta, joka on saattanut olla aktiivista tai passiivista. Masennukseen liittyvää passiivista itsetuhoisuutta käsiteltiin opinnoissa toistuvasti, mutta siitä ei käytetty termiä ”passiivinen itsetuhoisuus”. Ajoittain käytettiin termiä epäsuora itsetuho viittaamaan esimerkiksi vaikean sairauden hoidon laiminlyöntiin tai päihteiden liikkäyttyöön.<sup>605</sup>

<sup>601</sup> Hilgard, Atkinson ja Atkinson 1971, 473; Rosen, Fox ja Gregory 1972, 160, 196–197; Cullberg ja Rutanen 1977, 188; Harmatz 1978, 286, 306–307; Hägglund, Pylkkänen ja Taipale 1978, 85; ”2-1” 1981, 67–68; ”4-20” 1981, 6, 12–13; Alanen, Achté ja Tienari 1981, 92–93, 401; Laufer ja Laufer 1984, 122, 204; Achté, Pakaslahti ja Rimón 1984, 100; Gleitman 1986, 661; ”3-10” 1987, 8; Magnusson ja Öhman 1987, 77; ”7-4” 1988, 6, 8, 13–14, 17; ”7-12” 1989, Yrjö Alasen luennot ”Vakavat mielialahäiriöt” ja ”Itsemurha-syyt, esiintyvyys, hoitomahdollisuuksia” ja Reijo Holmströmin luento ”Krooninen masentuneisuus”; ”7-9” 1989, 6; Solso ja Johnson 1989, 268; Väliotsikko ”Yllätyskriisi” ”7-19” 1990; Achté ja Kuoppasalmi 1990b, 127, 216.

<sup>602</sup> ”Depression hyvä diagnosointi ja hoito ovat Lönnqvistin (1987) mukaan tärkeitä itsemurhien ehkäisyssä.” Reinikka 1988, 2. Ks. myös Palo 1969, 77; Mattila 1984, 21; Bondestam 1985, 14, 15; Vilponen 1988, Tiivistelmä, 1–2; Salmenperä 1989, Tiivistelmä; Häkkänen 1993, 8, 22.

<sup>603</sup> Beck et al. 1961; Feighner et al. 1972; Furman 1984; Keltinkangas-Järvinen ja Rimon 1987; Joukamaa et al. 1991. Ainoa löytämäni depressiokysely, jossa ei kysytty kuolemaa koskevista ajatuksista oli vuonna 1990 Tampereen yliopiston kansanterveystieteen laitoksella aloitetun tutkimuksen myötä tehty yhä käytössä oleva DEPS-seula, joka oli tarkoitettu sekä yksilötason että väestötason käyttöön. Salokangas, Stengård ja Poutanen 1994; Helén 2010, 53.

<sup>604</sup> Psykologian laitoksen opetuksessa 1980-luvun puolivälissä käytössä ollut ruotsalainen oppikirja. Cullberg ja Rutanen 1977, 181.

<sup>605</sup> ”7-9” 1989, 1.

Itsemurha-ajatukset, -yritykset ja teot mainittiin usein muiden masennusattribuuttien kaltaisesti osana masennuksia määritteleviä listoja. 1980-luvun alussa psykiatrian opinnoissa kuvailtiin maanis-depressiivisen mielisairauden masennusvaihetta: ”Alakuloisuus kehittyi vähitellen vaikeaksi synkkämielisyydeksi, potilaalla on usein itsesyytöksiä, itsemurha-ajatuksia, joskus synkkiä harhaluuloja ja jopa kuuloharjoja-kin.”<sup>606</sup> Psykologian opinnoissa 1980-luvulla käytössä olleen oppikirjan yhden luvun otsikko jo itsessään oli ”Affektiivihäiriöt ja itsemurha”.<sup>607</sup> Itsesyytöksinä, epätoivona ja arvottomuuden tunteena ilmenevät depressiiviset harhaluulot yhdistettiin vuonna 1989 psykiatrian luennolla erityisesti kiihtyneeseen eli agitoituun depression, mistä syystä tässä tilassa potilaan itsemurhavaaraa pidettiin erittäin suurena.<sup>608</sup>

Ajoittain itsemurha-ajatukset, yritykset ja teot yhdistettiin masennukseen yhden yksittäisen attribuutin kautta. Vuonna 1988 psykiatrian opiskelija satoi syventävien opintojen työssään itsemurhariskin ja masennuksen tiukasti yhteen ja näki yhdistävänä tekijänä toivottomuuden. Opiskelija kirjoitti toivottomuudesta työssään useita kertoja. Hän mainitsi tutkijoiden yhdistäneen itsemurhariskin jopa ennemmin toivottomuuteen kuin masennukseen. Hän kertoi, että tutkijoiden mukaan ”[d]epressiivisellä potilaalla toivottomuuden tunteet ovat hälyttävä merkki itsemurhavaarasta”.<sup>609</sup> Opiskelija totesi myös, että ”[t]oivottomuus on tekijä, joka yhdistää depressiopotilaan ja itsemurhayrityksen” – ei masentuneisuus.<sup>610</sup> Samassa työssä opiskelija kuvaili itsemurhaa yrittäneille diagnosoidun useita tautiluokkia – myös muita kuin masennus. Itsemurhaa yrittäneisiin opiskelija liitti pitkälti samat attribuutit kuin masennukseen: toivottomuus, avuttomuus, pessimismi, epätoivo, negatiivisuus, passiivisuus, tyytymättömyys, aggressiivisuus, regressiivisyys, voimattomuus, pysähtyneisyys, syrjäänvetäytyminen sekä reaktio potilaalle tärkeän objektin menetykseen.<sup>611</sup>

Psykiatrian opintojaksolla 1980-luvulla luettiin ulkoistetusta osittaisesta itsemurhasta. Tähkä kirjoitti masennuksen somaattisten ekvivalenttien tuottavan lääkkä-rille diagnostisia vaikeuksia:

Näillä potilailla, jotka etsiytyvät erityisesti kirurgien vastaanotoille, pyrkii depressiolle ominainen omaan itseen kääntynyt viha ja itsetuhotendenssi ilmene-

<sup>606</sup> Lukuvuonna 1979–1980 psykiatrian opintojaksolla käytössä ollut suomalainen oppikirja. Elosuo 1975, 324.

<sup>607</sup> ”Affective disorders and suicide” Suomenos AM. Harmatz 1978, 283–311 Oppikirja oli käytössä psykodiagnostiikka-kurssin alkukuulustelussa lukuvuosina 1984–1986 ja osana vanhan tutkinnon Laudatur-osuutta lukuvuonna 1981–1982.

<sup>608</sup> ”7-12” 1989, 30.10.1989.

<sup>609</sup> Psykiatrian syventävien opintojen kirjallinen työ. Vilponen 1988, 3.

<sup>610</sup> Vilponen 1988, 3.

<sup>611</sup> Vilponen 1988, 3, 5, 7–12.

mään kokemuksena, että jokin heidän elimensä on huono ja viallinen ja tulisi sen johdosta poistaa. Milloin potilas onnistuu saamaan lääkärin vakuuttumaan toimenpiteen tarpeellisuudesta, edustaa tällainen oman itsen tyypistyttäminen, jota Menninger (1938) on nimittänyt osittaiseksi itsemurhaksi, potilaille sekä itse-rankaisua että antaa hänelle mahdollisuuden kohdistaa osan vihastaan leikkauksen suorittajaan. [– –] Potilaan valittamat oireet ovat tyypillisesti vatsaontelon alueella [– –] Manipuloimalla tämän jälkeen lääkärin syyllisyydentuntoja, potilas voi saada tämän suorittamaan itselleen useammankin leikkauksen. [– –] Vastaavanlaisia ongelmia on yleensä myös niillä potilailta, jotka pyytävät plastiikkakirurgilta nenän korjausta tai ihotautilääkäriltä ihon höyläystä ilman [– –] mainittavampaa vikaa. [– –] depression somaattisista ekvivalenteista kärsivien potilaiden kohdalla on erityisen tärkeätä muistaa, ettei pelkkä kieltäytyminen myötävaikuttamasta heidän vaatimiinsa operaatioihin riitä, vaan että he sen lisäksi kipeästi kaipaavat hoitoa masennukselleen. Ellei heidän soveltamansa osittainen itsemurha enää onnistu, on todellisen itsemurhan vaara vakava ilman adekvaattia psykiatrista hoitoa.<sup>612</sup>

Samassa oppikirjassa Tähkä kirjoitti myös, kuinka somaattinen sairaus voi osittaisen itsemurhan tavoin suojella masentunutta itsetuholta. Hän kirjoitti masentuneen kaipaavan rangaistusta ja sovitusta, jonka somaattisen sairauden aiheuttamat kivut ja kärsimykset tarjosivat. Tässäkään ei kuitenkaan viitattu siihen, että fyysinen kipu konkretisoisi psyykkistä kipua, vaan asiaa lähestyttiin psykoanalyttisesti – mikä sinänsä ei ollut yllättävää, koska Tähkä oli itse psykoanalyttikko.<sup>613</sup> Oleellista lainauksessa joka tapauksessa on se, että siinä katsottiin ulkoistetun ja osittaisen itsetuhoisuuden saattavan suojella masennuspotilasta itsemurhalta. Psyykkistä kärsimystä lievitettiin itseään fyysisesti vahingoittamalla. Teema ei kuitenkaan ollut kovinkaan laajalti läsnä 1980- ja 1990-luvun opinnoissa. Masennukseen tai sen aiheuttamaan psyykkiseen kärsimykseen ei opinnoissa suoraan liitetty esimerkiksi itsensä viiltelyä tai ihon polttamista kuumalla esineellä.

Itsemurha-alttiuden vakavuuden kautta arvioitiin masennuksen vakavuutta. 1980-luvulla psykiatrian opintojaksolla erotettiin neuroottiset ja psykoottiset masennustilat toisistaan todellisuudentajun ja itsemurha-alttiuden perusteella: ”Realiteettitaju on neuroottisissa depressioissa tallella, ja itsemurhan vaara on pienempi kuin mielisairausten asteen saavuttavissa masennustiloissa.”<sup>614</sup> Itsemurha-ajatuksien pe-

<sup>612</sup> Lääketieteen lisensiaatin opintojen psykiatrian opintojaksolla lukuvuosina 1979–1989 (ei lukuvuonna 1981–1982) käytössä ollut teos. Tähkä 1977, 199–201.

<sup>613</sup> Tähkä 1977, 246.

<sup>614</sup> Lukuvuosina 1979–1986 lääketieteen lisensiaatin opintojen psykiatrian opintojaksolla käytössä ollut oppikirja. Kaila ja Achté 1970, 107.

rusteella masennustautiluokkia erotettiin toisistaan myös toisessa 1980-luvun alussa käytössä olleessa oppikirjassa. Siinä todettiin, että ”[s]yvemmässä *depressiossa* [– –] Itsemurha-ajatukset ovat yleisiä”.<sup>615</sup> Itsemurha-ajatuksia käytettiin apuna myös normaalin surun ja sairaan masennuksen erottamisessa toisistaan: ”Suru on pidettävä erillään masennuksesta. [– –] Suru kuitenkin häviää itsestään eikä johda pahempaan invalideettiin eikä itsemurha-ajatuksiin.”<sup>616</sup> Vuonna 1985 valmistuneessa psykiatrian väitöskirjassa kerrottiin, että lievässä masennuksessa itseen kohdistuva aggressiivisuus ja viha näyttäytyivät lähinnä tylsistyneisyytenä ja välinpitämättömyytenä jopa omaa turvallisuutta kohtaan. Vakavassa masennuksessa aggressiivisuus ja viha voimistuivat ja saivat aktiivisempia muotoja, ja pyrkimys itsensä tappamiseen muuttui konkreettisemmaksi.<sup>617</sup> Itsemurha-ajatukset saattoivat kertoa masennuksesta yleisesti tai sitten ne saattoivat merkitä masennuksen vakavampaa muotoa. Masennuksen vakavoituessa kasvoi riski itsemurha-ajatusten muuttumisesta teoiksi. Tämä on sinänsä loogista, mutta samalla vastoin ajatusta masentuneesta passiivisena ja aloitekyvyttömänä.

Itsetuhoisuutta lähestyttiin usein psykodynaamisen teorian kautta. Artikkelissaan *Murhe ja melankolia* Freud oli kirjoittanut melankolian syyksi rakkausobjektin menettämisen, mistä seurasi menetetyn objektin sisäistäminen. Yksilö kohdisti kaiken negatiivisuutensa tähän sisäistettyyn objektiin, koska ei voinut enää kohdistaa sitä jo menetettyyn rakkausobjektiin. Itsetuhoisuutena näyttäytyvä psyykinen ja fyysinen itsensä pahoinpitely ei siis ollut lähtökohtaisesti kohdistettu itseen, vaan sisäistettyyn rakkausobjektiin. Negatiivisuus saattoi olla niin äärimmäistä, että ihminen pyrki tappamaan sisäistämänsä objektin, minkä epätoivottuna lopputulemana saattoi seurata yksilön itsensä kuolema. Myös Freud totesi tilanteen paradoksaalisuuden.<sup>618</sup> Vuonna 1981 psykologian opiskelija kuvaili yliminän estävän aggression purkamisen. Vihan muuttuessa äärimmäiseksi tuloksena oli itsemurha.<sup>619</sup> 1980-luvulla psykiatrian opinnoissa kerrottiin, että ”syyllisyydentunne kääntää menetyksen herättämän vihan häntä itseään kohtaan ja saa siten aikaan depressiolle ominaisen oman itsensä pahoinpitelyn. Masennuksen kehittyessä pitemmälle, tämä asiointi johtaa vakavaan itsemurhavaaraan.”<sup>620</sup>

<sup>615</sup> Lukuvuosina 1979–1982 lääketieteen lisensiaatin opintojen psykiatrian opintojaksolla käytössä ollut oppikirja. Achté, Alanen ja Tienari 1973, 61, 216.

<sup>616</sup> Achté, Alanen ja Tienari 1973, 62.

<sup>617</sup> Bondestam 1985, 15.

<sup>618</sup> Freud (1917 [1915]) 2000.

<sup>619</sup> Psykologian proseminarityö vuodelta 1981. ”4-20” 1981, 6.

<sup>620</sup> Psykiatrian opintojaksolla lukuvuosina 1979–1989 (ei lukuvuonna 1981–1982) käytössä olleen oppikirjan luku otsikolla ”Menetykset, suru ja masennus”. Tähkä 1977, 21–22.

Opinnoissa aggressioiden kääntyminen sisäänpäin itsemurhan syynä oli toistuva teema ja ajoittain se liitettiin masennukseen. Ulospäin suunnattu aggressio ja masentuneen itsetuhoisuus nähtiin tällöin toistensa vastakohtina.<sup>621</sup> Aggressionsa ulospäin suuntaava ihminen oli masennuksesta vapaa, paitsi jos kyseessä oli aiemmissa alaluvuissa mainittu objektiton aggressiivisuus, kuten yleinen ärtyisyys. Itsemurhien ja aggressioiden suhde ei kuitenkaan ollut näin yksinkertainen. 1980-luvulla psykiatrian opinnoissa sisään- ja ulospäin kohdistettuja aggressioita pohdittiin osana kulttuuria. Oppikirjassa todettiin, että ”[i]tsemurhia ja väkivaltarikoksia pidetään usein kääntäen verrannollisina ja katsotaan, että kulttuureissa, joissa aggressio purkautuu ulospäin väkivaltaisuuksina, esiintyisi vähemmän itsemurhia ja kääntäen. Ilmeisesti asia ei kuitenkaan ole aivan näin yksinkertainen. Suomi on maa, jossa itsemurhia on paljon ja väkivaltarikoksiamme määrä kuuluu samalla Euroopan korkeimpiin.”<sup>622</sup>

Vaikka ulospäinsuunnatun aggression katsottiin olevan vastakohta masennukselle, poikkeuksen saattoivat tehdä niin kutsutut laajennetut itsemurhat tai perheitsemurhat, joissa itsensä lisäksi tapettiin perheenjäseniä.<sup>623</sup> 1980-luvulla psykiatrian opinnoissa todettiin, että ”[e]ndogeenisella depressiolla on melko vähäinen *oikeuspsykiatrinen merkitys*. Joskus depressiotilassa oleva potilas tekee perheitsemurhan, mutta varsinaisiin rikollisiin tekoihin hän ei syyllisty.”<sup>624</sup>

Perheitsemurhan ja masennuksen yhteys ei ole looginen, jos sitä tarkastelee 1980- ja 1990-luvuille tyypillisen itseensä kohdistetun negatiivisuuden kautta. Tähän masennuskäsitykseen kuului ajatus, että kaikki negatiivinen kiteytyi vain ja ainoastaan hänessä itsessään. Tuhoamalla itsensä, tuhosi hän kaiken negatiivisen. 1980-luvun psykologian opinnoissa esitettiin perheitsemurhan taustalle toisenlainen, psyykkiseen kärsimykseen pohjannut masennusteoria. Tässä masentunut piti elämää toivottomana itselleen, mutta myös perheenjäsenilleen. Itsemurhan laajentaminen ei näin ollut osoitus vihamielisyydestä, vaan päinvastoin osoitus halusta sääs-

<sup>621</sup> Itsemurhasta sisäänpäinkäännettynä aggressiona psykologian laitoksen opinnoissa ks. myös esim. Pervin 1980, 207–208; Alanen, Achte ja Tienari 1981, 93–95; Yrjö Alasen luento ”Itsemurha- syyt, esiintyvyys, hoitomahdollisuuksia” ”7-12” 1989.

<sup>622</sup> Psykiatrian opintojaksolla lukuvuosina 1979–1986 käytössä ollut oppikirja. Achte 1970, 209.

<sup>623</sup> ”Paitsi, että depressiivinen potilas on suuressa itsemurhavaarassa hän saattaa olla vaaraksi myös ympäristölleen. Joskus depressiivinen potilas nimittäin uskoo tekevänsä läheiselleen palveluksen murhaamalla tämän. Hän ajattelee, että elämä esim. myös hänen perheelleen on täysin sietämätöntä ja, että vain kuolema voi vapauttaa heidät kärsimyksistä. Potilas ei tällöin lainkaan tiedosta tekoon sisältyvää vihamielisyyttä.” ”7-4” 1988, 8.

<sup>624</sup> Lukuvuosina 1979–1986 käytössä ollut psykiatrian opintojakson oppikirja. Kaila ja Achte 1970, 113.

tää perheensä vääjäämättömältä kärsimykseltä.<sup>625</sup> Teorian mukaan perheitsemurhaan päätyneet ei pitänyt negatiivisena itseään, vaan perhettään ympäröinyttä maailmaa. Tällainen masennusteoria esitettiin oppikirjassa ainoastaan itsemurhaa koskevassa luvussa. Kun oppikirjan muissa luvuissa käsiteltiin masennusta, esiintyi masennus jälleen ensisijaisesti itseen kohdistuvana negatiivisuutena.

Itsemurhavaaran ja mielenterveysongelmien – erityisesti masennuksen – välillä oli vakiintunut yhteys 1980- ja 1990-luvuilla psykiatriassa ja psykologiassa. Vuonna 1991 psykiatrian opiskelija kirjoitti vuonna 1963 julkaistusta tutkimuksesta, jossa todettiin, että lähes kaikille itsemurhan tehneille voitiin jälkikäteen diagnosoida psykiatrisen tautiluokka.<sup>626</sup> Vuonna 1988 psykiatrian opiskelija viittasi vuosina 1963 – mahdollisesti sama tutkimus – ja 1974 julkaistuihin tutkimuksiin, joiden mukaan yli 90 prosentin itsemurhan tehneistä uskottiin kärsineen mielenterveysongelmista.<sup>627</sup> Itsemurhavaara liitettiin masennukseen usein silloinkin, kun puhuttiin yleisesti mielen sairauksista tai jostakin muusta tautiluokasta ensisijaisena diagnoosina. Skitsofrenia oli pitkään hallinnon tiedon yleinen diagnoosi ja opiskelijoiden ja väitöskirjatutkijoiden kirjoituksissa itsemurhavaarasta puhuttiin usein skitsofrenian yhteydessä. Tällöin itsemurhavaarassa olleiden tai itsemurhaan päätyneiden skitsofreniadiagnoosin saaneiden katsottiin olleen pääsääntöisesti ”depressiopotilaita”. Vuonna 1988 opiskelija analysoi Turun psykiatrian klinikalla vuosina 1984–1985 tapahtuneita itsemurhia. Opiskelijan työn tiivistelmässä mainittiin erikseen ainoastaan yksi sairaus: ”Sairaalahoidossa olevilla depressiopotilailla on muuhun väestöön verrattuna yli kolmekymmentäkertainen riski tehdä itsemurha.”<sup>628</sup> Tiivistelmässä puhuttiin ”depressiopotilaista”, mutta työn alussa huomautettiin, ettei kliininen depressiivisyys ollut kiinni potilaalle diagnosoidusta tautiluokasta. Työssä todettiin, että ”[k]eskeistä on, että spesifisestä diagnoosista huolimatta on puolet tai jopa neljä viidesosaa sairaalahoidon aikana itsemurhan tehneistä ollut kliinisesti depressiivisiä (Farberow ym. 1966 ja [suomalainen Helsingin psykiatrisia sairaaloita koskeva tutkimus] Niskanen ym. 1947)”.<sup>629</sup>

<sup>625</sup> Lukuvuosina 1980–1987 käytössä ollut psykologian laitoksen oppikirja. Rosen, Fox ja Gregory 1972, 197.

<sup>626</sup> Psykiatrian opiskelijoiden työ. Lehto ja Leinonen 1991, 2.

<sup>627</sup> Psykiatrian syventävien opintojen kirjallinen työ. Vilponen 1988, 1. Psykiatrian professori Yrjö Alanen kertoi psykologian opiskelijoille luennoillaan, että 70–80 prosenttia itsemurhan tehneistä oli ollut ”depressiivisessä tilassa”. ”7-12” 1989, 3.10.1989.

<sup>628</sup> Vilponen 1988, Tiivistelmä. Vuonna 1985 valmistuneessa psykologian opiskelijoiden kurssityössä kirjoitettiin, että ”TYKS:n psykiatrisen kriisikeskus aloitti toimintansa lokakuussa -84” ja että yhdessä psykiatrian poliklinikan kanssa ne muodostivat ”yleissairaalan psykiatrisen yksikön”. Useamman potilaan itsemurha ajoittui tähän muutosvaiheeseen. ”3-6” 1985, 1.

<sup>629</sup> Vilponen 1988, 1.

Aihetta lähestyttiin samalla tavoin vuonna 1993 valmistuneessa psykiatrian väitöskirjassa. Tutkimuksen johdannossa ei mainittu erikseen masennusta, vaan kerrottiin mielisairaalassa itsemurhaan päätyneiden potilaiden yleisimpien diagnoosien olleen skitsofrenia ja vakava mielialahäiriö. Samalla jo johdannossa pohdittiin itsemurhakäyttäytymisen tarttumista. Tämä johtui luultavasti siitä, että tässäkin työssä yhtenä tutkimuksen kohteena oli Turussa vuosina 1984–1985 tapahtunut useamman hoidossa olleen psykiatrisen potilaan itsemurhan kasautuminen.<sup>630</sup> Väitöskirjatutkija kävi läpi itsemurhaa ja mielisairauksia käsitteleviä tutkimuksia. 1950-luvulta lähtien niissä oli itsemurhiin yhdistetty mielisairaus ja tärkeimpänä mielisairausluokkana maanisdepressiivisyys ja yleensä pelkkä masennus.<sup>631</sup> Mielisairaalassa olleiden potilaiden itsemurhatapauksissa yleisin diagnoosi oli ollut skitsofrenia. Tässäkin väitöskirjatutkija huomautti tämän voineen johtua siitä, että skitsofrenia oli pitkään yleisin diagnoosi sairaalahoidossa ja ensisijaisesta diagnoosista huolimatta itsemurhaan päätyneet saattoivat olla lisäksi masentuneita.<sup>632</sup>

Vuonna 1991 psykiatrian opiskelijat analysoivat vuonna 1990 julkaistua vastaavaa psykiatrisen sairaalan potilaita koskevaa ulkomaista tutkimusta. Siinä itsemurhan tehneistä lähes puolella oli diagnosoitu skitsofrenia, mutta vakava mielialahäiriö oli diagnosoitu noin neljänneksellä ja neuroosi 14 prosentilla.<sup>633</sup> Työssä oleellisimmaksi huomioksi todettiin se, että ”riippumatta potilaiden päädiagnooseista suurin osa – ja joidenkin tutkimusten mukaan jopa lähes kaikki – itsemurhan tehneet ovat olleet kliinisesti depressiivisiä (Beisser ja Blanchette 1961, Niskanen ym. 1974, Taiminen ja Lehtinen 1990). Sekä neuroottinen että endogeeninen depressio merkitsevät huomattavasti suurentunutta itsemurhavaaraa (Milch 1990). Vaikeasti depressiivisistä yli 15 % tekee itsemurhan (Achte ym. 1990).”<sup>634</sup>

Kuten opiskelijoiden viittaamista tutkimuksistakin näkee, yhdistettiin masennus ja itsemurhavaara tieteen tiedossa 1900-luvun toisella puoliskolla. Kyse ei ollut ainoastaan hallinnon tiedon piirissä hoidossa ja määrittelyjen kohteina olleita henkilöitä koskeneista tutkimuksista, vaan myös itseltään hengen riistäneiden henkilöiden motiivien jälkikäteisestä analysoinnista. Vuonna 1989 psykologian opiskelija viittasi tutkimukseen vuodelta 1984, jossa diagnosoimatta jääneen depression sanottiin olleen merkittävä nuorten itsemurhiin ja itsemurhayrityksiin vaikuttanut tekijä.<sup>635</sup> Psykologiassa oli 1980-luvulla käytössä kaksi yhdysvaltalaisista *Abnormal psycho-*

<sup>630</sup> Taiminen 1993, Introduction.

<sup>631</sup> Taiminen 1993, 13–15.

<sup>632</sup> Taiminen 1993, 29–30.

<sup>633</sup> Vuonna 1991 valmistunut psykiatrian työ. Lehto ja Leinonen 1991, 3.

<sup>634</sup> Lehto ja Leinonen 1991, 4.

<sup>635</sup> Psykologian opiskelijan vuonna 1989 valmistunut harjoitustyö. ”7-9” 1989, 6.

logy -nimistä oppikirjaa.<sup>636</sup> Kummassakin teoksessa itsemurhaa käsiteltiin laajalti ja sille esitettiin muun muassa sosiaalisia ja yhteiskunnallisia syitä. Mielenterveysongelmien yhteydessä itsemurhaa käsiteltiin oleellisena osana affektihäiriöitä käsittelevää lukua ja kummassakin oppikirjassa itsemurhien käsittelylle osana masennusta oli varattu aivan omia osioitaan. Toisessa teoksessa oli erillinen yli sivun pituinen masennusta ja itsemurhaa käsittelevä alaluku.<sup>637</sup> Toisessa teoksessa itsemurhia käsittelevä alaluku oli kuuden sivun pituinen ja osa affektihäiriöitä käsittelevää lukua.<sup>638</sup>

1980-luvun psykiatrian oppikirjan tenttialueen ulkopuolella oli psykiatri ja psykoanalytikko Kalle Achtén kirjoittama luku itsemurhasta, joka kuvasi aikansa käsitteitä. Itsemurhan vaara oli suurin vaikeissa jopa mielisairausten asteen saavuttavissa masennustiloissa. Itsemurhavaaraa aiheuttanut masennus saattoi liittyä johonkin muuhun psyykkiseen häiriöön tai vakavaan somaattiseen sairauteen. Somaattisiin sairauksiin saattoi liittyä itsemurhavaara kuitenkin myös ilman masennusta. Samalla itsemurhan ja mielisairausten välille ei tehty tiukkaa yhteyttä, sillä itsemurhan tehneistä arvioitiin olleen mielisairaita vain 15–20 %. Achté totesi myös, että ”[d]epressioiden diagnostiikka ja adekvaatti hoito ovat itsemurhien ennakoehkäisyssä tärkeitä. Sama pätee tuskaisten potilaiden taikka muutoin itsemurhavaarassa olevien potilaiden hoitoon.”<sup>639</sup> Vaikka Achté piti depressiopotilaita itsemurhille altteimpana mielen terveyden häiriöiden ryhmänä, depression hoitoa enemmän hän painotti ihmisen ihmissuhteiden ja elinolosuhteiden merkitystä aina lapsuudesta lähtien. Elämäntapahtumat olivat Achtén mukaan ensisijainen altistaja itsemurhalle ja itsemurhayrityksille – eivät mielen terveysongelmat ja masennus sairautena.<sup>640</sup>

Itsemurhavaaraa lisäävällä masennuksella ei aina viitattu sairauteen, vaan sillä saatettiin viitata myös normaaliin ja terveeseen masennukseen. Vuonna 1991 psykiatrian opiskelija kirjoitti itsemurha-alttiuden lisääntymiseen vaikuttavan ”esim. miessukupuoli, depressiivisyys, aggressiivisyys, toivottomuuden tunteet, sosiaalisten suhteiden vähäisyys sekä aikaisemmat itsemurhayritykset”.<sup>641</sup> Hän totesi myös, että ”[e]rilaiset depression oireet, kuten toivottomuus, vetäytyminen, jännittyneisyys, kiihtyneisyys ja ahdistuneisuus, olivat itsemurhaan päätyneillä selvästi ylei-

<sup>636</sup> Harmatzin teos oli käytössä lukuvuonna 1981–1982 osana vanhaa tutkintoa ja lukuvuosina 1984–1986 osana psykodiagnostiikkaa. Rosen, Fox ja Gregoryn teos oli käytössä osana vanhaa tutkintoa vuoteen 1985 saakka ja osana psykodiagnostiikkaa lukuvuosina 1984–1987.

<sup>637</sup> Rosen, Fox ja Gregory 1972, 197–198.

<sup>638</sup> Harmatz 1978, 306–311.

<sup>639</sup> Psykiatrian opintojaksolla lukuvuosina 1979–1986 käytössä ollut oppikirja. Achté 1970, 213.

<sup>640</sup> Achté 1970.

<sup>641</sup> Vuonna 1991 valmistunut psykiatrian syventävien opintojen työ. Lehto ja Leinonen 1991, Tiivistelmä.



sempiä kuin muilla potilailla”.<sup>642</sup> Opiskelija käsitteli toisaalla työssään myös kliinistä masennussairautta liittäen itsemurha-alttiuden siihen. Edellä olevissa lainauksissa syy–seuraus-suhde ei kuitenkaan kulkenut masennussairaudesta itsemurhaan. Masennus toisaalta tietynlaisena tilana ja toisaalta tietynlaisten oireiden kimpuna sisälsi tunteita ja ajatusmalleja, jotka yhdistettiin itsetuhoisuuteen.

Itsemurhariski voitiin liittää myös mallioppimiseen. Vuonna 1988 psykologian opiskelija totesi harjoitustyössä itsemurhan riskin kasvaneen muun muassa lapsuudessa särkyneen kodin tai itsemurhaan päätyneen lähiomaisen myötä. Henkilö oli ikään kuin oppinut toimintamallin vaikeuksien kohdatessa.<sup>643</sup> Itsetuhoisuuden ja masennuksen yhteys varioi opinnoissa muutoinkin. 1980-luvun puolivälissä psykologian opinnoissa annettiin esimerkki 45-vuotiaasta miehestä, joka oli joutunut psykiatriselle osastolle yritettyään itsemurhaa. Hänen kerrottiin masentuneen vakavasti vasta siinä vaiheessa, kun huomasi jääneensä henkiin eli vasta itsemurhayrityksen jälkeen.<sup>644</sup>

Itsemurhavaara erosi lähtökohtaisesti muista masennusattribuuteista konkreettisuudellaan ja mahdollisella lopullisuudellaan. Suhtautuminen itsemurhavaaraan ja itsetuhoisuuteen vaikutti olevan lopulta enemmän käytännöllinen asia kuin kysymys mielisairauksien määrittelystä. Tautiluokkien tarkan määrittelyn sijaan oli tärkeämpää tunnistaa itsetuhoisuuden vaaraa ennakoivat attribuutit, itsetuhoisuuden attribuutit, jotka olivat monin tavoin samanlaisia ja joskus jopa identtisiä masennusattribuuttien kanssa.<sup>645</sup> Myös itsetuhoisuuden ja masennuksen syyt saatettiin nähdä yhteneväisinä. Sinänsä 1980- ja 1990-lukujen opinnoissa psykiatrisia tautiluokkia itsessäänkin käytettiin normittavan sijaan enemmän pragmaattisesti ja kuvailevasti.

Psykologian ja psykiatrian opiskelijoille opetettiin käytännön asioita, joita itsemurha-alttiin henkilön kohdalla tulisi ottaa huomioon. Potilaan kotiuttaminen oli herkkä päätös. 1980-luvun alussa psykiatriassa opetettiin, että ”[d]epressiopotilasta ei ole hyvä sijoittaa yksintyöskentelyyn. Näin erityisesti silloin, jos hän on aikaisemmin yrittänyt itsemurhaa.”<sup>646</sup> Psykiatrian apulaisprofessori Reijo Holmström piti syksyllä 1989 psykologian opiskelijoille psykiatrian luennon aiheesta krooninen masentuneisuus. Luennon muistiinpanoissa opiskelija kirjoitti, että depressiivisissä psykooseissa itsemurhariski oli kohonnut ja suurimmillaan se oli masennuksen ollessa hiukan parantumassa. Tämän jälkeen opiskelija oli kirjoittanut isoin kirjaimin:

<sup>642</sup> Lehto ja Leinonen 1991, 7.

<sup>643</sup> ”7-4” 1988, 6.

<sup>644</sup> Psykologian opinnoissa 1980-luvun puolivälissä käytössä ollut oppikirja. Pincus ja Dare 1980, 139.

<sup>645</sup> Ks. mm. Salmenperä 1989, Tiivistelmä.

<sup>646</sup> Lukuvuonna 1979–1980 psykiatrian opintojaksolla käytössä ollut oppikirja. Tienari 1975, 330.

”KOTILOMIEN KANSSA ON SYYTÄ OLLA VAROVAINEN”.<sup>647</sup> Paranemisvaiheessa kasvanut itsemurhariski mainittiin opinnoissa usein. Taustalla oli ajatus, että vakavassa, estyneessä depressiossa ihminen ei saanut mitään aikaiseksi – ei myöskään itsemurhaa.<sup>648</sup> 1980-luvun psykiatrian opinnoissa korostettiin myös, että ”[d]epressiivisille potilaille lääkeaineita määrättäessä olisi syytä olla varovainen ja pidättyä kirjoittamasta liian suuria annoksia unilääkkeitä yhdellä kertaa”.<sup>649</sup> Itsemurhavaaran ollessa akuutti, parhaaksi ennaltaehkäisyksi katsottiin valvottu sairaalassa olo.<sup>650</sup> Itsemurhavaara oli otettava huomioon myös valittaessa potilaalle sopivaa psykoterapiamallia. Lääketieteen opinnoissa kirjoitettiin neuroottisten masennustilojen hoidosta, että ”[t]apauksen laadusta ja mahdollisten itsemurhapotentiaalien mukanaolosta riippuen hoitoa on joko jatkettava pääasiassa supporttiivisena, tai siihen voidaan liittää eriasteisesti ja -laajuisesti paljastavia tekijöitä”.<sup>651</sup>

Olellisinta oli, että itsemurhan vaara otettiin tosissaan. Erityisesti masentuneen kohdalla oli otettava vakavasti merkit ja puheet itsemurhasta ja itsetuhoisuudesta. Merkit saattoivat olla hienovaraisia. Vaaran signaali saattoi olla esimerkiksi se, ettei lääkäri ollut enää potilaastaan huolissaan – itsetuhoisimmassa tilassa potilas oli nimittäin saattanut katkaista kaikki kiintymyssuhteensa, myös lääkäriinsä.<sup>652</sup>

1980- ja 1990-luvun opinnoissa itsetuhoisuuden lääketieteellistämistä pohdittiin ja ajoittain kyseenalaistettiin. Vuonna 1989 psykologian opiskelija oli tutustunut itsetuhoisuutta ja nuoria käsitteleviin tutkimuksiin. Opiskelija kritisoi tutkimusten itsetuhoisuuden lääketieteellistämistä tukevia johtopäätöksiä. Ongelmallisena johtopäätösten osalta opiskelija piti muun muassa sitä, että tutkimuskohteet olivat usein jo valmiiksi psykiatrisessa hoidossa ja näin ollen jo apriorisesti arvioitu psyykkisesti häiriintyneiksi.<sup>653</sup> Vuonna 1981 psykologian opiskelija totesi proseminarityössään, että ”[p]sykiatrinen kanta lähtee siitä, että kaikkalainen halu kuolla ja hylätä elämä

<sup>647</sup> Yrjö Alasen luento ”Vakavat mielialahäiriöt” ”7-12” 1989.

<sup>648</sup> Yrjö Alasen luento ”Vakavat mielialahäiriöt” ”7-12” 1989.

<sup>649</sup> Achte 1970, 212.

<sup>650</sup> ”Psykoottista depressiopotilasta on melkein aina syytä pitää sairaalahoidossa kohonneen itsemurhavaaran vuoksi. Neuroottisessa depressiossa itsemurhan vaara on pienempi, joskaan ei aina kokonaan puutu.” ”Jos tila on syvempi ja jos potilaalla on itsemurha-ajatuksia, sairaalahoido voi olla välttämätön, varsinkin jos potilas joutuu päivisin olemaan yksin kotona. Turvallisuutta antava ja luottamuksellinen suhde lääkäriin on eräissä tapauksissa paras itsemurhan preventio. [– –] Jos potilaalla on itsemurha-ajatuksia, on varottava määräämästä hänelle yhdellä kertaa liian paljon lääkkeitä.” Achte, Alanen ja Tienari 1973, 217.

<sup>651</sup> Lääketieteen lisensiaatin opintojen psykologian opintojaksolla lukuvuosina 1979–1987 käytössä ollut oppikirja. Tähkä 1972, 97–98.

<sup>652</sup> Tähkä 1977, 246.

<sup>653</sup> Psykologian opiskelijan harjoitustyö vuodelta 1989. ”7-9” 1989, 7.

on mielisairautta. Tämä kuitenkin merkitsee sitä, että mielisairauden käsite laajeni niin, ettei sillä ole enää mitään merkitystä.”<sup>654</sup>

Itsetuhon ja onnistuneen itsemurhan näkeminen mielen sairauden seurauksena on sekä kulttuurinen että eettinen kysymys. Kulttuurihistorian tutkija Anu Salmela osoittaa väitöskirjassaan, kuinka 1800-luvun mittaan itsemurha lääketieteellistyi Suomessa ja itsemurhasta tuli psykiatrian kiinnostuksen kohde.<sup>655</sup> Ajatus mielisairaudesta oli 1900-luvun toisen puoliskon käsitykseen verrattuna fyysinen. Suomalaista lääketieteellistä itsemurhatutkimusta tutkinut aatehistorian tutkija Mikko Myllykangas toteaa väitöskirjassaan, että 1960-luvulta 1980-luvulle saakka kestäneestä jaksosta voidaan puhua lääketieteellisen sijaan psykiatrisen itsemurhatutkimuksen jaksona. Itsemurhan näkeminen puhtaasti mielisairauden seurauksena on ongelmallista, sillä ihmisen autonomia omiin päätöksiin kyseenalaistetaan. Historiantutkimus osoittaa kuolemantapausten jälkikäteisen tulkinnan mahdollistavan samalla vallankäytön.<sup>656</sup> Jo itsemurha-termi on kulttuurisesti latautunut termi, jossa murha-sanalla viitataan rikokseen ja tämä on saanut osakseen kritiikkiä tällä vuosituhannella. 1980- ja 1990-lukujen opinnoissa kyse ei ollut teon arvottamisesta, vaan ymmärtämisestä. Huomio kohdistui käytännön toimiin itsetuhoisuuden tunnistamiseksi ja estämiseksi. Tästä syystä en kiinnitä itsemurha-termin käyttöön tämän enempää huomiota tässä tutkimuksessani.

Itsemurha-ajatukset, itsemurhayritykset ja onnistuneet itsemurhat nivoutuivat ajoittain masennukseen myös nuorten<sup>657</sup> ja erityisesti lasten<sup>658</sup> kohdalla. Nuorten käsitteleminen omana ryhmänään ei ollut vielä yhtä vakiintunutta kuin lasten, joten lasten masennusta ja itsetuhoisuutta koskevia tekstejä oli luultavasti jo tästä syystä enemmän. Tieteen tiedossa lasten masennus ja itsemurhavaara oli yhdistetty toisiinsa jo pitkään ja yhteyttä oli vakiinnutettu 1900-luvun toisella puoliskolla psykiatriassa ja psykologiassa samalla tavoin kuin aikuisten masennuksen ja itsemurhavaaran yh-

<sup>654</sup> Vuonna 1981 tehty psykologian proseminarityö aiheesta ”Itsemurha”. Opiskelija käsitteli työssä kattavasti itsemurhia eri näkökulmista. Psykkisen toiminnan häiriöitä ja psykiatrisia sairauksia itsemurhan taustalla hän käsitteli ainoastaan lyhyesti ja kirjoitti, että itsemurhan lääketieteellistäminen voi olla leimaavaa. ”4-20” 1981, 1, 10.

<sup>655</sup> Myllykangas 2014, 31, 36.

<sup>656</sup> Myllykangas 2014, 38.

<sup>657</sup> ”7-4” 1988, 6; Liisa Kallioisen luento ”Nuorisopsykiatriasta” ”7-12” 1989. Nuorten masennus ja itsemurhat, ks. esim. ”7-9” 1989, 6–7.

<sup>658</sup> Vuonna 1994 lääketieteen lisensiaatin tutkinnon opiskelija kirjoitti 12-vuotiaasta lasta koskevassa tapauksertomuksessa, että ”[m]asennukseen sopien osastolla tullut esiin myös itsetunnon heikkous, illottomuus, apaattisuus, syömisiongelmat ja puheissa ilmevä suidaalisuus”. Heinisuo 1994, 14, ks. myös 11.

teyttä. Opintoissa viitattiin muun muassa 1950-luvulla valmistuneisiin tutkimuksiin, kuten vuonna 1952 julkaistuun artikkeliin *Suicide and depression in children*.<sup>659</sup>

1980-luvulla lastenpsykiatrian opintoissa luettiin Maija-Liisa Kosken kirjoittamaa oppikirjan lukua, jossa hän käsitteli lasten itsemurhayrityksiä heti lasten masennustilojen käsittelemisen jälkeen. Masennus ja itsemurhat sidottiin toisiinsa jo heti ensimmäisessä virkkeessä, jossa todettiin, että ”[l]apsen depressio saattaa johtaa suitsidiyritykseen, aivan samoin kuin aikuisenkin depressio”.<sup>660</sup> Tämän jälkeen Koski totesi, että muitakin syytä lasten itsemurhayrityksiin oli. Lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian tuolloista eroa kuvaa se, että oppikirjan nuorisopsykiatriaa koskevassa osiossa itsemurhaa ei käsitelty lainkaan.

Lasten tapaturmaisista kuolemista opetettiin osan saattaneen olla itsemurhia.<sup>661</sup> Tapaturma-alttiilla lapsella oli Kosken mukaan persoonallisuudessaan ”enemmän depressiivisiä piirteitä ja enemmän rangaistuksen tarvetta”.<sup>662</sup> Terttu Arajärvi kirjoitti, että osa leikki-ikäisten ”liikenneonnettomuuksista ja tapaturmista lienevät masennuksen ja itsemurhan ilmentymiä, vaikka niitä ei ole tunnistettu”.<sup>663</sup> Myös Vappu Taipale kirjoitti, että ”on kautta aikojen pidetty todennäköisenä, että kaikkia lasten itsemurhia ei osata tai haluta luokitella sellaisiksi, vaan ne luokitellaan lähinnä onnettomuustapauksiksi”.<sup>664</sup> Arajärvi totesi nuorimpien itsemurhaa yrittävien olleen 3–4-vuotiaita. Tapaturmiksi näitä tulkittiin, koska lasten itsemurhat olivat usein väkivaltaisia: ”He eivät yleensä saa käsiinsä suuria määriä lääkkeitä, jolloin vaaralliset ja väkivaltaiset keinot, esim. ikkunasta hyppääminen tai auton alle juokseminen ovat helpommin mahdollisia.”<sup>665</sup>

Vaikka masennuksen ja itsetuhoisuuden välillä nähtiin yhteys, haluttiin opiskelijoiden huomioivan asian olleen monitahoisempi. Koski totesi, että ”[s]uisidiyritys ei ole mikään kliininen kokonaisuus, vaan oire hyvinkin monenlaisista vaikeuksista ja samalla yritys niiden ratkaisemiseksi”.<sup>666</sup> Lastenpsykiatriassa korostui lapsen tilanteen laajempi tarkastelu. Koski totesi, että ”[l]apsen suisidiyritys saattaa olla merkki siitä, että lapsi on kokenut ettei hänellä ole paikkaa vanhempiansa elämässä

<sup>659</sup> Arajärvi 1984b, 137. Ks. L. Despert (1952) *Suicide and depression in children*. *Nervous Child* 9, 378–389.

<sup>660</sup> Lukuvuosina 1979–1984 lastenpsykiatrian opintoissa käytössä ollut oppikirja. Koski 1973, 463.

<sup>661</sup> Rosen, Fox ja Gregory 1972, 394–395; Koski 1973, 463; Arajärvi 1984b, 135–136; Arajärvi 1987a, 162–164.

<sup>662</sup> Koski 1973, 464.

<sup>663</sup> Lastenpsykiatrian oppikirja. Arajärvi 1984b, 136; Arajärvi 1987a, 164.

<sup>664</sup> Lukuvuosina 1993–1996 lastenpsykiatriassa käytössä ollut oppikirja. Taipale 1992, 283, ks. myös 253.

<sup>665</sup> Arajärvi 1984b, 136–137.

<sup>666</sup> Koski 1973, 464.

tai että hän on käynyt heille tarpeettomaksi rasitukseksi”.<sup>667</sup> Taipale muistutti tärkeää olleen huomioida lapsen elämäntilanne ja suhteet läheisiin eli lähinnä perheeseen.<sup>668</sup> Taipale ja Arajärvi viittasivat kummatkin tutkimukseen vuodelta 1969 (Mattson ym.) ja jakoivat lasten itsemurhien taustatekijät kolmeen ryhmään.<sup>669</sup> Taipaleen mukaan itsemurhaan päätyi seuraavanlaisissa tilanteissa olleet lapset:

- Tärkeän ihmiskontaktin menettäneet lapset, jotka ovat ajautuneet masennukseen ja pitkittyneeseen surureaktioon.
- Itsesyytösten vaivaamat lapset, joiden aggressiivisuus on kääntynyt omaa itseä vastaan. Syyllisyydentunteet ja oman yliminän vaatimukset käyvät lapsille ylivoimaisiksi.
- Apua pyytävät lapset<sup>670</sup>

Poikalasten katsottiin onnistuvan itsemurhassaan useammin kuin tyttölasten. Itsemurhayrityksiä puolestaan oli useammin tyttölapsilla. Vastaava ero sukupuolten välillä katsottiin pätevän myös myöhemmin aikuisuudessa johtuen muun muassa itsemurhaan käytetyistä sukupuolittuneista keinoista.<sup>671</sup> Lukumääräisen eron yrityksissä ja toteutuneissa itsemurhissa selitti aggressioiden sisäänpääntäminen:

Eri tutkijoiden mukaan 40–50 % suisia yrittäneistä lapsista on osoittanut selviä depression merkkejä ennen suisidyritystä. Suisidia yrittäneistä lapsista ja nuorista 80 % on tyttöjä. Toisaalta poikien suisidyritykset useammin johtavat kuolemaan kuin tyttöjen. [– –] Sen, että tytöt yrittävät suisia huomattavasti useammin kuin pojat, on arveltu johtuvan siitä, että tytöillä ei ole samoja mahdollisuuksia kuin pojilla suunnata aggressioitaan ulospäin. Toisaalta on viitteitä siitä, että suisia yrittävät pojat ovat keskimäärin häiriintyneempiä kuin suisia yrittävät tytöt.<sup>672</sup>

Psykologian opiskelija kirjoitti vuonna 1989 harjoitustyön otsikolla ”Nuorten itsemurhiin ja itsemurhayrityksiin vaikuttavat tekijät”. Opiskelija näki yhteyden masennuksen ja suisidaalisuuden välillä, mutta oli varovainen suorien yhtäläisyysmerk-

<sup>667</sup> Koski 1973, 465.

<sup>668</sup> Taipale 1992, 283.

<sup>669</sup> Arajärvi 1984b, 136–137.

<sup>670</sup> Taipale 1992, 285.

<sup>671</sup> Rosen, Fox ja Gregory 1972, 394–395; ”7-9” 1989, 2; ”7-12” 1989, 3.10.1989.

<sup>672</sup> Koski 1973, 463.

kien vetämisessä: ”Huolimatta siitä, että depressiivisyys näyttää olevan tärkeä itsemurhariskiinkin vaikuttava seikka, on myös hyvin paljon tutkimustuloksia, joiden mukaan toivottomuuden tunne, paremmin kuin depressiivisyys sinänsä, aiheuttaa suisidaalista käyttäytymistä.”<sup>673</sup> Opiskelija totesi, ettei esimurrosikäinen välttämättä ymmärtänyt kuoleman lopullisuutta, joten nuori saattoi yrittää itsemurhaa avunpyyntönä.<sup>674</sup> Myös ehtymisikäisten ja vanhusten masennustiloissa itsemurhavaara oli tärkeä ottaa huomioon. Ei kuitenkaan puhtaasti masennuksen tähden, vaan ihmisessä ja hänen elämässään tapahtuvien muutosten tähden, sillä niistä saattoi seurata muun muassa yksinäisyyttä.<sup>675</sup>

1990-luvulla lastentautien opintojakson isobritannialaisessa oppikirjassa lasten ja nuorten itsemurhayrityksistä kirjoitettiin 1980- ja 1990-lukujen anglosaksiselle psykiatrilalle ja psykologialle tyypilliseen tapaan. Puolella itsemurhaa yrittäneistä lapsista ja nuorista katsottiin olleen tyypiltään akuuttia ja reaktiivista, mahdollisesti kroonista masennusta. Itsetuhoisuus liitettiin mielisairauksiin suomalaisten tutkijoiden tekstejä vahvemmin. Taustalla todettiin voineen olla jo pitkään jatkuneita käytösongelmia, ja että vanhemmissa ikäluokissa itsemurhan taustalta löytyi usein huumien ja alkoholin väärinkäyttöä.<sup>676</sup> Tässä oppikirjassa itsemurhavaara nähtiin yksilön mielen sairastumisen seurauksena. Suomalaisissa ja varhaisemmissa teksteissä itsetuhoisuuden ja itsemurhien syitä etsittiin myös elämänhistoriasta ja läheissuhteista eikä esimerkiksi reaktiivisen masennuksen itsemurhariskiä nähty näin suurena. Vuonna 1989 psykologian opinnoissa professori Yrjö Alanen oli kuvaillut, että reaktiivisessa depressiossa itsemurhavaara ei ole yhtä suuri kuin useissa muissa depression muodoissa ja ylipäätään ennuste tilalla oli yleensä hyvä.<sup>677</sup>

Psykiatrian ja psykologian ulkopuolisessa tieteen tiedossa masennuksen ja itsetuhoisuuden yhteys ei ollut yhtä vakiintunut. Somaattisessa lääketieteessä itsemurhia koskevissa kirjoituksissa ei mielenterveysongelmia tai masennusta mainittu välttämättä lainkaan. Tämä saattoi johtua kulloisenkin tieteenalan näkökulmasta. Toisin sanoen itsemurhan tulkitseminen mielenterveysongelmista johtuvaksi saattoi olla luontaisempaa tieteenaloille, jotka lähtökohtaisesti olivat tekemisissä mielenterveysongelmien kanssa. Kyseessä saattoi olla myös somaattisen lääketieteen sekä psykiatrian ja psykologian vuorovaikutuksen puute. Vuonna 1994 oikeuslääketieteen opiskelija kirjoitti raskaudenaikaisista itsemurhista. Työssä masennus mainittiin ohimennen itsemurhakäyttäytymisen biologisten taustatekijöiden yhteydessä.<sup>678</sup> Opiskelija kävi läpi

<sup>673</sup> Psykologian laitoksella keväällä 1989 valmistunut harjoitustyö. ”7-9” 1989, 8.

<sup>674</sup> ”7-9” 1989, 6.

<sup>675</sup> Achte 1970, 211.

<sup>676</sup> Lukuvuosina 1993–1996 lääketieteen lisensiaatin opintojen lastentautien opintojaksolla käytössä ollut isobritannialainen oppikirja. Graham 1991, 189.

<sup>677</sup> ”7-12” 1989, 30.10.1989.

<sup>678</sup> Oikeuslääketieteen syventävien opintojen kirjallinen työ. Takki 1994, 11–12.

myös psykiatrisia tekijöitä. Hän totesi, että kirjallisuudesta löytämistään 30 itsemurhatapauksesta neljällä ”oli jälkikäteen tehdyn potilasasiakirjoihin perustuneen psykistrin [sic] arvioinnin mukaan psykoottistasoinen depressio”.<sup>679</sup> Tässäkin kohtaa, jossa työ keskittyi itsemurhien mielenterveyteen liittyviin taustatekijöihin, pysyi masennus ainoastaan yhtenä mahdollisena tekijänä monien muiden joukossa.<sup>680</sup>

Myöskään lasten ja nuorten kohdalla ei psykiatrian ja psykologian ulkopuolella otettu systemaattisesti huomioon mielenterveysongelmien ja itsetuhoisuuden suhdetta. Lasten ja nuorten eriasteisten tapaturmien ja tapaturmaisten kuolemien kohdalla ainoastaan psykiatriassa ja psykologiassa huomautettiin taustalla saattaneen olla tarkoituksellista itsetuhoisuutta. 1990-luvulla lastentautiopissa oli oppikirjana Neuvolakirja<sup>681</sup>, joka oli tarkoitettu neuvolatyön tueksi. Teoksesta löytyi artikkelit ”Lasten tapaturmat ja niiden ehkäisy” sekä ”Lasten myrkytystapaturmat ja niiden ehkäisy”. Artikkelien kirjoittajat olivat erikoislääkäreitä, mutta kummankaan erikoisalana ei ollut psykiatria. Artikkeleissa käytiin läpi yleisimpiä tapaturmien ja onnettomuuksien muotoja. Ainoaksi tapaturmasta poikkeavaksi vamman syyksi mainittiin pahoinpitelyn mahdollisuus ja pahoinpitelyistä onkin teoksessa lyhyt yhden aukeaman osio. Lapsen itsetuhoisuuden mahdollisuutta ei otettu lainkaan huomioon tapaturmien tai myrkytystapaturmien taustalla.<sup>682</sup> Oikeuslääketieteen opiskelijan vuonna 1998 valmistuneessa työssä näkyi samankaltainen käsittelytapa. Opiskelija kirjoitti lasten ja nuorten hukkumiskuolemista Suomessa vuosina 1987–1994. Nuorten hukkumiskuolemien kohdalla opiskelija pohti itsemurhan mahdollisuutta. Hänen käyttämässään aineistossa itsemurhan tehneet olivat kaikki 17–19-vuotiaita. Näiden lisäksi oli kuitenkin kolmetoista epäselväksi jäänyttä tapausta, joissa oli myös muun ikäisiä.<sup>683</sup> Vaikutti siltä, että opiskelija ei pitänyt lasten itsetuhoisuutta ja tarkoituksellista hukuttautumista mahdollisena. Itsemurhakuolleisuus liitettiin työssä ainoastaan aikuisikää lähestyviin nuoriin. Nuortenkaan kohdalla opiskelija ei pohtinut taustasyynä mielenterveysongelmia tai masennusta.<sup>684</sup>

<sup>679</sup> Takki 1994, 12.

<sup>680</sup> Myös vuonna 1996 oikeuslääketieteeseen tehdyssä työssä käsiteltiin lyhyesti itsemurhia, mutta ainoastaan alkoholinkäytön seurauksena. Tämä johtui luultavasti opiskelijan käyttämästä aineistosta, jossa oli tuotu esiin veren alkoholipitoisuus. Psykiatrisen sairauden mahdollisuutta ei mainittu lainkaan itseaiheutettuja kuolemia pohdittaessa. Ruohola 1996.

<sup>681</sup> Opinto-oppaassa vuoden 1988 painos, minulla käytössä vuoden 1984 painos.

<sup>682</sup> Lukuvuosina 1991–1993 lastentautiopin opintojaksolla käytössä ollut oppikirja. Hoppu 1984, 258–259; Vilksa 1984; Verkasalo 1984. Tapaturmista kirjoittanut Kalle Hoppu oli HYKS:n lastentautien klinikan erikoislääkäri, mutta ei erikoistunut lastenpsykiatriaan. Myrkytystapaturmista oli kirjoittanut HYKS:n myrkytystietokeskuksen ja lastenklinikan erikoislääkäri Jussi Vilksa.

<sup>683</sup> Oikeuslääketieteen syventävien opintojen kirjallinen työ. Karhunen 1998, 8, 14, 18.

<sup>684</sup> Karhunen 1998.

Sosiologi Ilpo Helén kollegoineen pitää Itsemurhat Suomessa 1987 -tutkimusprojektia syynä siihen, miksi masennus ja itsemurhat yhdistettiin toisiinsa laajemmin 1990-luvulla.<sup>685</sup> Projekti toteutettiin vuosina 1986–1991 ja sen pohjalta julkaistiin muun muassa itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 1992–1995.<sup>686</sup> Helénin mukaan projekti vaikutti masennuksen osaksi itsemurhakeskustelua ja tämä näkyikin hankkeen 1990-luvun puolella julkaisemissa raporteissa, joissa itsemurhien syistä puhuttaessa masennussairaus – ja nimenomaan alidiagnosoitu masennussairaus – oli merkittävin itsemurhia aiheuttava yksittäinen tekijä Suomessa. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen vuonna 1993 julkaisemassa laajassa tutkimustuloksia esittelevässä julkaisussa masennuksen ja itsemurhien suhde esitettiin eksplisiittisesti. Julkaisussa todettiin, että ”[v]akavien depressiotilojen hoito on siten yksi kaikkein keskeisimpiä itsemurhapreventioiden alueita”<sup>687</sup> ja että ”[y]ksittäisistä hoidon ongelmista keskeisimmäksi on noussut kysymys masennuksen havaitsemisesta, siihen liittyvästä asianmukaisesta taudinmäärittämisestä sekä asiantuntevan hoidon aloittamisesta ja sen pitkäjänteisestä toteuttamisesta”.<sup>688</sup> Projektin myötä masennuksesta alettiin puhua myös muilla tieteenaloilla kuin psykologiassa ja psykiatriassa projektiin liittyvien julkaisujen, koulutusten ynnä muun materiaalin myötä.<sup>689</sup> Jotta mielisairaudella voitiin selittää itsemurhan kaltaista kattavaa ilmiötä, oli psykiatrian ja psykologian selitysmallit levittävä hallinnon tietoon mutta myös tieteen tiedon piirissä muille tieteenaloille.

Itsemurhat Suomessa 1987 -tutkimusprojekti tunnettiin Turun yliopiston opinnoissa. Vuonna 1988 psykiatrian opiskelija viittasi vuonna 1987 osana projektia julkaistuun kirjoitukseen todetessaan masennuksen diagnosoinnin ja hoidon olevan avainasemassa itsemurhien ehkäisyssä.<sup>690</sup> Projektia esiteltiin psykiatrian opintojaksolla käytössä olleessa vuonna 1989 julkaistussa oppikirjassa. Teoksessa oli itsemurhille oma lukunsa, jossa ilmiötä käsiteltiin monipuolisesti. Teoksessa ei kuitenkaan nähty masennusta merkittävänä syynä itsemurhille. Masennus mainittiin yhden keran kolmetoista sivua pitkässä ”Itsemurhakuolleisuus ja itsemurhien ehkäisy Suomessa” -otsikkoisessa luvussa:

Riskiväestöt ovat suppeampia ihmisryhmiä, joilla tiedetään olevan suuri itsemurhariski. Tällaisista esimerkkeinä voisivat olla asunnottomat, psykiatriset potilaat (erityisesti depressiopotilaat), leskeytneet, laitospotilaat jne.<sup>691</sup>

<sup>685</sup> Helén 2010, 52–53. ks. myös Lehtinen et al. 1989, 312–313.

<sup>686</sup> Kärkkäinen 2004, 35.

<sup>687</sup> Isometsä et al. 1993, 86.

<sup>688</sup> Lönnqvist, Aro ja Marttunen 1993, 167.

<sup>689</sup> Helén 2010, 52–53.

<sup>690</sup> Psykiatrian syventävien opintojen kirjallinen työ. Reinikka 1988, 2.

<sup>691</sup> Lääketieteen lisensiaatin opintojen psykiatrian opintojaksolla lukuvuosina 1989–1993 käytössä ollut oppikirja. Lehtinen et al. 1989, 313.



Itsemurhien ensisijaiset syyt nähtiin mielenhäiriön sijaan muun muassa akuutissa elämänkriisissä tai huonoissa sosiaalisissa suhteissa.<sup>692</sup> Yllä mainitussa teoksessa näkyi, ettei itsemurhalähtöisessä kirjoituksessa masennus ollut keskiössä, mutta masennuslähtöisessä kirjoituksessa itsemurhavaaraa painotettiin. Toisaalla oppikirjassa käsiteltiin psykooseja, ja todettiin, että ”[t]ällaisten minän toimintojen hajoamisoireiden ohella pidetään psykoottisina häiriöinä myös vakavia, kokonaisvaltaisia mielialan muutoksia, joista masennustilat saattavat johtaa itsemurhavaaraan”.<sup>693</sup> Edelleen saman oppikirjan lääkkeitä koskevassa luvussa käsiteltiin antidepressiivisiä lääkkeitä ja todettiin, että ”[v]aikeasti masentuneiden potilaiden itsemurhavaara on pidettävä mielessä, ja heidän tarkka valvontansa on sen vuoksi tarpeen”.<sup>694</sup>

Mikko Myllykangas huomauttaa, että masennuksen ja itsemurhavaaran yhteys toisiinsa oli vakiintunut lääketieteellisessä itsemurhakeskustelussa jo ennen 1980-lukua:

Suomalaisessa mielenterveyskeskustelussa depressiolla ja masennuksella on ollut vuosittuhannen vaihteen molemmin puolin merkittävä rooli. HELEN et. al. ovat tulkinneet 1980-luvun käynnistetyn itsemurhien ehkäisyhankkeen olleen keskeinen tekijä 1990-luvulla käynnistyneessä depression epidemiologisessa tutkimuksessa, ”depressioheräämisessä”, kun itsemurhariski kytkettiin masennukseen. On kuitenkin selvää, että depression yhteys kohonneeseen riskiin päätyä itsemurhayrityksiin ja itsemurhiin oli selkeytynyt ja vahvistunut vähitellen 1960–1970-lukujen lääketieteellisessä itsemurhakeskustelussa, ja rakennettu ymmärrys on toiminut myös itsemurhien ehkäisyhankkeen taustalla.<sup>695</sup>

1980- ja 1990-lukujen opinnoissa masennuksen ja itsemurhien yhteyttä rakennettiin pitkälti pragmaattisista syistä. Kuvaavaa on miten työttömyyden ja itsemurhien suhdetta pohdittiin osana psykiatrian opintoja. Työttömyyden katsottiin voivan aiheuttaa niin suurta itsetunnon vauriota, että ihminen voi lopulta päätyä itsemurhaan. Alla lainattu teos julkaistiin vuonna 1989 ja läpi 1980-luvun itsemurhatilastot olivat jatkaneet synkkää tasaista kasvuaan.

Työttömyyden ja eläkeläistymisen lisääntyminen on ilmeisesti jonkin verran lieventänyt niihin liittyviä yleisiä häpeän ja poikkeavuuden tunteita. Silti varsin monet kokevat etenkin pitkäaikaisen työttömyyden vaikeaksi itsetunnon vaurioksi. Pahiten työttömyys koskettaa nuoria, varsinkin niitä, jotka jo ovat perus-

<sup>692</sup> Lehtinen et al. 1989, 303.

<sup>693</sup> Lehtinen et al. 1989, 251.

<sup>694</sup> Lehtinen et al. 1989, 317.

<sup>695</sup> Myllykangas 2014, 174.

taneet perheen ja toteavat voimattomuutensa huolehtia siitä. Kun tilanne ei yrityksistä huolimatta korjaudu, seurauksena on usein otteen menetys, masennus ja passiivisuus. Selvittämättä on, mikä osuus työttömyydellä on ollut siihen, että Suomessa 15–30-vuotiaiden miesten itsemurhien määrä on kasvanut kolminkertaiseksi 15–20 viime vuoden aikana. Vanhempien miesten itsemurhamäärässä ei tällaista nousua ole tapahtunut, ei myöskään naisten.<sup>696</sup>

Seuraavaksi oppikirjassa käsiteltiin oman alaotsikkonsa alla työttömyyttä ja mielenterveydenhäiriöitä, ja todettiin, että ”[t]yöttömyyden ja mielenterveyden häiriöiden väliset yhteydet voivat olla myös kaksisuuntaisia”<sup>697</sup> eli työttömyys saattoi aiheuttaa mielenterveydenhäiriöitä, mutta yhtä lailla mielenterveydenhäiriöt saattoivat aiheuttaa työttömyyttä. Työttömyyttä käsiteltiin yläotsikon ”Yhteiskunta ja mielenterveys” alla. Silti masennusta sairautena ei mainittu kertaakaan työttömyyden syynä tai seurauksena. Skitsofrenia oli ainoa nimeltä mainittu mielisairaus, sillä tuolloin oli juuri tehty Yrjö Alasen johdolla laaja skitsofreniapotilaita koskeva tutkimus.<sup>698</sup> Masennus mainittiin vain kerran osana ylempänä lainauksessa nähtävää kuvausta ihmisen tilasta, johon työttömyys voi erityisesti nuoren ajaa. Kyse ei kuitenkaan ollut sairaudesta, vaan ”otteen menetykseen” ja ”passiivisuuteen” verrattavasta normaalisti reaktiosta toivottomalta tuntuvaan tilanteeseen. Psykologian laitoksella vuonna 1987 valmistuneessa pro gradu -tutkielmassa tarkasteltiin muutaman sivun verran työttömyyttä. Opiskelija totesi pitkittyvän työttömyyden heikentävän yksilön tulevaisuudenuskoa, mistä seurasi passivoitumista ja masentumista. Hänkään ei kuitenkaan käsitellyt masennusta tautiluokkana, vaan reagoititapana.<sup>699</sup>

Itsetuhoisuus mainittiin masennuksen yhteydessä toistuvasti, mutta samalla itsemurhien yhteyttä masennukseen ei pidetty yksioikoisena. Väitän, että itsemurharisikistä puhuttiin masennusten yhteydessä usein käytännöllisistä syistä kannettaessa vastuuta potilaasta tai asiakkaasta. Masentuneisuuteen yhdistettiin ajatusmalleja ja olotiloja, jotka ruokkivat itsemurha-alttiutta. Riski oli tunnistettava, vaikka itsemurhaa ei olisikaan pidetty suoraan mielen sairastumisesta johtuvana.

Vaikka itsetuhoisuutta ja itsemurha-alttiutta ei välttämättä nähty mielen sairautena, arvioitiin niiden vakavuuden perusteella masennuksen vakavuutta. Masennuksen ja itsetuhoisuuden yhteys saattoi löytyä yksittäisestä niihin kumpaankin liittyvästä tunnetilasta tai ajattelutavasta, kuten toivottomuudesta. Masennuksen ja itsetuhoisuuden kytkös saattoi rakentua myös psyykkisen kivun kautta. Masennus aiheutti psyykkistä kipua, jota lievittääkseen ihminen oli valmis aiheutta-

<sup>696</sup> Lehtinen et al. 1989, 123.

<sup>697</sup> Lehtinen et al. 1989, 123.

<sup>698</sup> Lehtinen et al. 1989, 124.

<sup>699</sup> Tuomola 1987, 32.

maan itselleen fyysistä kipua. Usein itsetuhoisuus nähtiin itsen päin käännettynä negatiivisuuna, mikä oli ajalleen tyyppilinen masennusattribuutti. Tällöin tervehdyntymisestä kertoi aggressioiden kääntäminen jälleen itsestä ulospäin. Toisaalta masennuksen yhteydessä mainittiin ajoittain perhesurma, mikä ei sopinut yhteen itsen kohdistetun negatiivisuuden kanssa. Tällöin ajateltiin kyseessä olevan kaikenkattava toivottomuus, jota ihminen oli alkanut kokea itsensä lisäksi koko perheensä osalta.

Yksilön toimien tulkinta itsetuhoisuutena oli jossain määrin tieteenalakohtaista, sillä siinä missä psykiatria ja psykologia saattoivat tulkita jonkin teon itsemurhaksi, ei tätä tulkintaa välttämättä tehty muilla tieteenoilla. Silloinkin kun puhuttiin itsemurhasta, psykiatrian ja psykologian ulkopuolisilla tieteenoilla mielisairauden mahdollisuutta ei aina lainkaan otettu huomioon. Psykiatriassa ja psykologiassa mielisairauksien yhteyttä itsemurhiin oli rakennettu edellisinä vuosikymmeninä, mutta yhteys ei ollut vuosina 1980–1995 yksinkertainen tai yksioikoinen. Samalla opinnoissa myös kyseenalaistettiin itsemurhien patologisointia. Itsetuhoisuutta ja itsemurhapyrkimyksiä ei haluttu nähdä vain lääketieteellisenä kysymyksenä eikä ihmisen päätöksentekoa ja toimintaa haluttu redusoida sairaudeksi.

\*

Tässä luvussa olen analysoinut vuosien 1980–1995 opintojen yleisimpiä masennusattribuutteja. Masennukset koostuivat monesta, mutta saattoivat olla myös ”vain masennusta”. Masennus ei kietoutunut opinnoissa yksiselitteisesti sukupuoleen, muutoin kuin naisen lisääntymiselimistön kautta. Masennusattribuuteista yllättävän vähäiseksi jäi pelko. Onkin kiinnostavaa, mitä kaikkea muuta masennus ei ollut opinnoissa. Masennuksissa painotettiin lapsuuden kokemusten, elämänhistorian, mahdollisten kriisien ja menetysten lisäksi ihmisen sosiaalisia suhteita. Sosioekonomista asemaa sen sijaan ei määritelty minkään tietyn parametrin kautta. Samalla sosiaalinen luokka -käsitteeseen suhtauduttiin opinnoissa myös kriittisesti.<sup>700</sup>

Attribuutit eivät yksinään olleet sairautta tai terveyttä, normaalia tai epänormaalia. Kuitenkin juuri nämä attribuutit yleensä määrittivät, milloin mentiin sairaan tai epänormaalin rajan yli. Esimerkiksi jokin tila saattoi olla normaali tai terve, kunnes siihen lisättiin itsetuhoisuus tai psykomotorinen hidastuminen. Rajan yli mentäessä saattoivat ihmisen aiemmat normaalit ja terveet tunteet, ajatustavat, kokemukset muuttua sairauden tai häiriön oireiksi. Masennus vaikutti kuitenkin olleen opinnoissa pääasiassa ketterä tila, ei niinkään tarkkarajainen sairaus, saati oireistaan rakentunut

<sup>700</sup> Vuonna 1987 psykologian kurssityössä käsiteltiin lyhyesti eri sosiaaliluokille tyyppisiä neurooseja ja niiden luokkasidonnaisia syitä. ”3-10” 1987, 4. Sosiaalinen luokka -käsitteen kritiikkiä esim. ”4-28” 1983, 29–30.

oireyhtymä. Masennusattribuutit ennemminkin auttoivat ymmärtämään ihmisen kokemuksia eri ikävaiheissa ja elämäntilanteissa. Masennusattribuuttien kautta tehtiin havainnointia ja piirrettiin kuvaa, miten ihmiset saattoivat reagoida eri tilanteissa ja miten he saattoivat kokea maailmaa.

### 3 Masennusten liike

Edellisessä luvussa erittelin ja nimesin opiskelijoiden masennuskäsityksiin vaikuttaneiden tiedon piirien masennuksia ja masennusten sisältöjä. Luvussa lähestyin tietoa jossain määrin yhtenäisenä masennuskäsitystä rakentavana massana. Tässä luvussa lähestyn masennuksia tarkemmin tiedon piireissä tuotettuina ja piirien sisällä ja välillä dynaamisesti liikkuvina. Rakennan kuvaa rinnakkain eläneiden tiedon piirien omien masennuskäsitysten kulttuurihistoriallisesta muodostumisesta niiltä osin kuin nämä käsitykset näkyivät vuosina 1980–1995 opiskelleiden omissa masennuskäsityksissä. Masennuskäsitykset elivät yhteiskunnan ja kulttuurin muutosten mukana. Tieteen masennuskäsityksiin vaikuttivat esimerkiksi hallinnon eriytetyt hoitotahot, arjen masennuskäsityksiin vaikuttivat hallinnon ja tieteen tiedon muokkaamat mielenterveyspalvelut, ja hallinnon tiedon masennuskäsityksiin vaikutti aivan tietty 1980- ja 1990-luvuilla valtaa saanut sairausontologia. 1980- ja 1990-luvuilla psykiatristen tautiluokkien merkitys kasvoi hallinnon tiedossa ja sitä myöten arjessa, mutta tieteessä tautiluokkakakeskeisyyteen suhtauduttiin kriittisesti. Tässä luvussa analysoin opiskelijoiden ryhmänä jakamien kolmen tiedon piirin masennuskäsitysten muodostumista, muuttumista, rinnakkaineloa ja liikettä piirien sisällä ja välillä.

Aloitan luvun analysoimalla masennuskäsityksiin ja sairauskäsityksiin vaikuttaneita laajempia rakenteellisia muutoksia mielenterveyspalveluissa ja mielen asiantuntijoiden koulutuksessa. Mielenterveyspalveluiden ja muiden yhteiskunnan tarjoamien etuuksien osalta oleellisia masennusmääreitä olivat neuroosi ja psykoosi, joita analysoin seuraavassa alaluvussa. Yhteiskunnan arvostukset näkyivät myös yliopiston saamissa professuureissa ja sitä kautta itsenäistyneissä oppiaineissa. Henkilökunnan kiinnostuksen kohteet ohjasivat vain osittain yliopiston sisäisiä rakenteita myös masennukseen liittyen. Seuraavaksi analysoin masennusta psyyken ja sooman välillä liikkuvana tilana huomioiden sairauksien välisen arvoasteikon. Samaa teemaa toisesta näkökulmasta jatkaa kysymys masennuksesta saatavilla olevien hoitomuotojen määrittämänä tilana. Viimeiset alaluvut analysoivat masennusten suhdetta tautiluokkia väistäviin ja tautiluokkia vaativiin teorioihin ja koulukuntiin sekä käytännön tarpeisiin.

### 3.1 Yhteiskunnan rakenteet muovasivat mielenterveyspotiluuutta ja mielenterveyden ammattilaisuutta

Tässä alaluvussa analysoin masennuskäsityksiä osana potilouden, mielen asiantuntijuuden ja asiantuntijoiden koulutuksen historiallisia muutoksia. Mahdollinen potilasaines vaikutti siihen, minkälaisista ongelmista kärsiville masennuksia saatettiin diagnosoida. Mielen asiantuntijuus ja uusien ammattilaisten koulutus vaikutti puolestaan masennusten hoitoon ja diagnosointiin liittyviin työnjakoihin ja valta-asetelmiin. Jo kysymys siitä kuinka paljon psykiatrian ja psykologian ammattilaisia haluttiin kouluttaa tai miten koulutusta haluttiin suunnata, riippui muusta yhteiskunnasta ja sen tarpeista ja vaatimuksista.

Mielenterveyspalveluissa lomittuivat toisiinsa tieteen, hallinnon ja arjen tiedon piirit. Masennuskäsitysten kannalta merkittävät muutokset 1900-luvulla liittyivät erityisesti mielisairaaloiden rakentamiseen ja niihin liittyviin lainsäädäntöihin. Masennusta koskevien tautiluokkien tarve muuttui hallinnon tiedossa 1900-luvun mittaan. Tieteen masennusta koskevaa tietoa hyödynnettiin 1900-luvun ensimmäisellä puoliskolla hallinnon tiedon piirissä pääasiassa laitoksissa.<sup>701</sup> 1800- ja 1900-lukujen vaihteesta saakka oli rakennettu A-sairaalaverkostoa eli piirimielisairaloita. Vuonna 1952 mielisairaslaki laajensi psykiatrien vastustuksesta huolimatta laitopsykiatriaa aloittamalla pitkäaikaispotilaille tarkoitetun B-sairaalaverkoston rakentamisen.<sup>702</sup> Mielisairaalaan päätyminen merkitystä kuvasi vuonna 1964 tehty tutkimus, jossa arvioitiin Turun mielisairaanhuoltopiirin sairaaloiden potilaiden kuntoutustarvetta. Tutkimuksen mukaan yksikään potilaista ei kykenisi itsenäiseen työskentelyyn tai edes kotityöhön. Sen sijaan 28 prosentin katsottiin olevan suojatyön tarpeessa ja 72 prosentin katsottiin olevan niin huonossa kunnossa, että hän ”[o]n joko huollettava, tai reaalisia toiveita kuntoutuksesta ei ole olemassa: jää todennäköisesti laitoshoittoon eikä kykene edes suojatyöhön”.<sup>703</sup>

1970-luvun alussa Suomi asettui jo kolmen kärkeen psykiatristen sairaansijojen määrässä väkilukuun suhteutettuna. Avohoidon resurssit käytettiin sairaaloista pääs-

<sup>701</sup> Helén 2010, 45, 47–48.

<sup>702</sup> Psykiatri Jarkko Eskolan mukaan 1950- ja 1960-lukujen mittaan sairaansijojen määrä lisääntyi 8 800:lla. Yhteiskuntatieteiden tutkija Taina Rintalan mukaan vuosina 1945–1960 mielisairaaloihin otettujen potilaiden määrä lisääntyi yli 11 000:lla. Lääkintöhallitus 1978, 74:207; Rintala 1995, 23; Eskola 2007, 16. Jako akuutisti sairastuneisiin ja parantumattomasti mielisairaisiin ei ollut ajatuksena mitenkään uusi. Esimerkiksi Suomen autonomian aikana vuonna 1840 tehtiin ero kahden potilasryhmän välille, kun keisarillisella mielisairasasetuksella perustettiin akuutisti mielisairaita varten Lapinlahden sairaala Helsinkiin ja Seili muutettiin parantumattomien kroonikoiden turvalaitokseksi. Ahlbeck-Rehn 2007, 88–89.

<sup>703</sup> Achte 1975, 13–14.

seiden potilaiden kotouttamiseen eikä sairaalahoitoa korvaavaa avohoitoa käytännössä ollut. Turun mielisairaanhuoltopiirin avohoidon sosiaalipsykiatrian kuntoutusjärjestelmään kuuluivat kuntoutuskodit, joihin muutettiin asumaan sairaalahoidon jälkeen ja ennen siirtymistä ”seuraavalle kuntoutusportaalille tai suoraan itsenäiseen asumiseen”. Myös avohoidosta saattoi hakeutua kuntoutuskotiin.<sup>704</sup> Psykiatrinen sairaalahoito oli eriytetty somaattisesta yleensä jo fyysisestikin ja hoitohenkilökunnan koulutustaso oli alhaisempi. Somaattisen lääketieteen ja psykiatrian sekä jossain määrin myös psykologian vastakkainasettelu hallinnon tiedossa vaikutti myös tieteen ja arjen tietoon. Analysoin sooman ja psyyken kysymystä masennuskäsitysten osalta tarkemmin alaluvuissa 3.4, 3.5 ja 3.6. Psykiatria ja psykologiaa opiskelleet eivät ennen 1970-lukua välttämättä olleet tiivis osa hoitoa. Esimerkiksi B-sairaaloissa vieraili kerran kuussa sairaanhoidon asiantuntija, joka oli yleensä paikkakunnan kunnanlääkäri. Lieväksi katsottujakin tapauksia hoidettiin, mutta nämä niin sanotut neuroosipotilaat hoidettiin pääosin yleislääkärien vastaanotoilla.<sup>705</sup> Neuroosilla ja psykoosilla saatettiin viitata ensi sijassa tilan vakavuuteen. Analysoin jakoa masennuskäsitysten kannalta alaluvussa 3.2.

Tavoitteena oli ohjata äkillisesti ja vaikeasti sairastuneet A-sairaaloihin ja helpohoitoiset pitkäaikaispotilaat B-sairaaloihin. Sosiologi Jutta Ahlbeck huomauttaa, ettei sairaalakohtainen jako käytännössä toteutunut. Hiljalleen kävi selväksi, että mielisairaille tarkoitettuja paikkoja käytettiin myös muiden pitkäaikaishoitoa vaativien ryhmien säilytykseen – kuten vanhusten ja kehitysvammaisten. Ahlbeck toteaa, että diagnoosista ja prognoosista riippumatta potilas laitettiin siihen yksikköön, jossa sattui olemaan tilaa. Psykiatri Jarkko Eskola huomioi ratkaisuihin vaikuttaneen myös sen, että kunta vastasi vanhusten ja kehitysvammaisten hoidosta siinä missä mielisairaansijoista vastasi valtio eli näin toimimalla kunta haki säästöjä.<sup>706</sup> Osastot muuttivat vanhusvoittoisiksi sekä edellä mainituista syistä, mutta myös potilaiden pienen vaihtuvuuden ja pitkien sairaalajaksojen tähden – potilaat yksinkertaisesti ikääntyivät.<sup>707</sup>

<sup>704</sup> ”4-15” ei pvm, 1–2.

<sup>705</sup> Alanen 1975, 170; Tienari 1975, 328; Lääkintöhallitus 1980, 76:170; Lääkintöhallitus 1983, 78:152; Rintala 1995, 7, 27, 30; Eskola 2007, 15–17, 21–25; Helén, Hämäläinen ja Metteri 2011, 12–13. Ks. psykologien työnkuvasta: Tamminen 1975.

<sup>706</sup> Kärkkäinen 2004, 38; Eskola 2007, 24–25; Ahlbeck-Rehn 2007, 88–90; Ahonen 2020, 83, myös viite 228.

<sup>707</sup> ”Julkisen sektorin sosiaali- ja terveydenhuollon virkojen määrä lisääntyi Suomessa vuosina 1985–1992 noin 21 700:lla eli noin 12 prosentilla.” Rintala 1995, 2. ”Vuosina 1984–1990 sosiaali- ja terveydenhuollon työllisten määrä lisääntyi 37 000:lla. Lisäyksestä lähes 2/3 kohdistui sosiaalihuoltoon.” Rintala 1995, 28. Ks. myös Lääkintöhallitus 1980, 76:170; Lääkintöhallitus 1983, 78:152; Rintala 1995, 7, 27, 30; Eskola 2007, 15–17, 21–25; Helén, Hämäläinen ja Metteri 2011, 12–13.

Mielisairaanhoido oli hallinnon tiedon määrittämää toimintaa, mutta praktiikasta käytiin jatkuvasti keskusteluita myös tieteessä. Laitostumisen mukanaan tuomat ongelmat herättivät huolta kaikkien kolmen tiedon piirin sisällä. 1970-luvulla moni erityisesti nuorempi psykiatri ja psykologi oli kriittinen vallitsevan hoitomenetelmän suhteen. Vuonna 1975 julkaistun psykiatrista kuntoutusta käsittelevän oppikirjan alkusanoissa todettiin, että

[v]anha laitostunut psykiatria on meilläkin väistymässä uuden dynaamisen, ehkäisyä ja monipuolista avo- ja kuntoutushoitoa suosivan psykiatrian tieltä. Valitettavasti vain kehitystä hidastaa alalle koulutetun henkilökunnan puute: ei ole tarpeeksi lääkäreitä eikä asiallisesti koulutettuja psykologeja ja sosiaalihuoltajia. Rahaakin on niukasti käytettävissä, vain noin 3 % kaikista varoista ohjautuu avohoitoon.<sup>708</sup>

Vuonna 1978 voimaan tulleessa mielisairaslain osittaisuudistuksessa poistettiin sairaaloihin otettavia potilaita koskeneet rajoitukset, lakkautettiin jako A- ja B-mielisairaaloihin ja laki ulottui mielisairauksien lisäksi muihin psykkisiin häiriöihin. Muutokset jäivät kuitenkin pienehköiksi mielenterveyspalveluissa. Vuoden 1972 Kansanterveyslaki oli jo sisältänyt ajatuksen koko väestön kattavasta yhtenäisestä terveydenhuollosta. Kansanterveyslaki ei kuitenkaan koskenut mielisairaanhoidon. Mielenterveyspalveluissa avohoitajärjestelmän katsottiin lisäävän kattavuutta ja mahdollistavan kaikkialle ulottuvan ennaltaehkäisyä, kun aiemmin oli keskitytty ainoastaan sairastuneiden hoitamiseen tai säilömiseen. Mielenterveysongelmia ehkäisevästä työstä oli puhuttu jo 1960-luvulta lähtien, mikä näkyi esimerkiksi Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiössä (YTHS), joka aloitti vuonna 1969 kehittämään neuvontapsykologien verkostoa tavoitteenaan ehkäisevä mielenterveystyö. Tässä vaiheessa ei ollut vielä terveyskeskuksia eikä esikuvia tällaiselle työlle.<sup>709</sup> Mielenterveyteen liittyvää lainsäädäntöä ja sen historiaa opiskeltiin 1980- ja 1990-lukujen

<sup>708</sup> Noro 1975.

<sup>709</sup> Lääkintöhallitus 1978, 74:207; Rintala 1995, 22; Ahola 2015, 73. Teologi Karoliina Ahosen mukaan laitoshoidosta avohoitoon siirtymisen poliittinen tavoite oli vahvistaa mieleltään sairastuneiden ihmisoikeuksia. Ahonen 2020, 18. ”Mielenterveystoimiston toiminnan painopiste on hoitotyössä. Kuitenkin ehkäisevän mielenterveystyön osuutta on vuosi vuodelta pyritty lisäämään.” Lääkintöhallitus 1981, 77:173. ”1980-luvun alkuun mennessä Lääkintöhallitus pystytti mielisairaanhuoltopiireille tarkoitettua valtakunnallisen kolmivuotisen jatkokoulutuksen. [– –] Koulutuksia toteutettiin koko 1980-luvun ajan aina 1990-luvun alkupuolelle saakka.” Vaden 2007, 129, ks. myös 127. ”Lääkintöhallitus käynnisti [– –] valtakunnallisen ehkäisevän mielenterveystyön koulutuksen vuonna 1979.” Eskola 2007, 153, ks. myös 18, 21, 24–25, 27.



opinnoissa, joten muutokset olivat tuttuja psykologian ja psykiatrian opiskelijoillekin.<sup>710</sup>

1970-luvulla alkoi niin sanottu mielenterveysreformi, joka toi mukanaan psykiatrien ja psykologien – erityisesti nuorempien sukupolvien – kaipaamia muutoksia. Vuonna 1979 Suomessa oli 19 keskusmielisairaala, kaksi valtion mielisairaala, 38 muuta mielisairaala ja viisi yliopistollista psykiatrian klinikkaa. Reformin yhtenä tavoitteena oli vähentää raskasta laitoshoidoa lisäämällä avohoitoa. 1980-luvulle saakka reformia toteutettiin ja mielisairaansijoja supistettiin hallitusti Lääkintöhallituksen ohjauksessa. Mielisairaansijat vähenivät 1980-luvulla lyhyessä ajassa 40 prosenttia eli alle 12 500 paikkaan. 1980-luvulla sosiaali- ja terveydenhuollon työllisten määrää lisättiin samalla useilla kymmenillä tuhansilla. Tuolloin lisättiin mielenterveystoimistoja, niiden sivutoimistoja sekä mielenterveystoimiston yhteydessä olevia päiväsairaaloita. Lisäksi terveyskeskuksien yhteyteen saatettiin sijoittaa psykiatrista koulutusta saanutta henkilöstöä. Avohoitosektorin kasvaessa psykiatriset huoltotoimistot lisääntyivät, esimerkiksi vuoden 1982 lopussa niitä oli jo 98 ja niiden yhteydessä toimivia lasten ja nuorten mielenterveystoimistoja 20. Yhteiskuntatieteiden tutkija Taina Rintala katsoo, että ajanjakso 1982–1991 oli Suomessa palvelujärjestelmän vakiinnuttamisen aikaa tai ”orgaanisen solidaarisuuden vakiintumisen” aikaa, jolloin laajentamisen sijaan keskityttiin hyvinvointivaltion palvelujen sisäiseen kehittämiseen.<sup>711</sup> Hallitusta muutoksesta huolimatta kansalaisjärjestö Suomen mielenterveysseura oli 1980-luvun alkupuolella huolissaan mielenterveyshuollon resurssipulasta ja toimintaedellytyksistä.<sup>712</sup>

Mielenterveysreformin myötä mielenterveyspalveluja antavien ammattikuntien määrä ei ainoastaan kasvanut määrällisesti, vaan myös jo aiemmin mielenterveyden hoitoon keskittyvien ammattikuntien työnkuva muuttui. Lukuvuonna 1991–1992 valmistuneessa lääketieteen lisensiaatin opintojen työssä opiskelijat tarkastelivat sairauskertomuksien kautta 1970- ja 1980-lukujen välillä tapahtunutta muutosta. He huomioivat, että vielä 1970-luvulla lääkärit olivat keskustelleet kattavasti psykiatrisessa sairaalahoidossa olleiden potilaidensa kanssa, mikä näkyi

<sup>710</sup> Ks. esim. ”6-37” 1990. Esimerkiksi vuonna 1990 psykologian opiskelijat opiskelivat psykologitoimintaan liittyvää lainsäädäntöä, kuten mielisairaslaki ja -asetus, sosiaalihoitolaki, lastensuojelulaki ja kansanterveystyönlaki. ”7-10” 1990. Psykologian laitoksen psykiatrian kurssin luento-opetuksen kuvauksessa apulaisprofessori Ville Lehtisen kerrottiin luennoineen psykiatriaa sivunneesta lainsäädännöstä. ”7-12” 1989.

<sup>711</sup> Lääkintöhallitus 1980, 76:170; Lääkintöhallitus 1983, 78:152; Rintala 1995, 2, 7, 27–28, 30; Eskola 2007, 15–17, 21–25; Helén, Hämäläinen ja Metteri 2011, 12–13.

<sup>712</sup> ”4-13” 1984, 3. Professori Yrjö Alanen kirjoitti vuonna 1982 Mielenterveysseuran hallituksen puheenjohtajan ominaisuudessa pitävänsä vakavana yhteiskunnallisena epäkohtana mielenterveyshuollon riittämättömiä resursseja. Hän ehdotti useita toimenpiteitä ja samalla katsoi, että järjestöt tarjosivat myös tukimuotoja, joita mielenterveyshuollon ei edes tarvitsisi tarjota. Alanen 1982, 5.

tarkkoina muistiinpanoina, hoitohenkilökunnan merkintöjen rajoittuessa lähinnä päivittäistoimintojen kuvaukseen. 1980-luvulla tilanne oli muuttunut aivan päinvastaiseksi.<sup>713</sup>

Samalla on hyvä huomioida, että hoitoideologioissa saattoi paikallisestikin olla suuria eroja. Turussa toimi Psykiatrian klinikan lisäksi Kupittaaan sairaala, mutta niiden välillä ei kulttuurihistorian tutkija Petri Lavosen mukaan ollut paljoa yhteistyötä. Sairaalan osastoilla ja yliopistollisella klinikalla toteutettiin kahta erilaista hoitoideologiaa. Kupittaaan sairaalan historiikissa niiden kutsutaan olleen keskenään jopa eräänlaisessa taisteluasemassa 1960-luvun lopulta lähtien. Siinä missä Psykiatrian klinikalla painotettiin muun muassa psykoterapiaa hoitomuotona, Kupittaaalla käytettiin toimintaterapiaa, lääkehoitoa ja muita biologisia hoitomenetelmiä. Turun yliopiston psykiatrian oppiaineen ajatusmalleja omaksuttiin Kupittaaan sairaalaan vasta 1980-luvulla, kun lääkäri ja psykoanalyytikko Viljo Räcköläinen aloitti sairaalan ylilääkärinä vuonna 1986.<sup>714</sup>

Sosiologi Ilpo Helén puhuu psykiatrian muodonmuutoksesta. Hän viittaa muutokseen, jossa 1900-luvun ensimmäisellä puoliskolla psykiatria sekä tieteenä että ammattina oli sitoutunut eristyslaitoksiin, mutta toisen maailmansodan jälkeen psykiatriasta tuli lähtökohta laajalle kirjolle ammattialoja sekä yhteiskunnallisia toimintoja. Esikuvaksi tälle Helén näkee Yhdysvallat, mutta Suomessa muutos tapahtui Yhdysvaltoja myöhemmin, lähinnä 1970- ja 1980-luvuilla. Varsinainen läpimurto tapahtui Helénin mukaan 1980- ja 1990-luvuilla psykoterapeuttisen ja psykofarmakologisen kuluttajakulttuurin syntyessä Suomeen. Helén kirjoittaa masennuksen muuttuneen tuolloin kansantaudiksi. Reformistinen sosiaalipsykiatrinen ajatusmaailma ohjasi mielenterveystyön järjestäytymistä 1970- ja 1980-luvuilla, joten 1980-luvulle tultaessa julkisilla hyvinvointipalveluilla oli käytössään voimavaroja, joiden avulla voitiin levittää ”psykoterapeuttista rihmastoa” ja ajatusta masennuksesta koko kansaa uhkaavana sairautena läpi suomalaisen yhteiskunnan.<sup>715</sup>

1970-luku oli muutosten aikaa myös lääketieteen koulutuksessa. Lääketieteen liseniaatin tutkintoa enemmän uudet 1970-luvun puolessavälissä annetut tutkintoasetukset vaikuttivat erikoislääkäreiden koulutukseen. Vuodesta 1960 lähtien erikoislääkärikoulutus ja erikoistumisen valvonta olivat kuuluneet Lääkintöhallituksen spesialiteettineuvottelukunnalle. Vuonna 1978 säädetyin lain<sup>716</sup> mukaan erikoislääkärikoulutus siirrettiin yliopistoissa suoritettavaksi tutkinnoksi. Yliopistojen resurssipulan takia siirtymiseen annettiin aikaa kymmenen vuotta ja siirtymä-

<sup>713</sup> Lehto ja Leinonen 1991, 16–17.

<sup>714</sup> Lavonen 2013, 65–66.

<sup>715</sup> Helén 2010, 45, 47–48.

<sup>716</sup> Laki lääkärintoimen harjoittamisesta (562/1978) 4§.

aika loppui 1.9.1988.<sup>717</sup> Licensiaatintutkinnon jälkeen saattoi jatko-opinnoissa suuntautua erikoislääkärikoulutuksen sijaan lääketieteen tohtorin tutkintoon tähtäävään tieteelliseen jatkokoulutukseen. Koulutusten sisällöt erosivat toisistaan merkittävästi.

1980-luvun alkupuolella Turun yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa elettiin siirtymäkautta licensiaatintutkinnon suhteen. Uudet tutkintoasetukset oli annettu vuosina 1975 ja 1976, ja licensiaatintutkinto muuttui kolmiosaiseksi sisältäen yleis-, aine- ja syventävät opinnot. Käytännössä muutos vaikutti eniten opintojen loppuvaiheeseen, johon lisättiin kaikille pakollinen syventävien opintojen kirjallinen työ, joka saattoi muodoltaan olla tutkielma, tieteellinen tutkimusraportti, esitutkimus tai selvitys. Tämä osuus kosketti syyslukukaudella 1977 tai sen jälkeen opintonsa aloittaneita opiskelijoita.<sup>718</sup> Tutkintouudistus loppui licensiaatintutkinnon osalta vuonna 1984, minkä jälkeen kaikki suorittivat tutkintonsa uuden järjestelmän mukaisesti.<sup>719</sup>

Myös Turun yliopiston psykologian laitoksen opetuksessa tapahtui muutoksia 1980- ja 1990-luvuilla. Turun yliopiston psykologian laitoksen historiaa vuosilta 1922–1972 kirjoittanut itsekin Turun yliopistolla opiskellut psykologi Pekka Hakkarainen kirjoittaa henkilökunnan alkaneen syventyä omille erikoisaloilleen 1960-luvulla, minkä seurauksena laitokselle muodostui hiljalleen erillisiä toimintayksiköjä. Kokeellisen tutkimuksen ja soveltavan psykologian välillä oli kommunikaatio-ongelmia ja opetuksen eriytyneisyys aiheutti haasteita toimivaa opintokokonaisuutta hakeville opiskelijoille. 1970-luvulla psykologien asema ja ammattirooli yhteiskunnassa muuttui, jonka seurauksena laitokselta alettiin vaatia integratiivisemmin jäsentyvää koulutusta. 1980-luvun alusta lähtien kokeellisen laboratorion ja soveltavan psykologian välistä raja-aitaa alettiin laitoksella aktiivisesti kaatamaan. Vuonna 1982 tehdyssä psykologian laitoksen pitkän tähtäimen toimintasuunnitelmassa suunniteltiin kahden koulukunnan integraatiota yhteisen teorian sekä yhteisen koulutusohjelman kautta. Psykologian kandidaatin ja maisterin tutkinto uudistui vuonna 1979 voimaan tulleella tutkintoasetuksella (470/79). Aiemmin opintonsa aloittaneet saivat yhä suorittaa vanhan tutkintojärjestelmän mukaisia opintoja lukuvuoteen 1988–1989 saakka. 1980- ja 1990-luvuilla opiskelleet ja henkilökuntaan kuuluneet muistavat psykologian laitoksen kahtiajakautuneisuuden. Jaon muistellaan olleen ajoittain hy-

<sup>717</sup> *Erikoislääkärin tutkinto. Lääketieteellinen tiedekunta. Turun yliopisto. Opinto-opas 1986-87* 1986, 3–4; Pyllkkänen 2002, 1819.

<sup>718</sup> Mäkinen 1991, 1, 3–4; Tarmio 1993, 203–204; Niitemaa ja Uotila 2013, 74.

<sup>719</sup> Mäkinen 1991, 4.

vinkin tiukka, mutta muuttuneen hiljalleen 1980- ja 1990-luvuilla.<sup>720</sup> 1970-luvun lopulla alettiin suunnittelemaan myös psykologien erikoistumiskoulutusta ja psykologiliitto alkoi kehittää sitä 1980-luvun puolivälissä. 1980-luvulla Turun yliopiston psykologian laitoksella oli projekti, jossa pohdittiin jatko- ja erikoistumiskoulutuksen tarpeita.<sup>721</sup> Psykologian alan yliopistoverkosto Psykonet on järjestänyt erikoispsykologien koulutusta vuodesta 1989 lähtien.<sup>722</sup>

Vuonna 1984 Opetusministeriö oli pyytänyt lausuntoa Mielenterveystyön komitean mietinnöstä Turun yliopiston yhteiskuntatieteelliseltä tiedekunnalta. Lausuntonluonnoksessa pidettiin ajatuksesta, että mielenterveyskysymyksissä siirryttäisiin ”sairauskeskeisyydestä terveyslähtökohtaan”.<sup>723</sup> Vuonna 1990 tuli voimaan uusi mielenterveyslaki, jossa painotettiin ennaltaehkäisyä. Lääketieteellisen koulutuksen saaneiden ja psykologien asema pysyi toisistaan eroavina, sillä mielenterveyspalvelut – joihin laskettiin sekä sosiaali- että terveydenhuolto – perustuivat ainoastaan ”lääketieteellisin perustein arvioitavaan sairauteen tai häiriöön”.<sup>724</sup> Tämä rajasi palvelujen ulkopuolelle muun muassa koulupsykologit ja osan perhe- ja kasvatusneuvoloista.<sup>725</sup> Opiskelijoiden töissä huomioitiin, etteivät psykiatriset tautiluokat olleet käytössä neuvoloissa. Vuonna 1987 julkaistussa väitöskirjassa todettiin, ettei kasvatusneuvoloissa ”käytetä diagnoosiluokitusta, vaan lapset jaetaan ryhmiin ilmoittautumisoireen mukaan”, joista lähinnä ”sopeutumisongelmat” saattoivat sisältää psykiatrisia häiriöitä ja sairauksia – ehkä myös ”psykosomaattiset oireet” ja ”muut lapsen ongelmat”.<sup>726</sup> Psykologien asema oli ollut jo jonkin aikaa murroksessa, sillä mielenterveysreformin myötä tarvittiin lisää psykologeja. Psykologit otettiin mukaan kansanterveystyöhön, heidän koulutustaan muutettiin varmistamaan heidän valmiutensa toimia terveydenhuollossa ja heitä sijoitettiin muun muassa terveyskeskuksiin ja kehittyviin mielenterveystoimistoihin. 1970-luvulla terveyskeskuksiin perustettiin yhteensä 191 psykologin virkaa ja heidän työtehtävänsä katsottiin olevan ensisijaisesti ehkäisevässä mielenterveystyössä. Terveyskeskuksissa työnsä aloittaneet psy-

<sup>720</sup> Hakkarainen 1984, 69; Turun yliopisto 1979; Turun yliopisto 1980; Turun yliopisto 1981; Turun yliopisto 1983; Turun yliopisto 1984; Turun yliopisto 1986b; Turun yliopisto 1987b; Turun yliopisto 1989b; Tuomola et al. haastattelu, 7.6.2018. Muistiinpanot tekijän hallussa; Pekka Niemen kanssa käydyt keskustelut 2014 ja sähköposti 8.4.2014. Muistiinpanot tekijän hallussa.

<sup>721</sup> ”6-18” 1990.

<sup>722</sup> Turun yliopiston verkkosivusto. ”Psykonet käynnistää uudet erikoispsykologikoulutukset.”

<sup>723</sup> ”4-11” 1984, 1.

<sup>724</sup> Harjajärvi et al. 2006, 13.

<sup>725</sup> Harjajärvi et al. 2006, 13.

<sup>726</sup> Erkolahti 1987, 63. Myös Vappu Taipale totesi neuvoloista: ”Perheneuvolat toimivat lukuisine lääkäreineen nykyisinkin tilanteissa, joissa lasten ongelmaluokitus on yksinkertainen eikä noudata lääketieteellistä diagnostiikkaa.” Taipale 1992, 235–236.

kologit tarvitsivat jatkokoulutusta, minkä tähden Lääkintöhallitus aloitti kliinisen tutkimuksen lisäksi ehkäisevään mielenterveystyöhön valmistavan koulutusohjelman.<sup>727</sup> Mielenterveystyössä psykologian ja lääketieteen välillä saattoi olla jännitettä. Esimerkiksi aiemmin mainitussa yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan lausunnossa moitittiin Mielenterveystyön komitean mietintöä siitä, että se ”on ensisijaisesti kirjoitettu lääkärikunnan tarpeista ja näkökulmasta käsin” ja siinä ehdotettiin toimia, jotka entisestään korostaisivat lääkärin valtaa.<sup>728</sup>

1980- ja 1990-lukujen yliopisto-opintojen perusteella sekä lääkärin että psykologin työhön saattoi työnkuvasta riippuen liittyä huomattavankin paljon hallinnon tiedon piirin sisällä operointia. Lääkäreiltä vaadittiin psykiatristen tautiluokkien käyttöä diagnooseissa ja psykologeilta vaadittiin lausuntoja toimipisteen sisäisen käytön lisäksi muihin tarkoituksiin, kuten lausuntoja työkyvyn arvioinnista, armeijasta vapauttamisesta tai sen lykkäämisestä sekä lapsen päivähoitopaikan tarpeesta.<sup>729</sup> 1980-luvulla Suomesta puuttui niin sanottu psykologilaki ja kuka tahansa saattoi ”esiintyä psykologina, suorittaa psykologisia tutkimuksia tai antaa psykoterapiaa”.<sup>730</sup> Psykologin ammattinimike laillistettiin vasta vuonna 1994.<sup>731</sup>

Vuonna 1990 psykologian laitoksella pidettiin kurssi psykologin ammatillisista tehtävistä ja yhden kurssikerran aiheena olivat ”psykologiset palvelut yhteiskunnassa” ja alaotsikkona ”Kenen joukoissa psykologi on, palveleeko psykologi ihmistä vai rakennetta. Vaikutammeko/miten voimme vaikuttaa psykologiein.”<sup>732</sup> Kurssilla näkyi psykologien tuolloin jo laaja yhteiskunnallisten tehtävien kirjo ennaltaehkäisevästä ja kansanterveystyöstä sairaala- ja avohoitoon sekä työt sektoreilla, kuten kasvatusta ja perheneuvolat, koulut, alkoholi- ja huume klinikat, työterveysasemat, työvoimatoimistot, kaupalliset yritykset ja vapaaehtoisjärjestöt.<sup>733</sup> Kurssilla käsiteltiin myös psykologin työtehtäviä muun muassa vankilassa, koulukodissa, kehitysvammalaitoksessa ja yksityisinä ammatinharjoittajina. Vuonna 1985 psykologin ammatillisia tehtäviä opettaneella kurssilla kerrottiin yhteiskunnan odotukset psykologeja kohtaan olleen kahtalaiset: ”1) ’suojella ja hoitaa ihmistä’ 2) ’saada ihmisestä kaikki irti’”.<sup>734</sup>

<sup>727</sup> Lääkintöhallitus 1981, 77:168; Eskola 2007, 23–24. Vuosi ennen mielenterveyslain (1116/1990) voimaantuloa säädettiin erikoissairaanhoidolaki (1062/1989), joka mielenterveyspalveluiden osalta vaikutti psykiatrian ja somaattisen erikoissairaanhoidon yhdyntymispyrkimyksiin. Harjajärvi et al. 2006, 13, 15.

<sup>728</sup> ”4-11” 1984, 1, 8.

<sup>729</sup> ”7-16” 1989.

<sup>730</sup> ”7-34” 1989, 12.

<sup>731</sup> *Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevaksi laisäädännöksi* 1994; *Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä* 1994.

<sup>732</sup> ”6-18” 1990, kurssiaikataulu.

<sup>733</sup> Muistiinpanoja otsikolla ”Koulutus ja ammatilliset tehtävät” ”6-18” 1990, 23.1.1990.

<sup>734</sup> ”3-2” 1985.

Turun yliopiston psykologian laitoksella vuosina 1980–1995 painottuivat kokeellinen psykologia ja tutkijan näkökulma mielen toimintaan. Vuonna 1992 julkaisussa psykologian opetusta Suomessa käsittelevässä teoksessa Turun yliopiston psykologian laitos määritteli tutkimuskohteekseen ihmisen toiminnan, tietoisuuden ja persoonallisuuden sekä näihin vaikuttavat tekijät. Tärkeimmiksi tutkimuksen osaluokiksi mainittiin kognitiivisten toimintojen ja prosessien tutkimus, työpsykologia, liikennepsykologia ja persoonallisuuden emotionaaliseen ja motivaationaaliseen alueeseen liittyvät tutkimukset.<sup>735</sup> Nämä teemat olivat kattavasti näkyvillä henkilökunnan julkaisuissa sekä opiskelijoiden opinnäytteissä. Kokeellisen psykologian painoarvosta kielii myös silmänliiketutkimuksen suosio, joka laskettaneen yllä olevassa listassa kognitiivisten prosessien ja toimintojen tutkimukseksi.

1980-luvulla psykologian maisteriksi valmistuneet psykologit muistelivat opetuksen painottuneen enemmän tutkijuuteen ja tieteeseen kuin praktiikkaan ja soveltavaan psykologiaan. Useampi heistä oli kokenut valmistumisen jälkeen tarvetta lisäkoulutusta ja erikoistua. Tutkimuksellisen asenteen ja tutkimustietoa painottavan näkökulman ihmistä ja mieltä kohtaan psykologit olivat silti kokeneet hyödyllisiksi työelämässään.<sup>736</sup> Painotuksista huolimatta opetuksessa huomioitiin psykologin työn eri puolet. Psykologin ammatillisia tehtäviä vuonna 1990 käsitellessä kurssilla psykologin työn eri muodoiksi luettiin ”tutkiva, diagnosoiva, hoitava, ennaltaehkäisevä, yksilökeskeinen, ryhmiä tarkasteleva, yhteiskunnallinen [sic]”.<sup>737</sup>

Ihmismielen patologiat eivät olleet psykologian laitoksen tutkimuksen ja opetuksen keskiössä.<sup>738</sup> Ihmismielen toimintaa käsittelevissä opiskelijatöissä patologi-

<sup>735</sup> Tiitinen ja Hämäläinen 1992, 64. Liikennetutkimusta tehtiin myös muun muassa Tampereen yliopiston psykologian laitoksella. Nummenmaa 1983, 7–8, 14–15.

<sup>736</sup> Tuomola et al. haastattelu, 7.6.2018. Muistiinpanot tekijän hallussa. Myös vuonna 1986 valmistuneessa kurssin harjoitustyössä todettiin opiskelijoiden toivovan, että tieteellisen teorian yhdistämistä käytäntöön harjoiteltaisiin opinnoissa enemmän. ”3-9” 1986, 11. Myös vuonna 1989 valmistuneessa opinnäytteessä huomioitiin, että psykologian opiskelijat kokivat, ”ettei koulutus täysin vastaa psykologin ammatin vaatimuksia”. ”3-14” 1989, 15. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta lähestyi opintoja ammatillisena perustutkintona, jossa ei laaja-alaisuuden tähden ollut mahdollista lisätä esimerkiksi kliinisen psykologian ja psykoterapian osuutta. ”4-11” 1984, 4.

<sup>737</sup> ”6-18” 1990, kurssiaikataulu.

<sup>738</sup> Esimerkiksi 1980-luvun lopulla psykologian laitoksen psykologian historian kurssilla opetettiin, että laitoksen tutkimus oli tuolloin keskittynyt neljään teemaan: ”Havaintoprosessit [– –] Kognitiivinen psykologia [– –] Differentiaalipsykologia [– –] Kehitys- ja lapsipsykologia” ”5-22” 1986, 4–5. Vuonna 1988 psykologian historian kurssi oli laaja, mutta ihmismielen häiriöistä ei kurssilla puhuttu. Jotkin opetetuista suuntauksista saattoivat liittyä esimerkiksi johonkin tiettyyn terapiamuotoon, kuten esimerkiksi fenomenologinen psykoterapia tai kognitiivinen terapia. ”5-25” 1988.

set tilat rajattiin ajoittain eksplisiittisesti ulkopuolelle.<sup>739</sup> On hyvä huomioida, että suomalaisten yliopistojen psykologian laitoksissa saattoi 1980- ja 1990-luvuilla olla suuria eroja kiinnostuksen kohteissa ja painotuksissa. Esimerkiksi Tampereen yliopiston psykologian laitoksella oli 1960-luvun loppupuolelta lähtien oltu kiinnostuneita psykoosipotilaista ja heidän läheisistään.<sup>740</sup> Vaikka mielenterveyden häiriöt eivät olleet Turun yliopiston psykologian laitoksella keskiössä, tehtiin niihin liittyviä opinnäytteitä ja tutkimuksia jonkin verran. Esimerkiksi Leena-Maria Blinnikan johdolla tutkittiin psykosomaattisen ja psykiatrisen potilaan ruumiinkuvaa.<sup>741</sup> Leena-Maria Blinnikka toimi oppiaineessa lehtorina vuosina 1978–1979 ja 1980–1982 sekä psykologian assistenttina vuosina 1981–1990.<sup>742</sup> 1980-luvulla Turun yliopiston psykologian oppiaineessa opiskelleet muistelevat, että erityisesti Blinnikka ja psykologian assistenttina 1980-luvun alussa toiminut Juhani Laakso keskittyivät opetuksessaan kliiniseen opetukseen. Opinto-oppaiden ja opiskelijoiden muistiinpanojen mukaan Blinnikka opetti nimenomaan psykologian sovelluksia ja ammattivalmiuksia, kuten mielenterveystyötä ja psykodiagnostiikkaa.<sup>743</sup> Mielenterveysteemojen parissa opetushenkilökunnasta työskenteli myös Päivi Miettinen, joka hoiti laajasti opetustehtäviä toimien useaan otteeseen muun muassa päätoimisena tuntiopettajana ja lehtorina läpi 1980-luvun. Opiskelijat muistavat Miettisen olleen klinikko, joka keskittyi ennaltaehkäisevään mielenterveystyöhön ja ohjasi harjoitteluja. Miettinen olikin haastateltujen opiskelijoiden mukaan töissä myös Maariankadun mielenterveystoimistossa.<sup>744</sup> Vuoteen 1984 saakka tuntiopettajana työskenteli Kari Lahtela, jonka tutkimusintressit liittyivät työnpsykologiaan ja kuntoutustutkimukseen.<sup>745</sup> Lahtela vaikuttaa olleen kiinnostunut myös mielen- terveydestä, sillä ainakin vuosina 1982 ja 1985 hän julkaisi mielenterveysongelmiin liittyvistä teemoista.<sup>746</sup>

<sup>739</sup> Esim. ”[–] sairaalloisen mustasukkaisuuden syyt. (Ne rajaan kuitenkin työni ulkopuolelle).” ”1-1” 1987, 4.

<sup>740</sup> Nummenmaa 1983, 4–5.

<sup>741</sup> Tiitinen ja Hämäläinen 1992, 139; Blinnikka ja Uusitalo 1988A; Blinnikka ja Uusitalo 1988B; Hakanen ja Blinnikka 1990.

<sup>742</sup> Turun yliopisto 1980; Henkilökunnan nimikirjat, Turun yliopiston hallinto- ja talousarkisto X.Bb, Turun yliopiston arkisto.

<sup>743</sup> Minna Tapojärven muistiinpanot; Turun yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan opinto-oppaat; Henkilökunnan nimikirjat, Turun yliopiston hallinto- ja talousarkisto X.Bb, Turun yliopiston arkisto.

<sup>744</sup> Tuomola et al. haastattelu, 7.6.2018. Muistiinpanot tekijän hallussa; Henkilökunnan nimikirjat, Turun yliopiston hallinto- ja talousarkisto X.Bb, Turun yliopiston arkisto.

<sup>745</sup> Henkilökunnan nimikirjat, Turun yliopiston hallinto- ja talousarkisto X.Bb, Turun yliopiston arkisto; Palvelusuhdekortisto, Turun yliopiston hallinto- ja talousarkisto X.Bch, Turun yliopiston arkisto. Ks. myös Lahtela 1982; Lahtela 1983; Lahtela ja Alanen 1988.

<sup>746</sup> Lahtela ja Lahti 1982; Lahtela ja Karttunen 1985.

1990-luvulle tultaessa taloudellinen lama oli monin tavoin musertava hallinnon ja arjen tiedon piireissä. Turun yliopiston lääketieteen ja psykologian opintojen masennusta koskeviin sisältöihin lama ei vaikuttanut vuoteen 1995 mennessä, vaikka opinnoissa toki sivuttiin käytännön työtä. Samalla muun muassa resurssipulasta ei kirjoitettu vasta laman myötä, vaan siitä oli kirjoitettu jo 1980-luvun alusta saakka. Vuonna 1984 julkaistussa neuvolakirjassa esimerkiksi neuvoloita muistutettiin huomioimaan mielenterveystieteiden mahdollisesti pitkät jonot.<sup>747</sup>

Mielenterveyspalveluissa lama sen sijaan tuntui. Avohoidon rakentaminen päättyi ja kehitystyö jäätty. Psykiatrisesta hoidosta leikattiin ja sairaansijojen vähentämistä ei tehty enää hallitusti, vaan säästöystistä, eikä uutta avohoitoa rakennettu korvaamaan alas ajettua sairaalahoitoa. Sosiaali- ja terveysministeriön laskelmien mukaan psykiatrisen erikoissairaanhoidon resurssit vähenivät neljänneksellä vuosien 1990–1997 aikana. Sairaalassa olevia psykiatrisia potilaita oli vuoden 1990 viimeisenä päivänä 9774, kun vastaava luku vuonna 1993 oli enää 6804.<sup>748</sup> Lama tuntui myös henkilöstörakenteessa, kun ”[s]ijaisten käyttöä rajoitettiin, avoimia virkoja ei täytetty, henkilöstöä lomautettiin ja irtisanottiin sekä käytettiin epäpätevää henkilöstöä”.<sup>749</sup>

Moni jäi vaille tarvitsemaansa hoitoa ja hoitoon pääsi lähinnä vain vakavimmin oireilevat eli niin sanottu potilasaines muuttui jälleen ja tällä kertaa karsittiin lievimmiksi katsotuista ongelmista. Pakkohoidon kokonaismäärä oli laskenut läpi 1970- ja 1980-luvun, mutta vuonna 1991 määrä lähti jälleen kasvuun. 1980-luvulla aloitetun valtakunnallisen itsemurhien ehkäisyprojektin myötä luotujen käytänteiden pohjalta ja nyt yhteiskunnallisen tilanteen vaatiessa kriisiytyä ja muu akuuttipsykiatria tehostuivat. Kansantalous ja kunnallistalous lähtivät elpymään vuodesta 1994, mutta kuntien väliset erot jäivät suuriksi, mikä joissain kunnissa aiheutti säästötoimenpiteiden lisäämistä vielä useampia vuosia laman jälkeen. Psykiatristen palvelujen vähentyessä hallitsemattomasti niitä paikkasivat valtion osalta sosiaalipalvelut, päihdehoito ja vankeinhoito. Yhteiskuntapolitiikan tutkija Raija Julkunen, psykiatri Jukka Kärkkäinen ja psykiatri Jarkko Eskola painottavat kaikki kolmannen ja yksityisen sektorin voimakkaasti kasvanutta merkitystä taloudellisen laman seurauksena. 1990-lu-

<sup>747</sup> Taipale 1984, 148.

<sup>748</sup> Äijälä 1996, 5; Kärkkäinen 2004, 17; Eskola 2007, 25; Parpola 2013, 234, 236, 238; Helén, Hämäläinen ja Metteri 2011, 12–13. 1990-luvun alkua koskevat luvut vaihtelevat lähteiden mukaan. Esim. Äijälä kirjoitti, että vuonna 1991 psykiatrisia potilaspaikkoja oli 8500, mutta toisen lähteen mukaan sairaansijat vähenivät 12 300:sta 9 700:an ajanjaksolla 1990–1992. Äijälä 1996, 6; Eskola ja Karila 2007, 206; Hyvönen 2008, 118–119.

<sup>749</sup> Rintala 1995, 7.



vulle tultaessa syntyikin useita uusia mielenterveyspotilasjärjestöjä ja toiminta vilkastui järjestölehtien osalta.<sup>750</sup>

Masennuskäsityksiin vaikutti keitä ja millaisia potilaiden ajateltiin olevan. Suomessa 1970-luvulle saakka mielisairaiksi katsotut masennuspotilaat olivat pääasiassa laitospotilaita. Lievempiä masennuksia hoidettiin esimerkiksi keskusteluterapialla, mutta pääpaino oli laitoshoidossa. Vastuu masennuspotilaan tunnistamisesta, hoidon suunnittelusta ja toteutuksesta oli muutoksessa pitkin 1900-lukua. Opinnoissa huomioitiin mielenterveyden ammattilaisten ammattikuvien muutokset, monipuolistuminen ja yhteiskunnan muuttuvat toiveet. Samalla psykologian ja psykiatrian opiskelijat tunnustelivat paikkaansa suhteessa toistensa työnkuviin. Ammattikuntien sisäiset ja väliset muutokset vaikuttivat myös siihen, mitä ammattiin valmistuvan oli masennuksiin liittyen hyvä tietää.

### 3.2 Neuroosi ja psykoosi määrittivät mielenterveyspotilaan vaihtoehtoja

Psykoosi ja neuroosi masennusattributteina olivat muutoksessa läpi 1900-luvun. Edellisessä alaluvussa analysoin mielenterveyden ammattilaisten muuttuneita työnkuvia hallinnollisen vallan käyttäjinä. Neuroosi ja psykoosi nimikkeinä omasivat hallinnollista valtaa diagnoosien tasolla. Jako psykoosiin ja neuroosiin määritteli hallinnon tiedossa hoitomuodot ja hoidon paikat, ja esimerkiksi pakkohoito vaati psykoositasoisen tautiluokan diagnosoimista. Tässä alaluvussa analysoin masennusta määrittäneiden neuroosin ja psykoosin kuvauksia, niiltä osin kuin ne vaikuttivat opiskelijoiden masennuskäsityksiin. Tuon esiin käsitteiden monipolvista historiaa ja mihin ja minkä tahon tarpeisiin uusia määritelmiä rakennettiin. Moni historian mittaan syntynyt masennusmääritelmä oli yhä käytössä 1980- ja 1990-lukujen opin-

<sup>750</sup> Julkunen 2001, 240; Kärkkäinen 2004, 40; Eskola 2007, 30–31, 34; Karila 2007, 158; Hyvönen 2008, 134–135. Turussa oli vuonna 1960 ollut 639 sairaalahoitopaikkaa eli 5,2 paikkaa tuhatta asukasta kohti. Vuonna 1975 paikkoja oli 614, mikä tarkoitti kasvavassa kaupungissa enää 3,7 paikkaa tuhatta asukasta kohti. Ajanjaksolla 1960–1975 avohoitokäynnit olivat kasvaneet 6,4-kertaisiksi. Turun yliopiston psykiatrian opiskelija totesi vuonna 1997, että hoitopaikkojen väheneminen kosketti vähiten suljettuja osastoja. Muutos käytännöissä ja ajattelutavoissa näkyi mielisairaalapaikkojen laskun lisäksi pakkohoitopotilaiden prosentuaalisen määrän laskussa. Kun vuoden 1977 lopulla pakkohoitopotilaiden osuus kaikista psykiatrisista potilaista oli 83 %, vuoden 1983 lopulla prosentiosuus oli enää 23. Samalla yksilön oikeudet kasvoivat ja pakkohoidon oikeutukseen ja potilaan asemaan kiinnitettiin enemmän huomiota. Äijälä 1996, Tiivistelmä, 5–7. Pakkohoitopotilaita koskevista prosenttiosuuksista löytyy myös toisenlaisia lukuja. Lääkintöhallituksen vuotta 1977 koskevassa vuosikirjassa pidettiin erityisen positiivisena kehityksenä sitä, että kyseisenä vuonna jo suurin osa eli 57 % potilaista hakeutui itse hoitoon. Lääkintöhallitus 1980, 76: 172.

noissa. Samalla opiskelijat tunsivat myös aiempia tieteen ja hallinnon tiedon masennuskäsityksiä.

Psykoottisuudella ja neuroottisuudella viitattiin ensisijaisesti tilan vakavuuteen.<sup>751</sup> Puhuttaessa yleisesti psykooseista ”syvä depressio” saatettiin listata yhdeksi tärkeimmistä mahdollisista oireista.<sup>752</sup> Vuoden 1965 Maailman terveysjärjestön (WHO) kansainvälisessä tautiluokituksessa ICD-8<sup>753</sup> ja sen yhteispohjoismaiseen versioon perustuneessa ja yhä 1980-luvulla käytössä olleessa vuoden 1969 suomalaisessa tautiluokituksessa ero vakavampiin ja lievempiin tiloihin tehtiin käyttämällä pääluokkina psykooseja eli varsinaisia mielisairauksia ja neurooseja. Neuroosien lisäksi lievemiksi katsottiin ”luonteen sairaalloisuudet ja muut mielenterveyden häiriöt”.<sup>754</sup> Vuonna 1987 kaksi psykologian opiskelijaa määritteli, että neuroosit ”ovat lieviä psyykkisiä häiriötiloja, joiden seurauksena on subjektiivisia kärsimyksiä sekä elämän eri alueisiin liittyviä toimintakyvyn sekä tyydytyksen rajoituksia”.<sup>755</sup> Neuroottiset häiriöt lievimmillään edustivat vakavuusjangan toista päätä siinä määrin, että niitä katsottiin olevan väistämättä kaikilla ihmisillä.<sup>756</sup>

Psykiatrian professori Yrjö Alanen totesi vuonna 1975 hallinnon tiedon tilanteesta seuraavaa: ”Neuroosipotilaiden hoito kuuluu mieluummin sairaaloiden ulkopuolelle lukuun ottamatta vaikeimpia tapauksia. Pitkäaikainen oleskelu sairaalaympäristössä saattaa olla haitallista siksi, että se ajan mittaan stimuloi ja tyydyttää pyrkimystä sekundääriseen hyötyyn ja voi sitä tietä johtaa laitostumiseen.”<sup>757</sup> Vuonna 1975 julkaistussa teoksessa todettiin, että ”[k]untoutuksen piiriin tulevat neuroosipotilaat edustanevat vaikeinta kroonista ryhmää näiden tapauksien joukossa. Valtaosa lievistä tapauksista hoidetaan yleislääkärien vastaanotoilla.”<sup>758</sup> Neuroosipotilaitakin siis otettiin psykiatriseen hoitoon, mutta ainoastaan vakavimmat tapaukset. Toisaalta toisessa vuonna 1973 julkaistussa psykiatrian opintojen oppikirjassa neuroottisten depressioiden yleisyydestä kirjoitettiin, että ”[n]euroottiset depressiot ovat suhteellisen tavallisia häiriöitä. Sairaalahoitoon tulleista neuroottisista potilaista ne muodostavat yleensä suurimman ryhmän.”<sup>759</sup>

Psykiatrian opinnoissa käsiteltiin 1980-luvun alussa psykiatrista kuntoutusta. Oppikirjassa kuvailtiin neuroottisen depression ja maanis-depressiivisen psykoosin eroa merkittäväksi. Psykoosia sairastavat eivät juurikaan hyötyneet terapiasta ja lää-

<sup>751</sup> Jyrki Korkeilan sähköposti 20.10.2015. Tekijän hallussa.

<sup>752</sup> ”7-12” 1989, 6.9.1989.

<sup>753</sup> Reinikka 1988, 13.

<sup>754</sup> Lääkintöhallitus 1969, 38–43.

<sup>755</sup> ”3-10” 1987, 1.

<sup>756</sup> ”7-28” 1989.

<sup>757</sup> Alanen 1975, 170.

<sup>758</sup> Tienari 1975, 328.

<sup>759</sup> Achte, Alanen ja Tienari 1973, 215.

kehoidolla oli suurempi merkitys.<sup>760</sup> Psykoterapiaa pohdittiin kuntoutuksen välineenä enemmänkin:

Neuroosit muodostavat psykoterapian, nimenomaan paljastavan psykoterapian klassillisen ja kiitollisimman kohteen. [– –] Raja normaalin ja neuroottisen välillä ei ole jyrkkä. [– –] Useilla neuroottisilla henkilöillä on voimakas yliminä, joka herkästi tuomitsee varsinkin seksuaalisia ja vihamielisiä tunteita toisia ihmisiä kohtaan, näin varsinkin depressiivisiin alemmuuden- ja syyllisyydentuntoihin taipuvaisilla.<sup>761</sup>

Terveyspalveluiden tutkija Linsley Starksin ja psykiatrian historian tutkija Joel T. Braslowin mukaan Yhdysvalloissa oli maailmansotien jälkeen syntynyt uudenlainen mielisairaaloiden potilasryhmä. Ryhmä koostui pääasiassa onnettomista, ahdistuneista ja masentuneista ihmisistä, joiden ei katsottu olevan psykoottisia eli mielisairaita. Oulun piirimielisairaala ja siellä annettuja psykopatiadiagnooseja sen perustamisesta vuonna 1924 vuoteen 1968 tutkineet historiantutkija Petteri Pietikäinen ja tieteenhistorian tutkija Katariina Parhi kirjoittavat, että hieman vastaava muutos oli tapahtunut Suomessa vuonna 1954. Tuolloin tautiluokituksen muutoksen myötä psykopatiaa ei laskettu enää vakavaksi psykiatriseksi sairaudeksi, joten neuroosipotilaiden määrä lähti kasvuun. Heti vuonna 1954 diagnosoitiin 14 prosenttia potilaista neuroottisiksi – mukaan lukien masennusneuroosi – ja tilanne pysyi samanlaisena 1970-luvun alkuun asti.<sup>762</sup> Parhi ja Pietikäinen eivät kuitenkaan näe neuroosidiagnoosien määrän kasvun syynä sitä, että hoitoon olisi hakeutunut uudenlaista potilasjoukkoa. He tulkitsevat diagnosoitujen tautiluokkien muutoksen johtuneen diagnostiikan kriteerien muutoksista. Toisin sanoen potilas, joka aiemmin olisi saanut psykopatiadiagnoosin, saikin nyt neuroosidiagnoosin.<sup>763</sup> Neuroottistasoisesta häiriöstä kärsiviä hoidettiin psykiatrisissa sairaaloissa myös ainakin Helsingissä 1960- ja 1970-luvuilla.<sup>764</sup> Hallinnon käytänteistä huolimatta Turun yliopiston opetuksessa ainakin lievemmin oireilevien neuroosipotilaiden paikka nähtiin sairaalahoidon ulkopuolella.

<sup>760</sup> Alanen 1975, 170, 173–174.

<sup>761</sup> Alanen 1975, 169.

<sup>762</sup> Parhi ja Pietikäinen 2017, 655.

<sup>763</sup> Parhi ja Pietikäinen 2017, 656.

<sup>764</sup> Vilponen 1988, 1.

Erottelu mielisairauksiin ja mielenterveydenhäiriöihin säilyi vuodenvaihteessa 1990–1991 voimaan tullessa uudessa mielenterveyslaissa.<sup>765</sup> Vielä 1990-luvun loppupuolella pakkohoidosta päätettäessä hyödynnettiin jakoa psykooseihin ja lievempiasteisiin häiriöihin. Vuonna 1997 psykiatrian opiskelija kirjoitti että, ”Suomessa pakkohoitoon voidaan (aikuisista) määrätä vain mielisairas”.<sup>766</sup> Vuosia 1978–1989 koskenut seurantatutkimus tutki pakkohoitolähetteen diagnooseja. Niiden perusteella opiskelija totesi että, ”[k]yseenalaisina lähetteinä pidettiin niitä, joissa potilaan lopullisena diagnoosina ei ollut psykoosi, vaan jokin lievempiasteinen häiriö. Suomalaisen käytännön mukaan [– –] mielisairautena pidetään vain psykooseja.”<sup>767</sup>

Jako lieviin ja vakaviin masennuksiin neuroosien ja psykoosien kautta seurasi pitkää, jo ainakin Emil Kraepelinistä lähtenyt luokittelujen muutoskulkua. Kraepelin oli 1800- ja 1900-lukujen vaihteen tautiluokituksissaan määritellyt masennuksen osalta vain vakavia mielisairauksiksi eli psykoottistasoisiksi luokiteltavia tiloja.<sup>768</sup> Myöhemmin muun muassa psykoanalyysin vaikutuksesta psykiatrian laajentaessa mielisairauksikäsitystä, moni kaipasi myös lievempiä masennustiloja kuvaavia tautiluokkia. Vuonna 1930 isobritannialainen neurologi Farquhar Buzzard esitteli neuroottisen depression luokan kuvaamaan masennuksen lievempää muotoa. Vaikka tautiluokka olikin pitkään somaattisina hermosairauksina pidetyissä neurooseissa, neuroottisella masennuksella viitattiin jo tuolloin myös psykoottista masennusta vähemmän ruumiilliseen, ja siten lievempään muotoon.<sup>769</sup> On huomattava, ettei Buzzard viitannut neuroottisella psykodynaamiseen ajatteluun. 1900-luvun ensimmäisellä puoliskolla saatettiin tehdä selkeä ero näiden kahden neuroosikäsitelyn välillä. 1980- ja 1990-luvuilla tieteen tiedossa jako ei ollut enää aina täysin selvä ja neuroottisella saatettiin viitata samanaikaisesti sekä lievään tilaan että psykodynaamiseen teoriaan. Tämä on sinänsä ymmärrettävää, sillä Freud oli aikanaan ollut kiinnostunut keskusteluun kykenevistä eli tarpeeksi lievästi sairaista potilaista, jotta psykoanalyttinen keskusteluterapia ylipäätään onnistui. Vuonna 1989 opinnoissa psykoana-

<sup>765</sup> Kärkkäinen 2004, 17; Parpola 2013, 234, 236, 238. Hallinnon tiedon osalta huomionarvoista oli sekin, mikä taho tautiluokituksia kirjoitti ja julkaisi. Vuosien 1969 ja 1987 tautiluokitukset toteuttanut Lääkintöhallitus lakkautettiin vuonna 1991, jolloin se yhdistettiin sosiaalihuollukseen ja muutettiin asiantuntijavirastoksi. Vuonna 1993 viraston tehtäviä alkoi hoitaa Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. Vuonna 2009 Stakes yhdistyi Kansanterveyslaitoksen kanssa muodostaen nykyisin toimivan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL). Ks. esim. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen verkkosivusto. Historia.

<sup>766</sup> Äijälä 1996, 10–11.

<sup>767</sup> Äijälä 1996, 11.

<sup>768</sup> Shorter 2013b, 112.

<sup>769</sup> Shorter 2013b, 114.

lyyttisesti orientoituneen psykoterapian kohdealueiksi lueltiin ”neuroosit, luonne-neuroosit ja rajatilat”.<sup>770</sup>

Suomessa otettiin 1.1.1987 käyttöön uudistettu Lääkintöhallituksen hyväksymä tautiluokitus. Sen esipuheessa kerrottiin, että ”[I]luokitus perustuu Maailman terveysjärjestön 1975 hyväksymän kansainvälisen tautiluokituksen 9. laitokseen (International Classification of Diseases, 1975 Revision). Suomalainen tautiluokitus oli laadittu lääkintöhallituksen ja Sairaalaliiton yhteistyönä. Merkittävä joukko lääketieteen asiantuntijoita oli osallistunut luokituksen tekemiseen.”<sup>771</sup> Vuonna 1985 julkaistussa psykiatrian diagnostiikkaa käsittelevässä artikkelissa kerrottiin tulevan uuden suomalaisen tautiluokituksen ICD-9:n lisäksi noudattelevan soveltuvin osin myös DSM-III-tautiluokitusta.<sup>772</sup> Turun yliopistossa vuonna 1994 valmistuneessa väitöskirjassa huomioitiin DSM-III:n vaikutus suomalaiseen vuoden 1987 tautiluokitukseen.

Uusi tautiluokitus (tai tarkemmin sanottuna luokituksen koodiosa) otettiin käyttöön 1.1.1987. Luokituksen pohjana on kansainvälisen tautiluokituksen 9. uudistettu painos (ICD–9). Psykiatrian kannalta varsinainen uudistus on siinä, että mielenterveyshäiriöiden pääluokka V jakautuu nyt kahteen erilliseen osaan: koodiosaan ja kriteeriosaan. Koodiosa on staattinen, konservatiivinen osa. Kriteeriosa sen sijaan on jatkuvan muutoksen tilassa, siinä heijastuu tutkimustiedon karttuminen ja kumoutuminen.<sup>773</sup>

Pääluokka V:n koodien kriteerit perustuvat valtaosin amerikkalaisen psykiatrian ”diagnostisen raamatun” DSM-III:n [– –] kriteereihin. [– –] Riittävän konsensusuksen saavuttaminen oli myös Suomessa niin vaikea asia, että koodiosan ilmestyttyä 1.1.1987 kesti lähes kaksi vuotta, ennen kuin virallinen suomalainen kriteeriosa lopulta ilmestyi. Lähes kaksi vuotta mielenterveyshäiriöitä virallisiin asiakirjoihin koodaavat lääkärit ja psykiatrit joutuivat tulemaan toimeen epävirallisilla ”raakakopioilla” ja ”prototyypeillä”.<sup>774</sup>

<sup>770</sup> ”7-27” 1989, Monistenippu otsikolla ”Luento 28.2.85”. Turun yliopiston opinnoissa vuosina 1980–1995 neuroottinen depressio variantteineen oli yleinen. Tilanne ei ollut sama kaikkialla Suomessa, sillä Petteri Pietikäinen näkee neuroottisen depression historian hyvin eri tavoin: ”Esimerkiksi 1900-luvun lopun ’depressio’ tunnettiin 1800-luvun lopulta alkaen kohtuullisen vähän käytettynä, ellei jopa harvinaisena neuroosina. 1950-luvulta 1970-luvulle depression diagnostisena edeltäjänä toimi osin ’ahdistus’ tai ’ahdistusneuroosi’ (joka tunnettiin Suomessa myös ’tuskaneuroosina’).” Pietikäinen 2013, 130. Näistä neurooseista ei Turun yliopiston opinnoissa ollut mainintoja masennuksen yhteydessä.

<sup>771</sup> Lääkintöhallitus 1986, 3.

<sup>772</sup> Furman, Huttunen ja Lönnqvist 1985, 25–26.

<sup>773</sup> Laitinen 1994, 17.

<sup>774</sup> Laitinen 1994, 18.

Vaikka päällisin puolin tautiluokitus todella noudatteli vuonna 1975 julkaistua ICD-9-luokitusta, siinä oli otettu jo käyttöön DSM-III:n lanseeraama Vakava masennustila -tautiluokka. ICD-9-luokituksessa laskettiin affektiivisten psykoosien alle luokat ”Manic depressive psychosis, manic type” ja ”Manic-depressive psychosis, depressed type”. Suomalaisessa vuoden 1987 tautiluokituksessa pääluokkana toimi Vakavat mielialahäiriöt ja samalla ainoastaan maniana oireileva psykoosi oli poistettu. Maanis-depressiivisen psykoosin ”depressed type” oli vaihtunut DSM-III:n mukaiseksi vakavaksi masennustilaksi eli ajatuksesta maanis-depressiivisyydestä sairauden yläkategoriana oli luovuttu. Tautiluokkien siirtyessä ”psykoosi eli mielisairaus” -kategorista ”vakavien mielialahäiriöiden” -kategoriaan termi maanis-depressiivinen korvautui termillä kaksisuuntainen mielialahäiriö. Vuoden 1987 suomalaisessa tautiluokituksessa säilyi mahdollisuus diagnosoida maanis-depressiivisyys, mutta tällöin diagnosoitiin kumpaankin suuntaan liikkuvan sairauden vaiheita – ”Kaksisuuntainen mielialahäiriö, masennusvaihe” – eikä ainoastaan toisena ääripäänä oireilevaa sairautta.<sup>775</sup>

Vuoden 1987 suomalainen tautiluokitus erosi DSM-III-luokituksesta myös melankolian osalta. Melankolia vakavan masennuksen alamuotona esiintyi yhdysvaltalaisissa DSM-III ja DSM-III-R -tautiluokituksissa, ja se oli mukana vuosien 1982 ja 1983 epävirallisissa suomennoksissa. Suomen kansalliseen vuoden 1987 tautiluokitukseen sitä ei kuitenkaan otettu mukaan, sillä diagnoosin validiteetista oltiin erimielisiä.<sup>776</sup> Melankolia saatettiin jättää pois suomalaisesta tautiluokituksesta myös sen tähden, että sillä voitiin viitata lääke- ja muiden hoitomuotojen myötä jo kadonneeseen tilaan. Erityisesti yhdysvaltalaisessa oppikirjallisuudessa melankolialla viitattiin tilaan, joka vastasi masennuksen vakavinta muotoa, depressiivistä stuporia. Tässä tilassa ihminen oli katatoninen, taantunut, ei liikkunut, ei puhunut, ei syönyt itse ja laski alleen.<sup>777</sup>

DSM-III-pohjainen vakava masennustila -tautiluokka otettiin Suomessa käyttöön ennen kuin se otettiin muokattuna osaksi ICD-tautiluokitusta. Teoriassa Suomessa oli näin ollen muutaman vuoden ajan tilanne, jossa Yhdysvalloissa ollaan yhä tänä päivänä. DSM-III ei tuntenut masennustiloista kuin vakavan masennustilan eikä luokituksessa ollut omaa luokkaa lievälle ja keskivaikealle masennustilalle. Psykiatrian historian tutkija Edward Shorter huomauttaa tämän olleen ja olevan yhä ongelma Yhdysvalloissa ja kertoo tilanteen suurimmaksi syyksi vakuutusyhtiöiden vaatimukset: Vakuutusyhtiöt eivät Yhdysvalloissa korvaa lieviä häiriöitä tai keskivaikeita tiloja.<sup>778</sup> Maailman terveysjärjestö otti käyttöön masennuksen kolme vai-

<sup>775</sup> Lääkintöhallitus 1986, 76.

<sup>776</sup> Lönnqvist et al. 1986, 4.

<sup>777</sup> Harmatz 1978, 286. Ks. myös Mattila 1984, 80; Häkkänen 1993, 18.

<sup>778</sup> Shorter 2013b, 44.

keusastetta vuonna 1993. Silloin julkaistiin ICD-10-tautiluokitus, joka noudatteli DSM-III-tautiluokitusta, mutta lisäsi masennustilan kattamaan myös lievät ja keskivaikeat tilat. Tuolloin ”Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt” -kategorian alle asetettiin tautiluokat ”Lievä masennustila”, ”Keskivaikea masennustila”, ”Vaikea-asteinen masennustila ilman psykoottisia oireita” sekä ”Vaikea-asteinen, psykoottinen masennustila”.<sup>779</sup> Samana vuonna, eli vuonna 1994, ilmestyi DSM-tautiluokitukselta kokonaan uusi versio DSM-IV.<sup>780</sup>

DSM-III:n vuonna 1983 julkaistussa suomennoksessa kerrottiin, että neuroosien pääluokka oli poistettu tautiluokitukselta sen sairauden etiologiaan viittaavan sivumerkityksen tähden.<sup>781</sup> *Vakava masennus* -tautiluokka oli yritys palata Kraepelinin yhden masennuksen malliin. Neuroosinimikkeen puuttuminen huomioitiin psykiatrian oppikirjan vuoden 1990 painoksessa ja samalla huomautettiin, että ”Suomessa käytössä olevassa [vuoden 1987] tautiluokituksessa nimike sen sijaan on säilytetty”.<sup>782</sup> DSM-III-tautiluokituksen halu päästä eroon psykodynaamisesta koulukunnasta huomioitiin myös vuonna 1994 Turun yliopiston psykiatrian väitöskirjassa, jossa nähtiin Freudin käsitteiden sitovan käyttäjänsä freudilaisuuteen. Väitöskirjattutkija toi ilmi, kuinka vahva Freudin asema oli yhä 1980- ja 1990-luvuilla.

Freudin perinteeseen nojaava ”neuroosi”-käsite on DSM-III:ssa tulkittu *not proven* -tyyppisten etiologisten vihjausten (motiivikonfliktit ym.) ”raskauttamiksi”. Siksi käsitettä ei ole kelpuutettu tautiluokituksen termistöön kokoavaksi, teoreettiseksi konstruktioksi vaan on valittu termi ”neuroottiset häiriöt”. Freudin tapausselostukset ovat huomattavan ”teoriapitoisia” (Laitinen, 1981). Tapausselostuksissaan Freud itse asiassa koko ajan kehitteli teoriaansa, joten niissä esiintyy jatkuvaa empiirisen havaintoaineuksen aineksen ja teorian keskinäistä feedbackia. Toisin sanoen – ei ole mahdollista ”vain puhtaasti kuvata” potilaan oireita freudilaisittain sitoutumatta hänen vahvoihin teoreettisiin yleistyksiinsä. DSM-III-konsensuksen puute kertoo nimenomaan siitä, että Freudin teorian asema psykiatriassa on – vaikkakin vahva – edelleen kiistanalainen.<sup>783</sup>

<sup>779</sup> Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012, 147–151; History of the development of the ICD.doc - HistoryOfICD.pdf. WHO-sivusto.

<sup>780</sup> American Psychiatric Association -sivusto.

<sup>781</sup> ”Neuroosien pääluokasta on luovuttu ja kyseiset häiriöt on sijoitettu muihin tai uusiin pääluokkiin. Samalla on luovuttu myös itse neuroosi-termistä, jolla on katsottu olevan selvä etiologinen sivumerkitys.” Furman, Huttunen ja Lönnqvist 1983, luku Osio 2, sivu 4. DSM-III ei kuitenkaan luopunut kaikesta etiologiaan viittaavasta. Esimerkiksi etiologialtaan tilapäisestä tai pysyvästä aivotoiminnan häiriöstä johtuvat mielenterveys-häiriöt luokiteltiin erikseen. 1983, luku Osio 5, sivu 1.

<sup>782</sup> Alanen, Achté ja Tienari 1990, 40.

<sup>783</sup> Laitinen 1994, 19 alaviite 6.

”Vakava masennus” -tautiluokka on saanut osakseen kritiikkiä ja esimerkiksi psykiatrian historian tutkija Edward Shorter pitää sitä kaatoluokkana, jonne voi diagnosoida potilaat, joille ei muuta tautiluokkaa löydy.<sup>784</sup> Eksaktimpaan diagnostiikkaan pyrkinyt luokitus paradoksaalisesti laajensi masennusten kirjoa entisestään, mutta nyt yhden tautiluokan alle. Mielisairauksien historiassa tällaisia roskakoritautiluokkia on ollut aiemminkin. Parhi kirjoittaa psykopatiadiagnoosin toimineen jonkin aikaa diagnostisena roskakorina.<sup>785</sup> Pietikäinen kirjoittaa melankolian olleen 1800-luvun alkuun tällainen kaatoluokka.<sup>786</sup> Psykiatrian opintojen vuonna 1970 julkaistussa suomalaisessa oppikirjassa tautiluokitusten roskakoriksi mainittiin neurastenia eli heikkohermoisuus. Neurasteniaa oli tosin pidetty tällaisena jo 1800-luvun lopulta lähtien. Kiinnostavaa onkin, että Kraepelin oli aikanaan yhdistänyt juuri neurastenian ja melankolian rakentaessaan uutta modernia masennusta.<sup>787</sup> Psykiatrian oppikirjassa neurasteniaa oli kuitenkin edelleen oma tautiluokkansa ja neurootisten depressioiden ohella yksi seitsemästä neuroosikategoriasta.<sup>788</sup> Oppikirjan kuvaus neurasteniasta ei suuremmin eronnut masennusten määrittelyistä:

Tällä neuroosimuodolla tarkoitetaan yleistä helppoa väsyväisyyttä, voimattomuutta. Neurasteeniset henkilöt kärsivät unettomuudesta ja yleisestä herkkyydestä [– –]. Monet väsymystilat liittyvät neurasteniaan. Neurastenia on määriteltä alentuneeksi sietokyvyksi psyykkisille ja fyysisille ärsykeille. Alentunut vastustuskyky ilmenee alttiutena vaihteleville oireille, joista tavallisia ovat heikkoudentunne, väsyväisyys, keskittymisen vaikeudet, päänsärky ja huimaus. Oireet voivat hävitä levossa, mutta palaavat rasituksen myötä. Neurasteeninen oireyhtymä voi syntyä puhtaasti psyykkistä tietä, kuten asian laita yleensä on, jolloin se usein liittyy voimakkaisiin väsymystiloihin. Toisaalta tätä oireyhtymää tavataan toipilasvaiheessa melkein minkä sairauden jälkeen tahansa.<sup>789</sup>

Vakava masennus -tautiluokan lisäksi DSM-III sisälsi myös muita masennustautiluokkia. Vuonna 1988 psykiatrian opiskelija tarkasteli tautiluokituksen masennusluokkia:

<sup>784</sup> Ks. esim. Shorter 2009, 263, 282–284, 287.

<sup>785</sup> Parhi 2018, 13.

<sup>786</sup> Pietikäinen 2013, 114.

<sup>787</sup> Kaila ja Achté 1970, 107–108. Esim. tanskalainen neurologi Carl Georg Lange oli 1800-luvun loppupuolella pitänyt neurasteniaa roskakoriluokkana. Shorter 2013b, 98, ks. myös 109, 111–112.

<sup>788</sup> Kaila ja Achté 1970, 105.

<sup>789</sup> Kaila ja Achté 1970, 107–108.



Yhdysvaltalaisessa DSM-III-luokituksessa masennustilat jaetaan vakaviin mielialahäiriöihin, mielialan aaltoiluhäiriöihin, krooniseen masentuneisuuteen, epätyypilliseen masennustilaan ja masentuneisuutena ilmenevään sopeutumishäiriöön (Salminen 1985). Vakaviin mielialahäiriöihin kuuluvat kaksisuuntainen (bipolaarinen) mielialahäiriö ja yksisuuntainen (unipolaarinen) masennustila sekä melankolia. Krooninen masentuneisuus tarkoittaa käytännössä neuroottista depressiota tai depressiivistä luonnetta. Masentuneisuutena ilmenevä sopeutumishäiriö on lievähkö ohimenevä masennusreaktio. Epätyypillisiin masennustiloihin kuuluvat esim. piilodepressio ja sellaiset mielialahäiriöt, joissa oireet ilmenevät epämääräisinä somaattisina tuntemuksina.<sup>790</sup>

Opiskelija kirjoitti luokituksen sisältävän edelleen neuroottisen depression, mutta eri nimellä. Tällä hän viittasi krooniseen masentuneisuuteen eli uuteen tautiluokkaan dystymiaan: ”Other specific affective disorders: 300.40 Dysthymic disorder (or Depressive neurosis)”<sup>791</sup> Dystymialla viitattiin lieviin mutta pitkäkestoisiin masennustiloihin ja sisällöltään se vastasi pitkäaikaista neuroottista masennushäiriötä. Vuoden 1987 suomalaisessa kansallisessa tautiluokituksessa ei dystymiaa ollut vielä käytössä. Vakavuusaste ilmaistiin aiempien luokitusten kaltaisesti eli masennukset jaettiin neurooseihin ja vakaviin mielialahäiriöihin. Toisaalta vuoden 1987 tautiluokituksessa neuroottinen depressio ei viitannut enää ainoastaan masennuksen vakavuusasteeseen, vaan jo tautiluokan nimessä mainittiin sen viittaavan DSM-III-tautiluokituksen kaltaisesti krooniseen tilaan: ”Neuroottiset häiriöt: 3004A Krooninen masentuneisuus”<sup>792</sup>. Vuonna 1993 julkaistussa ICD-10-tautiluokituksessa ja sen jälkeisissä versioissa dystymia on ollut mukana suomennettuna muotoon ”Pitkäaikainen masennus” eikä neuroottisuutta enää mainita.<sup>793</sup> Dystymia toimi opinnoissa ajoittain neuroottisen masennuksen synonyymina, jolloin viitattiin pitkäaikaiseen lievään masennustilaan. Opinnoissa dystymiaa kutsuttiin myös muun muassa ”krooniseksi raskasmielisyydeksi”<sup>794</sup>.

Hallinnon tiedossa ennen vuoden 1987 tautiluokitusta neuroottinen masennus oli viitannut muiden mahdollisten merkitysten ohella vakavuusaste-eroon psykoottiseen masennukseen nähden, mutta uudessa tautiluokituksessa neuroottinen masennus rinnastui krooniseen masennukseen. Näin ollen tarvittiin oma luokka lyhempikestoisille masennuksille, jotka eivät kuitenkaan olleet psykoottistasoisia. Sellaisena alettiin käyttää uutta yläluokkaa ”sopeutumishäiriöt”.

<sup>790</sup> Psykiatrian syventävien opintojen työ. Reinikka 1988, 14.

<sup>791</sup> American Psychiatric Association 1980, 18, 220–223.

<sup>792</sup> Lääkintöhallitus 1986.

<sup>793</sup> Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012, 157.

<sup>794</sup> Sainio 1993, 10.

Vuonna 1986 Suomen Psykiatriayhdistys kokoontui teemalla ”Mielenterveyshäiriöiden suomalainen tautiluokitus”. Tapaamisen raportissa uuden tautiluokituksen tuomista muutoksista masennuksen diagnosointiin kirjoitettiin, että ”[t]ässä yhteydessä on syytä muistuttaa, että valtaosa niistä potilaista, joita hoidetaan masentuneisuuden vuoksi, diagnosoidaan [uudessa tautiluokituksessa] neuroottisina häiriöinä (krooninen masentuneisuus, 3004A), persoonallisuuden häiriöinä (mielialan aaltoiluhäiriö, 3011D) tai sopeutumishäiriöinä (masentuneisuutena ilmenevä sopeutumishäiriö, 3090A)”.<sup>795</sup> Vakava masennus -tautiluokkaa ei tässä raportissa mainittu. Tämä saattaa johtua siitä, että psykiatreille tuli yllätyksenä, kuinka Vakava masennus -tautiluokka ajan myötä rakentui sateenvarjoksi kaiken asteisten masennuksien ylle – ei siis ainoastaan vakavien masennustilojen, kuten aiempien tautiluokitusten masennustyyppinen maanis-depressiivinen psykoosi oli toiminut. Toisaalta Suomessa masennusta saattoi hallinnon tiedossa diagnosoida läpi 1980- ja 1990-lukujen useanlaisten tautiluokkien alle. Jo yllä mainittujen lisäksi psykiatrian opiskelija kirjoitti vuonna 1994, että masentuneen diagnoosi saattoi olla ”lievä tunnehäiriö”<sup>796</sup>.

Psykiatrian opintojaksolla käytössä olleen oppikirjan vuoden 1990 painoksessa Yrjö Alanen kirjoitti, että vuonna 1987 neuroottiset häiriöt jaettiin muun muassa seuraaviin ryhmiin: ”Neuroottinen depressio (krooninen masentuneisuus) [– –] Hypokondriinen oireyhtymä [– –] Somatisaatiohäiriö”<sup>797</sup>. Sen sijaan ”[l]yhytaikaisempia, mm. masentuneisuutena ja ahdistuneisuutena esiintyviä tiloja nimitetään uudessa tautiluokituksessa sopeutumishäiriöiksi”.<sup>798</sup> Sopeutumishäiriöistä oppikirjassa kerrottiin, että

[u]seimmiten on kysymyksessä masentuneisuutena tai ahdistuneisuutena ilmenevä sopeutumishäiriö, johon voi liittyä muita tunnereaktioita. [– –] Diagnoosi sopeutumishäiriö edellyttää kuitenkin, että häiriö liittyy tiettyyn tunnistettavaan psykososiaaliseen stressitekijään, ilmenee 3 kuukauden kuluessa sen alkamisesta eikä ole kestänyt kauempaa kuin 6 kuukautta sen jälkeen, kun mainittu stressitekijä tai sen vaikutukset ympäristöön ovat lakanneet.<sup>799</sup>

Psykiatrian opintojakson sosiaalipsykiatrian oppikirjan vuoden 1989 painoksessa kirjoitettiin niin ikään masennuksesta ja sopeutumishäiriöistä. Teoksessa kerrottiin, että ”masentuneisuutena ilmenevien sopeutumishäiriöiden” lisääntymisestä suunnilleen 1960-, 1970- ja 1980-luvuilla olisi ”varmaa tutkimuksellista näyttöä”.

<sup>795</sup> Avento 1986, 5.

<sup>796</sup> Häkkänen 1993, 21.

<sup>797</sup> Alanen 1990b, 255.

<sup>798</sup> Lehtinen et al. 1989, 259.

<sup>799</sup> Alanen 1990b, 255.

Teoksessa ei kuitenkaan kerrottu, mihin tutkimukseen tai tutkimuksiin siinä viitattiin ja oliko masentuneisuutena ilmenevä sopeutumishäiriö ollut tautiluokkana käytössä jo 1960-luvulla. Oppikirjassa kerrottiin, että

[m]onilla psykiatreilla on käsitys, että rajatasoiset persoonallisuushäiriöt ovat yhteiskunnassamme viime vuosikymmeninä lisääntyneet [– –] Tästä ei kuitenkaan ole varmaa tutkimuksellista näyttöä, toisin kuin masentuneisuutena ilmenevien sopeutumishäiriöiden ja psykosomaattisten häiriöiden lisääntymisestä.<sup>800</sup>

Kuten todettua, neuroottisuudella ja esimerkiksi neuroottistasoisilla depressio-oireilla viitattiin opinnoissa vuosina 1980–1995 mielisairauksia lievempiin tiloihin. Psykiatrian opintojaksolla 1980-luvulla neuroottisuutta kuvailtiin näin: ”Suurin osa neuroottisista henkilöistä pystyy oireistaan huolimatta toimimaan normaalin henkilön tavoin ja vain pieni vähemmistö jää enemmän taikka vähemmän pysyväisesti oireittensa takia työkyvyttömäksi.”<sup>801</sup> 1980-luvun alussa psykiatrian opintojaksolla pohdittiin neuroottisen depression ja endogeenisen psykoottisen depression eroavaisuuksia. Suurimmat erot olivat tässäkin aste-eroja oireiden säännöllisyydessä ja silmiinpistäväyydessä. Oppikirjassa kerrottiin, että neuroottisen depression ”[k]uvaan kuuluu myös ruokahaluttomuus ja seksuaalinen haluttomuus sekä usein myös motoristen toimintojen hidastumista, joskaan ei yhtä säännöllisesti eikä yhtä huomattavana ja silmiinpistäväänä kuin ns. endogeenisessä psykoottisessa depressiossa”.<sup>802</sup> Psykiatrian opintojaksolla kerrottiin 1980- ja 1990-lukujen vaihteessa, että ”[n]euroottisen depression oireita voi niin ikään usein liittyä muihin neurooseihin”.<sup>803</sup> Opinnoissa huomioitiin henkilön luonteen merkitys ja todettiin, että neuroottinen luonne ennakoii masennuksen puhkeamista juuri neuroosina. Yrjö Alanen totesi, että ”[u]sein neuroottinen depressio esiintyy henkilöllä, joka on ennestään selvästi luonneneuroottinen”.<sup>804</sup>

1980-luvulla psykiatrian opinnoissa psykiatriset sairaudet jaoteltiin viiteen pääryhmään osittain oireiden ja osittain etiologian perusteella. Pääryhmät olivat ”1. Neuroosit 2. Luonnehäiriöt (psykopatia) 3. Psykoosit eli mielisairaudet 4. Vajaamielisyys (oligofrenia) 5. Alkoholismi”<sup>805</sup> Listalta pois oli oppikirjan mukaan jätetty

<sup>800</sup> Lehtinen et al. 1989, 259–260.

<sup>801</sup> Lääketieteen lisensiaatin opintojen psykiatrian opintojaksolla lukuvuosina 1979–1986 luettu psykiatrista oikeuslääketiedettä käsittelevä luku. Kaila ja Achté 1970, 105. Ks. myös esim. Lahti 1991, 58.

<sup>802</sup> Achté, Alanen ja Tienari 1973, 215.

<sup>803</sup> Alanen 1990b, 256.

<sup>804</sup> Alanen 1990b, 256.

<sup>805</sup> Lukuvuosina 1979–1986 psykiatrian opinnoissa käytössä ollut oppikirja. Kaila ja Achté 1970, 104.

lääkkeiden väärinkäyttö ja psykosomaattiset sairaudet. Neuroottisia depressioita kuvattiin näin:

Lievät neuroottiset depressiot ovat erittäin tavallisia neuroosin muotoja. [– –] Depressioon taipuvaisen henkilön minäideaali (minkälainen henkilö tahtoisi olla) on lapsuuden ankeitten olosuhteitten taikka muitten vaikeitten ristiriitojen takia muovautunut reaktiivisesti korkealle tasolle. [– –] Lievät depressiot, jotka seuraavat pettymyksiä ja ankeita olosuhteita, korjaantuvat olosuhteitten muuttuessa suotuisammiksi. Vaikeissa depressioissa oireet ovat enemmän taikka vähemmän pysyviä. [– –] Realiteettitaju on neuroottisissa depressioissa tallella, ja itsemurhan vaara on pienempi kuin mielisairauden asteen saavuttavissa masennustiloissa. Psykkisten ja elimellisten toimintojen estyneisyys puuttuu yleensä myös neuroottisissa depressioissa.<sup>806</sup>

Vuonna 1988 psykiatrian opiskelija erotti psykoottiset ja neuroottiset masennukset toisistaan sen perusteella, kuuluiko tilaan realiteetin tajun häiriöitä.<sup>807</sup> 1980-luvulla psykiatrian opinnoissa psykoottisen masennuksen eli mielisairauden tunnusmerkeiksi kerrottiin edellisen lisäksi myös se, että persoonallisuutta koossapitävät voimat luhistuivat, psyykkiset ja elimelliset toiminnot estyivät ja itsemurhan vaara kasvoi.<sup>808</sup> Masennukset kuuluivat psykooseissa affektiivisiin psykooseihin tai psykoottisiin masennuksiin. Opinnoissa nämä jaettiin masennuksen osalta yleensä kolmeen kategoriaan: maanis-depressiiviseen psykoosiin tai maanis-depressiiviseen mielisairauteen, involuutiomelankoliaan ja psykoottiseen masennusreaktioon tai laajemmin reaktiivisiin psykooseihin, joihin kuului reaktiivinen depressiivinen psykoosi.<sup>809</sup>

Vuonna 1986 valmistui psykiatrian väitöskirja osana laajempaa KELAn Mini-Suomi-tutkimusta. Väitöskirjassa tutkija kertoi käyttäneensä psyykkisten häiriöiden diagnosoinnissa ”niitä yleisiä kliinisiä periaatteita, joita yleensäkin oli tottunut työssään noudattamaan”. Erotusdiagnostiset käytännöt pohjasivat alan oppikirjoihin ja luokittelun perustana oli Turun yliopistossa kehitetty ja muokattu luokitus. Siinä oli kuusi vaikeusastetta, joista kuudes eli VI oli ”Täysin vailla häiriötä”.<sup>810</sup> Masennukseen liittyviä löytyi kaikista vaikeusluokista ja niitä olivat muun muassa

<sup>806</sup> Kaila ja Achte 1970, 107.

<sup>807</sup> Psykiatrian syventävien opintojen kirjallinen työ. Reinikka 1988, 13.

<sup>808</sup> Kaila ja Achte 1970, 110.

<sup>809</sup> Ks. mm. Kaila ja Achte 1970, 110; Mattila 1984, 16; Reinikka 1988, 13; ”5-6” 1996, Luku 2.

<sup>810</sup> Joukamaa 1986, 48–49.

- I [--] 2. Maanis-depressiivinen psykoosi [--] 4. Involuutiopsykoosi [--]
- II [--] 3. Maanis-depressiivisiä rajatilapiirteitä [--]
- III [--] 3. sykloidinen karaktäärihäiriö [--]
- IV [--] 7. Neuroottisasteinen depressiotaipumus [--]
- V 1. Lieviä neuroottissuuntaisia piirteitä [--]<sup>811</sup>

Sykloidinen karaktäärihäiriö liitti toisiinsa persoonallisuushäiriön ja lieväästeisen mielialahäiriön, syklotymian, jossa hypomaaniset ja lievät masennusjaksot vaihtelivat.

Vuosien 1980–1995 opinnoissa neuroottisuus ja psykoottisuus kertoivat pääasiassa masennusten vakavuudesta. Mitä vakavammasa masennuksesta oli kyse, sitä vakavamiksi masennusattribuutit muuttuivat ja mukaan saattoi tulla uusiakin. Neuroottisuus ja psykoottisuus asettivat masennuksia siis janalle. Näiden lisäksi vakavuutta ilmaisemaan käytettiin myös muita termejä ja luokitteluja. Toisaalta tieteen tiedossa neuroottisuudella ja psykoottisuudella voitiin käyttöyhteydestä riippuen kuvata myös tilan etiologiaa ja taudinkuvaa.

Hallinnon tiedossa neuroottinen ja psykoottinen masennus määrittivät hoidon muotoja ja paikkoja. Psykoottinen masennus oli sairaus, neuroottinen hallinnon tiedon silmissä ainoastaan häiriö. 1980- ja 1990-luvuilla hallinnon tiedon tautiluokituksissa tehtiin muutoksia. Yhdysvaltalainen vuonna 1980 julkaistu DSM-III ja sen myöhemmät versiot uudistivat terminologiaa ja luokittelun logiikkaa. Sekä kansainvälinen ICD-tautiluokitus että Suomen kansallinen tautiluokitus seurasivat DSM-tautiluokituksessa tehtyjä muutoksia soveltuvin osin. Suomessa kansallinen tautiluokitus uudistettiin vuonna 1987, mutta yhdysvaltalaisen luokittelun logiikkaa ei masennuksen osalta koettu kaikin puolin käytännölliseksi. Esimerkiksi melankolian tautiluokkaa ei pidetty tarpeellisena ja toisaalta kroonistuneelle lievälle masennukselle oli Suomessa jo valmiiksi omia ilmaisutapoja uuden dystymia-tautiluokan sijaan. DSM-III oli halunnut eroon neurooseista, mutta tässäkin suomalainen tautiluokitus teki tietoisesti eroavan päätöksen. Neuroosit olivat suomalaisissa tautiluokituksissa hallinnon tiedolle hyödyllinen väline potilaiden erotteluun.

Kansainvälisten tautiluokitusten ja kansallisen tautiluokituksen uudistamista odotettiin helpottamaan lääkäreiden ja psykiatrien potilastyötä asiakirjoihin kirjoitettujen koodien ajantasaistuessa. Tautiluokitusten muutokset huomioitiin myös opinnoissa, mutta tieteen tieto ei ollut riippuvaista näistä luokituksista. Tieteen tiedossa oli ollut ja oli muutosten jälkeenkin omia tapojaan, termejään ja luokkia täsmälliseen kommunikointiin. Yksittäinen tautiluokka ei tieteessä ollut ainut tai pääasiallinen tapa määrittää ihmisen tilaa, vaan siihen voitiin käyttää muita määreitä tarvittaessa pitkänkin listana tai laajempaan kuvaukseen.

<sup>811</sup> Joukamaa 1986, 49.

### 3.3 Henkilökunnan kiinnostuksen kohteet muovasivat oppiaineiden sisältöjä

Masennuskäsityksiin vaikuttivat tutkimuksen ja opetuksen painotukset, henkilökunnan kiinnostuksen kohteet ja professuurit. Nämä vaikuttivat siihen, millaisia ontologioita masennusten taustalla nähtiin olevan ja minkä ihmisryhmien masennukset kiinnostivat. Henkilökunnan kiinnostuksen kohteet ja aktiivisuus näkyi konkreettisimmillaan psykiatriassa ikävaihekohtaisissa professuureissa, joista osa toteutui ja osa jäi pitkäaikaiseksi toiveeksi. Alaluvussa 3.1 kuvatut yhteiskunnalliset muutokset vaikuttivat tällaisten rahoitusten allokointiin. Henkilökunnan kiinnostuksen kohteiden ympärille luotiin myös esimerkiksi yksittäisiä kursseja ja luentoja. Tämä tarkoitti samalla sitä, että masennus saattoi opetuksessa jäädä myös vähälle huomiolle.

Psykologian laitoksen apulaisprofessorin virkaa hoiti vuosina 1983–2002 Pirkko Niemelä, joka toimi useamman kerran myös laitoksen virkaa toimittavana professorina ja professorin sijaisena. Hän oli kiinnostunut psykofysiologisesta tutkimuksesta. Niemelä oli suorittanut fysiologian opintoja lääketieteellisessä tiedekunnassa ja toiminut aiemmin tutkimusassistenttina Ingmar Duremanin Psykofysiologisessa laboratoriossa Uppsalassa.<sup>812</sup> Turun yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa hän toimi psykologian lehtorina vuosina 1981–1983.<sup>813</sup> Niemelä kertoi tutkineensa Uppsalassa myös masennusta.<sup>814</sup> Turun yliopistolla tutkimusintressit keskittyivät lähinnä naisen elämän käännekohtien psykologisiin prosesseihin. Masennusta sairautena ei tutkimuksissa näihin käännekohtiin liitetty. Väitöskirjatutkimuksensa Niemelä oli tehnyt Tukholman yliopistossa stressin hallintaan liittyvistä kysymyksistä.<sup>815</sup> Niemelä koulutautui psykoanalyttikoksi, ja 1970-luvulla ja 1980-luvun alussa psykologiaa opiskelleet muistavat Niemelän olleen psykoanalyttisesti suuntautunut.<sup>816</sup> Opiskelijoiden lukuaineiston kannalta Niemelän vaikuttavimpia teoksia oli hänen toimittamansa ja vuonna 1988 julkaistu teos *Ihmisen elämäнкаari*<sup>817</sup>, joka oli luku vuosina 1989–1996 osa kaikille pakollista oppimateriaalia.

Osa psykologian laitoksen henkilökunnasta tutki lasten psykologiaa. Useita kursseja opettanut Päivi Niemi oli kiinnostunut varhaiskasvatuksesta ja hankki kasvatopsykologian dosentuurin vuonna 1997 Helsingin yliopistosta. Hän teki Turun yliopiston psykologian oppiaineeseen lisensiaatintyönsä vuonna 1979 ja väitöskir-

<sup>812</sup> Hakkarainen 1984, 62–63. Henkilökunnan nimikirjat, Turun yliopiston hallinto- ja talousarkisto X.Bb, Turun yliopiston arkisto.

<sup>813</sup> Henkilökunnan nimikirjat, Turun yliopiston hallinto- ja talousarkisto X.Bb, Turun yliopiston arkisto.

<sup>814</sup> Pirkko Niemelän kanssa käyty keskustelu, 2014. Muistiinpanot tekijän hallussa.

<sup>815</sup> Niemelän pro gradu -tutkielma oli valmistunut vuonna 1964 ja väitöskirja vuonna 1973. Niemelä 1964; Niemelä 1973. Stressin kokemisesta ks. myös esim. Niemelä 1976.

<sup>816</sup> Tuomola et al. haastattelu, 7.6.2018. Muistiinpanot tekijän hallussa.

<sup>817</sup> Niemelä ja Ruth 1989.

jansa vuonna 1988. Niemi käsitteli tutkimuksissaan muun muassa avio- ja perhe-elämään liittyviä kysymyksiä. Niemi työskenteli 1980-luvun alussa psykologian laitoksella lehtorina ja assistenttina ja siirtyi vuonna 1984 lehtoriksi lääketieteelliseen tiedekuntaan.<sup>818</sup> Hänen miehensä Pekka Niemi toimi vuosina 1977–1988 psykologian lehtorina opetusalan yleinen ja kokeellinen psykologia. Tuona aikana hän toimi myös useamman kerran apulaisprofessorin ja professorin sijaisena sekä virkaa toimittavana apulaisprofessorina. Vuonna 1988 Pekka Niemi siirtyi psykologian professoriksi Åbo Akademiin, josta hän palasi Turun yliopiston psykologian laitokselle ja professorin tehtäviin vuonna 1998. Myös Åbo Akademiassa työskennellessään hänellä oli Turun yliopiston psykologian dosenttuuri, vuodesta 1982 vuoteen 1997.<sup>819</sup> Pekka Niemi oli kiinnostunut oppimisen psykologiasta, kognitiotieteestä ja muistin tutkimuksesta. Julkaisujensa perusteella hänen intressinsä kohdistuivat lapsiin, kielen oppimiseen ja oppimisen häiriöihin.<sup>820</sup>

Turun yliopistolla oli ollut oma lapsipsykologian laitoksensa Puolalanmäellä, Turun taidemuseon takana. Lapsipsykologian kannalta merkittävä henkilö oli Hillevi Kiviluoto, joka oli opettanut muun muassa lasta kehitysympäristössään käsittelevää kurssia ja CAT-testin tekoa. Haastateltujen tuon ajan opiskelijoiden mukaan Kiviluotoa on kiittäminen muun muassa siitä, että isät saavat olla nykyään mukana synnytyksessä. Kiviluoto oli toiminut Turun yliopiston psykologian laitoksella eri tehtävissä vuodesta 1957 lähtien, vuonna 1965 hänet nimitettiin psykologian apulaisprofessoriksi, minkä jälkeen hän toimi myös muun muassa psykologian professorin viransijaisena. Vuonna 1981 Kiviluoto jätti Turun yliopiston ja opiskelijoiden mukaan lapsipsykologian laitos lakkautettiin saman aikaisesti. Tämä oli käännekohta lapsipsykologian osalta, sillä Kiviluodon jälkeen laitoksella ei enää suuremmin keskitytty lapsipsykologiaan. Tämä näkyi opetuksessa ja henkilökunnan julkaisuissa. Kiinnostus kohdistui lapsipsykologian laitoksen lakkauttamisen jälkeen lasten sijaan ennemmin joko koko elämänkaareen tai tarkemmin äitiyteen.<sup>821</sup> Kuitenkin 1980-luvun lopun opinnoissa kehitys- ja lapsipsykologia mainittiin yhä laitoksen neljän tärkeimmän tutkimuskohteen joukossa.<sup>822</sup>

<sup>818</sup> Kinnunen, Niemi ja Järvikoski 1975; Rauste-von Wright, Kauri ja Niemi 1975; Niemi 1979; Niemi ja Rauste-von Wright 1980; Rauste-von Wright, Niemi ja Nurmi 1985; Niemi 1988; Henkilökunnan nimikirjat, Turun yliopiston hallinto- ja talousarkisto X.Bb, Turun yliopiston arkisto.

<sup>819</sup> Henkilökunnan nimikirjat, Turun yliopiston hallinto- ja talousarkisto X.Bb, Turun yliopiston arkisto.

<sup>820</sup> Niemi, Nurmi ja Vauras 1984; Niemi, Poskiparta ja Hyönä 1986; Antila et al. 1993; Poskiparta et al. 1994; Tuomola et al. haastattelu, 7.6.2018. Muistiinpanot tekijän hallussa.

<sup>821</sup> Tuomola et al. haastattelu, 7.6.2018. Muistiinpanot tekijän hallussa; Henkilökunnan nimikirjat, Turun yliopiston hallinto- ja talousarkisto X.Bb, Turun yliopiston arkisto.

<sup>822</sup> ”5-22” 1986, 4–5.

Suomalaisen psykologian historian varhaisvaiheita tutkinut tieteen historian tutkija Jouko Aho kertoo modernin lapsipsykologian otetun käyttöön Suomessa jo 1910-luvulla kokeellisen kasvatustieteen myötä.<sup>823</sup> Lapsikeskeinen ajattelu oli historiantutkija Antti Malisen ja toimittaja Tuomo Tamminen mukaan kasvanut 1920–1930-luvuilla kasvatustieteilijöiden keskuudessa ja levinnyt tältä tieteenalalta muihin tieteesiin erityisesti 1940–1950-luvuilla.<sup>824</sup> Lasten sielullisia häiriöitä oli Suomessa voinut opiskella osana hermo- ja mielitautien erikoislääkärin tutkimusta ensin vuodesta 1951 suppeana ja vuodesta 1955 pääerikoisalana. Vuodesta 1960 alkaen siitä tuli Suomessa itsenäinen lääketieteen erikoisala ja vuonna 1974 nimitys lastenpsykiatria otettiin virallisesti käyttöön. 1970-luvulla Suomeen saatiin ensimmäinen lastenpsykiatrinen oppituoli. Samaan aikaan kun Turun yliopiston psykologian laitoksella kiinnostus lapsiin laantui, psykiatriassa lapsiin keskittyvä tutkimus ja opetus otti harppauksia eteenpäin.<sup>825</sup> Turun yliopiston lastenpsykiatria sai oman apulaisprofessorin vuonna 1973 ja sitä hoiti alusta alkaen Maija-Liisa Koski. Vuonna 1975 hänet nimettiin tähän virkaan, josta hän jäi eläkkeelle vuonna 1985. Lastenpsykiatrinen toiminta oli alkanut vuonna 1962 osana Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) lastenklinikan toimintaa. Tuolloin osapäiväisenä erikoislääkärinä toimi myöhemmin apulaisprofessorina toiminut Koski, jonka lisäksi lastenpsykiatrian toiminnasta vastasi myös psykologi, sosiaalityöntekijä ja askarteluohjaaja. Heti toiminnan alettua alkoi lastenpsykiatrian luento-opetus lääketieteen kandidaateille. Vuonna 1968 avattiin lastenpsykiatrinen osasto U-sairaalaan ja avohoito sai omat tilat. Samoihin aikoihin alkoi kliininen potilasopetus ja lastenpsykiatrian erikoislääkärinkoulutus. Vuonna 1975 lastenpsykiatria muutti lähelle lastenklinikan toimintoja Vastaanottolaitoksen nimellä kulkevaan TYKS:n rakennus 10:een ja on toiminut siellä siitä asti.<sup>826</sup>

Oman professorin Turun yliopiston lastenpsykiatria sai vuonna 1987. Maija-Liisa Kosken jäädessä eläkkeelle jatkoi lastenpsykiatrian apulaisprofessorina Jorma Piha, jolla oli monipuolinen työtausta. Piha oli toiminut lastenpsykiatrian parissa eri tehtävissä useissa yliopistoissa ja yliopistollisissa keskussairaaloissa. Lisäksi hän oli toiminut muun muassa konsultoivana psykiatrina perheasiain neuvottelukeskuksesta ja perheterapiakouluttajana Suomen mielenterveysseuran perheterapiakeskuksessa. Lastenpsykiatrian professorin avautuessa vuonna 1987 aloitti Piha siinä ensin väli-

<sup>823</sup> Aho 1993, 204–205.

<sup>824</sup> Malinen ja Tamminen 2017, 91.

<sup>825</sup> Forsius 1984, 16, 18–19, 21; Achté ja Kivalo 1989, 16; Sourander 1995, 17; Piha 1997, 124; Piha 2006.

<sup>826</sup> Piha 1997, 123–126; Saarinen 2014, 30 ja 32; Henkilökunnan nimikirjat, Turun yliopiston hallinto- ja talousarkisto X.Bb, Turun yliopiston arkisto.



aikaisena ja vuodesta 1989 lähtien vakinaisena.<sup>827</sup> Vuodesta 1988 hän oli myös vaativan erityistason perheterapeutti, mikä sopi hyvin Turun yliopiston opetuksen linjaan.<sup>828</sup> Opiskelijoiden kiinnostus lastenpsykiatria kohtaan pysyi maltillisena 1980- ja 1990-luvuilla, mistä kertoo aiheesta kirjoitettujen opinnäytteiden ja tutkimusten määrä.<sup>829</sup> Viidentoista vuoden aikana alle kaksikymmentä opiskelijaa kirjoitti syventävien opintojen kirjallisen työnsä lastenpsykiatriasta.<sup>830</sup> Vuoteen 1995 mennessä väitöskirjoja lastenpsykiatriasta valmistui neljä vuosina 1975, 1984, 1987 ja 1995.<sup>831</sup> Joka tapauksessa lastenpsykiatria vakiintui osaksi tutkimusta ja opetusta.

Hallinnollisesti lastenpsykiatria oli kuulunut osaksi lastentautien poliklinikkaa. Lastentaudit, mukaan lukien siis lastenpsykiatria, oli vuodesta 1974 ollut osa kliinistä laitosta II siinä missä psykiatria kuului kliiniseen laitokseen III. Vuonna 1985 kaikki kliiniset laitokset yhdistettiin yhdeksi ja samaksi laitokseksi ja samalla lastenpsykiatrinen toiminta eriytettiin omaksi, kliinisesti itsenäiseksi yksikökseen. Poliklinikalla ja osastolla harjoittelujaksoja suorittivat lääketieteen kandidaatit, erikoistuvat lääkärit ja psykologian opiskelijat. Vuodesta 1991 lastenpsykiatria siirtyi sairaalahallinnollisesti osaksi psykiatrian klinikkaa.<sup>832</sup>

Nuorisopsykiatria on lastenpsykiatria nuorempi oppiaine.<sup>833</sup> Ensimmäiset nuorisopsykiatriset osastot perustettiin Suomessa vuosina 1959 ja 1961, ja suppea erikoisala siitä tuli vuonna 1979. Yliopistollisissa keskussairaaloissa nuorisopsykiatriset yksiköt aloittivat toimintansa vuoteen 1987 mennessä. Siinä missä lastenpsykiatria oli osa lastentautioppia, nuorisopsykiatria sijoittui osaksi aikuispsykiatria.<sup>834</sup> It-

<sup>827</sup> Henkilökunnan nimikirjat, Turun yliopiston hallinto- ja talousarkisto X.Bb, Turun yliopiston arkisto.

<sup>828</sup> Moilanen et al. 2004, toimittajien esittelyt.

<sup>829</sup> Syventävien opintojen kirjallisten töiden aiheet ja oppiaineet on listattu tiedekunnan tutkimustiivistelmiin. Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan tutkimustiivistelmiä alettiin julkaisemaan vasta lukuvuonna 1984–1985. Osa tutkimustiivistelmissä mainituista opiskelijoiden töistä on kadonnut yliopistokirjastosta eikä siten käytössäni tätä tutkimusta varten. Turun yliopisto 1985a; Turun yliopisto 1986a; Turun yliopisto 1987a; Turun yliopisto 1988a; Turun yliopisto 1989a; Turun yliopisto 1990; Turun yliopisto 1991; Turun yliopisto 1992; Turun yliopisto 1993; Turun yliopisto 1994; Turun yliopisto 1995a; Turun yliopisto 1996; Turun yliopisto 1997. Ks. myös Mäkinen 1991, 12.

<sup>830</sup> Lastenpsykiatrian oppiaineeseen tehtyjä tai selvästi lastenpsykiatrisesta teemasta valmistuneita syventävien opintojen kirjallisia töitä olivat: Korkeila et al. 1984; Tikkanen-Mäki 1985; Rantanen 1985; Korhonen 1986; Lintunen 1986; Lipsanen 1986; Koskinen ja Salmisaari 1989; Martin-Punnonen 1989; Lavonius 1989; Ponkilainen 1989; Manninen 1991; Lehtinen 1992; Heinisuo 1994.

<sup>831</sup> Piha 1984; Erkolahti 1987; Sourander 1995; Piha 1997, 126. Lähteenä olen käyttänyt myös Turun yliopiston kirjastotietokantaa.

<sup>832</sup> Alanen 1983, 185; Tarmio 1993, 199, 219; Piha 1997, 124–126.

<sup>833</sup> Forsius 1984, 21.

<sup>834</sup> Piha 2006; Hyvönen 2008, 120–121.

senäinen lääketieteen erikoisala nuorisopsykiatriasta tuli vasta vuonna 1999.<sup>835</sup> Siinä missä lastenpsykiatria liikkui lastentautien ja aikuispsykiatrian välimaastossa, nuorisopsykiatria puolestaan haki suhdettaan lastenpsykiatriaan ja aikuispsykiatriaan. 1970-luvulla virinnyt kiinnostus perhe- ja sosiaalipsykiatriaan toivat uusia näkemyksiä sekä lasten- että nuorisopsykiatrian aloille.<sup>836</sup>

Ikäluokkaan perustuvista psykiatrian aloista myös vanhusten psykiatria, geropsykiatria tai psykogeriatriaa kaivattiin pitkään itsenäisenä oppiaineena Turun yliopistoon. Vanhuseväestön absoluuttisen ja prosentuaalisen määrän kasvusta oltiin tietoisia. Kuitenkin 1990-luvun taloudellinen lama painotti rahoituksen vanhusten sijasta muille psykiatrian alueille, erityisesti lapsiin, eikä Turun yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa ole edelleenkään geropsykiatrian professuuria.<sup>837</sup> Vuonna 1986 perustettiin Turun mielisairaanhuoltopiiriin yli 65-vuotiaille tarkoitettu psykiatrinen akuuttiosasto aiempien vaihtelevien käytäntöjen sijaan. Hoitomenetelmissä korostuivat perhe- ja ympäristökeskeinen hoito, terapeutin yhteisöhoito ja kahdenkeskiset hoitosuhteet.<sup>838</sup> Antti Parpolan mukaan vanhuspsykiatria alkoi kehittyä 1980-luvulla. Valtakunnallisesti se itsenäistyi erikoisalaksi vuonna 1994, mutta vastoin väestön kehityksen vaateita vanhuspsykiatria lakkasi olemasta oma erikoisalansa muutamaa vuotta myöhemmin vuonna 1999.<sup>839</sup>

Vaikka nuoriso- tai vanhuspsykiatria eivät vuosina 1980–1995 olleet itsenäisiä oppiaineita, näihin liittyviä opintokokonaisuuksia sisältyi lääketieteen lisensiaatin tutkintoon. Lääketieteen lisensiaatin opintoihin kuului pakollisina opintoina myös lastentautiopin opintojakso, johon kuului lastenpsykiatrian opintoja. Lastenpsykiatrian opinnot suoritettiin edelleen lastentautiopin opintojaksossa vielä senkin jälkeen, kun lastenpsykiatria oli itsenäistynyt omaksi oppiaineekseen vuonna 1987. Ensimmäinen lastenpsykiatrian oppiaineen erikseen tarjoama lasten- ja nuorisopsykiatrian opintojakso järjestettiin vasta lukuvuonna 1995–1996. Kyseessä oli suppea 0,3 opintoviikon valinnainen kurssi, jonka tarkoituksena oli opinto-oppaan mukaan tarkastella nuorisopsykiatrian keskeisiä kysymyksiä ”terveyskeskus- ja koululääkärin näkökulmasta”.<sup>840</sup>

<sup>835</sup> Parpola 2013, 256.

<sup>836</sup> Forsius 1984, 16, 18–19, 21; Achté ja Kivalo 1989, 16; Sourander 1995, 17; Piha 1997, 124; Piha 2006.

<sup>837</sup> Ks. esim. Korhonen 1990.

<sup>838</sup> Virtanen 1991, 5–6.

<sup>839</sup> Parpola 2013, 256. Vasta 1980-luvulta lähtien geriatria oli ollut kliinisen lääketieteen erikoisala. Tässä vuonna 1992 julkaistussa teoksessa psykogeriatrian kerrottiin olevan Suomessa virallisesti yksi psykiatrian suppeista erikoisaloista. Ruikka et al. 1992, 5, 243–244.

<sup>840</sup> Toivola ja Vilola 1995, 191.

Achtén, Alasen ja Tienarin kirjoittama *Psykiatria*-teos kuului osaksi aikuispsykiatrian opintoja, mutta sen lasten- ja nuorisopsykiatriaa koskevat osuudet kuuluivat pakollisina myös lastentautiopin opintojakson lastenpsykiatriaa koskevaan osuuteen kevätlukukauteen 1984 saakka.<sup>841</sup> Vuonna 1973 julkaistussa painoksessa oli omat lukunsa sekä lastenpsykiatrialle että nuorisopsykiatrialle. Lastenpsykiatriaa käsittelevän luvun oli kirjoittanut lastenpsykiatrian apulaisprofessorina vuoteen 1985 saakka toiminut Maija-Liisa Koski.<sup>842</sup> Luvussa lastenpsykiatrian kuvattiin saaneen vaikutteita sekä aikuispsykiatriasta, lastentautiopista että psykologiasta.<sup>843</sup> Jorma Piha puolestaan kuvaili lastenpsykiatrian perustuneen alkujaan yksilökeskeiselle psykoterapeuttiselle näkemykselle, mutta siirtyneen 1980-luvulla perheterapeuttiseen ajattelumalliin, mikä vähensi aiempia pitkiä yksilöterapioiden.<sup>844</sup> Perheen merkitys oli suuri myös psykologian opetuksessa puhuttaessa lapsista. Vuonna 1990 lapsen kehityspsykologian ja diagnostiikan kurssilla katsottiin, että ”lasten psyykkistä häiriötä ei voi tutkia luotettavasti huomioimatta sen liittymistä perheeseen”.<sup>845</sup>

Vuonna 1989 lastenpsykiatrian oppiaineesta valmistuneessa syventävien opintojen kirjallisessa työssä kuvailtiin TYKS:n lastenpsykiatrian osastoa. Opiskelijan mukaan lastenklinikan alaisuuteen kuulumisesta huolimatta lastenpsykiatrian osasto oli ”hallinnollisissa ja toiminnallisissa ratkaisuissaan varsin itsenäinen. Osastolla [oli] yksitoista vuodepaikkaa, joista kolme [oli] varattu lyhytaikaiseen, noin neljä viikkoa kestävään hoitoon ja kahdeksan pitkäaikaiseen, keskimäärin vuoden mittaiseen hoitoon. Osaston työryhmään kuuluu 18 työntekijää: osastonhoitaja, neljä erikoissairaanhoidajaa, seitsemän muuta hoitajaa, askartelunohjaaja, kolme sairaala-apulaista ja kaksi yövahtimestaria. Erikoistyöntekijöiden kuten psykologin ja sosiaalihoitajan palvelut saadaan konsultaationa lastenpsykiatrian poliklinikalta. Samassa rakennuksessa toimivassa koulussa on opettaja ja luokka-avustaja.”<sup>846</sup> Jorma Piha kirjoitti osastolla olleen opiskelijan mainitsevat 11 vuodepaikkaa koko tutkimani ajanjakson 1980–1995.<sup>847</sup>

<sup>841</sup> Elholm 1979, 151; Elholm 1980, 177; Koskinen 1981, 126–131; Vainikainen 1982, 132–137; Vainikainen 1983, 133–138.

<sup>842</sup> Alanen 1983, 185; Tarmio 1993, 219; Piha 1997, 124–126. Tarmio ja Piha sanovat, että Koski aloitti lastenpsykiatrian apulaisprofessorina vuonna 1975 ja Alanen sanoo, että Koski aloitti vuonna 1971. Opinto-oppaiden perusteella Koski toimi apulaisprofessorina kevätlukukauteen 1986 saakka eikä vuoteen 1985, kuten Tarmio ja Alanen sanovat. Nimikirjanotteen mukaan Koski aloitti Turun yliopiston lastenpsykiatrian virkaa toimittavana apulaisprofessorina vuodesta 1973, Koski nimettiin lastenpsykiatrian apulaisprofessorin virkaan vuonna 1975 ja vuonna 1985 jäi tästä virasta eläkkeelle. Henkilökunnan nimikirjat, Turun yliopiston hallinto- ja talousarkisto X.Bb, Turun yliopiston arkisto.

<sup>843</sup> Koski 1973, 431.

<sup>844</sup> Piha 1997, 125.

<sup>845</sup> ”6-35” 1990, 11.9.1990.

<sup>846</sup> Martin-Punnonen 1989, 3.

<sup>847</sup> Piha 1997, 125.

Piha oli itse väitellyt lastentautiopista vuonna 1984 aiheenaan lastenpsykiatriset potilaat varusmiehinä. Esitellessään tutkimuksensa menetelmiä Piha pohti mielen-terveyden määrittelyä eri teorioiden kautta. Useamman kerran hän viittasi mielen-terveyden sosiaaliseen määrittelyyn. Piha kertoi mallista, jossa yksilön katsottiin koos-tuvan kolmesta osajärjestelmästä: biologisesta, sosiaalisesta ja psyykkisestä. Omassa tutkimuksessaan hän lähestyi psyykkistä terveydentilaa lähinnä psykososiaalisena selviytymisenä tarkastellessaan, miten miehet selvisivät varusmiehelle sosiaalisesti asetetusta roolista. Mielen-terveyden määritelmää käsittelevän osuuden Piha päätti lainaukseen Suomen Akatemian mietinnöstä vuodelta 1976: ”mielen-terveys on kes-keisellä tavalla suhdetta kuvaava määre”.<sup>848</sup> Pohdinta vastasi myöhempää lastenpsy-kiatrian oppiaineen linjaa ollessaan psykologista ja jopa humanistista korostaessaan terveyden sosiaalista ulottuvuutta.

Nuorisopsykiatria etsi edelleen 1980- ja 1990-luvuilla paikkaansa lasten- ja ai-kuispsykiatrian välimaastosta pohtien, kumpaan traditioon se sitoutuisi ja mitä ikä-jaksoa nuori ylipäättään tarkoittaisi. Lapsuuden ja nuoruuden ikävuosien määrittely on ollut ja on yhä käynnissä oleva keskustelu. Määritelmä vaikuttaa praktiikassa sii-hen, missä potilasta hoidetaan. Opinnoissa esitettiin useammanlaisia mielipiteitä ikä-kausien rajavuosisista.<sup>849</sup> Lapsuus katsottiin alkavan syntymästä ja jatkuvan yhden määritelmän mukaan 16 ikävuoteen.<sup>850</sup> Nuorisopsykiatri Tor-Björn Hägglund mää-rittäi nuoruusiän alkavan 9–13 vuoden iässä ja loppuvan ”25. ikävuoden vaiheilla”.<sup>851</sup>

Psykologian laitoksen opinnoissa masennus määrittyi laitoksen oman opetuksen lisäksi psykiatrian opetuksen kautta. Ryhmäkohtaisia masennuksia rakennettiin lä-hinnä ikäkausien perusteella. Lapset ja nuoret olivat erillisiä kiinnostuksen kohteita sekä psykologiassa että psykiatriassa. Heitä käsiteltiin omina ryhminään itsenäisten kurssien lisäksi osana muuta opetusta. Esimerkiksi lapsi-, nuoriso- ja perheterapiaa opiskeltiin osana yleistä psykoterapian perusteet -kurssia.<sup>852</sup> Psykologian laitoksella oli useampia lasten ja nuorten kehitystä sekä kehityshäiriöitä käsitteleviä kursseja. Psykologian valinnaisissa syventävissä opinnoissa oli lukuvuotena 1987–1988 ja lu-kuvuodesta 1993–1994 eteenpäin ainoastaan lapsuuteen keskittyviä opintojaksoja.<sup>853</sup>

Turun yliopiston psykologian laitoksen ja psykiatrian ja lastenpsykiatrian oppi-aineiden välillä oli monenlaista liikettä ja tiedon dynaamista kiertoa. Osa psykolo-gian laitoksen henkilökunnasta työskenteli ajoittain lääketieteellisessä tiedekunnassa muun muassa lehtorina ja osa psykiatrian henkilökunnasta antoi luento-opetusta

<sup>848</sup> Piha 1984, 32–34.

<sup>849</sup> Hägglund 1973, 472.

<sup>850</sup> Mattila 1984, 81.

<sup>851</sup> Hägglund 1973, 473.

<sup>852</sup> ”6-34” 1990.

<sup>853</sup> Turun yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan opinto-opaat.

myös psykologian laitoksen opiskelijoille. Psykologian laitoksella ja psykiatrian opiaineilla oli omat tutkimusintressinsä ja -metodinsa, mutta masennusta koskevien ontologioiden suhteen ne eivät lopulta eronneet suuresti toisistaan luultavasti juuri tämän tiedon jatkuvan liikkeen tähden. Muun muassa perheterapeuttiset ajattelumallit, psykodynaaminen näkökulma ja ihmisen psykofyysissosiaalisena kokonaisuutena näkevä ajattelutapa yhdistivät Turun yliopiston psykologian ja psykiatrian henkilökuntaa ja opiskelijoita. Samalla esimerkiksi lastenpsykiatrian juuret nähtiin muiden ohella psykologiassa ja toisaalta psykologian laitoksen opiskelijoiden yksi harjoittelupaikoista oli lastenpsykiatrian poliklinikka ja osasto.

Ikäkausikohtaiset masennusteorioiden saivat tilaa opetuksessa erityisesti lapsuuden, nuoruuden ja vanhuuden osalta. Näiden sisältöjä käsiteltiin aiemmin alaluvuissa 2.10 ja 2.11. Ikäkausien ja ikävaiheiden lisäksi masennuskäsityksien opetusta ohjasi henkilökunnan koulukunta-kohtaiset kiinnostukset, joita käsittelemme myöhemmissä alaluvuissa ja erityisesti alaluvussa 3.9. Väitän, että opetuksen integratiivisen luonteen vuoksi koulukuntasuuntaukset eivät kuitenkaan rakentaneet ikävaihekohtaisen tutkimuksen ja opetuksen kaltaisia itsenäisempiä kokonaisuuksia.

### 3.4 Psykyksen asiantuntijat hakivat arvostusta tieteessä ja hallinnossa

Jos 1900-luvun mittaan ikäkausikohtaisten masennusten rajoja saatettiin piirtää koko ajan tarkemmin, niin sen sijaan raja psykyksen ja sooman välillä oli jatkuvassa liikkeessä läpi vuosisadan välillä hämärtyen lähes kokonaan. Tässä alaluvussa analysoin masennuksen liikettä psykyksen ja sooman välillä osana masennuksesta kiinnostuneita tieteenalvoja. Tutkin masennuskäsitysten osalta psykiatrian suhdetta somaattiseen lääketieteeseen, psykologian suhdetta luonnontieteisiin ja psykiatrian ja psykologian suhdetta toisiinsa.

Kuten analysoin edellisen luvun alaluvussa 2.7, somaattisetkin oireet saatettiin nähdä psykyksinä, jolloin niiden voitiin ajatella olevan kuviteltuja tai huomion hakuja. Tieteessä tiedostettiin somaattisen ja psykiatrisen lääketieteen suhteen ongelmallisuus ja opiskelijat käsitelivät suhdetta omissa töissään. Vuonna 1994 valmistuneessa psykiatrian väitöskirjassa pohdittiin psykyksen ja sooman yhteyttä psykiatriaan. Aiheena olivat lääketieteen mallit psykiatriassa ja kyseessä oli psykiatrialle poikkeuksellisesti tieteentilasta ammentava tutkimus.

Psykiatrian kartesiolainen ”kaksoiselämä” pitää yllä jatkuvaa teoreettista jännitettä alan tutkimuksen kentässä. Oletetaan, että tautiluokituksessa tällä hetkellä mielenterveyshäiriöiden luokkaan sijoitettu tautientiteetti osoittautuisikin selkeän somaattiseksi etiologialtaan; eli ko. sairauden aiheuttajaksi löytyisi esimerkiksi geenivirhe tai hidas virusinfektio. Somaattisen etiologian löytymi-

nen merkitsisi todennäköisesti sitä, että konsensus-päätökselle [sic] ko. sairaus ”lakkaisi” olemasta psyykinen sairaus. Se poistettaisiin mielenterveyshäiriöiden pääluokasta ja sijoitettaisiin luultavasti neurologisten sairauksien ryhmään.<sup>854</sup>

Psykiatrian oikeutusta tieteenalana oli kyseenalaistettu muutamaa vuosikymmentä aiemmin 1960-luvun antipsykiatriaksi kutsutun liikehännän myötä samankaltaisin argumentein. Liikehännässä aktiivisesti mukana ollut psykiatri Thomas Szasz pohti vuonna 1960 psykiatrian suhdetta lääketieteeseen väitöskirjatutkijan kanssa samasta näkökulmasta: Jos häiriö on aivosairaus, ei se voi olla mielisairaus – ja toisinpäin.<sup>855</sup> Tieteen masennuskäsitysten analysoinnissa on oleellisesti ollut kysymys mielen ja ruumiin, psyyken ja aivojen, kognition ja biologian yhteydestä. 1900-luvun kuluessa kyse oli psykologian ja psykiatrian tieteenalojen profiloitumisesta ihmisen tutkimuksessa. Moderni psykologia oli alusta saakka lääketieteestä irrallinen, vaikka sillä oli päällekkäisyyttä psykiatrian kanssa erityisesti mielen häiriöiden ja patologioiden osalta.<sup>856</sup> 1980-luvun lopulla psykologian opiskelijat kokivat, että kliinisessä psykologiassa tarvittiin sairauksien tuntemisen lisäksi ”psykiatrian tiedot”.<sup>857</sup> Psykiatrian paikka osana lääketiedettä on ollut vaikeampi, sillä se on hakenut paikkaansa suhteessa somaattiseen lääketieteeseen ja 1980- ja 1990-lukujen Suomessa psykiatrit ja psykiatriataustaiset hoitajat eivät kokeneet olevansa täysmääräisesti tasa-arvoisia somaattisen lääketieteen ammattilaisten kanssa.<sup>858</sup>

Sekä Freud että Kraepelin olivat kummatkin aikanaan halunneet omalla työllään nostaa psykiatrian arvostusta lääketieteen kentällä ja osoittaa psykiatrian olevan yhtä eksaktia ja biolääketieteeseen nojaavaa tiedettä kuin esimerkiksi neurologia ja patologia.<sup>859</sup>

<sup>854</sup> Laitinen 1994, 2.

<sup>855</sup> Vesterinen 2014, 63.

<sup>856</sup> Sooman ja psyyken yhteys oli oleellinen osa myös psykologian laitoksen opetusta. Esim. vuonna 1988 psykologian historian yksi tenttikysymyksistä oli: ”Erlaisia näkemäisiä psyyken ja ruumiin väliseen yhteyteen”. ”5-19” 1988. Dikotomiat kiinnostivat psykologian opiskelijoita. Esimerkiksi vuonna 1987 opiskelija kirjoitti harjoitustyön otsikolla ”Tunne ja kognitio – yhdessä vai erikseen”. Hän päätyi siihen, ettei ”tietoa ja tunnetta ole helppo erottaa toisistaan”. ”3-11” 1987, 12.

<sup>857</sup> ”3-14” 1989, 4.

<sup>858</sup> Kärkkäinen 2004, 133–134.

<sup>859</sup> Historiantutkija Roy Porterin mukaan he suhtautuivat kummatkin kriittisesti aikanaan suosiota saaneeseen degeneraatio-teoriaan. Porter 2002, 186, ks. myös 183. Tieteenhistoriantutkija Anne Harrington sen sijaan katsoo Kraepelinin edustaneen degeneraatio-teorioita siinä missä muutkin aikalaisensa. Degeneraatioteoria oli vahvasti biolääketieteellinen teoria. Harrington 2019, 6–8.

Vuonna 1982 psykologi Jukka Hyönä<sup>860</sup> kirjoitti opintojensa aikaisessa työssään, että myös ”[p]sykologian historialle on ollut tyypillistä, että jokainen vallassa ollut lähestymistapa on hakenut materialistista pohjaa näkemykselleen aivofysiologiasta”.<sup>861</sup> Neuroosit kuuluivat vielä 1800–1900-lukujen vaihteessa somaattisina hermosairauksina psykiatrian sijaan muun muassa neurologien, sisätautilääkäreiden ja kirurgien alaan ja neurootikot olivat yleensä somaattisia sairauksia hoitavien sairaaloiden potilaita. Luonnontieteen positivistinen ihanne määritteli psykiatria ja sosiologi Jutta Ahlbeck näkee joidenkin tuon aikaisten psykiatrien näkemykset mielisairauksista deterministisinä. Syitä mielisairauksiin etsittiin somaattiselta tasolta ja yksittäisiä poikkeuksia lukuun ottamatta 1900-luvun ensimmäisellä puoliskolla mielisairaudet nähtiin biologisesti periytyvinä. Vuosisadan alussa sosiaalisesti ja moraalisesti ongelmallisiksi katsotut ihmiset saatettiin luokitella mielisairauksiksi, jolloin sairauksista tuli sukupuolittuneita ja yhteiskuntaluokkaan sidottuja. Uudet mielisairaukset ja kunnalliskotien mielisairasastot toimivat hoitokeinojen puutteessa lähinnä säilömispaikkoina.<sup>862</sup>

Mielisairaus oli hulluutta hermosairauden ollessa somaattinen sairaus. 1800-luvun lopulla yleiset sairaudet hysteria ja neurastenia olivat hermosairauksia eivät mielisairauksia.<sup>863</sup> Kulttuurihistorian tutkija Kirsi Tuohela kirjoittaa, että melankolian pitkän historian aikana sen perusta on lääketieteen diskurssissa ymmärretty pääosin fysiologiseksi.<sup>864</sup> Ymmärtämällä tila hermosairaudeksi voitiin tehdä pesäero mielisairauteen. Kraepelinin luokitukset 1800- ja 1900-lukujen vaihteessa eivät enää olleet hermosairausluokituksia, vaan psykiatreille suunnattuja mielisairausluokituksia. Kraepelinin mielisairaudeksi määrittelemä depressio rakentui kuitenkin kahden hermosairaudeksi katsotun tilan – melankolian ja neurastenian – päälle.<sup>865</sup>

Historiantutkija Minna Uimonen on yllä olevan kanssa eri mieltä ja kirjoittaa, ettei mieleen liittyvä terveys ja sairaus ollut vuosisadan vaihteessa dikotomista, vaan hermostuneisuuden ympärille rakentunut jatkumo, jossa ”kaikille ihmisille ominainen hermostuminen saattoi tietyissä olosuhteissa johtaa sairaalloiseen hermostuneis-

<sup>860</sup> Opintojen lisäksi Hyönä myös työskenteli psykologian laitoksella. Vuosien 1980–1995 aikana hän toimi muun muassa tutkimusassistenttina, tutkijana ja vuonna 1995 psykologian apulaisprofessorina. Virtanen 1990, 4; Henkilökunnan nimikirjat, Turun yliopiston hallinto- ja talousarkisto X.Bb, Turun yliopiston arkisto. Hyönä oli kiinnostunut mm. silmänliiketutkimuksesta ja kognitiivisten prosessien tutkimuksesta. ”5-26” 1989; ”5-27”, ei pvm.

<sup>861</sup> ”5-17” 1982.

<sup>862</sup> Ihanus 1994, 43, 45, 117; Uimonen 2003, 199–200; Kärkkäinen 2004, 24, alaviite 1; Ahlbeck-Rehn 2007, 87–88; Eskola 2007, 16; Tuohela 2015, 219; Ahlbeck 2015, 236, 239, 246.

<sup>863</sup> Tuohela 2008, 17.

<sup>864</sup> Tuohela 2008, 26.

<sup>865</sup> Shorter 2013b, 109, 111–112.

suuteen ja jopa mielisairauteen”.<sup>866</sup> Kulttuuripsykologi Juhani Ihanus liittää tämän ajatuksen jatkumosta Freudiin ja psykoanalyysiin. Suomessa psykoanalyttiset teorit alkoivat kiinnostaa vasta 1950-luvulla, joten ajatus mielen toiminnasta jatkumona ”normaalin” ja neuroottisen psyyken välillä, oli Ihanuksen mukaan suomalaisten lääkäreiden keskuudessa vieras ainakin vielä 1900-luvun ensimmäisinä vuosikymmeninä. Neuroosien etiologia puolestaan löytyi degeneraatiosta.<sup>867</sup> Ahlbeck kirjoittaa, että ajatus degeneraatiosta ja yksilöön sisäänrakennetusta biologisesta uhasta liittyi vahvasti mielisairauksiin vielä 1940-luvulla. Somaattiseen keskittyminen näkyi mielisairauksien tunnistamisen tavoissa: esimerkiksi ruumiinrakenteen katsottiin kuvaavan mielenlaatua.<sup>868</sup> Vuonna 1987 kahden psykologian opiskelijan kurssityössä viitattiin yhä näihin teemoihin. He kirjoittivat, että ”[r]uumiinrakenteen ja neuroosien välistä yhteyttä on tutkittu, mutta mitään varmoja todisteita vastaavuuksista ei ole löytynyt”.<sup>869</sup> 1900-luvun ensimmäisellä puoliskolla suomalainen psykiatria oli hakenut tieteellisiä esikuvia pääsääntöisesti Saksasta. Saksalaisessa sotapsykiatriassa oli ollut jyrkät käsitykset ihmisen heikkoudesta ja viallisuudesta mielen ongelmien syynä. Sota-aika oli vaikeaa suurimmalle osalle väestöstä, mutta rintamalla kohdattiin todellisuutta, jota kaikkien kehot ja mielet eivät kestäneet. Moni kohtasi ja mahdollisesti omaksui saksalaisen psykiatrian ankarat ja biologiset ihmiskäsitykset. Ahlbeck huomauttaa, että vasta toisen maailmansodan jälkeen alettiin tutkia kunnolla psykiatrista hoitoa.<sup>870</sup>

Psykiatria ja psykologia olivat tieteenaloina osa Turun yliopistoa jo 1900-luvun ensimmäisiltä vuosikymmeniltä lähtien. Modernin psykiatrian ja psykologian katsotaan itsenäistyneen omiksi tieteenaloikseen joitain vuosikymmeniä aiemmin 1800-luvun lopulla. Psykologian katsotaan itsenäistyneen, kun saksalainen lääketieteellisen koulutuksen saanut Wilhelm Wundt (1832–1920) perusti ensimmäisen kokeellisen psykologian laboratorion Leipzigiin vuonna 1879.<sup>871</sup> Niin ikään saksalaisen Emil Kraepelinin 1800-luvun lopulla julkaisemat tautiluokitukset katsotaan aloittaneen

<sup>866</sup> Uimonen 2003, 199–200.

<sup>867</sup> Ihanus 1994, 45.

<sup>868</sup> Ahlbeck 2015, 234, 236, 241. Ks. myös Parhi 2018, 27.

<sup>869</sup> Ora 1987b, 2. Vuonna 1988 persoonallisuuden psykologian peruskurssilla viitattiin lyhyesti kahteen tutkijaan, joista toinen yhdisti ruumiinrakenteen temperamentti- ja mielisairautyyppiin (saksalainen psykiatri Ernst Kretschmer) ja toinen ruumiinrakenteen ja temperamentin (yhdysovaltalainen psykologi William Sheldon). ”6-31” 1988, Alaotsikko ”Ruumiinrakenne ja temperamentti”.

<sup>870</sup> Kivimäki 2006, 53, 55; Ahlbeck-Rehn 2007, 87–88; Eskola 2007, 16; Ahlbeck 2015, 239; Parhi 2018, 24.

<sup>871</sup> Hakkarainen 1984, 21. Tanskaan ensimmäinen psykologian laboratorio perustettiin vuonna 1886 ja Norjaan ja Ruotsiin vuonna 1909. ”5-21” 1986, 31; ”5-24” 1996, ”Johdanto”; Silvonen 2006, 11; Silvonen 2017, 84.



diagnostisen psykiatrian.<sup>872</sup> Diagnostinen psykiatria omaksuttiin Suomeen ennen psykodynaamista suuntausta.

Psykiatrian ensimmäinen oppituoli Suomessa perustettiin Lapinlahden sairaalaan 1906. Turussa toiminut lääketieteellinen tiedekunta oli aikoinaan siirtynyt Helsinkiin muun yliopiston mukana eikä lääketiedettä Turun yliopiston virallisena perustamisvuonna, 1920, voinut opiskella missään muualla. Lääketieteellisen tiedekunnan toiminta alkoi Turussa vasta vuonna 1943. Kytökset Helsingin yliopiston alaiseen Suomen ensimmäiseen lääketieteelliseen tiedekuntaan olivat alkuun vahvat ja irtautuminen vei oman aikansa. Vuonna 1949 Turun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta sai oman hermo- ja mielitautiopin professuurin. Lastenpsykiatrian osalta merkittävää oli Suomen ensimmäisten lastenpsykiatristen sairaansijojen perustaminen Lapinlahden sairaalaan vuonna 1924 ja ensimmäisen varsinaisen lastenpsykiatrisen osaston perustaminen Pitkäniemen sairaalaan vuonna 1927.<sup>873</sup>

Suomen ensimmäinen psykologian tutkimuslaboratorio eli sielutieteen tutkimuslaitos perustettiin Turun Suomalaiseen yliopistoon vuonna 1922 samalla kun yliopiston toiminta alkoi. Välineet laboratorioon oli saatu Leipzigista.<sup>874</sup> Samana vuonna perustettiin Valtion rautateiden psykoteknillinen laboratorio.<sup>875</sup> Psykologi Pekka Hakkarainen tulkitsee vuonna 1921 filosofian professoriksi nimetyn Eino Kailan johtaman laboratorion perustamisen tarkoittaneen siirtymistä psykologian filosofiasta vaiheesta kokeelliseen vaiheeseen. Samalla Kaila kytki psykologian läheisesti luonnontieteisiin ja biologiaan, sillä sielunelämän tutkimisesta siirryttiin käyttäytymisen objektiiviseen tutkimiseen.<sup>876</sup>

1920-luvun tapahtumat kuvaavat psykologian ja psykiatrian omien teiden kulke- mista. Turun yliopiston psykiatrian oppiaineessa 1920-luku tarkoitti tieteenhistorian tutkijan Jouko Ahon mukaan siirtymistä somaattisesta hoidosta ja teoriasta psykolo-

<sup>872</sup> Robertson 2018.

<sup>873</sup> Forsius 1984, 18; Tarmio 1993, 9, 82, 85; Tuohela 2015, 197; Vares 2020a, 17, 52, 220. Ahlbeck toteaa, että verrattuna muuhun Eurooppaan Suomessa psykiatrian tieteellinen asema vakiintui myöhään. Ahlbeck-Rehn 2007, 87–88. Jorma Piha katsoo, että ensimmäinen lastenpsykiatrian osasto perustettiin vuonna 1950 HYKS:iin, ei Pitkäniemeen. Piha 2006.

<sup>874</sup> ”5-22” 1986, 1. Suomen psykologiliiton koulutusmateriaalin perusteella laboratorio perustettiin vuonna 1921. ”4-14” 1985, 1. Psykologi Jussi Silvonen puolestaan kirjoittaa, että ”psykologian itsenäinen akateeminen historia alkaa kuitenkin vasta 1930-luvulla, kun ensimmäinen psykologian laboratorio perustettiin Helsingin yliopistoon ja kun Jyväskylän yliopistoon perustettiin ensimmäinen professuuri”. Silvonen 2017. Lähteissä on ristiriitaa.

<sup>875</sup> Hakkarainen 1984, Esipuhe; ”4-14” 1985, 6; Aho 1993, 10; Vares 2020a, 85.

<sup>876</sup> Hakkarainen 1984, XX. Kailankin kohdalla kyse oli valinnoista, ei suomalaisen psykologian vääjäämättömistä suunnista. Kaila tunsi esimerkiksi vaihtoehtoisen nousevan suuntauksen psykoanalyysin teorioita jo 1910-luvulla, sillä hän mainitsi Freudin – vaikkakin ohimennen – vuonna 1915 Ajassa ilmestyneessä artikkelissaan. Ihanus 1994, 59.

gisempaan suuntaan, samalla kun psykologiassa siirryttiin filosofisemmasta lähestymistavasta luonnontieteelliseen ja kokeelliseen suuntaan.<sup>877</sup> Kaila oli väitellyt vuonna 1916 tohtoriksi Helsingissä ja ennen Turun vuosiaan hän oli tutkinut mielen sairastumista. Turussa hän keskittyi näköhavaintoihin sekä psykologian tieteenfilosofiaan ja psykologisen tiedon synteeseihin. Erityisesti näköaisteihin liittyvä tutkimus on pysynyt Turun yliopiston psykologien kiinnostuksen kohteena siitä lähtien.<sup>878</sup> Myöhempien psykologian professoreiden tutkimusintressien keskiöön eivät kuuluneet mielisairaudet. J. E. Salomaa hoiti virkaa vuosina 1931–1955 ja hänen laboratoriossaan tehdyn tutkimuksen Hakkarainen jakaa viiteen teemaan: ”älykkyystutkimus, persoonallisuuden psykologia, elämänkaari- tai kehityopsykologia, kasvatopsykologia sekä ammattien ja työn psykologia”.<sup>879</sup> Älykkyystutkimusta lukuun ottamatta teemat olivat läsnä vuosien 1980–1995 psykologian laitoksen tutkimuksessa. Jos Kaila edusti luonnontieteellistä orientaatiota, Salomaa edusti filosofisempaa ja humanistisempaa suuntausta.<sup>880</sup>

Psykologia itsenäistyi Turun yliopistossa ennen psykiatria vuonna 1955 ja oman professuurinsa se sai vuotta myöhemmin 1956. 1980-luvulla psykologian laitoksella opetettiin, että psykologian opiskelijat olivat alkuun usein humanististen ja teologisten alojen opiskelijoita, mutta 1950-luvulla painopiste siirtyi yhteiskuntatieteisiin. Psykologian ensimmäisenä professorina toimi vuoteen 1983 saakka Johan von Wright, ensin vuodesta 1958 virkaa toimittavana ja vuodesta 1960 virkaan nimitettyinä.<sup>881</sup> Hänen johdollaan tutkittiin muun muassa muistia, tarkkaavaisuutta ja

<sup>877</sup> Aho 1993, 12.

<sup>878</sup> Hakkarainen 1984, 3, 5, 7.

<sup>879</sup> Hakkarainen 1984, 25–26, 30.

<sup>880</sup> Hakkarainen 1984, 46–47.

<sup>881</sup> Hakkarainen 1984, Esipuhe, 12, 17, 20, 23; Aho 1993, 10; Silvonon 2006, 19; Silvonon 2017, 87, 89; Henkilökunnan nimikirjat, Turun yliopiston hallinto- ja talousarkisto X.Bb, Turun yliopiston arkisto. Ensimmäinen sielutieteen eli psykologian professorin virka perustettiin Jyväskylän Kasvatusopilliseen korkeakouluun vuonna 1936. Jyväskylässä oli ainakin vielä vuonna 1987 Suomen ainoa perheterapian professuuri, mikä on kiinnostavaa ottaen huomioon Turun yliopiston psykiatrian ja lastenpsykiatrian opiaineiden kiinnostuksen perheterapiaan. Hagfors ja Korkiakangas 1987, 3. Psykologian professuuri perustettiin Jyväskylään vuonna 1936, Helsingin yliopistoon ja Teknilliseen korkeakouluun vuonna 1951 ja Tampereelle 1954. Hakkarainen 1984, 49, 67. Vuonna 1979 psykologian kandidaatin, lisensiaatin ja tohtorin tutkinnon saattoi suorittaa Helsingin yliopistossa, Joensuun korkeakoulussa, Jyväskylän yliopistossa, Tampereen yliopistossa, Turun yliopistossa sekä lisäksi Åbo Akademiassa tietyin edellytyksin. ”4-12” 1984. Vuonna 1992 Suomessa oli kuusi psykologian laitosta (Helsingin yliopisto, Joensuun yliopisto, Jyväskylän yliopisto, Tampereen yliopisto, Turun yliopisto, Åbo Akademi) sekä kaksi sosiaalipsykologian laitosta (Helsingin yliopisto, Tampereen yliopisto). Nämä kaikki tarjosivat myös jatkokoulutusta. ”5-22” 1986, 2–3; Tiitinen ja Hämäläinen 1992.

moraalikäsitysten kehitystä.<sup>882</sup> von Wrightin tutkimuksen keskiössä oli ihminen tiedon käsittelijänä.<sup>883</sup> Hänen assistentteinaan toimivat alkuun Hillevi Kiviluoto, Kirsti Lagerspetz ja Raila Ojansuu. von Wrightin jälkeen psykologian professuuria hoiti Pirkko Niemelä vuosina 1983–1985 ja vuosina 1985–1995 professorina toimi Kirsti Lagerspetz. Lagerspetz oli Turun yliopiston professuuriaan edeltävät vuodet työskennellyt pääasiassa psykologian professorina Åbo Akademiassa toimien kuitenkin samalla vuodet 1968–1985 Turun yliopiston kokeellisen psykologian dosenttina.<sup>884</sup> Kiviluoto opetti soveltavaa psykologiaa, jossa käsiteltiin psykodiagnostiikkaa ja muun muassa laadittiin hoitosuunnitelmia, tavattiin potilaita ja tehtiin ekskursioita laitosympäristöihin, joihin kuuluivat psykiatriset sairaalat.<sup>885</sup> Kirsti Lagerspetz perusti vuonna 1959 eläinpsykologian laboratorion. Hänen aggressiotutkimuksensa ovat olleet merkittävä osa psykologian laitoksen tutkimusta. Harjoittelu Turun kasvatuseuvolassa tuli mukaan opetukseen vuonna 1957, ja lapsipsykologian laitos aloitti vuonna 1962. Kokeellinen laboratorio aloitti vuonna 1965.<sup>886</sup>

1950-luvulla ja 1960-luvun alkupuolella hermo- ja mielitaudit kuuluivat Turun yliopistossa edelleen samaan erikoistumisalaan. Psykiatria haki omaa alaansa ja psykokoanalyttinen sekä psykologinen näkökulma tarjosivat selkeän erottautumisen puhtaasti luonnontieteellisestä hermotautien näkökulmasta.<sup>887</sup> Psykiatria ja neurologia erkanivat toisistaan vuonna 1967, kun Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan hermo- ja mielitautiopin professuuri jaettiin kahtia.<sup>888</sup> Tuolloin psykiatrinen opetus-sairaala perustettiin Kupittaaan B-mielisairaalaan, jossa se oli kaupunginsairaalan ja mielisairaanhoidopiirin yhteydessä.<sup>889</sup>

Psykiatria ja lastenpsykiatria asemoituivat osaksi lääketiedettä, mutta psykologiassa tehtiin alusta saakka yhteistyötä useiden tieteenalojen kanssa. Suomalainen psykologia oli varhaishistoriassaan muodollisesti filosofian osa-alue, mutta psykologiaan liittyi jo tuolloin muun muassa fysiologia, kasvatustieteet, teologia ja biologia. Hakkarainen huomioi Turun yliopiston psykologian laitoksella olleen alkuvuosinaan yhteyksiä fysiologiaan, eläintieteeseen, lääketieteeseen, matematiikkaan, tilastotieteeseen ja tietojenkäsittelyoppiin, samalla kun yhteistyötä kasvatustieteeseen ja sosiologiaan ei yrityksistä huolimatta saatu synnytettyä.<sup>890</sup> Vuosina 1980–1995 oppi-

<sup>882</sup> Vares 2020a, 422.

<sup>883</sup> Hakkarainen 1984, 50–52, 59–60. Psykologian professorin virkaa vuosina 1956–1957 hoiti Helsingin yliopiston psykologian professori Arvo Lehtovaara.

<sup>884</sup> Hakkarainen 1984, 50–52; Henkilökunnan nimikirjat, Turun yliopiston hallinto- ja talousarkisto X.Bb, Turun yliopiston arkisto.

<sup>885</sup> Hakkarainen 1984, 54–55.

<sup>886</sup> Hakkarainen 1984, 53, 55, 60; Vares 2020a, 422.

<sup>887</sup> Kärkkäinen 2004, 21.

<sup>888</sup> Alanen 1983, 183; Tarmio 1993, 9, 85, 103, 175; Niitemaa ja Uotila 2013, 23.

<sup>889</sup> Tarmio 1993, 175.

<sup>890</sup> Hakkarainen 1984, 71; Aho 1993, 10, 15–16.

aineen alkuaikojen yhteydet säilyivät ja opintojen kautta uusiakin yhteyksiä luotiin. Psykologian ohessa opiskeltiin muun muassa tilastotieteitä, kehitysmaatieta ja sosiologiaa, joiden kautta opittiin menetelmien lisäksi muun muassa sosiaalisesta eriarvoisuudesta ja elämäntapatutkimuksesta.<sup>891</sup> Tieteellisesti laaja-alaisemman opetuksen lisäksi yhteistyö tarkoitti myös tutkimuksellista yhteistyötä. Esimerkiksi Kirsti Lagerspetzin merkittävät aggressiotutkimukset vaativat tiivistä yhteistyötä eläintieteellisen oppiaineen kanssa. Kliinisen osaamisen 1980-luvun alussa psykologiaa opiskelleet muistavat tulleen lähinnä laitoksen ulkopuolelta. Esimerkiksi perheterapian perusteita opetti psykiatrian professori Yrjö Alanen, jota psykologian opiskelijat pitivät perheterapian uranuurtajana Suomessa. Psykiatrian opintoja sai valita, mutta ne eivät olleet pakollisia. Laitos keskittyi kouluttamaan tieteen tekijöitä eikä hoitotyötä niinkään opetettu. Kliinistä osaamista tarvittiin muun muassa harjoittelun ohjauksessa sekä Terapian alkeet -kurssilla ja Psykodiagnostiikka-kurssilla.<sup>892</sup>

1980- ja 1990-lukujen opinnoissa yleislääketieteen ja psykiatrian erillisyyttä nähtiin ongelmallisena. Vuonna 1977 voimaan tulleen lakimuutoksen mahdollistamana psykiatrista ja somaattista hoitojärjestelmää alettiin vapaaehtoisesti yhdentämään sairaanhoitopiireiksi. Sitä ennen ne olivat kehittyneet pääosin erillään. Psykiatri Jukka Kärkkäisen mukaan vuorovaikutuksen puute näkyi tietämyksessä: Yleissairaanhoidossa ei ollut parasta mahdollista tietämystä psykiatriasta ja vastaavasti psykiatrian puolella ei ollut vahvaa somaattista osaamista. Psykiatrian katsottiin kärsivän arvostuksen puutteesta – myös lääketieteen sisäisestä –, minkä nähtiin leimaavan psykiatristen palvelujen käyttäjiä. Kärkkäinen kirjoittaa somaattisen ja psykiatrisen hoitojärjestelmän yhdentymistä tarkastelevassa väitöskirjassaan, että vasta vuonna 1991 voimaan tulleen ja kaksi järjestelmää yhdentäneen erikoissairaanhoitolain myötä ”hyväksyttiin psyykkiset häiriöt ainakin laissa samanarvoisiksi muiden sairauksien kanssa”.<sup>893</sup> Eskolan mukaan vasta vuonna 1992 voimaan tullut erikoissairaanhoidon lakiuudistus oli ensimmäinen varsinainen mielenterveyslain kokonaisuudistus vuoden 1952 mielisaraislain jälkeen. Tuolloin päättyi 150 vuotta kestänyt mielisairaanhuollon hallinnollinen erillisyyttä.<sup>894</sup> Psykiatrian marginaalisuutta lääketieteellisessä tiedekunnassa omalla tavallaan kuvaavat myös kaksi Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan historiasta teetettyä tilaushistoriikka vuosilta 1993 ja 2013. Vuonna 1993 valmistuneessa historiikissa psykiatria ja lastenpsykiatria mainitaan ainoastaan muutaman kerran käsiteltäessä uusia professuureja ja oppiaineita.

<sup>891</sup> Ks. mm. ”7-6” ei pvm.

<sup>892</sup> ”6-35” 1990, ”27.9.”; Tuomola et al. haastattelu, 7.6.2018. Muistiinpanot tekijän hallussa.

<sup>893</sup> Kärkkäinen 2004, 17.

<sup>894</sup> Eskola 2007, 21, 29.

Vuonna 2013 valmistuneessa historiikissa psykiatria mainitaan yhden ainoan kerran osana tiedekunnan laitosten oppiaineluetteloita.<sup>895</sup>

Psykologian ja psykiatrian eriytyneisyys somaattisesta lääketieteestä ei ollut opinnoissa eksplisiittistä, mutta sen huomasi eri tieteenalojen opiskelijoiden tavassa käsitellä samankaltaisia aiheita. Lasten masennus oli yksi tällainen viiveellä muuhun lääketieteeseen valunut tema, joka näkyi esimerkiksi vuonna 1993 valmistuneessa kansanterveystieteen syventävien kirjallisessa työssä. Opiskelija kirjoitti aiheesta ”Päivähoitomuoto ja lapsen terveys” ja keskittyi infektiosairauksiin. Hän tarkasteli työssään myös lasten psykomotorista kehitystä, äitien henkistä jaksamista lapsia kotona hoidettaessa sekä useita muita vastaavia tekijöitä, jotka voisivat viedä kysymyksenasettelua mielenterveydenhäiriöiden suuntaan. Mielenterveydenhäiriöitä, saati masennusta ei opiskelija kuitenkaan maininnut työssä sanallakaan.<sup>896</sup> Erilaisia aiheistoja rinnakkain lukemalla tuli esiin hiljaisuus siellä, missä olisi odottanut mainintoja masennuksesta tai mielenterveyden haasteista. Opiskelijan työssä hiljaisuus vaikutti nousevan opiskelijalle vieraan tieteenalan sisältöjen tuntemattomuudesta eikä niinkään esimerkiksi tautiluokkakakeskeisyyden kaihtamisesta.

Sooman ja psyyken kautta rakentui tieteenalojen ja ammattikuntien välisiä arvoasteikkoja läpi 1900-luvun. Arvoasteikot tiedostettiin myös vuosien 1980–1995 opinnoissa. Psykologia ja psykiatria haki arvostusta suhteessa muun muassa luonnontieteisiin ja somaattiseen lääketieteeseen. Psykologia profiloituikin monin tavoin osaksi luonnontieteitä muun muassa metodologiansa kautta. Psykiatrian profiloituminen oli hankalampaa, sillä siltä ajateltiin putoavan pois koko olemassaolonsa oikeutus, jos psykiatrian tutkimille häiriöille ja sairauksille löytyisi selkeät somaattiset etiologiat. Psyyken asiantuntijoiden ja ammattilaisten arvostus pysyi luonnontieteiden ja somaattisen lääketieteen asiantuntijoita alhaisempana. Tämä näkyi monin tavoin tieteenaloilla ja praktiikassa esimerkiksi työympäristöissä ja ammattikuntien välisissä suhteissa. Arvostus näkyi myös muun muassa siinä, että juuri mielisairaansijoja käytettiin yhä ainakin 1980-luvulla säilömispaikkoina sellaisille ihmisille, joille ei muuta sijoitusta osattu osoittaa.

Psykologia ja psykiatria hakivat arvostusta myös suhteessa toisiinsa ja tämä näyttäytyi lähinnä praktiikassa, jolloin psykologin työn voitiin katsoa olevan alisteista psykiatrin päätöksen teolle. Turun yliopiston opinnoissa tällaista ei kuitenkaan ollut luettavissa. Niissä psykiatrin ja psykologin nähtiin täydentävän toistensa osaamista ja tuovan toisilleen lisäarvoa tieteen lisäksi ammattia harjoitettaessa. Opinnoissa ei myöskään korostuneesti oltu huolissaan oman tieteenalan arvostuksesta tieteen kentällä. Psykiatriassa, lastenpsykiatriassa ja erityisesti psykologiassa tutkimusintressit olivat laajat, mutta vuosina 1980–1995 saattoi Turun yliopistossa rauhassa

<sup>895</sup> Tarmio 1993; Niitemaa ja Uotila 2013, 71.

<sup>896</sup> Louhi 1993.

keskittyä myös näkökulmiin, jotka erkanivat puhtaan luonnontieteellisistä näkökulmista. Turun yliopiston psykiatrian oppiaine oli 1960-luvulta lähtien siirtynyt lähemmäs psykoanalyttistä ja psykologista näkökulmaa. Vuoteen 1983 Turun yliopiston psykologian ensimmäisenä professorina työskennellyt von Wright puolestaan oli itse pääasiassa kiinnostunut ihmisestä tiedon käsittelijänä ja esimerkiksi ihmisen moraalikäsitteistä. Opinnoissa oltiin ajoittain huolestuneita psyyken ja sooman välisestä arvoasetelmasta, mutta tällöin oltiin huolissaan lähinnä tutkimuksen ja hoidon kohteena olevista asiakkaista ja potilaista, jotka psyyken sairastuessa saattoivat kohdata syrjintää ja leimaamista.

### 3.5 Psyyken ja sooman sairauksien arvoasteikko näkyä mielenterveyspotiluuudessa

Masennuksen liikkuminen psyyken ja sooman välillä vaikutti arjessa erityisesti mielenterveyspotiluuuden kautta. Edellisessä alaluvussa analysoidut tieteenalojen väliset arvoasetelmat henkilöityivät tieteenalojen tutkimuksen kohteena olevissa ihmisissä. Alaluvussa 3.1 analysoin, miten mielisairaanhoidon annettiin toisen maailmansodan jälkeisinä vuosikymmeninä lähinnä mielisairaaloissa erillään sekä arjen että somaattisen sairastamisen tiloista.<sup>897</sup> Mielenterveyspalveluiden jyrkkä eriytyneisyys somaattisesta hoidosta rakensi arkeen dikotomiaa normaalin ja hullun välille. Tässä alaluvussa analysoin, miten eri tavoin masennus suhteutui arjen käsityksiin mielen sairastumisesta ja avun hakemisesta mielenterveyspalveluista.

Aatehistorian tutkija Karin Johannisson kirjoittaa sosiologi Dag Albumiin viitaten sairauksien arvohierarkiasta. Konkreettisesti ymmärrettyjen sairauksien hierarkia liittyy sijaintiin kehossa; Mitä ylemmäs kehossa nousee, sitä korkeammaksi arvostus muuttuu. Sijainti ei ole kuitenkaan ainoa arvoa määrittävä tekijä, vaan merkitystä on, pidetäänkö sairautta konkreettisena eli somaattisena, vai määrittelemättömänä eli psyykkisenä. Somaattisena pidetty aivosairaus on asteikossa korkeimmalla, mutta psyykkiseksi tulkittu sairaus tippuu arvoasteikolla huomattavasti.<sup>898</sup>

Sairauksien arvoasteikko oli läsnä 1980- ja 1990-lukujen arjessa. Vuonna 1993 mies kertoi *Labyrintti*-lehdessä omien lastensa mielenterveydenhäiriöistä, heidän itsemurhistaan ja omasta masennuksestaan. Hän oli kohdannut mielenterveydenhäiriöitä sekä omakohtaisesti että lähimmäisenä ja kuvasi kokemuksiaan:

Mielenterveyspotilaiden omaisilla riittää välttelyn ja karttelun, peittelyn ja suoranaisen valehtelemisen paikkoja. Sairaudet ovat eriarvoisia, ja psyyken sairaat ovat kaikkien kastien alapuolella, kastittomia, paariaa. Heitä luokittelemaan ei

<sup>897</sup> Helén, Hämäläinen ja Metteri 2011, 12.

<sup>898</sup> Johannisson 2007, 31.

käytetä monesti edes sanoja. Naputetaan vain etusormella ohimoa, ja toinen nyökkää, että aha, vai niitä. [—] [Naputtaja] vetää naputuksellaan rajaa ja haluaa pysyä henkisesti terveiden puolella.<sup>899</sup>

*Käsi kädessä* -lehdessä vuonna 1994 julkaistiin haastattelu naisesta, joka kertoi sairastuneensa vuonna 1980. Nainen kertoi ympärillään olleiden ihmisten ottaneen sairastumisensa hyvin ja hyväksyvästi. Hän kirjoitti mielisairaalan olleen kuitenkin liian vieraannuttava paikka, että moni ystävä olisi uskaltanut siellä vieraila.

[Naiselle] on ollut suuri onni olla yhteisössä, jossa työtoverit ovat koko ajan suhtautuneet hänen sairauteensa hyvin. Aina on toivotettu tervetulleeksi takaisin työhön.

– Harvat ihmiset, ystävätkin, rohkenevat käydä mielisairaalassa potilasta katso-  
massa. Mielisairaala on pelottava, outo paikka. Huomasin selvän eron, kun olin  
toipumassa rintasyöpäleikkauksesta. Puhelin soi, kävi paljon vieraita, potilas-  
huoneeni oli kuin kukkakauppa. Siinä tunsin olevansa melkein kuin sankari, [nai-  
nen] muistelee.<sup>900</sup>

Sairauksien arvoasteikko liittyi arjessa toisen maailmansodan jälkeisinä vuosikymmeninä ensi sijassa mielisairaalinstituutioon, ei mielen poikkeavuuteen tai tautiluokkiin. Vuonna 1978 psykologi ja psykoanalyytikko Aira Laine ja psykiatri Ville Lehtinen totesivat, että mielisairaus ja mielisairas määrittyivät mielisairaalassa olon perusteella:

Ratkaisevaa maallikolle näyttää olevan se, onko asianomainen ollut hoidettavana mielisairaalassa vai ei. Tämän mukaisesti henkilöstä tulee ”mielisairas”, kun hän tulee potilaaksi mielisairaalaan, ja ”mielisairaus” merkitsee tilaa, joka on johtanut mielisairalahoittoon. Yhteisö näyttää melko hyvin sietävän poikkeavaa käyttäytymistä niin kauan kuin sitä ei nimetä mielisairaudeksi (Woodward 1951). Nimeämisen jälkeen yhteisö taas pyrkii pitämään hyvin voimakkaasti kiinni tästä käsityksestä puhuen mm. entisestä mielisairaalapotilaasta.<sup>901</sup>

<sup>899</sup> Saavalainen 1993, 8.

<sup>900</sup> Kämäräinen 1994, 7.

<sup>901</sup> Alanen et al. 1978, 173.

Mielisairaala koettiin arjessa usein vieraana, outona, pelottavana eivätkä ystävät halunneet siellä vierailulla.<sup>902</sup> Vuonna 1987 *Mielenterveys*-lehdessä julkaistiin kirjoitus, jossa haastateltiin poliisin työstä masennuksen tähden sairaseläkkeelle joutunutta miestä, jonka ”mielestä on paljon helpompi sairastaa vaikka käsi kipsissä, niin että toiset näkevät sinun olevan sairas. Psyykkisiin ongelmiin suhtaudutaan vieroksuena. Ei tulla sairaalaan kukkakimppu kädessä vointia tiedustelemaan.”<sup>903</sup> Häpeä ei johtunut sairaseläkkeen syyn poikkeuksellisuudesta, sillä esimerkiksi vuonna 1990 psykologian opinnoissa huomautettiin psykkisten syiden olleen taustalla tuolloin kolmasosassa sairaseläkkeitä.<sup>904</sup> Mies kertoi lehtihaastattelussa hoitoon hakeutumisestaan: ”– Häpesin sitäkin, että poliisi ja virkamies on joutunut psykiatriseen sairaalaan.”<sup>905</sup> Häpeä ja häpeästä neuvottelu oli toistuva teema arjen tiedossa.

Myös vuonna 1986 kirjoitettiin mielisairaalaan liittyvästä häpeästä ja kokemuksesta, kuinka mielisairaalassa olo muutti ihmisen identiteettiä. *Mielenterveys*-lehdessä masentuneeksi itsensä luokitellut nainen kirjoitti: ”En tiedä, onko mielisairaala oikea paikka hoitaa masennusta.”<sup>906</sup> Mielisairaalan toiseuttavuus ei riippunut hoidon laadusta. Nainen kertoi henkilökunnan olleen ystävällistä, joten kyse oli rajan ylittämisestä normaalista hulluun.

Ensimmäinen yö oli pahin. Illalla kuljin itkien ympäri kansliaa ja voihkin: Tässä on nyt joku väärinkäsitys. Enhän minä mielisairaalaan kuulu.

Annettiin lisää lääkettä, mutta nukkumaan en kyennyt. Päivä oli ollut liian järkyttävä. [– –] Sairaalassa ollaan aikansa ja sitten päästään pois. Sen jälkeen kuitenkin on jotain toisin. En sano, että minut olisi leimattu. Itsehän minä mielisairaalamatkastani kaikille kerroin; se on tapani purkautua.<sup>907</sup>

1990-luvun alussa<sup>908</sup> julkisuuden henkilöksi noussut toimittaja Anna-Kaisa Hermunen kertoi vuonna 1992 haastattelussa, ettei aikonut enää hävetä. Hän halusi puhua kohtaamistaan ongelmista ja niistä selviämisestä avoimesti ja julkisesti. Hän kertoi menettäneensä ystäviä, koska ihmisten oli vaikea ymmärtää hänen sairauttaan.

<sup>902</sup> Muistellessaan lapsuuttaan 1930- ja 1940-luvuilla myös Turun yliopiston pitkäaikainen psykiatrian professori ja kunnanlääkärin lapsi Yrjö Alanen muisti ajatelleensa oppikoulupaikkakuntansa Lääninsairaalan olleen ihmisten sairauksia varten ja Piirisairaalan olleen puolestaan syrjäisempi, oudompi ja ”hieman pelokkaitakin mielikuvia herättävä”. Alanen 2009b, 7.

<sup>903</sup> Salonen 1987, 22.

<sup>904</sup> ”6-34” 1990, 29.11.1990.

<sup>905</sup> Salonen 1987, 20.

<sup>906</sup> Kauhanen 1986.

<sup>907</sup> Kauhanen 1986.

<sup>908</sup> Vuoden 1991 syksyllä Kolmoskanavalla alettiin esittämään Hermusen juontamaa *Hermunen* haastatteluhjelmaa.



– Muistan elävästi, miten häpeällisenä koin sairastumiseni. Yhteiskunnallisten kasvojen menettämisen häpeä oli valtava. Olen nimittäin aina ihaillut vahvuutta ja arvostanut tuottavuutta ja tehokkuutta. Sairastuttuani olin juuri sellainen nynny, joita olin halveksinut. Silloin opin, että pitää olla heikko ollakseen vahva. [– –]

Silloin en ollut mikään julkkis kuten nyt. [– –] – Ajattele, jos olisin salannut näitä asioita, nyt Hymy tai jokin muu lehti kertoisi suurin otsikoin: Hermunen ollut Lapinlahdessa hoidossa ja hakisi sensaatiota. Nyt siltä on pohja pois.<sup>909</sup>

Hermunen kuvaili kokeneensa häpeää erityisesti siksi, että oli pettänyt omat odotuksensa. Hän puhui yhteiskunnallisten kasvojen menettämisestä, mutta korosti asettaneensa itse itselleen normaalin ihmisen toimintatavat. Ollessaan kykenemätön näitä toimintatapoja enää täyttämään, hän koki häpeää. Teksti kuvaa hyvin, kuinka ihminen oli sisäistänyt kulttuurin vaateet ja asettanut ne omiksi odotuksikseen. Lopulta ihminen ei pettänytään yhteiskuntaa ja kulttuurin odotuksia, vaan itsensä. Joka tapauksessa tässäkin haastattelussa suurin häpeä liittyi mielisairaalaan.

Mielisairaalassa olo oli aina potentiaalinen häpeäleiman hetki. Vuonna 1987 *Mielenterveys*-lehdessä julkaistussa kirjoituksessa nainen kertoi elämästään mania- ja masennusjaksojen kanssa, joihin hän kuvasi sairastuneensa 1960-luvulla. Kirjoituksessa näkyy vahvasti kirjoittajan äidin aktiivinen päätös, ettei tyttären sairautta saisi kukaan hävetä – mukaan lukien tytär itse.

Äiti kertoi käydessään sairaalassa minua katsomassa naapurin pikku [pojan] tuumailleen: ”Kyllä [nainen] piirtää minullekin Aku Ankkoja, kun toisellekin [pojalle] piirsi.” Mieltäni lämmitti, kun nouseva polvi ei ollut moksiskaan sairaudestani. [– –]

Äiti oli alun alkaen sitä mieltä, etten saa surra enkä hävetä sairauttani. Tuota pikaa sairaalasta pääsyn jälkeen hän lähetti minut enolaan serkkujeni luo. Siitä alkoi paluuni tavalliseen elämään. ”Mene, niin kuin menit ennenkin”, äidin neuvo kuului, ja menihän minä.

Äiti tiesi sairastuttuani, että minulla siihen maailmanaikaan oli kovin vähän ystäviä. Hän oli kysynyt eräältä emännältä, saako [nainen] käydä hänen tyttärensä luona. Toinen oli sanonut: ”Voe veikkonen, anna käävä nii ussee ku tahtoo.”

Minulla on nykyään ystäviä yllin kyllin. Monet potilaat valittavat, että ystävät kaikkoavat sairauden takia. Minä aloin saada heitä vasta sairastuttuani.<sup>910</sup>

<sup>909</sup> Salovaara 1992, 21.

<sup>910</sup> Ollila 1987, 31.

Häpeän mahdollisuus oli jatkuvasti läsnä, joten kirjoittaja iloitsi sen välttämisestä. Naapurin lapsen ja äidin emäntätuttavan mutkaton suhtautuminen näyttäytyi kirjoittajalle yllättävänä positiivisena poikkeuksena normiin. Nainen kertoi aktiivisesti kieltäytyneensä häpeämistä: ”Eräs hoitaja suorastaan kehotti minua häpeämään sairauttani, mutta kieltäydyin, koska tällaisessa sairaudessa on kylliksi kantamista ilman häpeääkin.”<sup>911</sup> Kirjoittaja totesikin, että ”silloin oli vielä voimakkaita ennakkoluuloja mielisairauksia kohtaan”.<sup>912</sup> Nainen toi ilmi, kuinka lopullisena mielisairaalaan pääymistä pidettiin. Tyttären päädyttyä mielisairaalaan jo lukioikäisenä äiti oli itkenyt lapsensa tulevaisuuden tähden: ”Isku oli erityisen ankara äidilleni. Minulla oli paras nuoruus meneillään, koulutus kesken ja puoliso etsimättä.”<sup>913</sup>

Mielisairaalaan liitetty häpeä rakentui sairaushierarkian lisäksi hallinnon ja arjen tiedon välisistä valtasuhteista. Kirjallisuudentutkijat Siru Kainulainen ja Viola Čapková lähestyvät häpeää valtaan, väkivaltaan ja hierarkiaan kiedottuna tilana, jonka alistettu sisäistää ja joka saattaa määrittää hänen koko elämänsä.<sup>914</sup> Häpeä ei ole ainoastaan sosiaalinen tunne, vaan siihen sisältyy olettamus valtasuhteesta, joka mielen terveydeltään häiriöityneeksi katsottujen osalta oli mielisairaalan työntekijä-potilas -suhde. Ammatilainen tunnisti ja nimesi potilasobjektin tilan, jonka potilas omaksui. Ammatilaisen rooli oli aktiivinen ja potilaan passiivinen, vastaanottava. Häpeä ei ollut riippuvaista ammatilainen-potilassuhteen laadusta. Häpeä seurasi, vaikka yksilö sai hyvää kohtelua ja hoitoa, henkilökunta oli empaattista ja kannustavaa, ja mielen terveysongelmaksi katsottu tila koheni. Arjen tiedossa mielisairaalahoitoon liittyvään häpeään liitettiin termi hullu.<sup>915</sup>

Hulluuden häpeä oli laajasti läsnä arjessa. Vuonna 1994 mies kertoi masennuksesta *Mielen terveys*-lehdessä. Hän voi huonosti, mutta kävi silti töissä. ”Töissä ahdisti. Joillekin puhuin avoimesti asioistani. Toisia se lähensi, toiset kavahtivat hullusta kauemmaksi.”<sup>916</sup> Usein ihmissuhteiden koettiin muuttuneen omista ongelmista puhumisen seurauksena. Vuonna 1993 nainen kertoi *Mielen terveys*-lehdessä omalla nimellään ja kasvoillaan itsemurhayrityksestään ja kuvaili tilaa, joka voitaisiin tulkita vakavaksi masennukseksi. Nainen kertoi, kuinka itsemurhayrityksestä kertominen julkisesti vei häneltä ainakin yhden pitkäaikaisen ja rahallisesti merkittävän yhteistyötahon. ”Hän menetti paljon. [– –] Itsemurhayrityksen ja siitä avoimesti kerto-

<sup>911</sup> Ollila 1987, 32.

<sup>912</sup> Ollila 1987.

<sup>913</sup> Ollila 1987, 31.

<sup>914</sup> Kainulainen ja Parente-Čapková 2011, 10.

<sup>915</sup> Suomalaisessa arjen tiedossa on 1940-luvulta saakka ollut käytössä käsite *kylähullu*, mutta sitä ei ole yhdistetty mielen terveyden häiriöihin tai mielisairauksiin. Kylähullulla on sen sijaan 1900-luvun mittaan viitattu poikkeavuuteen ja eksentrisyyteen. Rantala 2009, 21–22, 27, 29, 33–34, 136.

<sup>916</sup> Lindroos 1994, 8.

misen myötä meni osittain myös nimi mainosmaailmassa ja varmasti monta työtilaisuutta.”<sup>917</sup>

1980- ja 1990-luvuilla toistui puhetapa, jossa häpeäleima paljasti todelliset ystävät. Vuonna 1995 *Käsi kädessä* -lehdessä julkaistussa 27-vuotiaan naisen haastattelussa teemana olivat itsemurhayritys ja masennus. Nainen kertoi ystäväpiirinsä muuttuneen ongelmiansa myötä. Usein ihmissuhteiden muutoksia lähestyttiin optimistisesti. ”Itsemurhan yrittämisestä ja Paiholaan joutumisesta Kaija ei ole aiemmin puhunut kuin harvoille ja valituille. Sen hän on huomannut, että vaikeina aikoina karsiutuva jyvät akanoista. – Kriisin aikana erottuvat todelliset ystävät, muut katoavat, hän sanoo.” Kaikki eivät kuitenkaan jakaneet ajatusta hyvien ystävien erottumisesta. Ajoittain häpeäleiman nähtiin yksinkertaisesti karkottavan ihmisiä. Vuonna 1993 Työttömän tarina -kirjoituksessa nainen kuvasi työttömyyden myötä ystävien kadonneen masennuksen samalla kasvaessa. Nainen ei kokenut vapaannuttavaa tosi ystävien erottelua, vaan ainoastaan ihmisten katoamista. ”Olen ollut työttömänä melkein vuoden. [– –] alku oli todella hyvin vaikeata. Ennen oli ystäviä paljon, mutta ne pikku hiljaa katosi jäin ihan yksin. Masennus kasvoi päivä päivältä. Seinä oli joka puolella vastassa”<sup>918</sup>

Häpeä on sosiaalinen tunne, joka vaatii todellisen tai kuvitellun yleisön. Häpeä ei ole ainoastaan tunne, vaan tuottaa toimintaa.<sup>919</sup> Pelko hulluuden häpeäleimasta saattoi olla hidaste tai este hoitoon hakeutumiselle.<sup>920</sup> Lasten elämää sotien jälkeisenä aikana tutkinut historiantutkija Antti Malinen kirjoittaa olevan mahdollista, että vakavissa ja jo toistenkin hyvinvointia uhkaavissa tapauksissa ”mielisairaalapaikkojen niukkuus ja toisaalta sytjäisempien seutujen polikliinisten palvelujen vähyys johti tilanteeseen, jossa apua ei aina kyetty tai osattu hakea”.<sup>921</sup> Malinen kirjoittaa, että aikuisten psyykkistä oireilua myös piiloteltiin perheen ulkopuolisilta.<sup>922</sup> Vuonna 1994 *Käsi kädessä* -lehdessä mies kertoi uupumisestaan työssä ja sitä seuranneesta masennuksesta. Hän yritti selvitä ilman apua, sillä ”[h]oitoon hakeutumista jarruttivat ennakkoluulot, häpeä ja toive että kyllä se tästä”.<sup>923</sup>

1980- ja 1990-luvuilla laitoshoidtoa vähennettiin ja tautiluokkakakeskeisyys kasvoi hallinnon tiedon kautta myös arjessa. Mielenterveyspalvelut olivat muutoksessa ja niin muuttuivat myös häpeän mekanismit arjen tiedon piirissä. Häpeä ei liittynyt enää pääasiassa fyysiseen rakennukseen eli mielisairaalaan tai mielenterveystoimistoon. Rajan ylittäminen normaalista epänormaaliin tai terveestä sairaaseen ei tapah-

<sup>917</sup> Heiskanen 1993, 20.

<sup>918</sup> SKS KRA. Työtön 12340. 1993.

<sup>919</sup> Kainulainen ja Parente-Čapková 2011, 11–12.

<sup>920</sup> Puusaari 1993, 21.

<sup>921</sup> Malinen 2019, 193.

<sup>922</sup> Malinen 2019, 196.

<sup>923</sup> Peltowuori 1994, 24.

tunut enää siirtymällä fyysisesti paikasta toiseen. Uudessa mielenterveyskansalaisen itseohjautuvassa potilaisuudessa toiseuttaminen tapahtui immateriaalisesti diagnosoidun psykiatrisen tautiluokan kautta. Vuonna 2009 julkaistiin potilaiden kokemuskertomuksia sisältävä teos. Yhdessä kertomuksessa vuosituhannen alussa potilasuransa aloittanut nainen kuvaili tautiluokkansa saamista: ”Sain ensimmäisen diagnoosini, *Depressio mentis gravis*. Se iskostui päähäni kuin naulalla lyöty. Hoin tuota sanahirviötä mielessäni, hoin kuin hullu: mikä on hullun määritelmä? Ainakin sain ne kuuluisat hullun paperit kätösiini. Paperilla luki suurin kirjaimin: tuomittu elinkautiseen.”<sup>924</sup>

Väitän, että häpeä siirtyi diagnosoituihin psykiatrisiin tautiluokkiin eivätkä tautiluokat olleet keskenään samanarvoisia. Masennustautiluokan häpeää hälvennettiin vertaamalla masennusta somaattiseen sairauteen ja skitsofreniaa todelliseen hulluuteen. Ennen tautiluokakeskeisyyttä skitsofrenia vaikutti olleen arjessa ainut yleisesti puheissa ollut yksittäinen psykiatrinen tautiluokka. Esimerkiksi eräässä elämäkertakirjoituksessa oletettavasti masennustautiluokan diagnoosikseen saanut nainen ei käytä tekstissään lainkaan sanaa masennus, mutta kirjoittaa kyllä pelkäävänsä sairastuvansa isänsä tavoin skitsofreniaan.<sup>925</sup> Allan Horwitz on analysoinut hulluutta 1970-luvun yhdysvaltalaisessa arkipuheessa. Hän erottaa toisistaan mielisairaudesta ja hulluudesta ja katsoo, että uudenlainen masennuskäsitys oli osa mielisairaudesta määritelmän laajenemista – ei hulluudesta, sillä Horwitzin mukaan masennussairaus voi olla arkijärjellä ymmärrettävä tila.<sup>926</sup> Masennustautiluokka antoi mahdollisuuden neuvotteluun myös fyysisiin tiloihin liitetyn häpeän kanssa. Mielisairaala-hoito ei ollut häpeällistä, jos sitä sai masennuksen kaltaiseen normaaliin ja somaattiseen sairauteen verrattavaan sairauteen.

Vuoden 1991 kirjoituskilpailun vastauksessa nelikymppinen nainen kertoi häntä kiusatun koulussa ja hänen olevan nykyään aikuisena yksinäinen ja pahoinvoiva. Ajoittain myös Turun yliopiston opinnoissa huomioitiin pitkään jatkuneen koulukiusaamisen seuraukset aikuisiän depressiotaipumuksena sekä alhaisena itsetuntona ja yksinäisyytenä.<sup>927</sup> Kirjoituskilpailussa nainen kertoi hakeneensa muutaman kerran apua psykiatrilta, mutta saaneensa vain tehottomia lääkkeitä. Lopulta lääkäri oli ehdottanut sairaalaan menoa: ”Lääkäri ehdotti minulle hoitoa piirimielisairaalan suljetulle osastolle, mutta minä kauhistuin jo sanaakin piirimieli, ja kysyin eikö ole muuta

<sup>924</sup> Hyväri 2011, 247.

<sup>925</sup> SKS KRA. Sata 17319. 1991.

<sup>926</sup> Horwitz 1982, 18. Suomessa *hulluus* eli *paranoia* on 1800-luvun lopulla ollut Jutta Ahlbeckin mukaan tavallinen lääketieteellinen diagnoosi, mikä osaltaan auttaa ymmärtämään hulluuden liittämistä 1900-luvun loppupuolella nimenomaan skitsofreniaksi katsottuihin tiloihin. Ahlbeck-Rehn 2007, 94.

<sup>927</sup> ”5-14” 1995, 13–14.

mahdollisuutta, ja hän kertoi OYKS:in psykiatrisenosaston päiväsairaala-osastosta, joka sijaitsi piirimielisairaalan tiloissa kylläkin.”<sup>928</sup>

Nainen koki hoidon hyvänä ja kuntouttavana, mutta koki silti leimaantuneensa hulluksi ottaessaan vastaan psykiatrista hoitoa. Hän pelkäsi ihmisten saavan tietää hänen käyvän sairaalassa. Nainen joutui pohtimaan myös omaa suhtautumistaan itseensä. Hän väisti hulluuden omassa tulkinnassaan katsomalla tilansa sairaudeksi ja sairauden normaaliksi.

Nyt en enää häpeä sitä, että kuljen psykiatrilla, silloin kun tunnen tarvetta siihen, silloin kun olin sairaalahoidossa pelkäsin paljastuvani, että muut ihmiset saavat tietää ja luulevat minua hulluksi, silloin olin haavoittuvainen ja sisin rikki, että pelkäsi jopa omaa varjoaan. Nyt en enää välitä vaikka koko maailma saisi tietää sairaudestani, en häpeä sitä enään, itsetuntoni on palannut tai kasvanut, kun aiemmin sitä en omistanutkaan.<sup>929</sup>

Hulluus oli häpeällistä, sairaus ei. Masennuksen kohdalla hulluus haluttiin arjen tiedossa korvata lääketieteellisesti määriteltävällä ja tautiluokkakakeskeisellä mielisairaustematiikalla, johon liittyi puhe muun muassa mielenterveyskuntoutujista. 1980- ja 1990-lukujen murroksessa psykiatrisia tautiluokkia alettiin omaksumaan hallinnon tiedosta arkeen. Tautiluokista muodostui enenevässä määrin itsen ja toisten tulkinnan väline. Kirjallisuudentutkija Saara Jäntti katsoo, että psykiatrisen diagnoosin saaneiden kaunokirjallisissa ja elämäkerrallisissa teoksissa diagnoosit ja muu lääketieteellinen diskurssi on sadan vuoden aikajänteellä siirtynyt tarinan laidoilta sen keskiöön.<sup>930</sup> Enää ei puhuttu yleisesti mielisairaalassa olemisesta, vaan omaa ja muiden elämää tulkittiin tautiluokkalähtöisesti.

Vuonna 1995 *Käsi kädessä* -lehdessä julkaistiin haastattelu, jossa nainen kertoi nuorena tekemästään itsemurhayrityksestä. Aikaa ennen hoitokontaktia hän ei käsitellyt mielen ongelmien kautta. Hän kuvasi elämän ongelmiaan ja kertoi, ettei saanut apua kotoa eikä koulupsykologilta. Itsemurhayrityksen jälkeen nainen joutui vastoin tahtoaan suljetulle osastolle ja sai mielestään huonoa hoitoa ja liikaa lääkkeitä. Hän koki olleensa sairaalassa turhan pitkään ja kuvaili, kuinka osastolla ”lääkäri oli epäilyt skitsofreniaa. Itse olin varma, että harhat johtuivat lääkkeistä, niin kuin johtuivatkin [– –].”<sup>931</sup> Naisen lääkäri vaihtui ja nainen ”kysyi lääkäriltä: ’Olenko hullu?’ – Et ole sairas, vaan tilasi johtuu pitkäaikaisista vaikeuksista johtuvasta syvästä masen-

<sup>928</sup> SKS KRA. Sata 17321. 1991.

<sup>929</sup> SKS KRA. Sata 17326–17327. 1991.

<sup>930</sup> Jäntti 2006, 250.

<sup>931</sup> Raippa 1995, 6.

nuksesta, minulle vastattiin [– –].<sup>932</sup> Artikkelissa haastateltiin diagnoosin tehnyttä lääkäriä, joka eksplisiittisesti erotti toisistaan hulluuden ja normaaliin elämään liittyvän mielen sairastumisen: ”Lukuun ottamatta vaikeita skitsofreenisiä tiloja, mikään ei ole elämälle vierasta. Sairaus on tunne-elämän ongelma, se on kytköksissä ihmisen senhetkiseen elämänvaiheeseen perheessä, työssä, muualla...<sup>933</sup> Lääkäri ei pitänyt masennusta hulluutena, sillä hänen silmissään masennustautiluokka kuului normaaliin.

Häpeä oli monin tavoin kietoutunut siihen, että yksilö oli psykologisen ja psykiatrisen määrittelyn ja hoidon kohteena. ”Hullun paperit” liitettiin aiemmin mielisairaalaan päätymiseen, mutta myöhemmin lääkärin diagnosoiman psykiatrisen tautiluokan sisältämään paperiin. Sotien jälkeisinä vuosikymmeninä ”hullun papereilla” viitattiin M3-lomakkeeseen, jolla lääkäri vahvisti – ja vahvistaa yhä – päätöksen tahdosta riippumattomasta hoidosta. Henkilö voi päättää jäädä sairaalaan myös omasta tahdostaan, jolloin hän allekirjoittaa samaisesta M3-lomakkeesta tarkoitusta varten olevan kohdan.<sup>934</sup> Vuonna 1994 *Käsi kädessä* -lehdessä yksinhuoltajaäiti kuvaili hetkeä, jolloin koki saaneen itselleen mielisairaana määritelmän:

Ensimmäisellä sairaalakerrallani minut otettiin pakkohoitoon, sillä en enää ymmärtänyt omaa tilaani. Toki tuntui nöyryyttävältä saada eteensä M3-paperi. Se oli yksi elämäni pahimpia hetkiä. Pitikö minun kirjoittaa alle paperi, jossa minua koskaan näkemätön ylilääkäri määrittelee minut mielisairaaksi? En voinut todella ymmärtää, että masentunut, huoliensa murtama ihminen on mielisairas! Minä tiedän nyt, mitä lempikirjailijani Aleksis Kivi sai kokea. Emmekö siis ole sadassa vuodessa yhtään edistyneet?<sup>935</sup>

Nainen kuvasi voimattomuuttaan ja saamattomuuttaan kotona, jossa hän kuitenkin saattoi edes teeskennellä huolehtivansa lapsistaan. Sairaalaan päätyminen ei tarkoittanut ainoastaan hullun leimaa, vaan myös poissaoloa lasten luota. Harvoin mielenterveyspalveluiden potilaaksi siirtyminen oli yksityinen ja yksinäinen tapahtuma. Nainen kirjoitti kiittääkseen sairaalan henkilökuntaa hyvästä hoidosta, mutta hyvä hoitokaan ei pelastanut sairaalassaoloon liittyvältä häpeältä, jota pahensi ajatus epäonnistumisesta äitinä.

<sup>932</sup> Raippa 1995, 6.

<sup>933</sup> Raippa 1995, 7.

<sup>934</sup> Ks. Sosiaali- ja terveysministeriön vahvistama M3-lomake. Sosiaali- ja terveysministeriön sivusto.

<sup>935</sup> Mehtä 1994.

Toki sairaalaan joutuminen on aina hirvittävä kynnyks: sillä hetkellä yli lyövää häpeän ja tuskan aaltoa ei voi sanoin kuvata. Sinusta tulee yhtäkkiä voimaton hyytelökasa, joka ei pysty enää huolehtimaan edes omasta ulkonäöstään, saati sitten muista ihmisistä. Minulle on molemmilla kerroillani ollut pahinta kestää se ajatus, että olen huono äiti, kun en enää jaksaa lasteni kanssa.<sup>936</sup>

Turun yliopiston opinnoissa huomioitiin psyykkisen ja somaattisen sairastamisen arvoasteikko ja arjen häpeäleiman mahdollisuus. Ajoittain opiskelijat toivoivat eksplisiittisesti mielen sairauksiin ja hoitoon liittyvän stigman katoamista. Vuonna 1985 psykiatrian väitöskirjassa kirjoitettiin astmapotilaista ja siitä, että potilaat eivät puhuneet lääkäreille somaattiseen sairauteen liittyvistä psyykkisistä ongelmistaan: ”Yksi syy siihen, että psyykkisistä ongelmista ei ollut puhuttu, näytti usein olevan pelko leimautumisesta psyykkisesti sairaaksi ja toisaalta se, että osastolla ei voinut puhua kovin yksityisesti.”<sup>937</sup> Vuonna 1997 psykiatrian opiskelija kirjoitti pakkohoittoon liittyvästä häpeäleimasta: ”Toivottavaa olisi myös pakkohoidon – niin kuin psykiatrisen hoidon yleensäkin – lyömän stigman hälveneminen tulevien vuosien saatossa niin, että suuri yleisö näkisi pakkohoidon samanlaisena akuuttitoimenpiteenä kuin hätäkirurgian. Se voi kylläkin kestää kauan.”<sup>938</sup>

Tilanteissa, joissa pahoinvoinnin syy nähtiin elämäntapahtumissa, saattoi patologisoiminen pahentaa tilannetta. *Helmi*-lehdessä vuonna 1994 nainen kuvaili, kuinka hän vaikean lapsuuden jälkeen meni nopeasti naimisiin päästäkseen pois ”lapsuushelvetistä”. Mies osoittautui huonoksi valinnaksi, sillä hän ryyppäsi, petti eikä olisi halunnut perheeseen syntyneitä kahta lasta. Nainen haki apua neuvolasta, josta hänet lähetettiin mielenterveystoimistoon. Nainen alkoi käyttää runsaasti vahvoja psyykenlääkkeitä ja kävi psykoterapiassa ”surkuttelemassa omaa hulluuttaan”. Nainen koki hoidon seurauksena muuttuneensa sekä sisäisesti että ulkoisesti, lihoneensa, turvonneensa ja omanneensa ”samean tylsän katseen”. Vuonna 1990 nainen päätti lopettaa hoidot, laihtui monta kymmentä kiloa, haki avioeron, meni uusiin naimisiin, muutti pois maasta, sai työpaikan, uuden lapsen ja oli tyytyväinen elämäänsä. Hoitoon hakeutumisesta nainen kirjoitti näin:

Tässä maassa missä nykyään asun, olisi tuo ”hulluuteni” laskettu normaaliksi reaktioksi epätoivoiseen tilanteeseen, kun olin yksin vastuussa kolmesta varsin pienestä lapsesta ilman kenenkään aikuisen apua. [–] Yhteenvetona: Kun Suomessa olosuhteiden pakosta joutuu hullunkirjoihin, menettää kaiken ihmisarvonsa ja kukaan ei usko todeksi mitään, mitä sanot. Ainoastaan nämä ammatti-

<sup>936</sup> Mehtä 1994.

<sup>937</sup> Salminen 1985a, 93–94.

<sup>938</sup> Äijälä 1996, 29.

auttajat tarjoavat lisää lääkkeitä, ettet varmasti pääse ajattelemaan tai punnitsemaan omaa tilannettasi selkeästi.<sup>939</sup>

Kirjoituksensa perusteella nainen oli saattanut olla hoidossa masennusdiagnoosilla, mutta hän itse käytti ainoastaan termiä ”hullu”. Vaikka tieteen tiedossa dikotomiat olivat lähinnä välineellisiä, arjessa dikotomioilla oli valtaa – normaali–hullu-dikotomiolla ja terve–(mieli)sairas-dikotomiolla.

Tautiluokka otti arjen tiedossa mielisairaalan paikan monella tavoin. Häpeää voidaan lähestyä toiminnan kautta ja analysoida minkä toiminnan kautta kysymys häpeästä vältetään kokonaan.<sup>940</sup> Mielisairaala ja mielenterveystoimisto rakennuksena ja myöhemmin psykiatrisen tautiluokka diagnoosina saattoivat sekä tuottaa että poistaa häpeää. Mielisairaalassa oleminen toi mukanaan häpeän mahdollisuuden. Kuitenkin samalla se tarjosi muista erillisen tilan, jossa häpeää ei tarvinnut kohdata. Vuonna 1994 julkaistussa lehtihaastattelussa nainen kertoi ensimmäisestä mielisairaalakokemuksestaan: ”Oli valtava helpotus, kun ei tarvinnut pitää kulissia yllä. Sain olla oma itseni. Sain ulkoilla, eikä tarvinnut selitellä kenellekään mitään, Elsa muistaa puolen vuoden sairaala-aikaansa.”<sup>941</sup> Mielisairaala saattoi antaa ihmiselle häpeältä suojaavan tilan. Myöhemmin psykiatrisen tautiluokka tarjosi samankaltaista suojaa. 42-vuotias nainen kuvaili kokemuksiaan Työttömän tarina -keruun kirjoituksessa. Nainen kuvaili kohdanneensa sekä työttömyyden että somaattisen sairastelun tähden monia ongelmia, joiden seurauksena hän uupui elämäntilanteeseensa.

Miten paljon mahtuu seuraaviin vuosiin. Kun [somaattisen] sairauden takia väliaikaiselle eläkkeelle ja hylättyjen eläkehakemusten kautta työttömyyskortistoon kulki tieni. Voimakkain tunne joka valtasi mielen oli häpeä! Miten minä ja miksi? Sitten tuli voimakas uupumus ja masennus, vakava sairaus ja voimakkaat lääkkeet olivat jo rakentaneet pohjan suurelle luhistumiselle. Muistoja tuolta ajalta on vähän.<sup>942</sup>

Merkittävä käännekohta oli käynti psykiatrilla.

Taas uudet raskaat portaat: psykiatrille. Mutta sieltä minä läksin nauraen. En muista muuta kuin [sic] naurun ja ilon tunteen. Lupa olla väsynyt, uupunut ja katkera. [– –] Toivon kaikille voimia hakea apua ammattihmisiltä [sic], ulko-

<sup>939</sup> Nimimerkki 1994, 10.

<sup>940</sup> Oinas 2011, 165–67.

<sup>941</sup> Ilaskari 1994, 31.

<sup>942</sup> SKS KRA. Työtön 11422. 1993.



puolisilta. Meidän on vaikea auttaa ihan lähellä olevaa kärsivää omaista. Minä kiitän perhettäni ettei minua jätetty huonoina päivinä.<sup>943</sup>

Mielenterveyspalveluissa saatu psykiatrinen tautiluokka antoi naiselle luvan kokemuksiinsa. Hän sisäisti tautiluokkansa ja näin hänen tunteensa ja ajatuksensa saivat virallisen syyn ja hyväksynnän. Elämänhistoria ei riittänyt syyksi väsymykseen ja katkeruuteen. Naisen kirjoituksessa häpeää oli koettu jo somaattisesta sairaudesta, jonka vakavuutta yhteiskunta oli kyseenalaistanut hylättyjen eläkehakemusten muodossa. Lupaa sairastamiseen ei alkuun saanut arvoasteikossa korkeammalla olevan somaattisen sairauden tähden, mutta yhteiskunnan lupa annettiin lopulta psyykkisen sairauden muodossa.

Arjessa elettiin psyyken ja sooman arvohierarkiaa joka päiväisessä elämässä. Mielenterveyspalveluiden hyödyntäminen tarkoitti mielenterveyspotiluuksi, joka oli häpeällistä ja häpeäleima saattoi jäädä ihmiseen koko loppuelämäksi. Häpeä liittyi alkuun konkreettisiin tiloihin, erityisesti mielisairaalaan. Mielisairaalan eriytyneisyyttä korosti potilaan luo tulleiden vierailujen harvinaisuus verrattuna somaattiseen sairaalahoitoon. Päätös mielisairaalahoitoon hakeutumisesta ei ollut päätös ainoastaan avun hakemisesta, vaan myös päätös mahdollisen sosiaalisen häpeäleiman vastaanottamisesta. Omista mielenterveyden haasteista tai itsemurhan yrittämisestä kertomisella koettiin voivan olla konkreettisia seurauksia. Osa menetti ystäviä ja työtilaisuuksia. Parhaimmillaankin sairaalassaolajakso tarkoitti perheelliselle aikaa poissa lasten luota. Tämä kaikki saattoi hidastaa tai estää avun hakemista.

Häpeä ei vaatinut sosiaalisuutta, sillä se oli ennalta kulttuurista omaksuttua. Samalla oli saatettu omaksua ajatus, että mielisairaalaan päätyminen tarkoitti yhteiskunnan silmissä oman aktiivisen ja tuottavan kansalaisuuden laiminlyömistä. Silloinkin kun ihminen koki välttäneensä häpeän, oli häpeäleiman väistäminen osa mielisairaalahoitoon liittyvää tarinaa. Arjen tiedossa mielenterveyspalveluita hyödyntävästä ihmisestä käytettiin termiä hullu.

Ennen tautiluokkakeskeisyyttä termillä hullu viitattiin kaikkiin mielenterveyspotilaisiin diagnoosista riippumatta. Hullun papereilla viitattiin mielisairaanhoidon mahdollistaneeseen lomakkeeseen. Tautiluokkakeskeisyyden kasvaessa hullun papereiksi muuttui diagnoosin paljastava lääkärin kirjaus. Mielenterveyspotiluuksi ei alkanut enää astumisella sisään rakennukseen, vaan hetkestä, jolloin ihminen sai tietää hänelle diagnosoidun psykiatrisen tautiluokan.

Tautiluokkakeskeisyyden myötä arjessa alettiin aktiivisesti nostamaan masennuksia mielenterveyshäiriöiden arvoasteikolla. Sairauksien arvoasteikolla psyyken sairaus on hyvin matalalla, mutta aivosairaus korkealla. Tautiluokkien merkityksen

<sup>943</sup> SKS KRA. Työtön 11423. 1993.

kasvaessa skitsofrenialle pedattiin sijaa todellisena hulluutena ja samalla masennuksia verrattiin somaattisiin sairauksiin. Hypoteesi masennuksesta aivokemiallisena epätasapainona vastasi tarpeeseen nostaa masennuksen arvostusta pois psyykkisestä sairastamisesta ja kohti aivosairautta.

### 3.6 Masennus liikkui tieteen tiedossa psyyken ja sooman välillä

Modernin masennuksen historia ei ole ollut yksinkertaista mielen sairauden historiaa. Masennukset ovat olleet liikkeessä normaalin ja epänormaalin ja terveen ja sairaan välillä. Yhtä lailla ne ovat olleet jatkuvassa liikkeessä psyyken ja sooman välillä. Tässä alaluvussa analysoin masennusten suhdetta psyykeen, soomaan ja psykosomatiikkaan. Analysoin lisäksi, miten masennukset suhteutuivat muihin psyykkisiin ja somaattisiin tiloihin ja sairauksiin.

1980- ja 1990-lukujen masennuskäsityksiin vaikutti psykosomatiikan historia ja miten siinä nähtiin psyyken ja sooman rooli. Maailmansotien välisenä aikana oli alkanut vakiintua psykosomatiikan tutkimuskenttä, joka pohjautui alkuun psykoanalyttisille teorioille ja käsityksille. Tuolloin perustettiin alan yhdistys ja tieteellinen aikakauslehti. Toisen maailmansodan jälkeen psykosomaattinen lääketiede alkoi vallata alaa psykiatriassa ja myöhemmin psykologiassa.<sup>944</sup> Vuonna 1978 psykologian opinnoissa kerrottiin, että psykosomatiikka ”syntyi vastavaikutuksena puhtaasti somaattiselle lääketieteelle”.<sup>945</sup> Vuonna 1988 psykosomatiikan kerrottiin tutkivan ”psyykkisten ja fysiologisten tekijöiden vuorovaikutusta somaattisten sairauksien synnyssä”.<sup>946</sup> Samana vuonna toisella kurssilla psykosomaattinen sairaus määriteltiin olevan ”toiminnan häiriö, sairaus jonka synnyssä keskeisiä ovat emotionaaliset tapahtumat”.<sup>947</sup> Neuropsykologian opintojaksolla opetettiin psykosomaattisen komponentin olevan ”enemmän tai vähemmän mukana” kaikissa sairauksissa.<sup>948</sup>

Turun yliopiston psykologian laitoksen opinnoissa psykosomatiikkaa opetettiin yhdessä neuropsykologian kanssa lukuvuoteen 1991–1992 saakka, jolloin ne erotettiin kahdeksi eri opintojaksoksi ja lukuvuonna 1995–1996 psykosomatiikka oli jo kokonaan tippunut pois opetusohjelmasta itsenäisenä opintokokonaisuutena.<sup>949</sup> Lääketieteen opinnoissa psykosomatiikka kuului omana luentonaan osaksi psykiatrian opintokokonaisuutta lukuvuoteen 1990–1991 saakka. Seuraavana lukuvuonna sitä ei

<sup>944</sup> Joukamaa 1986, 14–15; Lipsitt 2006, 5–8; Deter, Kruse ja Zipfel 2018.

<sup>945</sup> ”4-30” 1978, 29.

<sup>946</sup> ”6-33” 1988, 18.1.1988.

<sup>947</sup> ”6-33” 1988, 14.3.1988.

<sup>948</sup> ”7-11” 1989, 12.4.1989.

<sup>949</sup> Turun yliopisto 1979; Turun yliopisto 1995b. Lisäksi Turun yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan opinto-oppaat tältä väliltä.

enää mainittu luentojen aiheissa, mutta opintojakson tavoitteissa oli edelleen, että opiskelijan tuli oppia ”selostamaan psyykkisten tekijöiden osuutta somaattisessa oireenmuodostuksessa”<sup>950</sup>. Lukuvuonna 1993–1994 psykosomatiikkaa ei mainittu, mutta lukuvuosina 1994–1996 kahtia jaetun psykiatrian opintojakson ensimmäisessä osassa kliininen psykosomatiikka oli toinen kahdesta pääsisällöstä. Samalla opintojakson yksi tavoitteista oli, että opiskelija oppii yleisimpien psykosomaattisten häiriöiden diagnostiikan ja hoidon. Yleisen propedeutiikan opintojakson psykiatrian osuuteen kuului lukuvuonna 1979–1980 psyykkisten tekijöiden tunnistaminen somaattisessa oireenmuodostuksessa ja omana aiheenaan oli psykologian ja lääketieteen suhde toisiinsa. Tätä opintojaksoa ei kuitenkaan opetettu enää vuoden 1980 jälkeen.<sup>951</sup>

Psykosomatiikka oli yleinen aihe lääketieteen opinnoissa, ja sitä käsitteivät joko pääaiheenaan tai pääaiheen ohella useammat Turun yliopiston psykiatrian ja lastenpsykiatrian väitöskirjat 1980- ja 1990-luvuilla.<sup>952</sup> Vuonna 1986 Matti Joukamaa väitelti Turun yliopiston psykiatrian oppiaineesta alaselän kipuihin liittyvistä psyykkisistä tekijöistä. Tutkimuksessaan Joukamaa pohti masennuksen ja masentuneisuuden yhteyttä kipuihin.<sup>953</sup> Hän totesi, että tuolloin oli vasta hiljattain alettu korostaa useiden sairauksien monietiologisuutta eli huomioon tuli ottaa somaattisia, psyykkisiä ja sosiaalisia tekijöitä. Tästä syystä oli alettu pitää epätydyttävänä jäykkää jakoa somaattisiin, psykosomaattisiin ja psyykkisiin sairauksiin. Samalla psykosomaattisina pidettyjen sairauksien lukumäärä oli huomattavasti lisääntynyt. Väitöskirjatutkija totesi vuonna 1980 ilmestyneen DSM-III-tautiluokituksen luopuneen tästä huolimatta psykosomaattisen häiriön käsitteestä ja ”sen asemesta psykiatrisessa diagnosoinnissa otetaan huomioon kaikki ne somaattisetkin sairaudet, jotka voivat vaikuttaa kokonaisarviointiin”.<sup>954</sup> Masennuksen osalta hän kertoi, että ”[o]n esitetty, että psyykinen oireilu, erityisesti masentuneisuus ja ahdistus saattavat naamioitua puhtaasti somaattiseksi oireiluksi, vaikkapa kivuiksi, joiden etiologia ei somaattisella tasolla selity”.<sup>955</sup>

Tähän vuoden 1986 väitöskirjaan viitattiin myös vuonna 1991 valmistuneessa väitöskirjassa, jossa todettiin Joukamaan tutkimuksen tukevan näkemystä, jossa

<sup>950</sup> Toivola 1991, 96.

<sup>951</sup> Elholm 1979; Toivola ja Vilola 1995. Lisäksi Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan opinto-oppaat ajalta 1980-1993 ja lääketieteellisen lisensiaatin tutkinnon opinto-oppaat ajalta 1993–1995.

<sup>952</sup> Salminen 1985a; Joukamaa 1986; Erkolahti 1987.

<sup>953</sup> Joukamaa 1986. Selkäpotilailla ja heidän puolisoillaan keskimääräistä enemmän esiintyvä depressio huomioitiin myös vuonna 1991 valmistuneessa lääketieteen väitöskirjassa. Saarijärvi 1991, 31.

<sup>954</sup> Joukamaa 1986, 12.

<sup>955</sup> Joukamaa 1986, 12, 21.

krooninen alaselkäsairaus muistutti kulultaan somaattisen sairauden sijaan enemmän kroonista neuroosia.<sup>956</sup> Vuonna 1991 julkaistussa väitöskirjassa kaivattiin lisätutkimusta, jotta estettäisiin akuutin kivun kroonistuminen ja parannettaisiin potilaiden elämänlaatua: ”Ihmisten hahmottama todellisuus on sosiaalinen konstruktio, jota jatkuvasti luomme kielellisessä vuorovaikutuksessa [– –]. Tämän vuoksi perheterapian tutkijoilta ja tekijöiltä edellytetään jatkossa pureutumista empiirisen tutkimuksen keinoin sosiaalisen todellisuuden ongelmiin, sillä ’tekeminen on tietämistä ja tietäminen on tekemistä’ [– –].”<sup>957</sup>

1990-luvulla psykologian opinnoissa selkävaiivat nähtiin usein kroonisen depression oireena. Samalla huomioitiin selkävaivojen voivan olla naamioidun depression ainoa oire, mikä teki diagnosoinnista vaikeaa.<sup>958</sup> Turun yliopiston psykologian opinnoille tyypillisesti tällaiset patologiset tilat eivät olleet keskiössä ja tunne-elämän ongelmiin ei useinkaan viitattu psykiatrisella tautiluokalla. Vuonna 1987 psykologian opiskelija teki osana harjoitustyötään Kelan kuntoutushakemukseen tarkoitetun psykologisen tutkimuksen, jonka johtopäätöksissä hän pohti, johtuiko ”selkäsairaus mahdollisesti siitä, ettei tutkittavalla ole kosketusta omiin tunteisiinsa?”<sup>959</sup>

Masennuksen liikkuminen psyykkisen ja somaattisen välillä saattoi tarkoittaa omanlaisiaan masennuksia. Yhtenä masennuksen muotona pidettiin jo edellä mainittua piilodepressiota tai naamioitua masentuneisuutta.<sup>960</sup> Piilodepressiolla viitattiin hoitamattomaan masennussairauteen, joka oireili somaattisesti. Vuonna 1988 psykiatrian opiskelija määritteli, että ”[d]epressio saattaa esiintyä myös yksinomaan somaattisina tuntemuksina. Silloin sitä sanotaan naamioiduksi tai piileväksi depressioksi”.<sup>961</sup> Ajoittain opinnoissa katsottiin masentuneisuuden voivan toimia naamiona toiselle sairaudelle. Vuonna 1988 psykologian opiskelija kirjoitti narsismin saattavan ”naamioitua depressiivisyyden alle”.<sup>962</sup>

Masennus saattoi olla vaikea erottaa muista psyykkisistä ja somaattisista sairauksista. Samalla masennuksen voitiin katsoa sekoittuvan taudinkuvaltaan toisen psyykkisen sairauden kanssa, jolloin puhuttiin rajatilasta. Masennus yhdistyi muihin sairauksiin myös syy–seuraus-yhteydellä. Masennus oli seurausta jostain toisesta psyykkisestä tai somaattisesta sairaudesta, tai masennus aiheutti jonkin toisen psyykkisen tai somaattisen sairauden.

<sup>956</sup> Saarijärvi 1991, 3.

<sup>957</sup> Saarijärvi 1991, 36.

<sup>958</sup> Psykologian opintojen psykosomatiikan kurssilla lukuvuosina 1991–1993 käytössä ollut suomalainen oppikirja. Achté, Pakaslahti ja Rimón 1984, 336–337.

<sup>959</sup> Vuonna 1987 valmistunut psykologian opiskelijan harjoitustyö. ”1-2” 1987, 4.

<sup>960</sup> Ks. mm. Achté, Pakaslahti ja Rimón 1984, 21, 513; Salminen 1985a, 53, 87; Joukamaa 1986, 146, 155.

<sup>961</sup> Psykiatrian syventävien opintojen kirjallinen työ. Reinikka 1988, 1.

<sup>962</sup> ”7-20” 1988, 9.

Sekä sairasta että tervettä masennusta saatettiin pitää sopeutumiskeinona tai yli-päättään seurauksena somaattisesta sairaudesta erityisesti psykologian<sup>963</sup>, mutta myös lääketieteen<sup>964</sup> opinnoissa. Oleellista masennuksen mahdollisuuden tiedostaminen oli senkin tähden, että masennus saattoi hankaloittaa tai estää somaattisesta sairaudesta tai vammasta kuntoutumista.<sup>965</sup> 1980-luvun alussa todettiin vammautumisen seuraavan helposti ja nopeasti masennustila, mutta huomioitiin samalla masennustaipumusta voineen olla jo ennen vammaa.<sup>966</sup> Myös muut kuin suoranaiset sairaudet saattoivat aiheuttaa masennusta. Esimeriksi unenpuute saattoi johtaa dysforis-depressiiviseen tilaan.<sup>967</sup>

Vuonna 1988 psykiatrian opiskelija kirjoitti masennusluokittelusta, jossa masennus jaettiin primaarisiin, puhtaisiin mielialahäiriöihin, sekä sekundaarisiin, somaattisiin tai psyykkisiin ei-affektiivisiin sairauksiin pohjaaviin masennuksiin.<sup>968</sup> Opiskelija pohti somaattisten sairauksien aiheuttamaa masennusta: ”Somaattiset sairaudet voivat toimia depressiota laukaisevina tekijöinä, mutta ne saattavat myös vaikuttaa depression ennusteeseen.”<sup>969</sup> Vaikkei muu somaattinen tai psykiatrinen sairaus olisi ollut laukaiseva tekijä, se saattoi silti vaikuttaa prognoosiin. Opiskelija esitteli tutkimuksen, jonka mukaan ”[s]yövän ja depression sekä sydän- ja verisuonisairauksien ja depression välillä saattaa olla erityinen biologinen yhteys”.<sup>970</sup> 1980-luvulla psykologian opinnoissa todettiin, että ”[s]yöpäpotilas tekee itsemurhan depressiossa”.<sup>971</sup> Syöpä ei voinut aiheuttaa itsetuhoisuutta, mutta syöpäsairaalle kehittynyt masennus voi.

1990-luvulla psykologian opinnoissa käsiteltiin syövän ja masennuksen yhteyttä. Muutamien tutkimusten mukaan masennus sekä muut negatiiviset tunteet saattoivat aiheuttaa syöpää. Opinnoissa tutkimuksia kuitenkin kritisoitiin, sillä masennus yleensä todettiin vasta syöpädiagnoosin jälkeen. Toisaalta syöpä saattoi elimistössä aiheuttaa masennusta ruokkivia muutoksia ilman että potilas oli syövästä vielä tietoinen. Masennuksen todettiin myös mahdollisesti nopeuttavan syöpäsairauden etenemistä.<sup>972</sup> Syövän ja depression yhteyteen viitattiin neuropsykologian opintojak-

<sup>963</sup> ”2-13” 1981, 17; ”7-4” 1988, 15; ”7-19” 1990, väliotsikot ”Yllätyskriisi”, ”Vaikkeitten tunteitten kohtaaminen” ja ”Kriisejä ja niihin liittyviä tunteita”.

<sup>964</sup> Kari 1988.

<sup>965</sup> Rinne 1975, 386; Achté, Pakaslahti ja Rimón 1984, 21.

<sup>966</sup> Lukuvuonna 1979–1980 käytössä ollut oppikirja. Rinne 1975, 386.

<sup>967</sup> Kari 1988, 3.

<sup>968</sup> Reinikka 1988, 15.

<sup>969</sup> Reinikka 1988, 23.

<sup>970</sup> Reinikka 1988, 23.

<sup>971</sup> 1980-luvulla psykologian opinnoissa ollut suomalainen psykiatrian oppikirja. Alanen, Achté ja Tienari 1981, 255.

<sup>972</sup> 1990-luvulla psykologian opinnoissa käytössä ollut suomalainen oppikirja. Achté, Pakaslahti ja Rimón 1984, 395–401, 408.

solla käsiteltäessä psykosomatiikkaa. Tunne-elämä vaikutti muun muassa immunologiseen systeemiin, mikä altisti syövän kaltaisille sairauksille.<sup>973</sup>

1980- ja 1990-lukujen opinnoissa pohdittiin ajoittain astman ja masennuksen yhteyttä.<sup>974</sup> Vuonna 1985 valmistui psykiatrian väitöskirja, joka tutki psykososiaalisia tekijöitä astmassa. Masennus yhdistettiin astmaan monin tavoin. Väitöskirjatutkija pohti astman psykodynaamiikkaa psykodynaamiselle koulukunnalle tyypillisesti sisäänpäinkäännettynä aggressiivisuutena. Astmapotilas ei kyennyt ilmaisemaan aggressiivisuuden tunteitaan ja oli emotionaalisesti estynyt, mikä aiheutti affektin resomatisaation.<sup>975</sup> Psykosomatiikka saattoi muutoinkin liittyä opinnoissa juuri psykodynaamiseen ajatteluun. Esimerkiksi psykologian laitoksella vuonna 1981 pidetyllä kurssilla yhdeksi psykoanalyttisen ajattelun mukaiseksi defenssimekanismitä laskettiin introjektio, joka toimi päällimmäisenä mekanismina sekä depressiossa että psykosomaattisissa sairauksissa.<sup>976</sup>

Psykiatrian väitöskirjatutkijan tekemien haastattelujen perusteella erityisesti kroonista astmaa sairastavilla potilailla oli masennusta, yleensä juuri piilodepressiota. Väitöskirjatutkija kuvasi masennuksella ja astmalla olleen yhteys, mutta jätti syy-seuraussuhteet avoimiksi. Huonot kasvuolosuhteet tai geneettiset tekijät saattoivat aiheuttaa sekä astmaa että masennusta. Toisaalta masennusta saattoi aiheuttaa krooninen astma.<sup>977</sup> Väitöskirjatutkija kirjoitti, että ”[m]ekanismeista, joilla tunne-elämä vaikuttaa hengitysteihin, ei tämän tutkimuksen perusteella voi paljon sanoa”.<sup>978</sup> Joka tapauksessa väitöskirjatutkija näki masennuksen ja astman välillä yhteyden:

Kroonisten astmapotilaiden depression vaikeusaste korreloi yleensä astman vaikeusasteeseen. Monille depressiosta kärsiville astmapotilaille oli tyypillistä, että kun vaikea kohtaus yllätti, tuli depressiokin selvemmin esiin. Usein kun tilanne helpottui, potilaat pyrkivät kieltämään masennuksen kokonaan. Jotkut potilaat käyttäytyivät jopa korostuneen reippaasti ja iloisesti. Masennuksesta ei useinkaan haluttu puhua suoraan.<sup>979</sup>

Monet vaikeasti sairaat krooniset astmapotilaat näyttivät olevan eräänlaisessa noidankehässä. Sairaus, joka saattoi olla alkanut joko psyykkisten tai somaattisten tekijöiden laukaisemana, aiheutti jatkuessaan psyykkisiä ongelmia,

<sup>973</sup> ”7-11” 1989, 12.4.1989.

<sup>974</sup> Achté, Pakaslahti ja Rimón 1984, 203.

<sup>975</sup> Salminen 1985a, Tiivistelmä, 26, 28–29, 49, 52, 54–55, 71, 87.

<sup>976</sup> ”2-1” 1981, 62.

<sup>977</sup> Salminen 1985a, Tiivistelmä, 26, 28–29, 49, 52, 54–55, 71, 87.

<sup>978</sup> Salminen 1985a, 92.

<sup>979</sup> Salminen 1985a, 53.

masennusta, ahdistuneisuutta ym. jotka puolestaan psykosomaattisten mekanismien kautta pahensivat sairautta edelleen.<sup>980</sup>

Vuonna 1987 lastenpsykiatrian väitöskirja vertaili reumaa, diabetesta ja neuroosia sairastavien 8–11 vuotiaiden lasten luovan ajattelun ilmenemistä. Psykiatrisista tautiluokista masennus mainittiin usein. Väitöskirjatutkija kertoi, että ”[I]apsireumaatikoista on havaittu samantapaisia persoonallisuudenpiirteitä kuin aikuisissa reumaatikoissa: pakonomaisia toimintoja, huomattavaa tunne-elämän kapeutumista ja depressiota”.<sup>981</sup> Kroonisesti sairaista lapsista monet olivat ”depressiivisiä ja kehittävät erilaisia puolustusmekanismeja selviytyäkseen pitkäaikaisen sairauden mukanaan tuomasta erityiskohtelusta”.<sup>982</sup> Tutkimuksen kohteena olleiden lasten neurooseihin ei lukeutunut depressiivisiä neurooseja. Sinänsä oirekuvausten perusteella väitöskirjassa kuvatut neuroosit eivät eronneet suuremmin tai lainkaan lasten masennustiloista. Kumpiinkin liitettiin muun muassa pelkotiloja, käyttäytymishäiriöitä, yökastelua, vatsakipuja ja keskittymiskyvyn puutetta.<sup>983</sup> Opinnoissa tehtiin ajoittain muutoinkin yhteys reuman ja masennuksen välillä.<sup>984</sup>

Vanhusten kohdalla huomioitiin somaattisen sairauden ja masennuksen monitulkintainen suhde. Vuonna 1990 valmistuneessa vanhusten masennusta käsittelevässä työssä kansanterveystieteen opiskelija kirjoitti sydäninfarktin jälkitilan saattavan muistuttaa masennuksen taudinkuvaa.<sup>985</sup>

Somaattisten sairauksien lisäksi masennus saattoi liittyä muihin mielenterveyden ongelmiin etiologisesti eli jokin mielenterveyden ongelma oli aiheuttanut masennuksen. Vuonna 1985 psykiatrian opiskelija kirjoitti potilaista, jotka kärsivät ”skitsofreniaan liittyvästä postpsykoottisesta depressiosta”.<sup>986</sup> Vuonna 1992 psykiatrian opiskelija kertoi anoreksian yhteydessä esiintyvän nimenomaan masennusta.<sup>987</sup> 1995 psykologian opiskelija kirjoitti syömishäiriöiden ja kliinisen depression yhteydestä, mutta kirjoitti olevan epävarmuutta siitä, aiheuttiko depressio syömishäiriön vai toisinpäin. Joka tapauksessa syömishäiriöiden ja kliinisen depression välillä oli yhteys erityisesti negatiivisen minäkäsityksen kautta.<sup>988</sup>

<sup>980</sup> Salminen 1985a, 92.

<sup>981</sup> Erkolahti 1987, 40.

<sup>982</sup> Erkolahti 1987, 48–49.

<sup>983</sup> Erkolahti 1987, 70–74.

<sup>984</sup> Achte, Pakaslahti ja Rimón 1984, 314–315.

<sup>985</sup> Korhonen 1990, 3.

<sup>986</sup> Lääketieteen lisensiaatin syventävien opintojen kirjallinen työ. Lauerma 1985, 12.

<sup>987</sup> Psykiatrian opiskelijan kirjallinen työ. Merenheimo 1991, 14. Myös vuonna 1995 valmistuneessa psykiatrian opiskelijan kirjallisessa työssä masennus mainittiin yhtenä mahdollisena anoreksian seurauksena muiden psyykkisten, somaattisten ja sosiaalisten sopeutumishäiriöiden ohella. Bäckström 1995, 5.

<sup>988</sup> ”5-8” 1995, 9–11. Myös esim. ”5-13” 1995, 6.

Masennus saattoi olla myös reaktio hoitoon tai vuorovaikutustilanteisiin hoitohenkilökunnan kanssa. Vuonna 1989 psykologian opiskelija kertoi, että jos hospitalisoitunutta potilasta syytti teeskentelystä, saattoi hän reagoida ”korostuneella psykosomaattisella oiremuodostuksella tai depressiolla”.<sup>989</sup> Masennus saattoi johtua myös sairaalaloista. Tehohoitopotilaan psyykkisistä reaktioista syventävien kirjallisen työnsä vuonna 1988 tehnyt opiskelija kuvaili potilaassa kiinni olevien laitteiden aiheuttavan depression uhkaa: ”Masennus on kaikkia mekaanisista laitteista riippuvaisia potilaita uhkaava häiriö.”<sup>990</sup>

Somaattisesta sairaudesta seurannutta masennusta käsiteltiin ajoittain reaktiivisena masennussairautena ja ajoittain siitä puhuttiin normaalina, terveenä ja tarpeellisenä reaktiona yksilön elämässä tapahtuneeseen muutokseen. Vuonna 1992 kansanterveystieteen opiskelija käsitteli sydäninfarktipotilaiden kuntoutusta psykososiaalisesta näkökulmasta. Opiskelija totesi, että sekä potilailla että ”heidän perheenjäsenillään esiintyy pelkoja, masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta”.<sup>991</sup> Opiskelijan mukaan 60 prosentilla koronaaripotilaista esiintyi ”vakavaa ahdistusta ja kliinistä depressionia”.<sup>992</sup> Opiskelija kirjoitti masentuneisuudesta ja ahdistuneisuudesta oman otsikkonsa alla kahden sivun verran. Masennusta kuvattiin luonnollisena ja tärkeänä sopeutumista auttavana reaktiona. Luonnollisuudestaan huolimatta masennukselle lueteltiin oireet. Opiskelija korosti, että potilasta oli opetettava erottamaan masennuksen oireet sydänperäisistä oireista. Opiskelija rinnasti masennuksen eräänlaiseen surutyöhön.<sup>993</sup>

Opinnoissa huomioitiin myös joidenkin lääkärin määräämien lääkkeiden voivan aiheuttaa masennusta. Lääkityksen aiheuttamaan masennukseen viitattiin lähinnä lääketieteen opinnoissa.<sup>994</sup> Lääkityksen mahdollinen yhteys masennukseen huomioitiin erityisesti vanhusten kohdalla. Vuonna 1984 valmistuneessa psykiatrian väitöskirjassa todettiin, että masennusta saattoivat aiheuttaa ehtymisiän ja vanhuuden myötä puhjenneet sairaudet sekä niihin syödyt lääkkeet.<sup>995</sup> Ajoittain opinnoissa mainittiin tarkemmin lääkeaineryhmiä. Vuonna 1990 kansanterveystieteen vanhusten masennuksen hoitoa käsittelevässä työssä opiskelija kertoi joidenkin tiettyjen sydän- ja verenpainelääkkeiden aiheuttavan masennusta.<sup>996</sup>

Vuonna 1978 fysiologisen psykologian kurssilla opetettiin, että sairauden katsottiin olevan psyykkisen ja fyysisen vuorovaikutusta ja näin ollen lääketiede tarvitsi

<sup>989</sup> Vuonna 1989 valmistunut psykologian harjoitustyö. ”7-35” 1989, 2.

<sup>990</sup> Kari 1988, 2.

<sup>991</sup> Lipponen 1992, Tiivistelmä.

<sup>992</sup> Lipponen 1992, 1.

<sup>993</sup> Lipponen 1992, 16–18.

<sup>994</sup> Häkkänen 1993, 21.

<sup>995</sup> Mattila 1984, 37.

<sup>996</sup> Korhonen 1990, 3, 8.



psykosomaattista näkökulmaa. Kurssilla todettiin, ettei vanha ainoastaan somaattisesti suuntautunut lääketiede ”kykene selviytymään esim. sydän & verisuonisairaudesta, syövästä, reumatismi [sic.] [– –], vatsahaavasta, astmasta”.<sup>997</sup> Näistä useampi sairaus yhdistyi masennukseen vaihtelevin syy-seuraus-yhteyksin vuosien 1980–1995 opinnoissa.<sup>998</sup>

Psykosomatiikka vakiintui toisen maailmansodan jälkeen psykologiaan ja psykiatriaan. Psykosomatiikan tarkoituksena oli haastaa puhtaasti somaattinen lääketiede ja tuoda esille sairauksien somaattisten syiden lisäksi niiden psyykkisiä syitä. Alkuun sairauksilla viitattiin lähinnä somaattisiin sairauksiin, mutta vuoteen 1980 mennessä psykosomatiikasta kirjoitettiin kaiken sairastamisen yhteydessä. Vuosina 1980–1995 psykosomatiikka oli oleellinen osa psykologian ja psykiatrian opintoja. Sairauksien monietiologisuutta korostettiin, mikä sopi hyvin yhteen sen kanssa, että ihminen nähtiin psykofyysissosiaalisena kokonaisuutena.

Masennusten osalta liike psyyken ja sooman välillä oli monimutkaista ja monitahoista. Masennuksen oireet saattoivat olla psyykkisiä ja somaattisia, ja masennus saattoi olla oire psyykkisestä tai somaattisesta sairaudesta. Masennus saattoi oireilla ainoastaan somaattisesti, jolloin puhuttiin naamioidusta tai piilodepressiosta. Tätä saattoi tapahtua myös toisinpäin eli somaattinen tai psyykinen sairaus saattoi naamioitua masennukseksi. Näin oireilevien sairauksien tunnistaminen oli erityisen vaikeaa.

Masennus saattoi aiheuttaa somaattisen tai psyykkisen sairauden. Masennus saattoi hankaloittaa tai estää somaattisesta sairaudesta tai vammasta kuntoutumista. Masennuksesta saattoi olla myös hyötyä, jolloin se oli potilaalle tapa sopeutua somaattiseen sairauteen. Samalla somaattinen tai psyykinen sairaus saattoi aiheuttaa kliinisen masennuksen tai vaikuttaa jo olemassa olevan masennuksen prognoosiin. Masennusta saattoi aiheuttaa myös sairaalassaolo tai potilaan lääkitys.

Somaattisten ja psyykkisten sairauksien ja oireiden käsittelyssä oli ajoittain läsnä kahdessa edellisessä alaluvussa käsitelty sairauksien arvoasteikko. Kun somaattiseen sairauteen tai somaattisiin oireisiin yhdistettiin psyykinen sairaus tai oireet, niin se saattoi tarkoittaa kaltevaa pintaa potilaan kokemusten todenperäisyyden kyseenalaistamiseen. Jos masennus naamioitui selkäkivuksi tai psyyken ongelma purkautui astmakohtauksena, ei kivulla tai astmakohtauksella välttämättä nähty todenperäistä syytä. On kuitenkin tärkeä huomioida, ettei näihinkään esimerkkeihin aina ja väistämättä liittynyt ajatus huomion hakuisuudesta tai erottelua todelliseen ja kuviteltuun sairauteen tai oireeseen. Tällaista asennetta oli jonkin verran luettavissa vuosien

<sup>997</sup> ”4-30” 1978, 30.

<sup>998</sup> Psykosomatiikan yhteydessä listattiin usein psykosomaattisina pidettyjä sairauksia, kuten ”anoreksia nervosa, ärtynyt paksusuoli, astma, reuma, alkoholiongelmat”. ”7-27” 1989, ”10.10.” Leena-Maria Blinnikan luento ”Perheterapia”.

1980–1995 teksteissä, mutta ei pääasiallisena tai edes systemaattisesti toistuvana asenteena. Ajanjakson psykologian ja psykiatrian opinnoissa psyykeen ja soomaan suhtauduttiin lähtökohtaisesti samanarvoisina ja todellisina. Tiedon aukot olivat tiedon aukkoja, ei merkkejä mielikuvituksesta. Ylipäätään psyyken ja sooman tiukkaa erottamista toisistaan karsastettiin psykologian ja psykiatrian opinnoissa.

### 3.7 Saatavilla olleet hoitomuodot tarjosivat masennukselle määritelmiä

Väitän, että kysymys masennuksesta psyyken, sooman ja psykosooman sairautena oli samalla kysymys masennuksen hoitomuodoista. Masennuskäsitykset ja niiden taustalla olleet sairausontologiat vaikuttivat hoitomuotojen valintaan. Jos masennus nähtiin puhtaasti psyykkisenä sairautena tai normaalina ja terveenä reaktiona, niin kehoon kajoavat biopsykiatriset hoitomuodot eivät olleet ensimmäinen hoitovaihtoehto. Jos taas masennusta pidettiin ensisijaisesti somaattisena sairautena, ohjasi se somaattisiin hoitomuotoihin. Tällöin myös keskusteluterapiaan suhtauduttiin aivojen fyysistä rakennetta muovaavana. Masennuskäsityksiin vaikuttivat saatavilla olleet hoitomuodot, ja hoitomuodot asemoivat masennusta suhteessa psyykeen ja soomaan. Psykologian opinnoissa todettiin, että ”diagnostinen työ on suoraan alisteinen hoitollisille interventioille. [–] käytettävissä olevat interventiotyypit määrittelevät sen miltä kannalta ihmisen elämänongelmiin pureudutaan diagnostisessa vaiheessa – toisaalta monipuolinen ja huolellinen diagnostinen arviointi osoittaa, mihin suuntaan interventioarsenaalia tulisi pyrkiä laajentamaan.”<sup>999</sup> Tässä alaluvussa analysoin käytettävissä olleiden hoitomuotojen merkitystä masennuskäsityksiin, opiskelijoiden suhtautumista saatavilla olleisiin masennushoitomuotoihin ja masennuskäsitysten rakentumista osana hoitoihin kohdistettujen toiveiden ja vaatimusten muutoksia.

Mielisairaiksi katsottujen hoito oli Suomessa eriytetty somaattisten sairauksien hoidosta. Vuoden 1991 lakimuutos oli ensimmäinen, joka tavoitteli psykiatrisen ja somaattisen erikoissairaanhoidon yhdistämistä.<sup>1000</sup> Masennuksen hoitomuodoissa ei 1900-luvulla tapahtunut merkittäviä muutoksia lukuun ottamatta keskusteluterapian yleistymistä sekä vuosisadan puolenvälin psykofarmakologisia uutuuksia ja sähköhoitojen kehitystä.<sup>1001</sup>

Varhaisen psykiatrian hoitokeinoja 1800-luvulla olivat olleet muun muassa vesihoidot, makuuttaminen, rohdot, yrtit, työ ja askartelu. Taiteenlajien, kuten kirjalli-

<sup>999</sup> ”6-14” 1982, 1.

<sup>1000</sup> Paavilainen 1975, 247; Kärkkäinen 2004, 33; Ahlbeck-Rehn 2006, 19; Kinnunen 2015, 40.

<sup>1001</sup> Aivojen sähköhoitojen muutoksista ja niihin liittyvistä keskusteluista ks. Edward Shorter ja David Healy (2007) *Shock Therapy. A History of Electroconvulsive Treatment in Mental Illness*. New Brunswick: Rutgers University Press.

suuden, terapeuttisten mahdollisuuksien pohdinnalla oli oma modernia psykiatria pidempi historiansa. 1900-luvun alkupuolen tieteen käsitykset psykiatrisista tautiluokista olivat olleet somaattiskeskeisiä. Tieteenhistorian tutkija Anne Harrington katsoo, että psykiatria keskittyi tuolloin somaattiseen erityisesti etiologian osalta. Fysikaalisiin hoitomuotoihin keskittyminen sai osan lääkäreistä toivomaan muitakin vaihtoehtoja. Erästä ruotsalaista 1900-luvun alussa toiminutta lääkäriä ja psykoterapeuttia tutkinut historiantutkija Cecilia Riving toteaa, että tämä lääkäri kaipasi jo epätoivoisesti psykologiaa ymmärtävämpää ja tunnetasolla läsnä olevaa potilaan lähestymistapaa vallalla olleen kliinisen objektiivisuuden ideaalin rinnalle. Kulttuuri-psykologi Juhani Ihanus antaa esimerkin psykiatri Harald Fabritiuksesta (1877–1948), joka kirjoitti Freudin näkemyksistä vuonna 1913. Vaikkei Fabritius ollut psykoanalyttisen koulukunnan kanssa kaikesta samaa mieltä ja katsoi psykoanalyttisen terapian vievän liikaa aikaa, silti se oli hänestä edes jokin vastapaino fyysisen keskittyville terapiamuodoille. Psykiatrinen hoito oli 1900-luvun ensimmäisillä vuosikymmenillä pitkälti vuodelepoa, kylpyjä ja kestounihoitoa, jossa potilas pidettiin lähes taukoamatta unessa jopa kahden viikon ajan. Ennen toista maailmansotaa turvauduttiin sähköshokkeihin sekä lobotomiaan. Ennen vuosisadan puoliväliä hoitomuotoja olivat myös eristäminen, lepositeet, side- ja käärehoito, työterapia sekä 1930-luvulla kehitetyt insuliinishokkihoito ja verenkiertoa ja hengitystä stimuloiva Cardiazol-shokkihoito. 1940-luvulla Suomessa otettiin käyttöön sähköshokkihoidot ja lobotomia. Toisen maailmansodan jälkeen tehtiin psykokirurgisia kokeiluja. Lisäksi potilaista huolehdittiin kiinnittämällä huomiota hygieniaan ja arkirutiineihin. Lääkehoito koostui ainoastaan rauhoittavista aineista ja unilääkkeistä.<sup>1002</sup>

1950-luvulla suomalaisen mielisairaanhoidon saapuivat ensimmäiset modernit psyykenlääkkeet eli neuroleptit ja antidepressiivat, joita olivat trisykliset ja monoamiinioksidaasi-inhibiittorit eli MAO-estäjät. Jälkimmäiset päättyivät sattuman kautta antidepressiivoiksi, sillä ne oli alun perin suunniteltu tuberkuloosilääkkeiksi. Samalla uusien antidepressiivojen huomattiin lisäävän aivojen serotoniinipitoisuuksia ja hypoteesi serotoniinin osuudesta masennukseen syntyi. Ennen serotoniinihypoteesia puhuttiin monoamiinihypoteesistä, joka kattoi serotoniinin lisäksi noradrenaliinin. Käytännössä nämä keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet joko rauhoittivat tai nostivat aktiivisuustasoa. Joka tapauksessa tämä oli merkittävä muutos mielisairaaloissa käytössä olleiden hoitojen vaihtoehtovalikoimaan. Lääkkeet otettiin

<sup>1002</sup> Achte, Alanen ja Tienari 1973, Lukijalle; Ihanus 1994, 43, 45, 117; Kärkkäinen 2004, 21; Eskola 2007, 17; Ihanus 2009, 13–15; Kivimäki 2013, 341; Rissanen 2018, 54–56; Harrington 2019; Riving 2020, 123. Vuonna 1989 psykologian opinnoissa kerrottiin, että ”[p]sykrokirurgiahoitoja ei tehdä tällä hetkellä ainakaan Suomessa”. ”7-11” 1989, 4.4.1989; ”7-27” 1989, Väliotsikko ”Psykoterapian historia”.

optimistisesti vastaan, sillä niillä saatettiin korvata aiempia omia vaarojaan sisältäneitä hoitomuotoja, kuten lobotomiaa, insuliinihoitoja tai sähköshokkeja.<sup>1003</sup>

Historiantutkija Edward Shorter huomauttaa, että ennen spesifimpiä psyykenlääkkeitä ei tautiluokilla ollut kovinkaan suurta merkitystä eli psykofarmakologian kehitys tuotti tarpeen tarkempaan tautiluokitteluun. 1950-luvulla ja 1960-luvun alkupuolella hermo- ja mielitaudit kuuluivat Turun yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa edelleen samaan erikoistumisalaan. Psykiatria haki kuitenkin jo omaa alaansa, ja psykoanalyttinen sekä psykologinen näkökulma tarjosivat selkeän erotautumisen puhtaasti luonnontieteellisestä hermotautien näkökulmasta. 1950-luvulla kiinnostuttiin biopsykiatrilta vaihtoehtoisista tai täydentävistä hoitomuodoista, kuten ryhmäterapiasta ja perheterapiasta sekä taiteiden hyödyntämisestä hoitotyössä aiempaa laajemmin. Hoitomuotojen valinnassa oli oltava huolellinen. Esimerkiksi keskusteluterapiaan liittyi riskejä myös ammattilaisen kannalta, sillä työtä tehtiin itsensä kautta. 1980- ja 1990-luvuilla opiskelijoita varoitettiin masennuksen tarttumisen riskistä kohdattaessa masentunut ja hänen tunteensa. Tästä mainittiin sekä yleisesti, mutta erityisesti keskusteluterapian yhteydessä.<sup>1004</sup>

1960-luvulla kehiteltiin ensimmäisen polven masennuslääkkeitä, mutta niiden käyttö jäi vähäiseksi. 1960-luvulta alkaen kiinnostuttiin psykoterapeuttisista hoitomuodoista ja sosiaalipsykiatriasta. Vakavimpien masennustilojen hoitomuodoista mainittiin tuolloin edelleen sähköhoito eli ECT ja EST. 1980- ja 1990-luvun opinnoissa mainittiin myös stereotaktiset leikkaukset masennuksen hoidossa.<sup>1005</sup> Yrjö Alanen piti syksyllä 1989 psykiatriasta luennon psykologian opiskelijoille ja mainitsi sähköshokkihoitoa annettavan enää harvoin. Alanen kertoi, että TYKS:ssa oli annettu sähköshokkihoitoa ainoastaan yhdelle potilaalle kahden vuoden aikana. Alanen kertoi hoitoa käytettävän masennustiloista vain vaikeaan depression, jolloin se saattoi olla hengen pelastava toimenpide. Luentoa seurannut psykologian opiskelija

<sup>1003</sup> Achté, Alanen ja Tienari 1973, Lukijalle; Harmatz 1978, 160–163; Alanen, Achté ja Tienari 1981, 167–168, 206–208; Kaila ja Mäkinen 1985, 64; ”7-4” 1988, 17; Kärkkäinen 2004, 21; Eskola 2007, 17; Ihanus 2009, 14–15; Shorter 2009, 262; Kopakkala 2015, 57–58.

<sup>1004</sup> Achté, Alanen ja Tienari 1973, Lukijalle; Harmatz 1978, 160–163; Alanen, Achté ja Tienari 1981, 167–168, 206–208; Kaila ja Mäkinen 1985, 64; ”7-4” 1988, 17; Kärkkäinen 2004, 21; Eskola 2007, 17; Ihanus 2009, 14–15; Shorter 2009, 262; Kopakkala 2015, 57–58. Neuropsykologisen diagnostiikan opetuksessa kuvattiin, että depressiivisen potilaan kohdalla ”[n]uori tutkija voi itse ahdistua toisen surullisuudesta”. ”6-12” 1990. Väliotsikot ”Vaikeitten tunteitten kohtaaminen” ja ”Kriisejä ja niihin liittyviä tunteita” ”7-19” 1990.

<sup>1005</sup> Achté, Alanen ja Tienari 1973, Lukijalle; Harmatz 1978, 160–163; Alanen, Achté ja Tienari 1981, 167–168, 206–208; Kaila ja Mäkinen 1985, 64; ”7-4” 1988, 17; Kärkkäinen 2004, 21; Eskola 2007, 17; Ihanus 2009, 14–15; Shorter 2009, 262; Kopakkala 2015, 57–58.

piti sähköshokkia äärimmäisenä toimenpiteenä ja kommentoi muistiinpanoihin, että eiköhän sitä käytetä ”vain letaalissa häiriössä?!”<sup>1006</sup> Sähköshokkihoidoista saatujen kokemusten perusteella oli kehitelty teoriaa masennuksesta ja mielialahäiriöistä oikean aivopuoliskon häiriöinä.<sup>1007</sup> Psykologian laitoksen psykodiagnostiikan ja neuropsykologian kursseilla negatiiviset emootiot liitettiin juuri oikeaan aivopuoliskoon ja sähköshokkihoidon kerrottiin olevan tehokkaampaa hyvin vaikeaan depression, jos se annettiin oikeaan hemiin eli aivopuoliskoon. Vasemman aivopuoliskon katsottiin vastaavan positiivisista emootioista, ja vaurioihin vasemmassa aivopuoliskossa liitettiin depressiivisyys, itkuherkkyys, vetäytyvyys ja katastrofijatkukset.<sup>1008</sup>

Psykiatrian erikoislääkäri Jukka Kärkkäinen katsoo, että 1980-luvulla merkittävimpiä kiinnostuksen kohteita olivat kuntoutuskriisihoito ja aluepsykiatria. 1990-luvulla kiinnostuttiin puolestaan uusista antidepressiivoista ja antipsykooteista, kuvantamismenetelmistä, psykoositerapiaryhmistä ja lyhytterapioista.<sup>1009</sup> Ilpo Helén katsoo selektiivisten serotoniinin takaisinoton estäjien (SSRI) markkinoinnin osallistuneen aivan tietynlaisen masennuksen vakiinnuttamiseen.<sup>1010</sup> SSRI-lääkkeet oli kehitelty 1970-luvun alkupuolella, ja ensimmäinen tuotemerkki Prozac tuli Yhdysvaltain markkinoille vuonna 1987. Prozac osoittautui saman tien suosituksi lääkkeeksi ja sai nopeasti oman asemansa yhdysvaltalaisessa populaarikulttuurissa.<sup>1011</sup> Suomen markkinoille lääkkeet tulivat 1980-luvun puolivälissä ja alkuun kaupan olivat ”fluoksetiini, fluvoksamiini, paroksetiini ja sitalopraami”.<sup>1012</sup> Myöhemmin Suomeen saapui myös *Sertraliini*. Lääkeryhmä otettiin optimistisesti vastaan niin hallinnossa hoitohenkilökunnan taholta kuin arjessa potilaiden taholta. Modernin psykiatrian historialle on tyypillistä potilaiden ja hoitohenkilökunnan innostus uusia tai uusiksi miellettyjä hoitokeinoja kohtaan. Lääkeyhtiöt markkinoivat SSRI-lääkkeitä aggressiivisesti Yhdysvalloissa. Yhdysvaltoja ja Isoa-Britanniaa käsittelevä tutkimuskirjalli-

<sup>1006</sup> ”7-12” 1989, Yrjö Alasen luento ”Vakavat mielialahäiriöt”. Myös arjen tiedon piirissä sähköshokkihoidoista keskusteltiin. Vuonna 1992 julkaistussa lehtihaastattelussa nainen kertoi omista sähköshokkihoidoistaan: ”Tiedän, että sähköshokkien hyödyllisyydestä kiistellään, mutta minulle hoito on sopinut.” Salovaara 1992, 20.

<sup>1007</sup> Psykologian laitoksen oppikirja lukuvuosina 1985–1994. Springer ja Deutsch 1985, 228–229, 233–234.

<sup>1008</sup> ”7-11” 1989, Käsintehty taulukko, 4.4.1989 (2.); ”6-3” 1990, 15. Vuonna 1990 neuropsykologiassa lueteltiin emootioihin liittyviä häiriöitä, jotka olivat oireita seuraavien aivoalueiden vaurioista: ”limbinen järjestelmä, mol. puo. otsalohkot, oikea hemi”. Näitä häiriöitä olivat: ”depressio, euforia, tunne-elämän kapeutumisen jne.”. ”6-13” 1990.

<sup>1009</sup> Kärkkäinen 2004, 21.

<sup>1010</sup> Helén 2007a, 206.

<sup>1011</sup> Esimerkiksi tämä kaunokirjallinen teos sai paljon lukijoita heti ilmestyttyään ja siitä tehtiin myöhemmin myös elokuvasovitus: Elizabeth Wurtzel (1994) *Prozac Nation: Young and Depressed in America*. New York: Penguin.

<sup>1012</sup> Neuvonen 1994, 377.

suus onkin ajoittain lääketieteellisuuskriittistä. Yksi tunnetuimpia teoksia on psykiatri ja psykofarmakologi David Healyn vuonna 1997 julkaistu teos<sup>1013</sup>, jossa hän kutsui SSRI-lääkkeitä pikemmin nykyaikaisen markkinoinnin kuin lääketieteen tuotteiksi. Suomessa lääkkeitä markkinoitiin maltillisemmalla retoriikalla. Reseptilääkkeiden mainonta suoraan kuluttajille ei Suomessa ollut sallittua. Lääkäreille kohdistetun mainonnan lisäksi SSRI-lääkkeistä kerrottiin kuluttajille kuitenkin masennusta käsittelevien tiedotelehtisten muodossa. Suomessa reseptillä määrättyjen SSRI-lääkkeiden myynti kasvoi rajusti läpi 1990-luvun. SSRI-lääkkeet eivät kuitenkaan astuneet aiemmin käytettyjen masennuslääkkeiden tilalle, vaan masennuslääkkeiden käyttö kokonaisuudessaan yleistyi voimakkaasti läpi vuosikymmenen. Myös unilääkkeiden käyttäjien määrä kaksinkertaistui suunnilleen vuosikymmenessä, ja iso osa söi lääkkeitä masennukseen yhdistettyihin uniongelmiin.<sup>1014</sup> Lääkkeiden käyttö kasvoi tasaisesti – vaikkakin hitaammin – jo 1980-luvulla ja tästä oltiin huolissaan tieteen tiedon piirissä. Vuonna 1989 psykologian opiskelija huomioi, että ”[I]lääkkeitä käytetään yhä useammin masennukseen, unettomuuteen ja erilaisista stressitilanteista selviytymiseen”.<sup>1015</sup>

SSRI-lääkkeet eivät masennuslääkkeenä käytettynä olleet teholtaan ja vaikutuksiltaan erilaisia kuin aiemmat, jo 1950-luvulla psyyken lääkkeinä käytetyt lääkeryhmittä. Muutos liittyi siihen, että SSRI-lääkkeillä markkinoitiin olevan vähemmän sivu- ja haittavaikutuksia. Tämän on täytynyt kuulostaa helpotukselta sekä lääkkeitä määrääville lääkäreille että niitä käyttäville potilaille. Haittavaikutusten vähäisyys on kyseenalaistettu tällä vuosituhanella, mutta mielikuva oli vahva 1990-luvulla hallinnon ja arjen tiedon piireissä. Aiemmin masennuksen hoidossa käytetyissä lääkkeissä saattoi olla vakaviakin sivuvaikutuksia. Mahdollisia sivuoireita oli paljon ja niistä mainittiin opinnoissa muun muassa hikoilu, akkommodaatiohäiriöt, ummetus, huimaus, väsymys, vapina, jano, pahoinvointi, verenpaineenlasku, paha maku suussa, suun kuivuminen, ihottuma ja kutina, potenssin lasku, parestesiat, virtsaretentio, epileptiset kohtaukset ja masennuksen muuttuminen maniaksi tai hypomaniaksi. Yleisiä masennuslääkeryhmiä olivat muun muassa niin sanotut vanhat trisykliset ja uudet tetrasykliset masennuslääkkeet. MAO-inhibiittoreista eli amiiniksidaasin

<sup>1013</sup> David Healy (1997) *The antidepressant era*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

<sup>1014</sup> Psykkelilääkeryhmien käyttöä verrattaessa on helppo havaita juuri masennuslääkkeiden käytön yleistyneen kaikista voimallisimmin. Masennuslääkkeiden määritely vuoro-kausiansios (DDD) vuonna 1987 oli 5,71/1000 as., vuonna 1992 10,71/1000 as. ja vuonna 1997 jo 25,34/1000 as. Unilääkkeiden käyttäjien määrä kaksinkertaistui 210 000 käyttäjään vuosien 1987 ja 2000 välillä. Kansaneläkelaitos et al. 1989; Kansaneläkelaitos et al. 1993; Neuvonen 1994, 377; Kansaneläkelaitos et al. 1998; Hautamäki, Helén ja Kanula 2011, 77; Mukherjee 2012, 50–51.

<sup>1015</sup> Vuonna 1989 valmistunut psykologian harjoitustyö. ”7-9” 1989, 12.

estäjistä todettiin 1980- ja 1990-lukujen opinnoissa, että niitä käytettiin harvoin ja hyvin kontrolloidusti niiden toksisuuden ja arvaamattomien yhteisvaikutusten tähden. Lisäksi opinnoissa mainittiin, että joillain neurolepteillä oli antidepressiivistä tehoa.<sup>1016</sup>

Psykologian opintojen fysiologia-kurssilla vuonna 1981 luennoitiin aiheesta ”Emootioiden biokemiaa”. Antidepressiivojen pääryhmiksi esitettiin MAO-estäjät ja trisykliset antidepressiivit. Trisyklisillä antidepressiiveilla ei nähty olevan suuria sivuvaikutuksia. Samalla huomioitiin, ettei niitä suuremmin käytetty Pohjoismaissa, vaikka ne olivat yleisesti käytössä anglosaksisissa maissa. MAO-estäjien sivuvaikutuksiksi kuvattiin toksiset vaikutukset maksaan ja vereen sekä epäsuorat sivuvaikutukset sen seurauksena, kun elimistö jäi vaille suojaa MAO-entsyymien toiminnan estyessä.<sup>1017</sup> Opinnoissa MAO-estäjiä ja trisyklisiä käsiteltiin ensi sijassa antidepressiiveina. 1950-luvulla käyttöön otettujen antidepressiivien tuomaa muutosta masennuksen hoitoon kuvattiin 1970-luvun oppikirjassa samankaltaisesti kuin myöhemmin SSRI-lääkkeiden tuomaa muutosta. 1900-luvun ensimmäisellä puoliskolla käytössä olleiden stimulanttien sanottiin aiheuttaneen sellaisia vakavia sivuvaikutuksia, joita uudet MAO-estäjät ja trisykliset lääkeryhmät eivät enää aiheuttaneet. Isoksi eroksi kerrottiin myös, että uudet lääkkeet olivat pitkävaikutteisia siinä missä stimulantit auttoivat vain hetken aikaa. Samalla stimulanttien vaikutuksen haihtuessa saattoivat potilaat jäädä huonompaan tilaan kuin ennen lääkkeen ottoa.<sup>1018</sup>

Suomessa lääketehaiden retoriikkaan ei kuulunut väittä, että uusi SSRI-läkeryhmä tehoaisi masennukseen aiempia lääkkeitä paremmin. Sen sijaan lääketehaiden intresseissä oli vakiinnuttaa yhteiskuntaan ja kulttuuriin ajatus yksinkertaisesti diagnosoitavasta siihen mennessä suurimmaksi osaksi piiloon jääneestä hyvin vakavasta masennussairaudesta, johon parhaan avun tarjosivat SSRI-läkkeet sen tähden, etteivät ne aiempien lääkkeiden tavoin aiheuttaneet vakavia sivuoireita. DSM-III-tautiluokitus ja biologisen psykiatrian tai lyhyemmin biopsykiatrian nousu tarjosivat lääketehaille sairausontologian, jota retoriikka vaati toimiakseen. SSRI-läkeryhmän markkinointi osallistui oireisiin ja biologiaan keskittyvän psykiatrian luomiseen rakentamalla psykiatrisesta masennustautiluokasta ensisijaisesti lääk-

<sup>1016</sup> Alanen, Achté ja Tienari 1981, 195, 201–202; Reinikka 1988, 28–29; Korhonen 1990, 2; Shorter 2009, 31; Kopakkala 2015, 60, 83; Jukka Kärkkäisen haastattelu, 19.12.2017. Muistiinpanot tekijän hallussa. Viime vuosikymmeninä SSRI-läkeryhmän sivuvaikutuksista on tullut paljon uutta tutkimustietoa. SSRI-läkkeiden käytön alkuvaiheen kohonneesta itsemurhariskistä varoitettiin jo 1980-luvulla. Yrjö Alasen luento ”Vakavat mielialahäiriöt” ”7-12” 1989. Viitatuin SSRI-läkkeiden meta-analyysi tällä vuosituhannella on Irving Kirschin kollegoidensa kanssa suorittama laaja tutkimus, jonka tuloksien valossa he kritisoivat lääkekokeita ja SSRI-läkkeiden väitettyä tehoa. Kirsch et al. 2008.

<sup>1017</sup> ”4-5” 1981, 34–37.

<sup>1018</sup> Harmatz 1978, 160–162.

keillä hoidettavaa aivokemiallista ongelmaa<sup>1019</sup>. Sosiologi Andrew Scull kirjoittaa, kuinka Yhdysvalloissa ja Isossa-Britanniassa 1950-luvun uudet psykelääkkeet antoivat mielikuvan mielisairauksista etiologialtaan yksinomaan biologisina sairauksina.<sup>1020</sup> David Healy katsoo lääketehaiden osallistuneen DSM-III-pohjaisen masennustilatautiluokan lobbaukseen osaksi länsimaista kulttuuria.<sup>1021</sup>

Yhdysvaltalaisista ajattelua tietyiltä osin seuranneessa suomalaisessa hallinnon tiedossa masennusta koskeva tieto oli viimeistään 1990-luvulla biopsykiatrista. Sairauksikäsitteisenä masennus nivoutui kausaalisuuteen, essentialismiin, objektivismiin ja internalismiin. Kausaalisuudessa tautiluokka määritellään taudin syyn perusteella, essentialismissa sairaus ajatellaan itsessään olemassa olevaksi ja vain oikeaa nosologista luokittelua odottavaksi, objektivismi perustuu ajatukseen ihmisen luonnollisesta kognitiivisemotionaalista toiminnasta ja sen mahdollisesta häiriintymisestä, ja internalismissa masennus nähdään ensisijaisesti tai jopa yksinomaan ihmisen kehon aiheuttamana tilana. Samalla biopsykiatrinen masennus nähtiin pääasiassa itsenäisenä entiteettinä sekä kategorisena ja luonnollisena luokkana. Turun yliopiston opinnoissa biopsykiatriasta puhuttiin yhtenä psykiatrian näkökulmana muiden joukossa ja ajoittain sen kapea-alaisuudesta mainittiin. Vuonna 1989 psykiatrian apulaisprofessori Reijo Holmström kertoi biopsykiatrian helposti sekoittuvan lääkkeiden biokemiallisiin teorioihin.<sup>1022</sup>

Novo Nordisk -lääkeyhtiö julkaisi vuonna 1995 masennusta käsittelevän ja SSRI-lääkkeiden markkinointiin tarkoitetun useampisivuisen tietolehtisen. Siinä kerrottiin, että niin sanotuilla kolmannen polven antidepressiiveillä eli SSRI-lääkkeillä oli todistetusti sama teho kuin jo käytössä olleilla antidepressiiveillä.<sup>1023</sup> Suomessa markkinointi tapahtuikin vetoamalla lievempiin sivuvaikutuksiin. Tietolehtisessä kirjoitettiin, että ”[y]leisesti ottaen serotoniiniselektiiviset masennuslääkkeet ovat kuitenkin **paljon turvallisempia ja vähemmän sivuvaikutuksia aiheuttavia** kuin trisykliset lääkkeet”.<sup>1024</sup> Samalla masennukseen liitetyt teemat kuten alidiagnosointi muun muassa depressiojäävuoria kuvaavien graafien muodossa, piilo-, peitetty tai maskeerattu depressio, masennus itsemurhien ensisijaisena yksittäisenä syynä, depression uusiutumisen riski ja depression kroonistuminen olivat tematiikkaa, jotka löytyivät myös tästä lääketehaan mainoslehtisestä.<sup>1025</sup> Niillä perustel-

<sup>1019</sup> Mielisairauksien ja erityisesti masennuksen näkeminen aivokemiallisena epätasapainona on yksi levinneimmistä ja kritisoiduimmista teeseistä myös psykiatriatieteen itsensä sisällä. Kriittikistä ks. esim. Frances 2013, 280.

<sup>1020</sup> Scull 2015, 367–369.

<sup>1021</sup> Healy 1997; Healy 2012, 31; Brinkmann 2017a, 179–180; Kopakkala 2015.

<sup>1022</sup> ”7-12” 1989, 26.10.1989.

<sup>1023</sup> Tamminen 1995, 31.

<sup>1024</sup> Tamminen 1995, 31. Lihavointi alkuperäisessä.

<sup>1025</sup> Tamminen 1995.



tiin masennuslääkehoidon tarpeellisuutta. Teemat tunnettiin vuosien 1980–1995 tieteellisissä opinnoissa, mutta eivät tällaisella painoarvolla tai huolen korostamisella. Lääkehoidosta itsestään psykiatrian opiskelija totesi vuonna 1994 lähinnä, kuinka ”[l]ukuisat tutkimukset osoittavat masennuslääkkeiden olevan plaseboa tehokkaampia depressiivisissä tiloissa”.<sup>1026</sup>

Vuosituhaten vaihteessa serotoniinihypoteesi pitkälti lääketehaiden rakentamien mielle yhtymineen oli jo vakiintunut arjen tietoon. Masennussairauden miellettiin johtuvan aivojen liian vähäisestä serotoniinin erittämisestä ja arjessa puhuttiin Marja-Liisa Honkasalon ja Reea Hinkkasen mukaan muun muassa ”aivojen puutos-taudista”.<sup>1027</sup> Yhä 2010-luvulla neurotieteiden tutkijat käyttivät mielikuvaa *aivoke-miallisesta epätasapainosta* puhuessaan masennuksesta oman tieteenalansa ulkopuolelle.<sup>1028</sup> Shorter huomauttaa, että serotoniiniin liittyviä lääkeainaryhmiä tehokkaammat barbituraatit puolestaan unohdettiin 1980-luvulla. Shorter kutsuu ajatusta masennuksesta antidepressiiveilla parannettavasta puhtaasti aivoihin sijoittuvasta mielialahäiriöstä tieteen sijaan lääketehaiden mainonnaksi.<sup>1029</sup> Tällaiseen hallinnon ja arjen tietoon omaksuttuun biopsykiatriseen masennuskäsitykseen kuului myös puhe masennuksen spontaanista puhkeamisesta koska tahansa elämäntilanteesta riippumatta. Retoriikka rakensi masennussairaudesta kaikkien yllä leijuvaa uhkaa.

Hoitomuotojen suhteen ei Turun yliopiston opinnoissa ollut vahvoja tai ainakaan eksplisiittisiä painotuksia 1980- ja 1990-luvuilla. Opiskelijat tunsivat tutkimuksia, joissa oli päädytty hyvinkin erilaisiin tuloksiin hoitomuotojen tehokkuudessa.<sup>1030</sup> Vuonna 1994 psykiatrian opiskelija analysoi tutkimuksia, jotka vertailivat masennukseen käytettyjä lääkkeitä ja kognitiivista terapiaa. Analyysinsa perusteella opiskelija piti psykoterapiaa ensisijaisena hoitomuotona. Hän katsoi lääkehoidon tavoitteeksi parantaa vakavasti masentuneiden potilaiden tilaa siinä määrin, että he saattoivat aloittaa keskusteluterapian.<sup>1031</sup> Vuonna 1988 psykiatrian opiskelija siteerasi tutkimusta vuodelta 1964. Tutkimuksen mukaan depressiiviset potilaat olivat ahdistuneiden potilaiden lisäksi suggestioaltteimpia, eli heillä oli ”suurempi taipumus positiiviseen plasebovaikutukseen kuin muilla”.<sup>1032</sup> Opiskelija oli perehtynyt psyykenlääkkeiden käyttöä koskeviin tutkimuksiin ja kirjoitti kaipaavansa enemmän tietoa psyykenlääkkeiden määräämisestä ja vaikutuksista muustakin kuin puhtaasti psyko-farmakologisesta näkökulmasta. Hänen mukaansa kyseinen näkökulma hallitsi tuol-

<sup>1026</sup> Häkkänen 1993, 19.

<sup>1027</sup> Honkasalo ja Hinkkanen 2003, 16.

<sup>1028</sup> Sigurdson ja McMullen 2018.

<sup>1029</sup> Shorter 2013b, 4–5.

<sup>1030</sup> Reinikka 1988, 29–32, 39–40.

<sup>1031</sup> Psykiatrian syventävien opintojen kirjallinen työ. Häkkänen 1993, 22–23.

<sup>1032</sup> Psykiatrian syventävien opintojen kirjallinen työ. Santalahti 1987, 22.

loin tutkimuskenttää.<sup>1033</sup> Opiskelija oli huolissaan siitä, ettei psyykenlääkkeiden käytöstä ollut tehty tutkimusta käyttäjien näkökulmasta: ”Potilaiden mielipiteistä, asenteista, tiedoista ja toiveista psyykenlääkityksen suhteen löytyy hyvin vähän kirjallisuutta. Hyvin vähän on löydettävissä myös tutkimuksia, joissa tarkasteltaisiin kriittisesti lääkäriä psyykenlääkkeiden määrääjänä.”<sup>1034</sup> Opiskelija kirjoitti saaneensa opetuksen kautta tietää yksinomaan psyykenlääkkeiden biolääketieteellisistä vaikutuksista eikä hän kokenut tätä tietoa riittäväksi potilastyössä.<sup>1035</sup> Tämä kuvastaa lääkehoidon merkitystä lääkärin ja erikoislääkärin potilastyössä. Lääkkeiden vaikutuksia ihmiseen kokonaisuutena saattoi olla vaikea hahmottaa. Opiskelija totesikin, että ”[m]ielestäni psykiatria tässä pitäytyy positivistisessa tieteenkäsityksessä”.<sup>1036</sup> Loppupäätelmissä hän referoi tutkijaa, jonka mielestä psykologit vastasivat suurimmista muutoksista siinä missä lääkärit eivät suhtautuneet vallitseviin ideologioihin kriittisesti, koska olivat itse ”hyvässä yhteiskunnallisessa asemassa” eivätkä halunneet tätä asemaa horjuttaa.<sup>1037</sup> Vuonna 1989 psykologian opiskelija kirjoitti psykiatrian opintoja koskevissa muistiinpanoissaan yleisesti psykiatrisen lääkehoidon rauhoittaneen mielisairaloita ja parantaneen potilaiden sosiaalista selviytymistä. Samalla hän totesi: ”Nyt on sitten alettu huomata, etteivät lääkkeet loppujen lopuksi voi parantaa ennustetta.”<sup>1038</sup>

Serotoniinihypoteesi herätti opinnoissa kiinnostusta jo 1980-luvulla.<sup>1039</sup> Vuonna 1988 psykiatrian opiskelija kirjoitti, että ”[n]oradrenaliini, dopamiini ja serotoniini ovat olleet vilkkaan tutkimuksen kohteina. Lääkkeillä pyritään lisäämään välittäjäainepitoisuuksia ja siten vaikuttamaan depression.”<sup>1040</sup> Opiskelija esitteli tutkimuksen, jonka mukaan ”välittäjäainepitoisuuksien väheneminen ei yksin riitä selittämään depression kliinisiä ilmiöitä”.<sup>1041</sup> Vuonna 1990 kansanterveystieteen opiskelija kirjoitti, että masennus voi johtua aivojen eri reseptorien yliherkkyydestä, jota masennuslääkkeet vähentävät.<sup>1042</sup> Vuonna 1993 valmistuneessa psykiatrian väitöskirjassa todettiin, että serotoniinin takaisinotto oli alentunut itsemurhaan päätyneiden kohdalla, mutta tätä ei voinut yhdistää ainoastaan yhteen mielenterveydenhäiriöön, vaan se liittyi masennuksen lisäksi muun muassa itsemurha-alttiisiin skitsofreniapotilaisiin sekä potilaisiin, jotka eivät olleet masentuneita, mutta joilla oli persoonalli-

<sup>1033</sup> Santalahti 1987, Tiivistelmä.

<sup>1034</sup> Santalahti 1987, Tiivistelmä.

<sup>1035</sup> Santalahti 1987, 1.

<sup>1036</sup> Santalahti 1987, 24.

<sup>1037</sup> Santalahti 1987, 24–25.

<sup>1038</sup> ”7-12” 1989, 26.10.1989.

<sup>1039</sup> Ks. esim. Harmatz 1978, 79; Achte, Pakaslahti ja Rimón 1984, 401.

<sup>1040</sup> Reinikka 1988, 6.

<sup>1041</sup> Reinikka 1988, 7.

<sup>1042</sup> Korhonen 1990, 7.

suushäiriö tai impulsiivista aggressiivisuutta.<sup>1043</sup> Väitöskirjatutkija kävi läpi myös antidepressiivien käyttöä itsemurhien ehkäisyssä ja totesi aiheesta tarvittavan lisää tutkimusta. Hänen mukaansa uusien serotoniinin takaisinoton esto (SRI) -lääkkeiden – ei siis SSRI-lääkkeiden – pitäisi teoriassa toimia itsemurhia ehkäisevästi, mutta toisaalta oli tutkimustuloksia, joissa lääkkeet lisäsivät itsemurha-alttiutta.<sup>1044</sup>

SSRI-lääkkeet päätyivät 1990-luvun edetessä hiljalleen osaksi opintoja. Tutkimuskirjallisuuden kuvaamaa hallinnon innostusta ja optimismia ei Turun yliopiston opinnoissa ollut. Kun aihetta käsiteltiin, oli päällimmäinen tunne kiinnostus.<sup>1045</sup> Vuonna 1994 psykiatrian opiskelija kirjoitti masennuslääkkeiden yhteydessä, että ”uudet antidepressiivit, kuten serotoniiniselektiiviset lääkkeet, ovat yhtä tehokkaita kuin trisykliset antidepressiivit”.<sup>1046</sup> Kuitenkin ensimmäinen SSRI-lääkkeitä hie-mankaan laajemmin käsittelevä työ oli vasta vuonna 1997 valmistunut syventävien opintojen kirjallinen työ farmakologia ja kliininen farmakologia -oppiaineeseen. Tutkimuksen kohteena olivat masennuslääkkeiden – mukaan lukien SSRI – vaikutukset 5-HT<sub>2C</sub>-serotoniinireseptoreihin rotan aivoissa.<sup>1047</sup> Psykologian laitoksen persoonallisuuden häiriöt -kurssin tenttikirjana oli syksyllä 1988 teos, jossa masennus ja itsemurhakuolleisuus sidottiin yhteen. Teoksessa todettiin, että erään tutkimuksen mukaan ”serotoniinimetaboliitti 5-HIAA:n matalat pitoisuudet aivo-selkäydin-  
teissä masentuneilla liitettiin kohonneeseen määrään itsemurhia ja itsemurhayrityksiä”.<sup>1048</sup> Oppikirjassa keskushermoston alhainen serotoniinipitoisuus liitettiin masennusta tiiviimmin itsemurha-alttiuteen ja itsemurhakuolleisuuteen.<sup>1049</sup> Kiinnostus serotoniinireseptorien toimintaa kohtaan oli siinäkin mielessä huomion arvoista, ettei toimintamekanismeja ole vielä nykyäänkään kyetty selvittämään, vaan selitysmalli on pysynyt kausaalisenä.<sup>1050</sup>

Masennusta käsiteltiin psykiatrian ja lastenpsykiatrian lisäksi ajoittain muilla lääketieteen oppialoilla. Kansanterveystieteestä oli vuosina 1980–1995 valmistunut muutama masennusta – esimerkiksi vanhusten masennusta – käsittelevä opiskelijan työ. Masennus oli kiinnostanut myös farmakologian opiskelijoita. Esimerkiksi vuonna 1989 valmistui syventävien opintojen kirjallinen työ otsikolla ”radioligandin

<sup>1043</sup> Taiminen 1993, 23.

<sup>1044</sup> Taiminen 1993, 36.

<sup>1045</sup> Vuonna 1994 valmistuneessa psykiatrian työssä pohdittiin SSRI-lääkkeiden käyttöä sosiaalisen fobian hoidossa ja viitattiin vuonna 1993 julkaistuun tutkimukseen. SSRI-lääkkeet herättivät opiskelijoissa kiinnostusta. Sainio 1993, 15.

<sup>1046</sup> Häkkänen 1993, 19.

<sup>1047</sup> Pälvimäki 1997.

<sup>1048</sup> ”low levels of the serotonin metabolite 5-HIAA in cerebrospinal fluid of depressives were associated with elevated rates of suicides and suicide attempts.” Suomennos AM. Magnusson ja Öhman 1987, 77.

<sup>1049</sup> Magnusson ja Öhman 1987, 78.

<sup>1050</sup> Ks. esim. Sigurdson ja McMullen 2018.

reseptoriinsitoutumiskoe aivojen dopamiinireseptorien tutkimisessa”. Työssä mainittiin masennus, mutta asetelma oli niin päin, että haluttiin tietää ”antidepressanttien pitkäaikaisvaikutukset aivojen D-2-reseptoreihin”<sup>1051</sup>. Opiskelija selvitti siis, mitä haittavaikutuksia pitkäaikaisella masennuslääkkeiden käytöllä saattoi olla aivoille.<sup>1052</sup>

Lapset ja nuoret muodostivat aikuisista irrallisen ryhmän hoitomuotojen suhteen. Lasten masennuksen hoidossa korostettiin perheen ja koulun merkitystä ja erityistä varovaisuutta lääkehoidossa. 1980-luvun alkupuolen lastenpsykiatrian opinnoissa Maija-Liisa Koski kirjoitti, että lääkehoitoa voidaan käyttää, muttei koskaan ainoana hoitomuotona.<sup>1053</sup> Lastenpsykiatrian opinnoissa luetut Terttu Arajärven tekstit olivat samoilla linjoilla. Arajärven mielestä lasten masennuksen ”[h]oitona on psykoterapia, myös muun perheen hoitaminen on tärkeää. Lääkehoitoa voidaan käyttää muun terapian tukena.”<sup>1054</sup> Myös Vappu Taipale korosti varovaisuutta lääkehoidossa ja muiden ihmisten – erityisesti perheen ja koulun – merkitystä.<sup>1055</sup> Masennuksen hoidossa kerrottiin käytössä olleen parikymmentä vuotta niin sanotut trisykliset antidepressiolääkkeet ja lapsilla näistä lähinnä imipraniinin amitriptuliinin johdannaiset. Lääkehoidon tavoitteeksi katsottiin oireiden helpottuminen ja aktiivisuustason nostaminen erityisesti vakavissa masennustiloissa.<sup>1056</sup> Arajärvi muistutti, että ”[v]aarana isommilla lapsilla on itsemurhamahdollisuus, lääke nostaa aktiviteettia vaikka masennus jatkuu”.<sup>1057</sup> 1980-luvun lopulla myös psykologian opiskelija suhtautui varovaisesti lasten lääkehoitoon. Opiskelija kirjoitti, että ”[d]epressiivisten lasten hoitona on psykoterapia, myös perheen hoitaminen on tärkeää. Lääkehoitoa voidaan käyttää terapian tukena, ei kuitenkaan koskaan yksinään.”<sup>1058</sup>

Lasten kohdalla mainittiin usein, että Suomessa oltiin varovaisempia lääkehoidon suhteen kuin esimerkiksi Pohjois-Amerikassa, jolla viitattiin lähinnä Yhdysvaltoihin. Vielä vuonna 1995 julkaistussa lastenpsykiatrian väitöskirjassa kirjoitettiin, että suomalaiset lastenpsykiatrit eivät mielellään käytä psykofarmakologiaa lasten kohdalla. Yhdysvaltoihin verrattuna Suomessa määrättiin huomattavasti harvem-

<sup>1051</sup> Huhti 1989, Tiivistelmä.

<sup>1052</sup> Huhti 1989, 23, 25–26.

<sup>1053</sup> Lukuvuosina 1979–1984 lastenpsykiatrian opinnoissa käytössä ollut oppikirja. Koski 1973, 463.

<sup>1054</sup> Lastenpsykiatrian oppikirjana 1984–1987 vuoden 1984 painos ja lastenpsykiatrian oppikirjana 1987–1995 vuoden 1985 painos. Arajärvi 1984b, 137; Arajärvi 1987a, 164.

<sup>1055</sup> Taipale 1992, 254–255.

<sup>1056</sup> Arajärvi 1984c, 273–274; Arajärvi 1987b, 320; Taipale 1992, 347.

<sup>1057</sup> Lastenpsykiatrian oppikirjana 1984–1987 vuoden 1984 painos ja lastenpsykiatrian oppikirjana 1987–1995 vuoden 1985 painos. Arajärvi 1984c, 273–274; Arajärvi 1987b, 320.

<sup>1058</sup> ”7-22” 1988.

min lääkkeitä lastenpsykiatrisessa hoidossa.<sup>1059</sup> Lasten psyykenlääkehoitoa koskevaa suomalaista oppikirjallisuutta ei ollut tarjolla siinä määrin kuin aikuisten osalta. Lääketieteen lisensiaatin opintojen lastenpsykiatrian opintojaksolla käytössä olleesta Alajärven ja Varilon oppikirjasta minulla on käytössä painokset vuosilta 1984, 1987 ja 1991. Lasten masennuksia käsittelevät osuudet pysyivät sanasta sanaan samoina ja niitä käsiteltiin neuroosien alla. Sen sijaan lääkehoitoa käsittelevä luku oli vuonna 1991 kirjoitettu uudelleen ja Terttu Arajärven sijaan sen oli kirjoittanut lastenpsykiatri Eila Räsänen. Aiemmissa painoksissa oli tässä luvussa otsikon ”depressiot” alla lääkehoidosta vain kahden virkkeen kuvaus. Laajemmin lääkkeitä kirjoitettiin vuosina 1984 ja 1987 otsikolla ”antidepressiivat”, mutta tämä osuus sisälsi antidepressiivien käytön masennuksen lisäksi myös muihin sairauksiin ja oireisiin. Vuoden 1991 painoksessa otsikon ”depressiot” alla oleva lääkehoitoa käsittelevät kaksi virkettä oli laajentunut puoleksitoista sivuksi. Sisältö itsessään ei tässä kohtaa oleellisesti muuttunut eikä SSRI-lääkkeitä mainittu.<sup>1060</sup> Sen sijaan antidepressiivoja käsittelevässä osuudessa näkyivät DSM-III ja DSM-III-R sekä uusi innostus mielenterveyshäiriöiden hoitoon aivojen biokemiaa manipuloidulla.<sup>1061</sup> Kiinnostavaa on senkin, että vuoden 1991 painoksessa kerrottiin, että Suomessa olisi ilmestynyt ensimmäinen itsenäinen lasten psykofarmakahoitoa käsittelevä teos vuonna 1988.<sup>1062</sup>

Väitän, että vuosina 1980–1995 lasten psyyken ongelmien hoidossa korostuivat ympäristö – lähinnä perhe – ja hoidon moniammatillisuus. Vuonna 1987 psykologian kurssityössä katsottiin, että neuroottistasoisesti ”[d]epressiivisten potilaiden hoitamisessa olisi terapian lisäksi kiinnitettävä huomiota potilaan ympäristön muuttamiseen”.<sup>1063</sup> Lastenpsykiatriassa painotettiin lasten kanssa toimivien ihmisten ja erityisesti vanhempien merkitystä ja lisäksi lapsen oman maan kulttuuria.<sup>1064</sup> Maija-Liisa Koski kirjoitti, että ”tuloksellisempaa kuin yksittäisen lapsen hoitaminen on kohdistaa hoito koko perheeseen, siis siihen ympäristöön, jossa lapsen sairaus on kehittynyt ja jossa lapsi viettää suurimman osan päivästänsä”.<sup>1065</sup> Perheen merkitys osana hoitosuunnitelmaa korostui myös nuorten kohdalla. Psykiatri Torn-Björn Hägglund kirjoitti, että nuorisopsykiatriassa perheellä oli tärkeä osuus ja perheterapia oli paljon käytetty hoitomuoto – joskin perhe ei ollut enää niin keskeisessä asemassa kuin lastenpsykiatriassa.<sup>1066</sup> Lasten ja nuorten pahoinvointia ei haluttu nähdä yksin alaikäisten omana ongelmana ja biopsykiatria suhtauduttiin varovaisesti. Häg-

<sup>1059</sup> Sourander 1995, 113–114.

<sup>1060</sup> Räsänen 1991, 488–489.

<sup>1061</sup> Räsänen 1991, 484.

<sup>1062</sup> Räsänen 1991, 485.

<sup>1063</sup> Lavonen 2013, 10.

<sup>1064</sup> Arajärvi ja Varilo 1984, 12; Arajärvi ja Varilo 1987, 13.

<sup>1065</sup> Koski 1973, 432.

<sup>1066</sup> Hägglund 1973, 494.

glund totesi, että nuorten kohdalla lääkkeiden käyttö oli rajattu vain hyvin vakaviin psykoottisiin tai lamauttaviin tiloihin ja pääpaino oli joko psykoterapiassa tai ”psykoterapeuttisesti orientoituneessa ohjauksessa ja kasvatuksessa”.<sup>1067</sup> Hägglund totesi nuoruuden sairauksien vaativan erilaista diagnostiikkaa kuin aikuisten.<sup>1068</sup>

Yleisesti ottaen psyykenlääkkeiden lisääntyminen, lääketehaiden voimakas markkinointi, sairauskäsitysten muutos tai vahvistunut usko biopsykiatriaan eivät olleet uusia teemoja 1980- ja 1990-luvuilla. Vuonna 1988 psykiatrian opiskelija referoi vuosikymmen aikaisemmin julkaistua teosta:

Cooperstockin ja Lennardin (1979) mukaan psyykenlääkkeiden käytön lisääntyminen ei voi johtua pelkästään lääketehaiden voimakkaasta markkinoinnista vaan heidän mukaansa myös sairauskäsitys on muuttunut yhteiskunnassamme. Cooperstockin ja Lennardin mukaan oireet, joita potilaat nykyisin useimmiten valittavat lääkärilleen, ovat huonosti määriteltyjä ja luonteeltaan kroonisia. Kun biologinen lääketiede on pystynyt huomattaviin saavutuksiin somaattisissa sairauksissa, on usko biolääketieteelliseen sairauskäsitykseen vahvistunut. Biolääketieteellinen sairauskäsitys on keskittynyt sairauksiin, jotka koskevat yksilöä ja siksi yksilökeskeinen hoito on vallalla.<sup>1069</sup>

Huomion arvoista on, ajateltiin biopsykiatrisella hoidolla, kuten psyykenlääkehoidolla hoidettavan itse sairautta tai häiriötä vai siihen liittyviä oireita. Esimerkiksi vuonna 1987 psykologian opiskelijoiden kirjoittamassa harjoitustyössä he totesivat, että ”lääkehoitoa käytetään oireiden lievittämiseen” hoidettaessa neurooseja.<sup>1070</sup> Oma kysymyksensä on myös, ajateltiin tilaa muuna kuin sairautena, kuten kehon ja aivojen normaalina reaktiona elämäntapahtumiin, mutta hyötyvän silti biolääketieteellisestä interventiosta.

Turun yliopiston opinnoissa kuvattiin soomaan kajoavien hoitojen ja erityisesti psyykenlääkkeiden haittavaikutuksia, joista monet näkyivät ulospäin. Arjessa keskeisenä teemana ollut häpeä liittyi siihen, miten ihminen koki itsensä muiden kuvitellun tai todellisen katseen alla. Ihmisen ulkomuotoa tai käyttäytymistä muuttaneet haittavaikutukset toiseuttivat, sillä niitä ei voinut peitellä. Jos mielisairaalassa vietetty aika saatettiin kuitata sukulaistreissuna, ei ylenmääräiselle hikoilulle, vapinalle tai nopealle painonnousulle ollut tarjolla helppoja selityksiä. Arjessa lääkehoidon

<sup>1067</sup> Hägglund 1973, 495.

<sup>1068</sup> Syväne 1975, 335. Vuonna 2000 määriteltiin nuoruuden ja aikuisuuden väliin jäävä itsenäistymisen vaihe ikävuosille 18–29. Tätä kutsuttiin käsitteellä ”*Emerging Adulthood*” eikä esimerkiksi lapsuuden perhe saanut siinä enää niin suurta painoarvoa.

<sup>1069</sup> Santalahti 1987, 14–15.

<sup>1070</sup> ”3-10” 1987, 9.

vaikutukset kuvattiin ajoittain radikaaleina. Vuonna 1994 *Labyrintti*-lehdessä mies kirjoitti syöneensä yli vuosikymmenen useita vahvoja lääkkeitä masennukseensa:

Olen syönyt noin kolmeakymmentä kauppanimeltään erilaista lääkettä. Ensimmäisen sairaalakäynnin kokemukset muistan aina kaikkein pahimpina. [– –] Kahden kuukauden hoidosta jäi terapeuttinen osuus melkein kokonaan pois. Se johtui siitä, että ehkä jo kahden viikon jälkeen Orsanil alkoi vaikuttaa lamauttavasti. Lääkitykseen lisättiin aktivoivampaa lääkettä, ja lisättiin Orsanilia 300 mg tasolle. Aktivoiva lääke vaihdettiin pari kertaa, koska sain rajuja keskushermosto-oireita, ja vaadin ne lääkkeet poistettaviksi. [– –] Käyttäjistäkin tuntuu siltä, että halvempia rinnakkaislääkkeitä pitäisi olla saatavilla. Siinä ei tietenkään ole mitään valittamista, että kehitetään ehkä miedompia, mutta oireisiin paremmin sopivia mielialalääkkeitä.<sup>1071</sup>

Anafranil on hyvin samantapainen mielialalääke kuin nyt Tofranilin nimellä myytävä imipramiini. Pystyn nykyään itse kontrolloimaan lääkitystäni, koska tuon mielialalääkkeen vaikutuksen voi päätellä unentarpeesta tai ajoittaisesta puhheripulista. Yleensäkin vaikutus ei ole niin vaikeaselkoinen, kuin neurolepteillä.<sup>1072</sup>

Vuonna 1994 *Käsi kädessä* -lehden haastattelussa nainen kertoi vuosia kestäneistä mielenterveyden haasteistaan. Ensimmäinen sairaalajakso hävetti ja nainen lykkäsi sitä, kunnes oli jo niin huonossa kunnossa, ”ettei hän pystynyt tulohaastattelussa sanomaan edes omaa nimeään”.<sup>1073</sup> Nainen oli useamman kerran pitkiä aikoja sairaalahoidossa ja kertoi, että hänellä todettiin vakava ja laaja-alainen masennustila. Vakavasta sairaudesta huolimatta nainen piti liiallista lääkitystä haitallisena toimintakyvyllään. Haastattelijalle hän kertoi, että ”olen vähentänyt lääkitystä omalla päätökselläni. Olen varma, että jos söisin kaikki minulle määrättyt lääkkeet, olisin niin huonossa kunnossa, etten jaksaisi olla avohoidossa.”<sup>1074</sup> Nainen suhtautui negatiivisesti lääkkeiden mahdollisiin sivuvaikutuksiin: ”Ja kun ajatellaan vuosikausien pakkolääkitystä, joka vetää ihmisen kieroon, aiheuttaa pakkoliikkeitä, tuskaisuutta, turvottaa kielen paksuksi ja turruttaa mielen, kohdellaan silloin minun mielestäni ihmistä kuin eläintä.”<sup>1075</sup> Samassa lehden numerossa oli toinenkin depressiodiagnoosin saaneen henkilön haastattelu. Myös tässä mainittiin psyykenlääkkeiden käytön seuraukset potilaille. Nainen kertoi hakeneensa ja saaneensa apua ihmishuhdekouluttaja

<sup>1071</sup> Lintala 1994.

<sup>1072</sup> Lintala 1994.

<sup>1073</sup> Peltovuori 1994, 16.

<sup>1074</sup> Peltovuori 1994, 16.

<sup>1075</sup> Peltovuori 1994, 17.

Heleenalta. ”Heleena patisti minua lenkille, koska olin ihan lääkkeistä jäykkänä ja vapiseva.”<sup>1076</sup>

Joskus Turun yliopiston opinnoissa tuotiin esiin masentuneeksi katsottujen potilaiden tarve saada hyväksyntää osoittamalla sairauttaan ulospäin. Vuonna 1988 psykiatrian opiskelija kirjoitti, kuinka depressiivinen ”[p]otilas voi myös ajatella, että runsas lääkitys saa esimerkiksi omaiset uskomaan, että hän on todella sairas”.<sup>1077</sup> Somaattisten hoitomuotojen on teoretisoitu mahdollistavan yksilölle kokemusten ja tilojen irrottamisen omasta itsestään. Ian Hacking on kirjoittanut skitsofreniaa sairastavien voivan hyötyä lääkityksestä tässä mielessä. Lääkkeet edustavat ajatusta sairaudesta itsestä erillisenä asiana ja voivat toiseuttaa sairauden jopa itsenäisen toimijuuden omaavaksi ”toiseksi”. Mielenterveyden häiriöstä kärsivä voi näin ollen laittaa epämieluisat teot tämän pahantahtoisen toimijan harteille ja pois omasta toimijuudesta.<sup>1078</sup> Omassa kodissa hallinnoitavat psykofarmakologiset lääkkeet voivat tuoda yksilölle näin hallinnan tunnetta. Lääkkeet ovat konkreettisia ja käsinkosketeltavia toisia. Lääkkeen otto puolestaan saattaa muodostaa yksilön päivään rutiinin, joka kertoo hänelle hänen pyrkimyksensä hallita oman mielensä toimintaa.

Sosiologi Alain Ehrenberg ja filosofi Jennifer Radden kirjoittavat, kuinka psykofarmakologinen vaikutus ohjaa sairauden oirekirjon määrittämistä.<sup>1079</sup> Tutkimustietoa lääkkeiden vaikutuksista on viime vuosikymmeninä käytetty enenevässä määrin uusien tautiluokkien rakentamisessa. Yleisesti ottaen 1900-luvun loppupuolella psyykenlääkeryhmät luokiteltiin terapeuttiskliinisten ominaisuuksien mukaan kolmeen pääryhmään eli neurolepteihin, anksiolyytteihin (ataraktit) ja antidepressiiveihin.<sup>1080</sup> Antidepressiiveillä puolestaan oli yhden opinnoissa annetun määritelmän mukaan seuraavat vaikutukset: ”sedatiivis-neuroleptinen, stimuloiva estyneisyyttä laukaiseva sekä mielialaa kohottava”.<sup>1081</sup> Somaattisissa hoitomuodoissa tilojen taustoja lähestyttiin yksittäisten oireiden kautta. 1980-luvulla psykologian opetuksessa käytössä olleessa psykiatrian oppikirjassa todettiin masennustiloihin liittyvän psykomotoriikan heikkenemisen liittyvän aivojen alentuneeseen noradrenergiseen toimintaan ja mielialan laskuun. Ajatuksen estyneisyyden ja alentuneen itsetunnon kirjoitettiin puolestaan liittyvän alentuneeseen tryptaminergiseen hermotoimintaan.<sup>1082</sup> Usein antidepressiivien sanottiin vain yksinkertaisesti kohottavan mielialaa.<sup>1083</sup>

<sup>1076</sup> Kämäräinen 1994, 7.

<sup>1077</sup> Vuonna 1988 valmistunut psykiatrian opintojen kirjallinen työ. Santalahti 1987, 5.

<sup>1078</sup> Hacking 2009, 160.

<sup>1079</sup> Ehrenberg 2007; Radden 2009b, 84–85.

<sup>1080</sup> Alanen, Achté ja Tienari 1981, 168.

<sup>1081</sup> Alanen, Achté ja Tienari 1981, 196.

<sup>1082</sup> Alanen, Achté ja Tienari 1981, 197.

<sup>1083</sup> ”7-12” 1989, 25.8.1989.



Vuonna 1981 psykologian opintojen fysiologia-kurssilla antidepressiivien vaikutukseksi kuvattiin, että ne ”[s]timuloivat psykomotoriikkaa, nostavat mielialaa”.<sup>1084</sup>

1980-luvun alussa psykiatrian opintojaksolla masennuksen hoidosta opetettiin, että

[n]euroottisissa depressioissa on myös lääkehoito yleensä indisoitu. Parhaiten sopii ehkä doksepiini tai amitriptyliinikloridi ad 75–150 mg/vrk. Jos potilas on voimakkaammin ahdistunut, saattaa voimakkaammin sedatiivinen trimipramiini samansuuruisina annoksina olla parempi. Protriptyliinikloridi (15–30 mg/vrk) tai desipramiinikloridi (75–150 mg/vrk) tulevat taas kysymykseen potilailla, joiden tilaa ennen kaikkea luonnehtii aloitekyvyttömyys ja haluttomuus ja jotka tästä syystä kaipaavat mieluummin aktivoivaa kuin rauhoittavaa antidepressiivistä lääkitystä. Usein on syytä käyttää myös diatsepaamia tai muuta ahdistusta lievittävää lääkehoitoa antidepressiivisen lääkehoidon ohella, samaten kuin unilääkettä (nitratsepaami, mahdollisesti klorprotikseenikloridi). Jos potilaalla on itsemurha-ajatuksia, on varottava määräämästä hänelle yhdellä kertaa liian paljon lääkkeitä.<sup>1085</sup>

Lääkehoidolla saatiin aikaan yksinkertaisia vaikutuksia, sillä käytössä oli rauhoittavia, aktivoivia ja unen saannissa auttavia lääkkeitä.<sup>1086</sup> Rauhoittavalla ja unilääkkeellä hoidettiin ensi sijassa ahdistusta, aktivoivalla puolestaan aloitekyvyttömyyttä ja haluttomuutta. Itsemurha-ajatuksiin ei lääkehoito tehonnut, joten ajatusten huomioimista lääkkeitä määrättäessä painotettiin.

Hienosyisempiä oirekuvauksia löytyi kehoon kajoavien hoitojen ulkopuolelta, kuvailtaessa esimerkiksi keskusteluterapiamuotoja, mutta myös masentuneen potilaan kohtaamista. 1980-luvulla psykiatrian opinnoissa pohdittiin lääkärin potilassuhdetta, sen muotoutumista ja suhteeseen liittyviä kysymyksiä. Masentuneen potilaan kohtaamiseksi lääkärin vastaanotolla annettiin seuraavanlaisia neuvoja:

Kontraindisoitua on sensijaan kaikki depressiivisen potilaan hemmottelu ja häntä kohtaan osoitettu ylenmääräinen ystävällisyys. Potilas kokee sen säännömukaisesti ansaitsemattomana ja reagoi siihen itsesyytösten lisääntymisellä ja depressiivisen affektin korostumisella. Yhtä harhaanosunutta on yrittää ilahduttaa depressiivistä potilasta kehottamalla häntä esimerkiksi matkustamaan Kana-

<sup>1084</sup> ”4-5” 1981, 35.

<sup>1085</sup> Lukuvuosina 1979–1982 psykiatrian opintojaksolla käytössä ollut oppikirja. Achté, Alanen ja Tienari 1973, 217.

<sup>1086</sup> Sedatiiviset antidepressiivit nähtiin usein ensi sijaisena vaihtoehtona uniongelmiin, jos unettomuuden syynä oli depressio. Ks. esim. Partinen 1991a, 191.

rian saarille toipumaan. Hänen syyllisyydentuntonsa tulevat väistämättä huolehtimaan siitä, että matka epäonnistuu. Jos depressio säilyy sairauden jälkeenkin, on ruumiillisen työn suosittelemisesta tavallisesti suurempi hyöty kuin levosta ja lomamatkoista – mahdollisesti välttämättömäksi osoittautuvan psykiatrisen avun lisäksi.<sup>1087</sup>

Potilaan masennusoireita peilattiin lääkärin aiheuttamiin reaktioihin. Lääkärin tuli käyttäytyä tietyllä tavoin, jottei stimuloi masentuneen potilaan syyllisyydentunteita.

1980-luvulla ja 1990-luvun alkupuolella opinnoissa käsiteltiin keskusteluterapiamuotoja, niiden mekanismeja ja vaikutuksia. Keskusteluterapiahoidon taustalla saattoi olla aivan tietynlainen sairauskäsitys. Vuonna 1994 psykiatrian opiskelija kirjoitti kognitiivisesta psykoterapiasta ajatellen masennusta ensisijaisesti ajatusvääristymänä, vääristyneinä skeemoina.<sup>1088</sup> Aina psykoterapioita koskevissa opinnoissa tautiluokkia ei käsitelty, vaan keskityttiin psykologisiin malleihin. 1980-luvun lopulla Suomeen saapuneessa ja paljon kiinnostusta osakseen saaneessa lyhytterapiassa oleellisinta oli määrittää terapiaan saapuvan ihmisen ongelma mahdollisimman selväräjaisesti, jotta lyhytterapialle saatiin asetettua selkeä tavoite.<sup>1089</sup> Vuonna 1989 psykoterapian perusteet -kurssilla kuvattiin lyhytterapioiden olevan vasta tulossa Suomeen.<sup>1090</sup> Kurssin harjoitustyössä opiskelijat totesivat psykoterapian olleen ”psykiatrian tärkein hoitokeino”.<sup>1091</sup> Terapialinjoja Suomessa kerrottiin olleen kolme: psykodynaamiset teoriat ja psykoanalyysi, systeemiteoriaan pohjautuva perheterapia ja oppimisterapeuttinen linja.<sup>1092</sup> Keskusteluterapioita ei opetettu masennuksen osalta tautiluokkakeskeisesti. Masentuneisuus tuli huomioida lähinnä muun ohella, kuten esimerkiksi mahdollisena reaktiona taukoihin riippuvuutta ja separaatioahdistusta sisältävässä keskusteluterapiasuhteessa.<sup>1093</sup>

Somaattisen ja psyykkisen välinen tasapainottelu näkyi opinnoissa hoitomuotoja käsiteltäessä. Ajoittain psykologian opinnoissa oli vahva psyykkisten häiriöiden ei-somaattisen sisäsyntyisyyden painotus. Vuonna 1989 psykologian opiskelijat huo-

<sup>1087</sup> Psykiatrian opintojaksolla lukuvuosina 1979–1989 (ei lukuvuonna 1981–1982) käytössä ollut oppikirja. Tähkä 1977, 247.

<sup>1088</sup> Psykiatrian syventävien opintojen kirjallinen työ. Häkkänen 1993.

<sup>1089</sup> ”7-14” 1989.

<sup>1090</sup> ”7-27” 1989, 5.10.1989 Reijo Pehusen luento ”Lyhytterapia”.

<sup>1091</sup> ”7-35” 1989, 3. Psykologian laitoksen psykoterapian perusteet -kurssilla listattiin edellisten vuosikymmenten tärkeimmiksi suuntauksiksi: biologinen psykiatria (psykofarmakat), yksilöpsykologiset hoitomuodot, sosiaalipsykologiset hoitomuodot, lapsi- ja nuorisopsykoterapia sekä perheterapiat. ”7-27” 1989, Väliotsikko ”Psykoterapian historiaa”.

<sup>1092</sup> ”7-27” 1989, 26.9.1989 Tapio Korhosen luento ”Oppimis- ja kognitiivinen terapia”.

<sup>1093</sup> ”7-29” 1989, 3.

mioivat, ettei ”[o]mien oireiden ja häiriöiden olemassaolon toteaminen ja myöntäminen [– –] välttämättä merkitse psyykkisen sairaudentunnon olemassaoloa. Potilas voi edelleenkin pyrkiä selittämään häiriönsä orgaanisista, perinnällisistä tai hänestä riippumattomista ulkoisista syistä johtuvaksi.”<sup>1094</sup>

Psykiatrian opinnoissa psykiatria määriteltiin antamalla yhtäläinen painoarvo ”biokemiallisille prosesseille” ja henkilöhistorialle, joskin henkilöhistorialla viitattiin ajoittain lähinnä lapsuuteen ja kehitysvuosiin.<sup>1095</sup> Vuonna 1990 julkaistussa oppikirjassa suomalaista psykiatrian kenttää esiteltiin toteamalla, että ”[e]rääät psykiatrit ovat kiinnostuneet biologisesta psykiatriasta, varsin monet sosiaalipsykiatriasta”.<sup>1096</sup>

Vuonna 1985 valmistuneessa psykiatrian väitöskirjassa kerrottiin kolmen yleisimmän sairausmallin olevan luonnontieteisiin perustuva lääketieteellinen malli, Freudin asettamille perustuksille pohjaava yksilöpsykologinen malli sekä 1900-luvun puolivälissä syntynyt vuorovaikutuksellinen tai systeeminen malli, jossa sairautta ei nähty osana yksilöä, vaan osana kanssakäymisten muodostamaa kokonaisuutta. Näiden lisäksi väitöskirjatutkija viittasi Yrjö Alasen määrittelemiin malleihin, joita olivat esimerkiksi psykiatriset sairaudet kieltävä antipsykiatrisen malli sekä yhteiskunnan ja yksilön suhdetta tutkiva sosiologinen tai ekologinen malli. Väitöskirjatutkija esitteli myös Alasenkin määrittelemän integroivan hoitomallin, jossa kaikki sairausmallit ovat sallittuja ja niitä sovelletaan aina yksilön tarpeita vastaamaan. Integroivassa hoitomallissa potilaan hoitoa mietittäessä otettiin huomioon somaattinen hoito, yksilö-, ryhmä- ja perheterapia sekä osastot, jotka toimivat terapeutisina yhteisinä. Näiden lisäksi otettiin huomioon mahdolliset yhteiskunnalliset ongelmat. Väitöskirjatutkijan mukaan integroiva hoitomalli oli väitöskirjaa kirjoitettaessa eli 1980-luvun alussa kaikista yleisin.<sup>1097</sup> Tutkimuksessa keskityttiin perheen sisäisiin psykodynaamisiin prosesseihin ja vuorovaikutukseen, mutta väitöskirjatutkija painotti erikseen, ettei halunnut vähätellä sairauden biologista puolta. Hän korosti, että maanisdepressiivinen psykoosi syntyi ympäristön ja yksilön vuorovaikutuksessa ja yksilöllä viitattiin myös hänen biologiaansa.<sup>1098</sup>

Vuonna 1988 psykiatrian opiskelija kirjoitti, että

[i]hmisen näkeminen kokonaisuutena, jota tarkastellaan ruumiillisesta, sielullisesta ja hengellisestä näkökulmasta, auttaa meitä tarkastelemaan masennusta

<sup>1094</sup> Vuonna 1989 valmistunut psykologian opiskelijoiden harjoitustyö. ”7-36” 1989.

<sup>1095</sup> Achté, Alanen ja Tienari 1973, 15.

<sup>1096</sup> Achté 1990b, 42.

<sup>1097</sup> Bondestam 1985, 60–61.

<sup>1098</sup> ”I by no means want to imply that biological facts do not relate to these phenomena.” Bondestam 1985, 15–16.

monipuolisempänä ilmiönä. [– –] Rakennusmateriaalina voidaan käyttää esim. psykoanalyttisiä, oppimisteoreettisia, kognitiivisia, biologisia, sosiologisia ja eksistentiaalisia aineksia.<sup>1099</sup>

Opiskelija pohti masennusten ymmärtämisen monimutkaisuutta:

Huomaamme, että depressiosta esiintyy monenlaisia teorioita. Kaikki käsitykset eivät sulje pois toisiaan, mutta jos rajoitumme tiettyyn näkemykseen, saatamme menettää jotain oleellista. Integriatiiviset depressiomallit osoittavat, että on mahdollista lähestyä muita käsityksiä. On tärkeää muodostaa selkeä käsitys depressiosta, jotta pystyisi hoitamaan ihmisiä oikealla tavalla.<sup>1100</sup>

Opiskelija peräänkuulutti avarakatseista ja kriittistä asennoitumista ja tieteellisen tutkimuksen rajoitusten myöntämistä tutkittaessa ihmiselämässä esiintyviä ilmiöitä. ”Kärsimys ja elämän tarkoitus ovat ihmisille vaikeita asioita. Olisi tärkeää suhtautua oikealla tavalla näihin asioihin, mutta voiko tieteen kautta ymmärtää kaikkia tekijöitä?”<sup>1101</sup> Vuonna 1994 psykiatrian opiskelija analysoi masennuksen terapiahoitoa Beckin kognitiivisen teorian pohjalta. Opiskelija kertoi Beckin pääväittämän olleen, että ”ajatuksen, tunteen ja käyttäytymisen välillä on läheinen ja vastavuoroinen suhde. Siten kognitiivinen teoria muodostaa selvän syy-yhteyden kognitoiden, tunteiden sekä fysiologisten ja käytöshäiriöiden välille.”<sup>1102</sup>

Turun yliopiston opinnoissa biologinen selittäminen alkoi painottua lähestyttäessä vuosituhannen loppua. Aiemmin käytössä olleiden oppikirjojen uusintapainoksissa biologinen selittäminen sai aiempaa enemmän tilaa. Tämä näkyi erityisesti psykologian laitoksen opinnoissa ja oppikirjoissa. Psykologian laitoksella tuli käyttöön myös aivan uusia biologiaoitoituneita oppikirjoja 1980-luvun loppupuolella ja 1990-luvulla.<sup>1103</sup> Psykologiassa painotettiin psykodiagnostiikassa ja mielen tai aivojen ongelmien kartoittamisessa psykologisia testejä. Samalla 1980-luvun alusta saakka puhuttiin muun muassa neuropsykologiasta, johon perustuvien testien ymmärtäminen vaati hyvää tietämystä neurologiasta ja aivofysiologiasta. Kiinnostavaa on, että vuonna 1981 pidetyllä kurssilla huomautettiin neurologian kehityksen pääseen vauhtiin vasta psykiatrian erotessa siitä.<sup>1104</sup>

<sup>1099</sup> Vuonna 1988 valmistunut psykiatrian syventävien opintojen kirjallinen työ. Reinikka 1988, Tiivistelmä.

<sup>1100</sup> Reinikka 1988, 36–38.

<sup>1101</sup> Reinikka 1988, 36–38.

<sup>1102</sup> Psykiatrian syventävien opintojen kirjallinen työ. Häkkänen 1993, 1.

<sup>1103</sup> Esim. Kalat 1995 ja teoksen aiemmat painokset.

<sup>1104</sup> ”2-1” 1981, 26–27. Samalla kurssilla opetettiin, että ”Suomessa Niilo Mäki kehitti neuropsykologiaa Kauniaisten sotavammassairaalassa”. ”2-1” 1981, 27.

Lääketieteen lisensiaatin opintojen psykiatrian opintojaksolla oli vuosina 1980–1995 käytössä sama psykiatrian suomalainen oppikirja, ainoastaan painokset muuttivat. Vuoden 1973 painoksessa masennuksen etiologiaa pohdittiin laajalti ja psykologisista syistä kirjoitettiin pitkälti. Vuoden 1990 painoksessa kirjoitettiin ”depressioiden genetiikasta” jo useita sivuja.<sup>1105</sup> Vuoden 1990 painoksessa oli Oulun yliopiston psykiatrian professori Pekka Tienarin kirjoittama oma luku psykiatristen sairauksien biologisista syistä.<sup>1106</sup> Samassa painoksessa Turun yliopiston professori Yrjö Alaselta oli mukana puolestaan pitkä ja ajoittain Freudiin nojaava persoonallisuuden psykodynamiikkaa ja perhedynamiikkaa käsittelevä luku.<sup>1107</sup>

Psykiatrian opinnoissa vuosina 1989–1993 maanisia ja depressiivisiä psykooseja käsiteltäessä mainittiin, että kaksisuuntaisen eli maanis-depressiivisen mielialahäiriön perinnöllinen alttius saattoi ”olla laadultaan monogeeninen”. Tämä tarkoitti, että syy saattoi löytyä yhdestä geenistä.<sup>1108</sup> Samalla tässäkin korostettiin myös muun muassa lapsuuden kasvuympäristön ja persoonallisuuden merkitystä sairauden puhkeamisessa. Samankaltainen lähestymistapa biologiseen etiologiaan oli vuonna 1995 oikeuslääketieteen opiskelijalla. Hän totesi, että ”[u]seiden somaattisten sairauksien geneettisen taustan selviäminen on innostanut tutkijoita selvittämään psyykkisten sairauksien ja kromosomaalisten tekijöiden välistä yhteyttä. [–] Mielialahäiriöiden ja kromosomien X, 6 ja 11 välillä on todettu yhteys.”<sup>1109</sup> Tässä opiskelijan muutoin bio-optimistisessa työssä huomautettiin kuitenkin useaan kertaan, että ”mielenterveydenhäiriöiden diagnoosi saattaa olla epäselvä”,<sup>1110</sup> ”psyykkisten häiriöiden etiologia on edelleen epäselvä”<sup>1111</sup> ja että ”tietomme ovat vielä puutteellisia”.<sup>1112</sup> Optimismi olikin lopulta varovaista ja liittyi diagnostiikan muutoksiin, genomien kartoittamisen ja sekvensoimisen tuolloin käynnissä olleeseen tarkentumiseen sekä molekyyli-genetiikan ja tilastotieteen menetelmien parantumiseen.<sup>1113</sup> Tiedon epävarmuutta korostettiin myös psykologian opinnoissa. 1990-luvulla pohdittiin tiedon luonnetta ja psykologian oppikirjassa kirjoitettiin, ettei tiedetä miten mieli ja aivot suhteutuvat toisiinsa. Oppikirjassa kuvailtiin aivojen ja mielen suhdetta koskevien tietojen tulevan pitkälti syy–seuraus -suhteiden löytymisestä. Esimerkiksi aivojen

<sup>1105</sup> Alanen, Achté ja Tienari 1990, esim. 67–70.

<sup>1106</sup> Tienari 1990.

<sup>1107</sup> Alanen 1990a.

<sup>1108</sup> Lääketieteen lisensiaatin opintojen psykiatrian opintojaksolla lukuvuosina 1989–1993 käytössä ollut oppikirja. Lehtinen et al. 1989, 252.

<sup>1109</sup> Oikeuslääketieteen syventävien opintojen kirjallinen työ. Järvinen 1995, Tiivistelmä, 4–5.

<sup>1110</sup> Järvinen 1995, 8.

<sup>1111</sup> Järvinen 1995, 10.

<sup>1112</sup> Järvinen 1995, 11. Optimismia ja epävarmuutta korostettiin saman aikaisesti myös farmakologian ja toksikologian teoksessa. Tuomisto ja Paasonen 1988, 334.

<sup>1113</sup> Järvinen 1995, Tiivistelmä, 10–11.

sähköstimulaatio saattoi aiheuttaa muutoksia käytöksessä ja subjektiivisessa kokemuksessa, joten syy–seuraus-yhteys oli selvästi olemassa, vaikkei tiedettykään miten. Vuosina 1980–1995 lääketieteen ja psykologian opinnoissa tuotiin ilmi, että masennussairauksien syntymekanismeihin liittyy vielä paljon sellaista, jota ei voitu tutkimustiedon perusteella tietää.<sup>1114</sup>

Aina biologiseen selittämiseen ei yhdistetty epävarmuutta, vaan selkeitä syy–seuraus-yhteyksiä tai puhdasta optimismia. Vuonna 1994 valmistuneessa psykiatrian väitöskirjassa tutkittiin, miten unen aikana aivojen eri puoliskot toimivat. Tutkimuksen osana oli kirjallisuuskatsaus liittyen masennuksen ja aivojen lateralisaation yhteyteen. Esimerkiksi vasemman aivopuoliskon vammautumisen ja masennuksen välillä nähtiin vankkoja yhteyksiä.<sup>1115</sup> Vappu Taipale käsitteli masennuksen biologialla koskevaa uusinta tutkimusta lastenpsykiatriassa ja uskoi masennuksen luonnontieteellisen selityksen löytyvän lähitulevaisuudessa:

Vakavaa depressiotutkimusta tehdään tällä hetkellä masennuksen biologiasta. Depressiossa on havaittu hermoston fysiologisen toiminnan muutoksia. Nyt tutkitaan monoamiinien kuten noradrenaliinin esiintymistä aivoissa, hormonitoiminnan poikkeavuuksia sekä geneettisiä tekijöitä. On todennäköistä, että tietomme tulevat merkittävästi karttumaan juuri tällä alueella ja että depressiosta tulee ensimmäinen psyykkinen häiriö, jonka biologinen pohja voidaan ymmärtää.<sup>1116</sup>

Bio-psykiatrisen näkemyksen painottamisesta kieli myös siihen kohdistettu kritiikki. Vuonna 1996 valmistui psykiatriasta pitkä, 101-sivuinen syventävien opintojen kirjallinen työ aiheenaan psykoanalyysin ja neurobiologian vertailu analysoimalla Sigmund Freudin ja Allan Hobsonin uniteorioita.<sup>1117</sup> Työn lopussa pohdittiin tietoisuutta, mielen ja ruumiin tieteenteoriaa, dualismia ja materialismia. Opiskelija mukaan mielen ja ruumiin ongelman ytimessä oli reduktionismi eli henkisten tilojen ja toimintojen redusoiminen aivojen tiloiksi ja toiminnoiksi.<sup>1118</sup> Opiskelija lopetti työnsä kirjoittamalla:

<sup>1114</sup> Ks. esim. psykologian laitoksen fysiologisen psykologian perustiedot -kurssilla 1990-luvulla käytössä ollut oppikirja. Hilgard, Atkinson ja Atkinson 1971, 473.

<sup>1115</sup> Lauerma 1994, 56–58.

<sup>1116</sup> Lastenpsykiatriassa lukuvuosina 1993–1996 käytössä ollut oppikirja. Taipale 1992, 254.

<sup>1117</sup> Riikonen 1996. Freudin uniteoriat kiinnostivat psykiatriassa ja psykologiassa vielä 1990-luvulla. ”5-15” 1996.

<sup>1118</sup> Riikonen 1996, 96. Vuonna 1980 psykologian laitoksen fysiologisen psykologian -kurssilla muun muassa hermoverkon toimintaa opetettaessa huomautettiin, että ”[k]aikki yritykset palauttaa aivotoiminnat puhtaasti fysiologisiin seikkoihin ovat epäonnistuneet”. ”4-29” 1980, 1 (22.9.1980).

Luonnontieteen kapea rajoitteinen syy–seuraussuhteisiin keskittyvä ajattelutapa ja samalla sen luoma maailmankuva tuntuukin kärjistyvän mielenkiintoisesti omaan ”paradoksiseen absurdiuteensa”. Tällöin olemme tavallaan ”verbosekventialismimme vankeja” emmekä voi ymmärtää itseämme muutoin kuin fyysikaalisten suureiden tai loputtomien syy–seurausajatusketjujen avulla. Mielen ja ruumiin ongelman ratkaiseminen tuntuukin jäävän ”virtuaalitodelliseksi hallusi-naatioksi”, samoin kuin ihmisen dualistisen olemassaolon perusta ikuisiksi mysteeriksi hänelle itselleen.<sup>1119</sup>

Moderni länsimainen kulttuuri on vaihtelevasti sietänyt monimutkaisuutta. Ian Hacking kirjoittaa, kuinka luonnontutkija Carl von Linnén (1707–1778) luokittelujärjestelmä nostatti aikanaan laajaa innostusta. Vuosisadan ajan aina luonnontieteilijä Charles Darwinin (1809–1882) genealogiseen teoriaan saakka ihmiset yrittivät ahtaa kaiken – jopa kemialliset alkuaineet – tähän järjestelmään. Hackingin mukaan sekä menneet että nykyiset mielisairausluokittelut perustuvat yhä Linnén kasvien luokittelun inspiroimaan nosologiseen hulluus-luokitteluun. Hackingin mukaan nosologinen luokittelu on alusta asti perustunut vääränlaiseen logiikkaan, ”väärään käsitykseen asioiden luonteesta”.<sup>1120</sup> Nosologisen tautiluokittelun ongelmat korostuivat psykofarmakologiassa. Psykykenlääkkeiden vaikutusmekanismia masennukseksi katsottuihin tiloihin ei tunnettu ja lääkkeiden määrääminen perustui ammattikunnan sisäiseen tiedonjakamiseen. Nosologinen tautiluokittelu ei itsessään kertonut, mikä lääke kenellekin sopi.<sup>1121</sup> Jennifer Radden huomauttaa psykiatrisen nosologian saaneen osakseen kritiikkiä jo viimeistään 1960-luvulla.<sup>1122</sup> Kriittinen suhtautuminen nosologian taustalla olevaa ontologiaa kohtaan ei silti suoraan tarkoittanut nosologisesta luokittelusta luopumista. Luokittelu voitiin välineellistää ja Turun yliopiston opiskelijat saattoivat omaksua tautiluokkia käytännöllisinä luokkina, joista oli hyötyä kommunikoitaessa tieteen tai hallinnon tiedon piirien sisällä. Tautiluokkiin, niiden määrittelyihin, niiden ontologiseen taustaan ja niiden käyttöön kiteytyivät psykiatrisen perimmäiset kiistakysymykset. Psykologia lääketieteen ulkopuolisena tieteenalana oli pystynyt väistämään tiukkoihin luokitteluihin perustuvat ongelmat. Myös psykologiassa haettiin universaaleja, mutta hallinnon tieto ei vaatinut niitä.

<sup>1119</sup> Riikonen 1996, 101.

<sup>1120</sup> Hacking 2013, 17. Ks. myös Tuohela 2013. Diagnostiikan nosologinen luonne huomiointiin psykologian opinnoissa. Esim. vuonna 1981 psykodiagnostiikan kurssilla opetettiin Kraepelinin luokitusten aloittaneen nosologisen luokittelun. ”2-1” 1981, 13.

<sup>1121</sup> Shorter 2009, 32–33. Myös Jukka Kärkkäisen haastattelu, 19.12.2017. Muistiinpanot tekijän hallussa.

<sup>1122</sup> Radden 2009b, 87.

Vuosien 1980–1995 opinnoissa hoitomuotoja valittaessa korostui ihmisen ja hänen elämänsä mahdollisimman monitahoinen huomioon ottaminen. Psykologian opinnoissa tämä saattoi tarkoittaa esimerkiksi aikuisten kohdalla kognitiivista psykoterapiaa ja lasten kohdalla perheterapiaa. Psykiatriassa hoitomalleista korostui integratiivinen, joka lähtökohtaisesti otti huomioon eri näkökulmia antamatta minkään näkökulman sulkea toista pois.

Hallinnon ja arjen tiedossa viimeistään 1990-luvulla kasvoi eräänlainen bio-optimismi masennuksen selittämisen ja sen hoitoon tarkoitettujen lääkkeiden osalta. SSRI-lääkkeillä markkinoitiin olevan aiempia masennuslääkkeitä vähemmän sivuoireita, mikä herätti toiveita potilaissa ja hoitohenkilökunnassa. Masennuslääkkeiden haittavaikutukset olivat olleet moninaisia ja ulospäin näkyviä. Kun masennus vuosina 1980–1995 nähtiin suurelta osin itseen kohdistuvana negatiivisuutena, eivät yksilön hallitsemattomissa olevat muutokset ulkonäössä tai käytöksessä kohottaneet jo valmiiksi alhaista itsetuntoa.

Samalla hallinnon tiedossa spesifimpi psykofarmakologia ja hoitomuotojen erittely tuottivat tarpeen oireperustaiselle tautiluokittelulle. Masennuksen rakentuminen oireyhtymäksi ja oireiden näkeminen itse sairautena vastasivat tähän tarpeeseen. Psykofarmakologinen interventio toimi, jos oireet vähenivät.

Hallinnon ja arjen tiedon kaltaista bio-optimismia ei yksittäisiä puheenvuoroja lukuun ottamatta ollut psykiatrian ja psykologian opinnoissa. Psykofarmakologia oli osa erityisesti lääketieteen opintoja, mutta jonkin verran siihen tutustuttiin myös psykologian opinnoissa. Psykykenlääkkeisiin ja uusimpiin tutkimustuloksiin suhtauduttiin kiinnostuksella, mutta ne olivat hoitomuoto muiden joukossa. Lääkkeiden käytön kasvusta oltiin jonkin verran myös huolissaan. Muiden hoitomuotojen merkityksestä kertoo osaltaan se, että ajoittain psykykenlääkkeiden päällimmäisenä tarkoitukseksi oli mahdollistaa muut hoitomuodot potilaan aktivoitumisen kautta. Lasten ja nuorten kohdalla biopsykiatriisiin hoitomuotoihin suhtauduttiin huomattavasti aikuisia varovammin. Näiden ikäryhmien hoidossa korostui ympäristö, ja lapsilla erityisesti perhe ja moniammatillisuus.

### 3.8 Tautiluokitusten masennukset liikkuvat hallinnosta tieteeseen ja arkeen

Aivan kuten edellisen alaluvun hoitomuodot, myös tautiluokitukset olivat osa kaikkia kolmea tiedon piiriä yhdistävien mielenterveyspalveluiden toimintaa. Tautiluokkia tarvittiin hallinnon tiedossa tehtäessä päätöksiä resurssien jaosta, kuten yksilölle tarjottavista hoitomuodoista tai muista etuuksista, kuten sairauspäivärahoista ja sairauuseläkkeestä. Mahdollisimman yksinkertaisesti ja yksiselitteisesti määriteltävien masennustautiluokkien tarve nousi ensi sijassa hallinnon tiedosta, vaikka tieteen tie-



tokin niitä jossain määrin hyödynsi. Tässä aluvussa analysoin opiskelijoiden tuntemien masennustautiluokkien rakentumista ja muutoksia.

Opinnoissa masennustautiluokkia omaksuttiin tutkimuksista, oppimateriaalista ja masennustesteistä ennemmin kuin yksittäisistä tautiluokituksesta. Kansainväliset tautiluokitukset sekä Suomen kansallinen tautiluokitus tunnettiin, mutta ne eivät tie-teelliseen käyttöön olleet kaikkein kätevimpiä. Psykiatri Jyrki Korkeila katsoo tautiluokitusten syntyneen aina käytännön tarpeisiin, mikä pääasiassa tarkoitti hoitojärjestelmän tarpeita.<sup>1123</sup> Yksittäisen tautiluokan käyttämisen sijaan masennuksia määriteltiin usein deskriptiivisesti listaamalla määreitä, jotka kertoivat muun muassa sairauden etiologiasta, prognoosista, taudinkulusta tai katsottiinko tilan olevan primäärinen vai muista sairauksista johtuva.

Masennuksella viitattiin 1980- ja 1990-luvuilla laajaan joukkoon tiloja ohimenevästä tunteesta vaikeaan sairauteen. Tämä näkyi Turun yliopiston lääketieteeseen<sup>1124</sup> ja psykologian<sup>1125</sup> opetuksessa sekä muissa aikalaislähteissä<sup>1126</sup> mukaan lukien tuona aikana kirjoitettu tutkimuskirjallisuus<sup>1127</sup>. Masennusten moninaisuuteen kiinnitettiin huomiota opinnoissa. Vuonna 1988 psykiatrian opiskelija erotti toisistaan masennuksen sairauden oireena ja itsenäisenä sairautena, johon viittasi myös häiriönä ja syndroomana:

Oireena se tarkoittaa mielialan laskua [– –]. Vasta kun depressio on erityisen korostunutta tai voimakasta, sitä voidaan psykiatrisessa mielessä pitää sairautena. Kun masennukseen liittyy muitakin oireita, jotka yhdessä täyttävät jonkin tautiluokituksessa esitetyn depressiivisen häiriön kriteerit, voidaan puhua depressiosta syndroomana [– –].<sup>1128</sup>

Vuonna 1994 psykiatrian opiskelija käsitteli masennusta patologisena oireyhtymänä ja totesi sen koostuvan ”tunne-, motivaatio-, kognitio-, käytös- ja fysiologisesta komponentista”.<sup>1129</sup> Vuonna 1991 julkaistun Mini-Suomi-tutkimuksen mielen-terveyden häiriöitä koskevassa raportissa masennuksesta kirjoitettiin puolestaan seuraavaa:

<sup>1123</sup> Jyrki Korkeilan sähköposti 20.10.2015. Tekijän hallussa.

<sup>1124</sup> Ks. esim. Mattila 1984, 58.

<sup>1125</sup> Ks. esim. ”7-26” 1990.

<sup>1126</sup> Ks. esim. Tamminen 1990, 14.

<sup>1127</sup> Esim. masennuksen historian klassikkoteos alkaa kuvauksella, kuinka melankolia ja masennus ovat pitkän historiansa mittaan viittaneet saman aikaisesti varioivaan joukkoon asioita. Jackson 1986, 3.

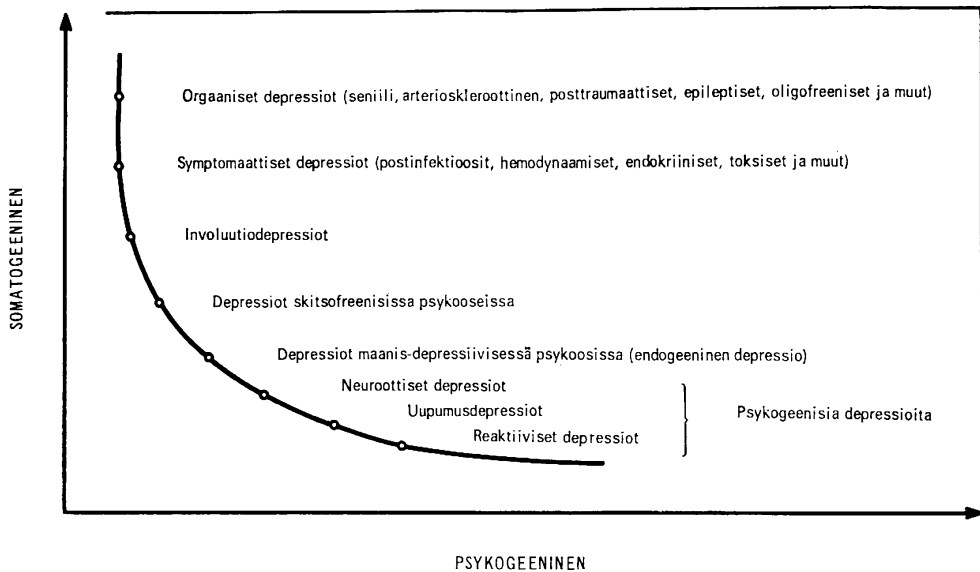
<sup>1128</sup> Psykiatrian syventävien opintojen kirjallinen työ. Reinikka 1988, 1.

<sup>1129</sup> Psykiatrian syventävien opintojen kirjallinen työ. Häkkänen 1993, 8.

Eri määritelmien mukaan käsite ”depressio” tarkoittaa mielialaa, yksittäisiä masennusoireita, kliinisesti arvioitua masennusdiagnoosia tai vaikeaa mielisairauden muotoa. Depressioita ja depressiivisyyttä on luokiteltu monin eri tavoin: neuroottinen vs psykoottinen depressio, retardoitu vs agitoitu depressio, endogeeninen vs reaktiivinen depressio, somatogeeninen vs. psykodynaaminen depressio jne. Mitään yleisesti käytössä olevaa luokittelua ei ole, eikä mitään käytetyistä luokitteluista voi pitää kovin onnistuneena. Tästä on eräänä osoituksena depression luokittelu kuuteen eri ryhmään nykyisessä tautiluokituksessa (2928D mielialahäiriö, 2938D mielialahäiriö, 296. vakavat mielialahäiriöt, 3004A krooninen masentuneisuus, 3011D mielialan aaltoiluhäiriö, 3004A masentuneisuutena ilmenevä sopeutumishäiriö). Epätyypilliset ja naamioidut depressiot ovat ongelmallisia depression luokittelussa ja depression yleisyyden tutkimisessa. Yleisesti arvellaan masennuksen voivan epätyypillisenä naamioitua hyvin moniin sairauksiin ja häiriöihin (piilomasennus eli ”masked depression”, erilaiset kivut, pseudodementia, eräät persoonallisuushäiriöt ja ainakin osittain myös alkoholismi). Lisäksi depressio saattaa esiintyä sekundaarisena joissakin ruumiillisissa sairauksissa kuten haimasyövässä, kilpirauhasen aineenvaihdunnan häiriöissä, Cushingin taudissa jne.<sup>1130</sup>

Opinnoissa masennusten määrittelyjen kirjo havainnollistettiin ajoittain kuviona. Alla olevassa kuviossa esiteltävä jaottelu oli tehty vuonna 1959 eikä lähde ollut suomalainen. Turun yliopiston opinnoissa ei käytetty kuin osaa kuvion termeistä, vaikka määrittelyn tasolla ne saattoivat olla tuttuja. Kuviossa oli omana luokkanaan uupumusdepressiot erillään reaktiivisista depressioista. 1980- ja 1990-lukujen opetuksessa masennuksiin liitettiin väsyminen ja uupuminen, mutta uupumisdepressiot omina tautiluokkanaan ei ollut tätä kuviota lukuun ottamatta osa Turun yliopiston opetusta.

<sup>1130</sup> Joukamaa et al. 1991, 61.



Kuva 15. Depressioiden nosologinen jako Kielholzin (1959) mukaan.

Kuva: Masennusten jaottelua 1980-luvulla lääketieteen lisensiaatin opinnoissa käytössä olleessa oppikirjassa.<sup>1131</sup>

Oppikirjojen kirjoittajien ja luennoitsijoiden omien käsitysten, virallisten tautiluokitusten ja yksittäisten tutkimusten ja tutkijoiden lisäksi masennusluokitteluihin vaikuttivat masennuksen tunnistamiseksi rakennetut kyselyt. Opinnoissa useimmin mainittu oli Beckin depressiokysely.<sup>1132</sup> Aaron T. Beck julkaisi kyselyn ensimmäisen version vuonna 1961 ja päivitti sitä vuosina 1978 ja 1996. Kysely oli Suomessa yleisesti käytössä. Psykiatrian opinnoissa kerrottiin testeistä, että ”[n]äitä menetelmiä ovat mm. Taylorin ahdistuskysely ja Beckin kehittämä depressiokysely, jota on Suomessa käytetty paljon. Yleisesti katsotaan, ettei kyselyjä voi käyttää varsinaisina diagnostiikkamenetelminä, mutta esim. masennustilan vaikeusasteesta voi depressiokysely antaa suhteellisen hyvän kuvan.”<sup>1133</sup> Suomessa kehitettiin myös omia masennusseuloja. Suomessa oli 1980-luvun puolivälissä UKKI-tutkimusta varten kehitetty ”masentuneisuusasteikko”, joka pohjasi *Cornell Medical Index* -terveyskyselyyn.<sup>1134</sup> 1980-luvulla

<sup>1131</sup> Rimón 1976, 111. Kuvio oli käytössä psykiatrian opintojaksolla lukuvuosina 1979–1981 sekä kliinisen farmakologian tai psykofarmakologian ja pediatrian farmakologian tai psykofarmakologiaan keskittyvän kliinisen farmakologian opintojaksolla lukuvuosina 1979–1988.

<sup>1132</sup> Ks. esim. Salminen 1985a, Tiivistelmä, 35, 49; Häkkänen 1993, 16.

<sup>1133</sup> Psykiatrian opintojaksolla lukuvuosina 1989–1993 käytössä ollut oppikirja. Lehtinen et al. 1989, 175–176.

<sup>1134</sup> Lehtinen et al. 1993, 51, 56.

neljä suomalaista psykologia kehitti lyhyen kyselyn, joka vuonna 1984 julkaistiin nimellä *lyhyt kartoittava depressioasteikko* (LKDA) ja vuonna 1987 nimellä *Rimonin lyhyt depressioasteikko*.<sup>1135</sup> Vuonna 1991 julkaistiin depressiivisyysoireiden indeksin muodostukseen käytetyt kysymykset osana Mini-Suomi-terveystutkimuksen raporttia. Suomalaisista masennuskyselyistä tunnetuimmaksi muodostui Tampereen yliopistolla kehitetty kymmenkohtainen DEPS-seula, joka on edelleen käytössä. Suomalaisen masennuskyselyiden lisäksi tunnetuksi tuli vuonna 1980 julkaistun DSM-III-tautiluokituksen diagnostiset kriteerit masennustilalle. Opinnoissa mainittiin ajoittain myös DSM-III-tautiluokitusta edeltänyt vuonna 1972 julkaistu *Feighner criteria* -nimellä tunnettu masennuskriteeristö.<sup>1136</sup> Ulkomaisista masennuksen vakavuutta mittaavista kyselyistä tunnettiin myös muun muassa *Hamilton Rating Scale for Depression*. Masennusta, masennuksen laatua tai masennuksen vakavuutta saatettiin testata muillakin laajemmilla testeillä, kuten mittaamalla kognitiivista suorituskykyä.<sup>1137</sup>

Psykologiassa suosittiin psykologin suorittamia testejä. Vuonna 1981 kurssi-muistiinpanoissa todettiin, että masennuksen määrää on ilman testiä ja asteikkoa hankala arvioida.<sup>1138</sup> Testeinä käytettiin esimerkiksi persoonallisuuden itsearviointimenetelmäksi kuvailtua *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) -testiä, joka tunnettiin hyvin psykologian opinnoissa. Syksyllä 1981 neuropsykologiset menetelmät -luennolla depressio mainittiin yhtenä yhteensä kymmenestä perusdimensiosta ja vuonna 1988 psykometriikan kurssilla depression kerrottiin olevan yksi 14 kliinisesti määritellystä skaalasta. MMPI-testauksen tarkoituksena oli masennuksen osalta selvittää sen määrä ja aste.<sup>1139</sup> Psykologian laitoksella opetettiin 1980- ja 1990-luvuilla muitakin masennuksen tunnistamiseen käytettäviä psykologisia testejä.<sup>1140</sup> Rorschachin mustetestin selitettiin tuovan esiin depressiivisyyttä tai depressiivisten tunteiden perussävyä.<sup>1141</sup> Lasten piirroksissa Goodenoughin testin emotionaalisuusindikaattorien pienien kuvien kerrottiin vuonna 1989 ilmaisevan epävarmuutta, vetäytymistä ja depressiota ja vuoden 1990 opetuksessa kuvien kerrottiin ilmaisevan ahdistusta ja depressiota.<sup>1142</sup>

<sup>1135</sup> Rimon et al. 1984; Keltinkangas-Järvinen ja Rimon 1987.

<sup>1136</sup> Beck et al. 1961; Feighner et al. 1972; Keltinkangas-Järvinen ja Rimon 1987; Joukamaa et al. 1991, 346–347 Liite 2; Salokangas, Stengård ja Poutanen 1994; Helén 2010, 53.

<sup>1137</sup> Ks. mm. Häkkänen 1993, 16.

<sup>1138</sup> ”2-1” 1981, 52.

<sup>1139</sup> ”2-12” ei pvm., 28–29; ”2-1” 1981, 53; ”2-3” 1981, 19; ”7-30” 1988, Moniste 11.10.1988; ”7-32” 1988, 4. Muita skaaloja olivat mm. ”maskuliini./feminiinisyys, hysteria, skitsofrenia”. ”6-23” 1987, 13.10.1987.

<sup>1140</sup> Ks. esim. Cronbach 1964, 484, 524; Alanen, Achté ja Tienari 1981, 5; Niemi, Nurmi ja Vauras 1984, 42.

<sup>1141</sup> ”6-3” 1990, 22, 24.

<sup>1142</sup> ”7-13” 1989; ”6-35” 1990, 11.10.1990.

Masennuksien tunnistamiseen ja määrittelyyn käytettiin monenlaisia tutkimuksia, luokituksia ja testejä. Vaikka kansalliset ja kansainväliset tautiluokitukset eivät olleet opetuksen keskiössä, oltiin aina uusimmista luokituksista tietoisia.<sup>1143</sup> Psykiatrian opinnoissa tilannetta kuvattiin näin:

Mielenterveyden häiriöt luokitellaan maassamme virallisesti *Kansainvälisen tautiluokituksen* (ICD) 8. laitoksen mukaan, joka tuli voimaan Lääkintöhallituksen hyväksymänä vuoden 1969 alusta. Tautinimistö on Maailman Terveysjärjestön hyväksymä. Se ei silti ole käytössä kaikissa maissa (ei esim. Yhdysvalloissa ja Neuvostoliitossa). Myös suomalaisessa psykiatrian oppikirjassa (Achté–Alanen–Tienari, 1973) käytetty häiriöiden jako poikkeaa eräin kohdin virallisesta luokituksesta. Tämä koskee luonneneuroosien ja luonnehäiriöiden välistä rajanvetoa samaten kuin ns. rajatiloja, joille virallisessa luokituksessa ei ole paikkaa.<sup>1144</sup>

Ensimmäisiä modernia masennusta koskevia tautiluokkia ja teorioita kirjoitettiin 1800- ja 1900-lukujen vaihteessa ja niiden vaikutus näkyi yhä vuosien 1980–1995 opetuksessa. 1800-luvulla masennus oli tautiluokkana sidottu maanis-depressiivisyyteen. Kaksi ranskalaista psykiatria Jean-Pierre Falret (1794–1870) ja Jules Bailarger (1809–1890) määrittivät tuolloin manian ja melankolian väliä kiertävän mielisairauden ja antoivat sille nimen ”la folie circulaire” tai ”folie à double forme”.<sup>1145</sup> Emil Kraepelin otti käyttöön tämän kiertävän mielisairauden melankolian eri muotojen rinnalle. Vuonna 1883 Kraepelin muodosti ensimmäisen oman luokittelunsa ja kehitti sitä pidemmälle seuraavien vuosikymmenten aikana. Vuonna 1899 julkaisemassaan tautiluokituksensa kuudennessa versiossa Kraepelin oli lopulta päätenyt siihen, että kaikki masennuksen muodot olivat osa kiertävää mielisairautta. Tässä tautiluokituksessa Kraepelin erotti mielisairaudet kolmeen pääluokkaan: dementia praecox, paranoia ja tuolloin ensimmäistä kertaa uusiksi nimetty tautien pääluokka maanis-depressiivinen psykoosi. Pääluokista kaksi, dementia praecox ja maanis-

<sup>1143</sup> Esimerkiksi vuonna 1985 julkaistussa maanis-depressiivisyyttä sairastavia potilaita käsittelevässä psykiatrian väitöskirjassa lähdettiin liikkeelle DSM-III-tautiluokituksen määrittelemistä luokista ja diagnostisista kriteereistä. Samalla todettiin, että DSM-III:n tautiluokka bipolaarihäiriö vastasi diagnostisilta kriteereiltään ICD-9-tautiluokituksen (1975) tautiluokkaa maanis-depressiivinen psykoosi. Bondestam 1985, 15.

<sup>1144</sup> Alanen 1978, 37.

<sup>1145</sup> Porter 2002, 185; Hautamäki 2016b, 8. Sosiologi Lotta Hautamäen mukaan Kraepelin toi psykiatria luokittelevan ja kategorisoivan ajattelun, minkä myötä depression oirekuvaukset olisivat olleet mukana kaikissa diagnostisissa kategorioissa. Hautamäki 2006b, 28. On kuitenkin huomattava, että mielisairauksia luokiteltiin jo ennen Kraepelinia, ja samalla on huomioitava, ettei kaikissa 1900-luvun kansainvälisissäkään tautiluokituksissa ollut oirekuvauksia.

depressiivinen psykoosi vakiintuivat ja tämä jako vaikuttaa edelleen länsimaisiin psykiatriisiin tautiluokituksiin. Kraepelinin luokituksissa esiintyi myös kolmas funktionaalisiin psykooseihin luettu pääluokka, paranoia, mutta Kraepelin ei pitänyt sitä kahden muun kaltaisesti sairautena, vaan persoonallisuuden kehityksen muotona. Kraepelinin luokituksen dementia praecox -luokan katsotaan olevan skitsofrenian ensimmäisiä moderneja määrittelyjä ja maanis-depressiivinen psykoosi -luokan katsotaan esitelleen modernin masennuksen.<sup>1146</sup>

Kraepelinin tautiluokituksissa luokkia ei ollut montaa ja kunkin luokan kohdalla kuvaukset olivat laajoja ja yksityiskohtaisia. Masennuksen historian kannalta tärkeimmät luokat olivat maanisdepressiiviseen mielisairauteen lasketut masennustilat ja involuutiopsykooseihin laskettu melankolia.<sup>1147</sup> Tietokirjailija Antti Parpolan mukaan maanis-depressiivisyyden ensisijainen oire olivat affektihäiriöt, jotka puuttuivat toisesta elämään jääneestä pääluokasta, dementia praecox’sta. Jos näin on, affekti erotustekijänä voidaan nähdä vakiinnuttaneen psykoottisen masennuksen nimenomaan mielialahäiriönä. Historiantutkija David Robertson ei kuitenkaan katso Kraepelinin tehneen eroa kahden pääluokan välillä affektiivisuuden osalta, vaan sairauden kulun kautta. Dementia praecox oli jatkuvasti vakavoituva sairaus toisin kuin maanis-depressiivisyys, joka kulki kehää ja johon kuului terveitä jaksoja. Ero oli tärkeä aikansa sosiaalivakuutusjärjestelmälle eli toisin sanoen Kraepelinin luokituksella oli hallinnollista käyttöarvoa ja hyötyä. Kirjoituksillaan Kraepelin ei vakiinnuttanut ainoastaan ajatusta modernista masennuksesta, vaan hän vakiinnutti myös ajatuksen omanlaisestaan universaaliin ja standardoituun pyrkivästä mielisairausluokittelusta. Kraepelin oli kehittänyt uuden potilaskorttiformaatin ja oireiden painottamisen lisäksi hän inspiroi myöhempiä epidemiologisia ja muilla tavoin yhdenmukaisuutta tavoittelevia tutkimuksia, luokituksia ja teorioita. Maanis-depressiivinen psykoosi ja muita maanis-depressiivisyyden luokkia on ollut käytössä läpi 1900-luvun ja edelleen 2000-luvulla omina tautiluokkina.<sup>1148</sup> Kraepeliniin viitattiin ja hänen kirjoituksiaan luettiin yhä 1980- ja 1990-lukujen opinnoissa.<sup>1149</sup>

Kraepelinin luokittelussa nähtiin jo 1900-luvun alkupuolella puutteita masennusten osalta ja puutteita paikkaamaan rakennettiin uusia tautiluokkia. Kraepelin oli

<sup>1146</sup> Porter 2002, 185; Decker 2007, 337–339; Shorter 2013b, 100, 194. Psykiatrian väitöskirjassa vuodelta 1985 todettiin Kraepelinin määritelleen maanisia ja depressiivisiä kausia omaavan sairauden ensimmäistä kertaa vasta vuonna 1904. Opinnoissa mainittiin usein Kraepelinin merkitys skitsofrenian ja maanis-depressiivisyyden erottajana. Bondestam 1985, 13. Dementia praecox nimettiin skitsofreniaksi vuonna 1911. Decker 2007, 383. Myös esim. Mattila 1984, 19; Adityanjee et al. 1999.

<sup>1147</sup> Kraepelin 1902, ix–x.

<sup>1148</sup> Nykyisin käytetään termiä kaksisuuntainen mielialahäiriö (bipolär sjukdom). Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2012, 142.

<sup>1149</sup> Parpola 2013, 33; Robertson 2018; Harrington 2019, 17–18. Opiskelijoiden viittauksista ks. esim. Mattila 1984, 19; Bondestam 1985, 13.

mielisairausluokituksessaan esiteltyt ajatuksen yhdestä, psykoottistasoisesta depressiosta. Tämä soti aikansa ajattelutapaa vastaan ja jo vuonna 1913 saksalainen psykiatri Karl Jaspers esitteli reaktiivisen depression ja vuonna 1920 Kurt Schneiden, hänen kollegansa toisesta yliopistosta, esitteli endogeenisen depression.<sup>1150</sup> Näillä viitattiin masennuksen syntymekanismiin ja näitä määrittelyjä käytettiin Turun yliopistossa laajalti yhä 1980- ja 1990-luvuilla.

Kraepelinin tautiluokituksessa masennus oli osa kehää kulkevaa maanis-depressiivistä psykoosia. 1900-luvun puolivälissä useampi psykiatri kaipasi masennustautiluokkaa, joka ei sisältäisi aina läsnä olevaa manian mahdollisuutta. Vuonna 1957 saksalainen psykiatri Karl Leonhard (1904–1988) julkaisi teoksen *Aufteilung der endogenen Psychosen* (Berlin: Akademie-Verlag). Siinä Leonhard määritteli unipolaarin eli maniattoman depression ja erotti sen bipolaarisesta eli maanis-depressiivisestä sairaudesta.<sup>1151</sup> Psykiatri Jyrki Korkeila katsoo nykyisen depressiökäsityksen pohjautuvan tälle unipolaarille masennukselle.<sup>1152</sup> Leonhardin jako unipolaariseen ja bipolaariseen masennukseen oli käytössä Turun yliopistossa 1980- ja 1990-luvuilla.<sup>1153</sup> Vielä vuonna 1995 oikeuslääketieteen opiskelija jakoi mielialahäiriöt unipolaarisiiin eli puhtaasti depressiivisiin ja bipolaarisiiin eli maanis-depressiivisiin.<sup>1154</sup>

Suomen oman kansallisen tautiluokituksen lisäksi oleellisimpia tautiluokituksia olivat Maailman terveysjärjestön (WHO) kansainvälinen tautiluokitus, sen yhteispohjoismainen versio sekä Yhdysvaltojen oma kansallinen psykiatrinen tautiluokitus.<sup>1155</sup> Tautiluokitukset ovat alusta saakka palvelleet ensisijaisesti hallinnon tietoa. Ensimmäiset yhtenäiseen rekisteröintiin tarkoitettut tautiluokitukset vuodelta 1748 olivat kuolinsyyluetteloita. Myös nykyään WHO:n kansainvälinen lyhenteellä ICD tunnettu tautiluokitus oli alun perin kuolemansyyluokitus, International List of Causes of Death. Näitä puhtaasti kuolemansyihin keskittyviä kansainvälisiä luokituksia alettiin julkaista vuonna 1893, ja niitä ehdittiin päivittää neljä kertaa uuteen versioon. Alkuun kuolinsyiden kirjaamisen saattoi tehdä myös muut kuin lääkärit. 1930-luvulla Suomessa otettiin käyttöön vuoden 1929 ICD-luokitus ja samalla kuolinsyiden kirjaaminen siirtyi ainoastaan lääkäreiden vas-

<sup>1150</sup> Shorter 2013b, 112.

<sup>1151</sup> Leonhard ja Beckmann 1957; Feighner et al. 1972; Shorter 2012, 5. Leonhardin saksankielinen teos käännettiin englanniksi viimeistään vuonna 1979.

<sup>1152</sup> Jyrki Korkeilan sähköposti 20.10.2015. Tekijän hallussa.

<sup>1153</sup> Harmatz 1978, 294–297; ”7-4” 1988, 3; ”7-12” 1989, Yrjö Alasen luento ”Vakavat mielialahäiriöt”.

<sup>1154</sup> Oikeuslääketieteen opiskelijan syventävien opintojen työ. Järvinen 1995, 4.

<sup>1155</sup> Käytännön työn ja aikansa tieteellisen teorian välisistä eroista mainitaan esimerkiksi historiantutkija Anu Rissanen artikkelissa, jossa hän analysoi tapauskertomuksen kautta hoitokäytäntöjen muutosta 1900-luvulla. Rissanen 2018, 42.

tuulle.<sup>1156</sup> Kuolinsyyt olivat hallinnolle tärkeää tietoa jo oikein kohdistetun avun ennalta suunnittelun kannalta.

1900-luvun mittaan kasvoi tarve yhtenäistää myös elossa olevien ihmisten sairauksien luokittelua mukaan lukien psykiatriset sairaudet ja masennukset. Kun WHO perustettiin vuonna 1948, se alkoi julkaista sekä somaattisia että psykiatrisia sairauksia luokittelevaa teosta, International Classification of Diseases, lyhenteen pysyen yhä samana – ICD. Kyseinen vuoden 1948 versio oli kuudes versio eli ICD-6. Vuonna 1958 julkaistiin ICD-7 ja vuonna 1968 ICD-8. Näiden luokitusten myötä ICD-luokituksia alettiin käyttää yhä laajemmin sairaaloiden potilasasiakirjoissa ja valtiot – mukaan luettuna Suomi – alkoivat tehdä luokituksista omia kansallisia versioitaan. Vuonna 1979 julkaistiin ICD-9.<sup>1157</sup> ICD-luokituksissa sairauksien kuvailu oli suppeaa, vain muutaman rivin mittaista. Vuonna 1993 julkaistua ICD-10:ä aiemmissa versioissa oireiden lisäksi saatettiin kuvailla lyhyesti myös muun muassa sairauden etiologiaa.

ICD-tautiluokitukset vakiinnuttivat tautiluokitusten merkitystä potilasasiakirjoista vakuutuksiin. Tämä oli merkittävä kehityskulku hallinnon tiedossa, ja sillä on ollut vaikutuksensa sekä arjen että tieteen tietoon masennuskäsitysten osalta. Yhdysvalloissa julkaistiin omaa ainoastaan mielisairauksiin keskittyvää tautiluokitustaan ja sen kolmannella vuonna 1980 julkaistulla versiolla on ollut suuri merkitys masennuskäsitysten yhtenäistymisessä. Vuonna 1952 Yhdysvaltain psykiatriyhdistys (American Psychiatric Association, APA) julkaisi ensimmäisen ja vuonna 1968 toisen version luokituksista Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Vielä tässä vaiheessa ICD:n ja DSM:n ilmaisutavat eivät eronneet suuremmin toisistaan; Kummassakin kerrottiin sairauksista suppeasti kuvaillen oireita, etiologiaa ja sairauden kulkua.<sup>1158</sup>

1.1.1969 otettiin Suomessa käyttöön Lääkintöhallituksen hyväksymä Tauti- ja kuolinsyyluokitus, joka oli käytössä yhä 1980-luvulla.<sup>1159</sup> Luokitus perustui WHO:n kansainvälisen tautiluokituksen kahdeksannen laitoksen eli ICD-8:n (International Classification of Diseases, 1965 revision) pohjalta toimitettuun yhteispohjoismaiseen versioon. Tautiluokitus jakoi mielen ongelmat mielisairauksiin, latinaksi *psychoses*, ja muihin kuin mielisairauksiin eli neurooseihin, luonteen sairaalloisuuk-

<sup>1156</sup> History of the development of the ICD.doc - HistoryOfICD.pdf. WHO-sivusto; Lääkintöhallitus 1969, III; Kylli 2014.

<sup>1157</sup> History of the development of the ICD.doc - HistoryOfICD.pdf. WHO-sivusto.

<sup>1158</sup> American Psychiatric Association 1952; American Psychiatric Association 1968. Sekä tuoreet että vanhemmat tautiluokitukset tunnettiin 1980- ja 1990-lukujen opinnoissa. Esimerkiksi 1986 valmistuneessa psykiatrian väitöskirjassa tutkija kertoi noudattaneensa diagnosoinnissaan soveltuvien osien ja muun kirjallisuuden ohella vuonna 1952 julkaistua DSM-tautiluokituksen ensimmäistä versiota. Joukamaa 1986, 49.

<sup>1159</sup> Ks. esim. Salminen 1985b, 3.



siin ja muihin mielenterveyden häiriöihin. Masennus voitiin diagnosoida kaikkien edellä mainittujen alle. Kraepelinin aikanaan erottamat pääkategoriat dementia praecox ja maanis-depressiivinen psykoosi löytyivät vuoden 1969 suomalaisesta tautiluokituksesta nimillä Jakomielitauti (Schizophrenia) ja Affektiivinen mielisairaus (Psychosis affectiva). Mielisairauksia oli muitakin, ja niiden kaikkien synonyymina toimi psykoosi. Affektiivimielisairausluokasta löytyivät masennuksen osalta ”296,00 Melancholia involutions” ja ”296,20 Mano-depressiva, typus depressiva”, jotka löytyivät jo Kraepelinilta. Lisäksi ”muu mielisairaus” -luokan alta löytyi ”298,00 Reactiva depressiva”. Neuroosien joukosta löytyivät ”300,40 Neurotica-depressiva” ja ”300,41 Depressiva”. Luonteen sairaalloisuus saattoi olla tyypiltään ”301,10 Affectiva” ja luokka ”308,99 Lapsuusajan käytöshäiriöt” puolestaan oli muiden mielenterveyden häiriöiden joukossa. Lapsuusajan käytöshäiriöt olivat mahdollinen masennuksen diagnosointiluokka, sillä vuosien 1980–1995 opinnoissa lasten katsottiin oireilevan masennusta usein nimenomaan käytöshäiriöillä. 1980-luvulla luokitus alkoi olla vanhentunut eikä se tunnistanut uusia jo tieteessä vakiintuneita sairausluokkia, kuten anoreksia nervosa ja epävaka persoonallisuus.<sup>1160</sup> Tautiluokituksen vanhentuminen oli todellinen ongelma kuitenkin lähinnä hallinnolle, sillä tieteen tieto ei ollut 1980- ja 1990-luvuilla riippuvainen näistä kansallisista ja kansainvälisistä tautiluokituksista.

Kansainvälisesti 1900-luvun lopun merkittävimpana tautiluokituksena voidaan pitää yhdysvaltalaisista vuonna 1980 julkaistua tautiluokitusta, joka oli paikallisen luokituksen kolmas ja kauttaaltaan uudistettu versio eli DSM-III. Luokituksessa käytetty *vakava masennus* -luokka pohjasi seitsensivuisen vuonna 1972 julkaistun tieteelliseen artikkeliin, jossa luettiin itsenäiselle masennustilalle diagnostiset kriteerit puhtaasti oireiden perusteella eli rakennettiin masennuksesta oireyhtymä. Siitä tuli yksi viitatuimmista psykiatrian alan artikkeleista angloamerikkalaisessa tieteen tiedossa ja siitä puhuttiin artikkelin ensimmäisen kirjoittajan, John Feighnerin mukaan nimellä *Feighner Criteria*.<sup>1161</sup>

*Feighner criteria* ja DSM-III myöhempien laitoksineen tunnettiin myös Turun yliopiston opinnoissa. Vuonna 1989 julkaistussa sosiaalipsykiatrian teoksessa kirjoitettiin, että Suomessa käytettiin psykososiaalisen toimintakyvyn arviointiin tautiluokitusta DSM-III-R:n Axis V:ä ja psykososiaalisten rasiustekijöiden voimakkuu-

<sup>1160</sup> Esim. vuonna 1975 julkaistujen sairaustilastojen yhteydessä kerrottiin, että sairausdiagnosit perustuivat vuonna 1967 hyväksytyyn kansainväliseen tautiluokitukseen, millä käsittääkseni viitataan lääkintöhallituksen vuoden 1969 tautiluokitukseen. Viljavuori ja Gustafsson 1975, 6; Lääkintöhallitus 1969, 38–41, luku: Alkusanat. Ks. myös Mattila 1984, 21; Furman, Huttunen ja Lönnqvist 1985.

<sup>1161</sup> Ks. esim. Leonhard ja Beckmann 1957; Feighner et al. 1972; Horwitz ja Wakefield 2007, 7; Jablensky 2007, 381–382; Shorter 2012, 5.

den arviointiin samaisen luokituksen Axis IV:a.<sup>1162</sup> Tautiluokitusten tunteminen ei tarkoittanut, että esimerkiksi opiskelijoiden työt olisivat kritiikittä pohjautuneet aina uusimpiin kansallisiin tai kansainvälisiin luokituksiin. Luokitukset oli hyvä tuntee, mutta ne toimivat opintoja tukevinä ja täydentävinä, ei ensisijaisina ja luokitusten ulkopuolisen tutkimustiedon automaattisesti ylittävinä manuaaleina. Vuonna 1984 lastentautioppiin tehdyssä useamman opiskelijan kirjoittamassa syventävien opintojen työssä hyödynnettiin muiden ohella DSM-III-luokitusta. Lastenpsykiatriaa käsittelevässä työssä tätä ”uutta psykiatrista tautiluokitusta” kuvattiin ”deskriptiiviseksi tautiluokitusjärjestelmäksi”.<sup>1163</sup> Samassa työssä toisistaan erotettiin diagnoosien deskriptiivinen ja diagnostinen käyttö, avaamatta kuitenkaan tarkemmin, mihin ero viittasi.<sup>1164</sup> DSM-III mainittiin useissa 1980-luvun teksteissä lääketieteessä ja psykologiassa.<sup>1165</sup> DSM-III tai vuoden 1987 versio DSM-III-R mainittiin aiempaa useammin tultaessa 1990-luvulle.<sup>1166</sup>

DSM-III oli yhdysvaltalaisen psykiatriliiiton oma projekti. Tautiluokituksen tavoitteena oli yhtenäistää diagnosointi mahdollisimman yhteismitalliseksi ja tarve tähän nousi hallinnon tiedosta. 1970-luvun alussa oli julkaistu useampia tutkimuksia, joiden perusteella samalle yksilölle saatettiin Yhdysvalloissa diagnosoida toisistaan täysin eroavia tautiluokkia psykiatrista riippuen. Tämän katsottiin olevan riski potilaalle. Samalla lääkeyritykset kaipasivat luotettavampaa tietoa potilaista, joilla kehoitettiin uusia psyykelääkkeitä. Lisäksi vakuutusyhtiöt halusivat selkeitä pelisääntöjä muun muassa sairauslomien ja sairaalassaolojaksojen perustaksi. Keskusteluun vaikutti myös vuonna 1973 julkaistu laajalti Yhdysvalloissa luettu tutkimusartikkeli, jossa kritisoitiin psykiatristen sairaaloiden kyvyttömyyttä erottaa toisistaan mieleltään sairas ja mieleltään terve. Uutta tautiluokitusta motivoi, että 1970-luvulla Yhdysvalloissa oli tullut psykiatristen työnkuvaa valtaamaan useita lääketieteen ulkopuolisia ammattiryhmiä. Psykiatria halusi vahvistaa oman ammattikuntansa asemaa vahvistamalla tautiluokkien diagnostista merkitystä ja varaamalla yksityisoikeuden diagnoosien tekemiseen.<sup>1167</sup>

<sup>1162</sup> Lehtinen et al. 1989, 25–28.

<sup>1163</sup> Korkeila et al. 1984, 1, 3, 8.

<sup>1164</sup> ”Kolmen potilaan autismi-diagnoosia oli käytetty lähinnä deskriptiivisesti eikä diagnostisesti; näiden potilaiden autismidiagnoosi oli ollut sivudiagnoosina.” Korkeila et al. 1984, 23.

<sup>1165</sup> Joukamaa 1986, 12; Bondestam 1985, 13; ”7-9” 1989, 7.

<sup>1166</sup> Opiskelijoiden töistä ks. esim. nämä: Anoreksian diagnostiikka haettiin DSM-III:sta. Merenheimo 1991, 1. Anoreksian diagnostiikka haettiin DSM-III-R-luokituksesta. Bäckström 1995, 2. Opiskelija ryhmitteli tutkimansa lapset DSM-III-R:n kriteerien mukaisesti. Heinisuo 1994, 6. Lasten diagnosointi perustui DSM-III-R-luokitukseen. André Sourander 1995, 66–67, 78–80. ”Homeopaatti ei myöskään käytä yleisiä DSM-III luokituksia ihmisen mielentilan määrittämiseen”. ”5-5” 1996, 13.

<sup>1167</sup> Rosenhan 1973; Davies 2017, 32–33.

Yhdysvaltain psykiatriyhdistys (APA) alkoi kehittää DSM-III-tautiluokitusta vuonna 1974. Työryhmän puheenjohtaja Robert Spitzer totesi myöhemmin työryhmän olleen tietoinen siitä, ettei luokittelua voinut tehdä esimerkiksi biomarkkereiden avulla, vaan työryhmän oli itse päätettävä kirjaan valittavat psykiatriset tautiluokat. Samaa ovat todenneet muutkin työryhmässä olleet. DSM-III-tautiluokitus ei ollut läntisen maailman psykiatrian, saati psykologian kompromissi, jossa kaikki aiempi tutkimus yhdistettiin yhteen tautiluokitukseen. DSM-III oli homogeenisen ja laajimmillaan viidentoista hengen työryhmän tulos ja samalla ryhmän ulkopuolelle oli tietoisesti jätetty psykoanalyttisen koulukunnan edustajat. Tautiluokitukseen päätyneet tautiluokat perustuivat erityisesti APA:n jäsenistöllä teetettyyn tutkimukseen ja työryhmän omiin mieltymyksiin. Työssä hyödynnettiin myös aiempaa kirjallisuutta, mutta se saattoi tarkoittaa enemmän kirjallisuuskatsauksia kuin itsenäisiä tutkimuksia. Pyytäessään Robert Spitzeriä vuonna 1973 johtamaan uuden tautiluokituksen kirjoittamista, oli APA toivonut luokituksen perustuvan koko psykiatrisen kentän konsensukseen. Sen sijaan Spitzer tavoitteli omanlaistaan psykopatologista nosologiaa. Työryhmä pyrki koulukuntaneutraaliuteen, mutta neutraalius jäi näennäiseksi. Esimerkiksi etiologian poistamisella ajateltiin vältettävän mihinkään yksittäiseen teoreettiseen kehukseen tai koulukuntaan kiinnittyminen, mutta näin ei käynyt. DSM-III ja sen myöhemmät laitokset ovat saaneet osakseen kritiikkiä, ja esimerkiksi psykiatrian historian tutkija Edward Shorter katsoo, että 1900-luvun keskimmaisella kolmanneksella diagnoosit olivat lähempänä totuutta kuin myöhemmät erilaisten poliittisten kompromissien tuloksena syntyneet ja lääkeyritysten ylläpitämät tautiluokat.<sup>1168</sup>

*Feighner Criteria* -luokitus ja sitä seuranneet DSM-luokitukset kiinnittyivät diagnostiseen kriteeristöön, joka kehitettiin niin sanotun neo-Kraepelinisen vallankumouksen myötä. Neo-Kraepelialaisuus syntyi 1970-luvulla vastareaktionä sotien jälkeisen ajan vahvalle psykoanalyysipainotukselle Yhdysvalloissa. Oirepohjaiset ja etiologian häivyttävät tautiluokitukset halusivat palata Kraepelinin viitoittamalle tielle ja vakiinnuttaa ajatuksen luonnollisista luokista.<sup>1169</sup> Tutkimuskirjallisuudessa viitataan ajoittain Emil Kraepeliniin biologisen psykiatrian isänä. Tieteenhistorian tutkija Anne Harrington huomauttaa, että tällaista narratiivia rakennettiin ja juurrutettiin 1980-luvun Yhdysvalloissa. Oli osittain ironista, että Kraepelinista tehtiin biologisen psykiatrian isä, koska juuri hän halusi siirtää tutkimuksen keskipisteen pois kuolleiden potilaiden aivojen leikkelystä ja analysoinnista elävien potilaiden oirei-

<sup>1168</sup> Shorter 2009, 31, 267–269; Hacking 2009, 164; McHugh ja Slavney 2012, 1853; Davies 2017, 32–35, 38; Harrington 2019, 128–136.

<sup>1169</sup> Ks. esim. Leonhard ja Beckmann 1957; Feighner et al. 1972; Jablensky 2007, 381–382; Horwitz ja Wakefield 2007, 7; Shorter 2012, 5.

den tarkkailuun ja analyysiin.<sup>1170</sup> Harrington huomauttaa, että Kraepelin ohjasi keskustelua sen suhteen, mitä psykiatrian tarvitsi tehdä ollakseen todellista lääketiedettä.<sup>1171</sup> Kraepelin oli pitänyt tärkeänä potilaan taudinkulun pidemmän aikavälin tarkastelua kattaen mahdollisesti koko aiemman elämän. Näin hänen mukaansa sairaudesta ja sen muutoksista saatiin kattava ja yksityiskohtainen kuva. Kraepelin ei luonut normittavaa kriteeristöä tautiluokituksille eli hänelle oireet eivät olleet itse sairaus. Yksittäisten oireiden sijaan oli katsottava kokonaisuutta, johon kuuluivat esimerkiksi sairauden valloittamat yksilön omat persoonallisuuden piirteet. Neo-Kraepelinilaiset käsitykset poimivat Kraepelinin ajattelusta silloiseen yhdysvaltalaiseen ajatteluun sopivat osat, ja jättivät muun huomiotta. Sivuuun jäivät esimerkiksi edellä mainitut pitkäaikainen ja kattava sairaudentilan seuraaminen sekä yksilön tarkasteleminen oireita laajempänä kokonaisuutena.<sup>1172</sup>

DSM-III esitteli vakava masennustila -tautiluokan ja kuvasi sen tyypiltään joko kerran esiintyväksi tai toistuvaksi. Tämä ei ollut tautiluokituksen ainoa masennustautiluokka, vaikka se hallinnon tiedon alueella onkin ajan mittaan muodostunut laajimmin diagnosoiduksi. Esimerkiksi maanis-depressiivisyydestä löytyi yhä ainoastaan masentuneisuutena oireileva tyyppi. Suomessa DSM-III huomioitiin pian sen ilmestymisen jälkeen. Siitä julkaistiin ainakin jo vuonna 1982 lääketieteellisuuden kustantama suomenkielinen versio, joka otettiin heti ilmestyttyään epäviralliseen ammatilliseen käyttöön. Vuonna 1983 ilmestyneessä toisessa painoksessa merkittävimmät masennustilat oli suomennettu *masennusvaiheiseksi kaksisuuntaiseksi mielialahäiriöksi* sekä *vakavaksi masennustilaksi*, jonka tarkemmat määreet olivat ”Yksittäinen jakso” tai ”Uusiutunut jakso”.<sup>1173</sup>

Sosiologi Lotta Hautamäki nimittää DSM-III:n jälkeistä psykiatria DSM-psykiatriaksi. Tällä hän viittaa psykiatriaan, jossa korostetaan biologiaa ja oireita ja etiologian rooli jätetään pieneksi. DSM-III:n mukaista psykiatria voidaan luonnehtia internalistiseksi. Psykologi Peter Zachar ja psykiatri Kenneth S. Kendler katsovat modernin psykiatrian ja psykologian omaksuneen näkökulman, jossa masennus on ensisijaisesti yksilön kehon – lähinnä aivojen – sisäinen tila. DSM-III-tautiluoki-

<sup>1170</sup> Harrington 2019, 3–17.

<sup>1171</sup> Harrington 2019, 18.

<sup>1172</sup> Jablensky 2007, 383–384; Decker 2007, 339.

<sup>1173</sup> DSM-III:sta oli käsikirjan lisäksi saatavilla myös suppea diagnostiset kriteerit sisältävä versio sekä erillinen koulutukseen tarkoitettu muun muassa kliinisiä esimerkkejä sisältävä opas. Hallinnon tiedossa tämän on täytynyt edustaa suurta muutosta pelkkiä häiriöiden nimiä luettelemaan luokitukseen verrattuna. Lukemieni lähteiden mukaan DSM-III oli epävirallisesti käytössä praktiikassa Suomessa jo ainakin vuonna 1982. Esim. vuonna 1984 avohoidon koulutuspäivillä kuvattiin kahden persoonallisuushäiriön kriteerit lähteenä ainoastaan DSM-III. ”4-7” 1984. Ks. esim. Furman, Huttunen ja Lönnqvist 1983, osio 1, sivu 2; Furman, Huttunen ja Lönnqvist 1985, 25–26; Lönnqvist et al. 1986, 2.

tuksen lanseeraama tautiluokka vakava masennustila edusti biopsykiatrista ja oirekeskeistä masennussairauskäsitystä. Sosiologit Ilpo Helén, Pertti Hämäläinen ja Anna Metteri kirjoittavat masennusta pidetyn vielä 1980-luvulla itsenäisen häiriöttilan sijaan järjestelmällisesti ahdistuneisuuden ja univaikeuksien kaltaisena oireena. He viittaavat 1970- ja 1980-luvuilla tehtyihin epidemiologisiin tutkimuksiin, joiden he katsovat heijastaneen aikansa käsityksiä laajemmin. Sosiologi Alain Ehrenberg ja psykiatrian historian tutkija Edward Shorter katsovat masennuksen muodostuneen vasta 1980-luvun alussa itsenäiseksi oireyhtymäksi ja itsenäiseksi tautiluokaksi. Tätä aiemmin se heidän mukaansa oli ollut joko oire tai jonkin muun sairauden alaluokka. Helén, Hämäläinen, Metteri, Hautamäki ja Ehrenberg kuvaavat tutkimuksissaan masennusta koskevaa muutosta depressioheräämiseksi mielenterveystyössä eli hallinnon tiedossa. Heidän mukaansa psykiatria alkoi vallata alaa oman tieteenalansa ulkopuolelta Suomen siirtyessä laitoshoidosta avohoitoon ja sairauden hoitamisesta myös sairauksien ennaltaehkäisyyn eli riskiin. Psykiatrian ja psykologian kieltä ja teorioita omaksuttiin uusille alueille ja samalla psykiatrian ja psykologian oma kenttä kaventui.<sup>1174</sup>

Masennusten historiat eivät ole kulkeneet samalla tavoin eri tiedon piireissä eivätkä eri valtioissa. Ranskalaiseen aineistoon nojaava Ehrenberg kirjoittaa, että 1940-luvulta 1970-luvulle saakka masennus käsitettiin yhdeksi neuroosien alaluokaksi. Hänen mukaansa masennus irtosi neurooseista 1970-luvulla. Itsenäistyessään myöhemmin masennusoireyhtymäksi aiemmin masennuksen keskiössä ollut syyllisyys muuttui riittämättömyydeksi. Vastaavan psykoottisen tilan Ehrenberg kirjoittaa olleen melankolista masennusta. Yleisenä huomiona hän kirjoittaa, että ennen ”masennusta ei ymmärretty itsenäisenä kliinisenä entiteettinä, vaan se nähtiin eräänlaisena risteymänä, jota esiintyi varsinaisissa psykopatologioissa eli psykooseissa ja neurooseissa”.<sup>1175</sup> Ehrenberg kirjoittaa myös, että ”[m]asennus jaoteltiin endogeeniseen, eksogeeniseen ja psykogeeniseen depression, joista kaksi viime mainittua nähtiin Yhdysvalloissa yhteneväisinä. Maailmanlaajuisesti ajateltiin, että oli olemassa kaksi vastakkaista masennuksen mallia spesifi ja epäspesifi.”<sup>1176</sup>

Sosiologit – mukaan lukien Suomea tutkineet sosiologit – katsovat masennuksen itsenäistyneen hallinnon tiedossa 1980- ja 1990-luvuilla. Väitän, että Turun yliopiston tieteellisissä opinnoissa masennus oli itsenäistynyt jo selvästi ennen vuotta 1980.

<sup>1174</sup> Furman, Huttunen ja Lönnqvist 1983, luku osio 10; Hautamäki 2006b, 25, 33; Ehrenberg 2007, 91; Helén 2007b, 50–52, 107; Helén 2010, 52–54; Helén, Hämäläinen ja Metteri 2011, 11–12, 35–36; Jukka Kärkkäisen haastattelu, 19.12.2017. Muistiinpanot tekijän hallussa; Pietilä 2019. Vuosituhannen lopulla tapahtuneesta muutoksesta kohti yksilökeskeisyyttä ja biologiakeskeisyyttä on konsensus sosiologiiden keskuudessa. Ks. esim. Santaholma 2006; Zachar ja Kendler 2007, 558.

<sup>1175</sup> Ehrenberg 2007, 91–92.

<sup>1176</sup> Ehrenberg 2007, 91–92.

Ylipäättään masennuskäsityksissä ei opinnoissa tapahtunut kovin suurta muutosta vuosina 1980–1995. Masennus kiinnosti tasaisesti 1980-luvun alusta vuoteen 1995 ja näkökulmat pysyivät moninaisina. Lääketieteen opiskelijoiden psykiatriasta tai psykiatriaan liittyvistä teemoista kirjoittamien syventävien opintojen kirjallisten töiden aiheiden perusteella ei vuosina 1980–1995 tapahtunut myöskään määrällisesti suurta muutosta masennukseen liittyen. Tautiluokkakeskeisyyden kasvu sen sijaan näkyi opinnoissa jossain määrin esimerkiksi opiskelijoiden töissä jo otsikkotasollakin.<sup>1177</sup>

Opinnoissa masennuspotilaat muodostivat oman ryhmänsä jo ennen DSM-III-tautiluokituksen tarjoamaa tautiluokkaa. Opinnoissa hyödynnetyissä 1900-luvulla julkaistuissa tieteellisissä tutkimuksissa kohteena saattoivat olla yksinomaan masennuspotilaat.<sup>1178</sup> Tautiluokan sijaan masennustilasta saatettiin kirjoittaa kuvaamalla sitä dikotomioilla. Vuonna 1988 psykiatrian opiskelija kirjoitti, että ”[s]uotuisampaan [depression] ennusteeseen viittaavat unipolaarinen, primaarinen ja ei-psykoottinen taudinmuoto”.<sup>1179</sup> Vuonna 1985 psykiatrian opiskelija analysoi ”psykoottisten, primaarilta sairaudenkuvaltaan ei-depressiivisten henkilöiden” nukkumista.<sup>1180</sup> Opiskelija viittasi myös psykoottisiin potilaisiin, ”joiden primaari oireisto ei ole depressiivinen”.<sup>1181</sup> Masennus oli laajalti läsnä opiskelijan kirjoituksessa. Hän kirjoitti muun muassa, että ”[t]yö koostuu psykoottisten, primaarilta sairaudenkuvaltaan ei-depressiivisten henkilöiden [– –]. [– –] psykoottisesti depressiivisiä potilaita. [– –] pohdittu endogeenisen ja skitsofreniaan liittyvän depression taustalla mahdollisesti olevan yhteisen biologisen tekijän olemassaoloa.”<sup>1182</sup> Psykiatrian opiskelija viittasi työssään 1960- ja 1970- lukujen vaihteeseen kohdistuneeseen ja vuonna 1974 julkaistuun suomalaiseen tutkimukseen, jossa yksi psykiatrisessa sairaalahoitossa olleiden potilaiden diagnoosiluokka oli ”depressiivinen psykoosi”.<sup>1183</sup>

<sup>1177</sup> Esim. vuonna 1988 valmistui työ otsikolla ”Depression ennusteeseen vaikuttavat tekijät” ja vuonna 1994 valmistui työ otsikolla ”Kognitiivinen psykoterapia depression hoidossa”. Psykiatrian ulkopuolella kansanterveystieteeseen oli vuonna 1990 palautettu syventävien opintojen kirjallinen työ aiheesta ”Vanhusten masennuksen hoito”. Reinikka 1988; Korhonen 1990; Häkkänen 1993.

<sup>1178</sup> Esimerkkejä depressiopotilaista tai depressiivisistä potilaista itsenäisenä ryhmänä löytyy opinnoista lukuisia. Ks. esim. Achté 1970, 211; Lauerma 1985, 10; Santalahti 1987, 5, 12; Kari 1988, Tiivistelmä; Reinikka 1988; Vilponen 1988; ”6-12” 1990.

<sup>1179</sup> Reinikka 1988, Tiivistelmä.

<sup>1180</sup> Psykiatrian syventävien opintojen kirjallinen työ. Lauerma 1985, Tiivistelmä. Kirjallisuuskatsaus ”potilaiden nukkumisesta, joiden primaari oireisto ei ole depressiivinen. [– –] sivuan paljon depressiivisten potilaiden nukkumista.” Lauerma 1985, 3.

<sup>1181</sup> Lauerma 1985, 3.

<sup>1182</sup> Lauerma 1985, Tiivistelmä.

<sup>1183</sup> Vilponen 1988, 1.

Vuonna 1988 ja vuonna 1994 psykiatrian opiskelijat määrittelivät masennuspotilaita dikotomioiden kautta yksittäisten tautiluokkien sijaan tai lisäksi. Määrittely tapahtui esimerkiksi puhumalla ei-bipolaarisesta, ei-psykoottisesta akuutisti depressiivisestä potilaasta tai ei-bipolaarisesta, ei-psykoottisesta vakavasti regressiivisestä masennusoireistosta.<sup>1184</sup> Toisaalta voitiin sanoa, että potilas oli ollut hoidossa masentuneisuuden tai masennuksen takia, jota saatettiin määritellä tarkemmin esimerkiksi psykoottistasoiseksi masennukseksi.<sup>1185</sup> Potilas saatettiin määritellä myös masennuksesta kärsiväksi potilaaksi.<sup>1186</sup> Viimeistään 1980-luvulla masennuksesta kirjoitettiin yhtenä yleisimmistä mielenterveydenhäiriöistä.<sup>1187</sup>

Myös lastenpsykiatriassa DSM-III tunnettiin pian sen ilmestymisen jälkeen. Lastenpsykiatrian opiskelijoiden kirjoittamissa syventävien opintojen töissä ei käsitelty suuremmin masennusta, mutta DSM-tautiluokitus mainittiin useaan kertaan. Muun muassa vuonna 1984 valmistuneessa lapsuuden autismia käsittelevässä työssä oli jo käytössä myös DSM-III-tautiluokitus.<sup>1188</sup> Sen sijaan vuonna 1986 valmistuneessa lapsuusiän psykoosia ja rajatilapsykoosia käsittelevässä työssä ei hyödynnetty DSM-III-tautiluokitusta, vaikka siinä pohdittiin taudin kuvaa ja diagnostisia kriteerejä.<sup>1189</sup> Masennukseen näissä töissä viitattiin ohimennen jonkin toisen sairauden mahdollisena oireena.<sup>1190</sup> Vuonna 1994 lastenpsykiatrian opiskelija kirjoitti aiheesta ”Lastenpsykiatriseen osastohoitoon tulleiden lasten perherakenne ja perheen vuorovaikutus”. Opiskelija totesi, että tutkittavat lapset oli jaoteltu kolmeen ryhmään nimenomaan DSM-III-R-kriteerien mukaisten diagnoosien perusteella.<sup>1191</sup>

Suhtautuminen lasten osalta DSM-III, DSM-III-R ja ICD-10-tautiluokituksiin oli opinnoissa kahtalaista. Lastenpsykiatri Vappu Taipale suhtautui vuonna 1992 julkaistussa teoksessa DSM-III-tautiluokituksen optimistisesti, vaikka totesikin, että lasten kohdalla diagnostiikka on vasta kehitymässä. Taipaleen mukaan DSM-III-luokitus otti aiempia luokituksia paremmin huomioon lapsen elämäntilanteen – ei niinkään itse tautiluokan, mutta erikseen ilmoitettavien akseleiden avulla.<sup>1192</sup> Samoilla linjoilla oli DSM-III:n vuonna 1982 julkaistua suomennosta mukana tekemässä ollut Ben Furman. Lukuvuosina 1984–1987 lastentautien opintojakson lastenpsykiatriaa käsittelevässä osuudessa oli pakollisena luettavana vuonna 1984 jul-

<sup>1184</sup> Reinikka 1988, 30, 32; Häkkänen 1993, Tiivistelmä.

<sup>1185</sup> Vilponen 1988, 8; Salmenperä 1989, 12, 13; Lehto ja Leinonen 1991, Liite 2 Potilas-kertomus ajanjaksolta 1971–1988; Sainio 1993, 33.

<sup>1186</sup> Sainio 1993, 29.

<sup>1187</sup> Lääketieteen opinnoista ks. Reinikka 1988, Tiivistelmä, 2.

<sup>1188</sup> Korkeila et al. 1984, 1, 8, 22–23.

<sup>1189</sup> Lintunen 1986.

<sup>1190</sup> Ks. esim. Korkeila et al. 1984, 13; Lintunen 1986, 6.

<sup>1191</sup> Heinisuo 1994, 6.

<sup>1192</sup> Taipale 1992, 235–236.

kaistu teos. Siinä oli oma alalukunsa ainoastaan yhdelle tautiluokitukselle, joka oli DSM-III: ”8.1.3. DSM-III, amerikkalainen psykiatrinen häiriöluokitus”.<sup>1193</sup> Alaluvun oli kirjoittanut tuolloin lastenpsykiatri ja lääketieteen lisensiaatti Ben Furman. Tautiluokitusta Furman esitteli näin: ”Spesifisten häiriöiden lisäksi DSM-III tarjoaa myös käytettäväksi joukon nk. V-koodeja, joilla ilmoitetaan sellaisen hoidon tai huomion kohteena olevat tilat, joita ei pidetä mielenterveyshäiriöinä (esim. opinto-ongelma, normaali surureaktio tai elämänvaiheongelma).”<sup>1194</sup> Toisin sanoen sekä Taipale että Furman kokivat tautiluokituksen ottavan aiempia luokituksia onnistuneemmin huomioon ihmisen elämäntilanteen. Tautiluokituksen mukanaan tuomat muutokset Furman tiivistä seuraavasti: ”Luokitus pyrkii kuvaamaan oireet, mutta välttää ottamasta kantaa etiologisiin kysymyksiin.”<sup>1195</sup> Furmanin DSM-III:a käsittelevä alaluku oli poistettu vuonna 1987 julkaistusta uusitusta teoksesta ”Lastenpsykiatria tänään”, joka oli käytössä vuosina 1987–1995.<sup>1196</sup> Kummassakaan painoksessa ei DSM-III:sta kirjoitettu lasten depressioita käsittelevässä luvussa. DSM-III pysyikin Turun yliopiston opinnoissa pitkään teoksena muiden joukossa.

DSM-III ja sen myöhemmät versiot eivät tehneet eroa lasten, nuorten ja aikuisten masennustilojen välille, vaan kaikkien kohdalla käytettiin samaa oirepohjaista kriteeristöä. DSM-III-tautiluokituksessa tämä tuotiin esille eksplisiittisesti ja todettiin mielialahäiriöiden keskeisten piirteiden olevan samat lapsilla ja aikuisilla. Kuitenkin todettiin, että tautiluokkien kuvauksista löytyy tieto mahdollisista ainoastaan alaikäisiin liittyvistä piirteistä.<sup>1197</sup> Lasten psyykkiset ongelmat nähtiin siis alisteisina aikuisten ongelmille. Vuonna 1982 julkaistussa DSM-III:n suomennoksessa oli oma osionsa varhaislapsuudessa, lapsuudessa tai nuoruudessa tavallisesti alkaville häiriöille.<sup>1198</sup> Näitä tautiluokkia saattoi soveltuvin osin käyttää myös aikuisille ja aikuisten tautiluokkia saattoi diagnosoida lapsille ja nuorille.<sup>1199</sup> Osiossa olivat mukana tunne-elämänhäiriöt, mutta masennustilaksi voitiin laskea ainoastaan mahdollisesti anakliittiseen depression viittaava ”varhaislapsuuden kiintymyshäiriö”, jonka ensimmäinen kriteeri oli, että potilaan on oltava alle kahdeksan kuukauden ikäinen häiriön alkaessa.<sup>1200</sup> Kaikki muut masennustilat luokiteltiin mielialahäiriöiden alle. Lasten ja nuorten masennustilat diagnosoitiin lähinnä työikäisten aikuisten perusteella luodun diagnostiikan mukaisesti. Turun yliopiston opinnoissa nuorten ja

<sup>1193</sup> Arajärvi ja Varilo 1984, 9.

<sup>1194</sup> Furman 1984, 109.

<sup>1195</sup> Furman 1984, 109.

<sup>1196</sup> Yläluku oli kummassakin teoksessa sama otsikolla ”Oireisto ja diagnostiset ongelmat”. Arajärvi ja Varilo 1984, 104; Arajärvi ja Varilo 1987, 119.

<sup>1197</sup> American Psychiatric Association 1980, 35.

<sup>1198</sup> Furman, Huttunen ja Lönnqvist 1983, osa Osio 4.

<sup>1199</sup> Furman 1984, 109.

<sup>1200</sup> Furman, Huttunen ja Lönnqvist 1983, osa Osio 4, 13–15.



erityisesti lasten masennukset kuitenkin erosivat merkittävästi aikuisten masennuksista masennusattribuuttien, etiologioiden ja prognoosin osalta.

Hallinnon tiedon tautiluokituksissa lasten ja nuorten tilojen yhdistäminen aikuisten tiloihin ei lopulta aiheuttanut kovin suurta muutosta. Suomen vuoden 1969 Lääkintöhallituksen tautiluokituksessa lapset mainittiin mielisairauksien ja neuroosien yhteydessä vain yhdessä tautiluokassa: ”*Gerendu abnorme infantum* Lapsuusajan käytöshäiriöt”.<sup>1201</sup> Vuoden 1987 tautiluokituksesta lapsuus ja nuoruus oli otettu tarkemmin huomioon kahden pääluokan verran. Toinen näistä oli ”Lapsuuden tai nuoruuden emotionaalisina oireina ilmenevät muualla luokittelemattomat häiriöt”, joka sisälsi varhaislapsuuden kiintymyssuhdehäiriöksi kutsutun anakliittisen depression.<sup>1202</sup>

DSM-III ja siihen pitkälti nojautunut myöhemmin julkaistu ICD-10 sai osakseen myös kritiikkiä, joskaan ei yleensä yhdysvaltalaisessa oppikirjallisuudessa. Vuosina 1993–1996 lastenpsykiatriassa suositeltiin luettavaksi vuonna 1991 julkaistua isobritannialaista teosta. Siinä todettiin uusien tautiluokitusten DSM-III-R:n ja ICD-10:n olleen hyödyllisiä tutkimustarkoituksiin, mutta redusoidulla masennuksen selvärajaisen oireiden listaksi ne yksinkertaistivat ja tyypistivät masennusta liiallisesti.

Masennuksesta tiedetään liian vähän, jotta sitä voisi pitää sairautena. Luokituksen tavoitteena on kuvata joukko masennustiloja, mutta itse asiassa on vain vähän näyttöä siitä, että lapsuudessa tällaiset häiriön alatyypit voidaan määrittellä selvästi toisistaan eroavina. On todennäköistä, että lapsuudessa ns. dystymia sulautuu tavalliseen suruun ja alakuloisuuteen. Nuorilla ja satunnaisesti lapsilla dystymia kehittyy vakavammassa muodossaan masennusoireyhtymiksi, jotka ovat luonteenomaisempia aikuisten eräänlaisille ”ydin”-masennustiloille.<sup>1203</sup>

Lapsista kirjoitettaessa pohdittiin usein ikäryhmää suhteessa aikuisiin. 1900-luvulla lapsia koskevat ajatusmallit olivat muuttuneet ajoittain suuresti eivätkä kaikki tutkijat ajatelleet lasten mielen toiminnasta samoin. Psykologi ja tutkija Karin Zetterqvist Nelson on analysoinut, miten lapsi nähtiin ruotsalaisessa psykoterapiakirjal-

<sup>1201</sup> Lääkintöhallitus 1969, 38–41.

<sup>1202</sup> Lääkintöhallitus 1986, 80.

<sup>1203</sup> ”Too little is known about depression to think of it as a disease. The classifications aim to describe a set of depressive disorders but, in fact, there is little evidence that, in childhood, these different subtypes of disorder can be clearly defined from each other. It is likely that in childhood so-called ‘dysthymia’ merges imperceptibly into ordinary sadness and misery. In adolescents and very occasionally in younger children, dysthymia emerges also, in its more severe form, into depressive syndromes more characteristic of adult-type depressive disorders of ‘nuclear’ type.” Suomennos AM. Graham 1991, 182.

lisuudessa vuosina 1945–1975. Hänen mukaansa lasta pidettiin alkuun objektina, joka oli ennemmin opetuksen kuin terapian kohteena. Lapsi ja lapsen sisäinen maailma edusti toiseutta, jota terapeutti tutki. 1950-luvulla alkoi muutos kohti toisenlaista ajatusmallia. Ero ei enää ollut perustavanlaatuinen, vaan keskeneräisestä jokikin tulemisesta johtuva. Lapsi ei ollut enää ei-aikuinen, vaan varhainen versio aikuisesta ja täysivaltaisesta ihmisestä. Zetterqvist Nelson kirjoittaa ruotsalaisen lapsipsykoterapiakirjallisuuden ottaneen vahvasti vaikutteita yhdysvaltalaisesta psykoterapiakirjallisuudesta, mikä selittää hienoista näkökulmaeroa Turun yliopiston opintoihin 1980- ja 1990-luvuilla.<sup>1204</sup>

Turun yliopiston opinnoissa lapset eivät olleet toiseutta edustavia objekteja, mutteivat myöskään keskeneräisiä aikuisia. Opinnoissa annettiin paljon painoarvoa ihmisen kehitysvaiheille, jotka erosivat toisistaan jo soomaltaan, kehossa ja aivoissa iän myötä tapahtuvien muutosten osalta, mutta myös muuttuvina toimintaympäristöinä ja sosiaalisina suhteina. Ihmisen mielen toimintaa lähestyttiin hänen kehitysvaiheensa kautta. Muita ikäkausia ei lähtökohtaisesti verrattu aikuiseen kokonaisen ihmisen toiminnan mallina ja ideaalina. Psykologiassa tämä näkyi elämäkaaripsykologiana, psykiatriassa ikäkausittaisina jakoina. Psykodynaaminen suuntaus sopi kehitysvaiheajatteluun, mutta niin sopivat myös muut ympäristöä, perhettä ja elämänhistoriaa painottaneet näkökulmat ja koulukunnat. Tautiluokkia koskevaa keskustelua käytiin kaikkien ikäkausien kohdalla, mutta erilaisin sisällöin. Vuonna 1992 Vappu Taipale kirjoitti, että ”[k]aikkein uusimmat näkemykset kiistävät kokonaan yksilölle annettavan diagnoosin. Erityisesti pikkulapsipsykiatrinen tutkimus on osoittanut, että *vuorovaikutus* on keskeinen käsite ja terveyden ja sairauden luotettavin mittari. Tulevaisuudessa ehkä saamme luokituksen, joka rakentuu vuorovaikutuksen laadun mittaukseen.”<sup>1205</sup>

Nuorisopsykiatri Tjorn-Björn Hägglund näki nuoruuden masennukset omina tiloinaan. Hän erotti nuorten depressiot ja neuroosit toisistaan, vaikka kirjoittikin masennustilojen olleen juuri neuroottista masennusta. Hägglund kirjoitti myös nuorten masennuksesta itsenäisenä masennustilana. Hägglund varoitteli liian äkkinäisestä mielisairauksien diagnosoinnista nuorten kohdalla, jottei vahingossa olisi patologisoitu nuoren kehitysvaiheeseen liittyvää normaalia käytöstä. Samalla Hägglund piti tautiluokkia liian ahtaina kategorioina.<sup>1206</sup>

Anne Harrington kuvailee yhdysvaltalaisen psykiatrian historiaa käsittelevässä teoksessaan, kuinka 1900-luvun puolenvälin jälkeisenä aikana psykiatrit eivät nähneet tautiluokituksista olevan hyötyä muihin kuin hallinnollisiin tarkoituksiin. Yhdysvalloissa tämä johtui siitä, että psykodynaamisesti orientoituneet psykiatrit pi-

<sup>1204</sup> Zetterqvist Nelson 2017.

<sup>1205</sup> Taipale 1992, 236.

<sup>1206</sup> Hägglund 1973, 493.

tivät hoidon kannalta oleellisimpana selvittää mitä niin sanotusti oireiden takaa löytyi.<sup>1207</sup> Turun yliopistossa kyse ei ollut diagnostisen psykiatrian ja psykodynaamisen koulukunnan välisestä eroista. Tautiluokkia käytettiin, mutta omalla tavallaan. Niitä omaksuttiin ensisijaisesti muualta kuin kansallisista ja kansainvälisistä tautiluokituksista, jotka nähtiin hallinnon tietoon kuuluvina. Tautiluokan avulla tehty terveyden ja sairauden erottelun välineellisyys hallinnon tiedon aluetta varten huomioitiin opinnoissa. Vuonna 1990 psykologian opiskelija totesi mielen sairastumisen tarkoittavan työn ja työyhteisön menetystä, mutta samalla sairauden antavan luvan ”olla vapautettu yhteiskunnallisesta velvollisuudesta elättää ja huolehtia itsestään”.<sup>1208</sup>

Hallinnon tiedon kautta muutos näkyi arjessa erityisesti tautiluokakeskeisyytenä. Tautiluokkien välineelliset hyödyt olivat selviä hallinnossa. Arjessa diagnosoitua tautiluokkaa saatettiinkin toivoa myös tilanteissa, joissa tieteessä olisi haluttu välttää patologisoimista. Vuonna 1989 lastenpsykiatrian opiskelija analysoi Turun lastenpsykiatrisen osaston toimintaa. Hän käytti tapausesimerkkinä yhdeksänvuotiaasta poikaa, joka käyttäytyi epätoivottavasti. Osastolla olon sekä haastattelujen perusteella asiantuntijat eivät nähneet pojassa mielisairautta, vaan levottomista elinolosuhteista johtuvaa pahoinvointia, johon tarjottiin lapselle yksilöterapijaa. Lapsen vanhemmat olivat saaneet vanhempainohjausta perheneuvolassa ja lisäksi elämäntapahetken ylikuormittamalle äidille oli ehdotettu omaa yksilöterapijaa. Tilannetta olivat olleet miettimässä niin lääketieteen, psykologian kuin hoitotieteiden ammattilaiset ja ongelmien syytä etsittiin myös lapsen omasta elämästä. Äiti ei ollut tähän tyytyväinen. ”Äiti oli kiinnostunut [pojan] EEG-tuloksesta. Tuntui siltä, että äiti olisi toivonut löydöstä, jonka perusteella olisi ollut helpompi hyväksyä ja ymmärtää [pojan] käyttäytymistä. Apulaislääkäri totesi, että sellainen vika olisi parantumaton, kun taas nykyisiin ongelmiin voidaan vaikuttaa. J. P. kysyi vielä [pojalta], ymmärsikö tämä, ettei hänen päässään ole mitään vikaa.”<sup>1209</sup> Tapaustutkimuksessa ei puhuttu pojalle mahdollisesti diagnosoiduista tautiluokista, vaikka tapausta muutoin kuvailtiin yksityiskohtaisesti ja runsaasti. Äidin ja pojan tilanteesta kirjoitettiin empaattisesti ja ymmärtäen. Äidin kuormitus huomioitiin ja hänelle etsittiin apua yksilöterapiasta. Opiskelija kuvasi osastohoidon perusteella tehtäviä arvioita ja toimia näin: ”Pyrittiin siis normalisoimaan tilanne sen patologisoimisen sijaan.”<sup>1210</sup>

<sup>1207</sup> Harrington 2019, 127.

<sup>1208</sup> Psykologian opiskelijan harjoitustyö. ”6-40” 1990, 1.

<sup>1209</sup> Lastenpsykiatrian syventävien opintojen työ. Martin-Punnonen 1989, 20.

<sup>1210</sup> Martin-Punnonen 1989, 21.

Arjen tiedon tautiluokkakakeskeisyys toi mukanaan tautiluokkien ympärille rakennetun vertaistuen.<sup>1211</sup> Potilasjärjestöjen avulla saman tautiluokan diagnoosikseen saaneet löysivät toisensa ja viestivät ulkopuolelle yhteisestä ongelmasta. Mielisairaalakokemuksen sijaan tautiluokkakakeskeisyys antoi mahdollisuuden rakentaa mielikuvaa tautiluokan ympärille muotoutuvasta kokemusmaailmasta. Samalla tehtiin eroa vertaisryhmän ulkopuolisiin ja pyrittiin ottamaan hallinnon tiedon piiriltä valta arvoasteikon uudelleenrakentamisessa. Vuonna 1993 kerätyissä työttömyyskertomuksissa on kirjoitus, jossa nainen identifioitui masentuneeksi ja halusi tarjota oman kertomuksensa kautta tukea muille masentuneille. Nainen kirjoitti: ”Olen parantumassa masennuksesta. Jaksan tuntea riemua ja iloa. Kertomalla avoimesti kaikesta minulle sattuneesta olen avannut monen ihmisen mielen ja olen ollut avuksi, saanut jopa hymyn väsyneille kasvoille.”<sup>1212</sup>

Vuosina 1980–1995 moni kertoi omista vaikeista asioista omalla nimellään ja joskus myös kasvoillaan. Vuonna 1994 *Mielenterveys*-lehteen alkoholismistaan ja masennussairaudesta kirjoittanut mies totesi ”Tätä kirjoitusta suunnitellakseni oli mielessä nimimerkin käyttäminen. Oman nimeni käyttäminen on kuitenkin tietoinen valinta. [– –] En häpeä sen enempää kokemuksiani kuin näkemyksiäni. Tämä perustuu hyvin yksinkertaiseen logiikkaan: Jos en voi hyväksyä itseäni, miten voisin hyväksyä ketään muutakaan.”<sup>1213</sup> Avoimesti puhumisen tarve oli monella. Aiemmin ihmiset kertoivat elämästään, 1990-luvun mittaan enenevässä määrin psykiatrisesta tautiluokastaan. Arjen vertaistuki alkoikin tuolloin muodostua tautiluokkien ympärille jaetun elämäntilanteen sijaan.

Modernin masennuksen historia voidaan sanoa alkaneen 1800-luvun lopun tautiluokituksesta. 1900-luvun mittaan luotiin uusia masennustautiluokkia aina tarpeen mukaan. Niillä voitiin painottaa esimerkiksi tilan vakavuutta tai etiologiaa. 1900-luvun alkupuoliskolla masennustautiluokat rakentuivat osana maanis-depressiivisyyttä, joten vuonna 1957 luotiin vain masennukseen keskittyvä tautiluokka eli unipolaari masennus. Käsitteitä masennuksista muovasivat myös lukuisat lääketieteelliset ja psykologiset testit, jotka joko keskittyivät masennukseen tai masentuneisuuteen tai selvittivät niitä osana laajempaa testausta.

Turun yliopiston opinnoissa masennusten määrittelyjen ja tautiluokkien moninaisuus tunnistettiin, mutta ei nähty ongelmana. Opinnoissa oli masennusten määrit-

<sup>1211</sup> Suomen Mielenterveysseuran asettama työryhmä pohti vuonna 1984 paikallistoimintaa ja tukihenkilötoimintaa. Raportissa pysyttiin psykiatristen potilaiden tasolla eikä heitä eritelty. Diagnosoitu psykiatrinen tautiluokka ei ollut raportin perusteella oleellinen esimerkiksi tukihenkilöä tai ryhmätukitoimintaa valittaessa. ”4-13” 1984, ks. esim. 5. Turun yliopiston opinnoissa opetettiin, ettei keskusteluterapiaryhmä muodostunut yksittäisen tautiluokan ympärille. ”6-34” 1990, ”23.11. Ryhmäterapia”.

<sup>1212</sup> SKS KRA. Työtön 11424. 1993.

<sup>1213</sup> Porola 1994, 34.

telyyn omat logiikkansa. Opinnoissa yhdisteltiin eri tapoja määritellä, luokitella ja teoretisoida masennuksia. Kansalliset ja kansainväliset tautiluokitukset tunnettiin, mutta ne eivät vuosina 1980–1995 määritelleet tieteellisten opintojen masennuskäsityksiä.

### 3.9 Masennusta lähestyttiin osana elämänhistoriaa, vuorovaikutusta ja sosiaalisia suhteita

Kansainvälisten tautiluokitusten sijaan masennuskäsityksiä haettiin enemmän yksittäisistä tutkimuksista ja masennusteorioita esittävistä koulukunnista. Tässä alaluvussa analysoin Turun yliopiston opinnoissa masennuksen kannalta merkittävimpiä teoreettisia suuntauksia. Analysoin, miten koulukuntia, teorioita ja tutkimuksia tuotiin osaksi opintoja ja miten opiskelijat näitä hyödynsivät.

Psykodynaamiset teoriat olivat vahvasti läsnä vuosien 1980–1995 opinnoissa niin psykologiassa kuin psykiatriassakin. Yhdysvaltalaisessa psykiatriassa psykoanalyttinen vaihe kesti muutaman vuosikymmenen 1940-luvulta lähtien. Se loppui uusien psyykenlääkkeiden tuloon markkinoille sekä luonnontieteellisten muun muassa neurotransmittereita koskevien tutkimusten viedessä psykiatrian mielenkiinnon yhtenäisiksi miellettyjä sairausluokkia kohtaan.<sup>1214</sup> Erityisesti Pohjois-Amerikan osalta psykiatrian historian tutkija Edward Shorter katsoo, että toisen maailmansodan jälkeen psykoanalyttinen koulukunta vesitti kaiken edistyksen, mitä juuriltaan saksalainen biologisesti orientoitunut psykiatria oli siihen mennessä saavuttanut. Tieteenhistorian tutkija Anna Harrington on Shorterin kanssa täysin eri mieltä ja katsoo 1800-luvun lopulla alkaneiden tiedollisten intressien kuolleen 1900-luvun ensimmäisen puoliskon aikana omaan mahdottomuuteensa. Tämän osoitti muun muassa lähinnä jo kuolleiden aivojen anatomisen tarkastelun lähes täydellinen tuloksettomuus.<sup>1215</sup> Turun yliopiston opinnoissa psykodynaaminen koulukunta vaikutti aivan omalla tavallaan muiden koulukuntien rinnalla yhä 1980-luvulla ja 1990-luvun alussa.<sup>1216</sup> Psykodynaaminen koulukunta sopi hyvin Turun yliopistoon, jonka opin-

<sup>1214</sup> Ks. esim. Surís, Holliday ja North 2016.

<sup>1215</sup> Shorter 2013b, 194–195; Harrington 2019, luku 1.

<sup>1216</sup> Freud mainittiin usein masennuksen yhteydessä. Esimerkiksi vuonna 1984 psykiatriassa valmistuneessa väitöskirjassa sanottiin Freudin melankolian vastaavan kliiniseltä kavaltaan ”klassista psykoottista depressiota”. Mattila 1984, 58. Psykiatri Jyrki Korkeila muistelee psykoanalyttikkosukupolven vaihdoksen alkaneen 1970–1980-lukujen vaihteessa analyttikoiden hiljalleen siirtyessä lähinnä tutkijoiksi. Jyrki Korkeilan sähköposti 20.10.2015. Tekijän hallussa. Psykologian opinnoissa psykodynaamiset teoriat kulkivat vahvasti muiden teorioiden rinnalla. Esimerkiksi kehityspsykologian kurssilla ja kehityshäiriöt ja kehitysdiagnostiikka -kurssilla opiskeltiin myös psykodynaamista lähestymistapaa lapsen ja nuoren kehitykseen. ”7-5” 1986; ”7-13” 1989.

noissa mielenterveyden häiriöt nähtiin harvoin kategorisina. Sen sijaan ne nähtiin psykodynaamisen koulukunnan tavoin jatkumoina eli osana dimensionaalista sairauksäsitystä. Psykologian laitoksen psykiatrian opintojaksolla absoluuttisen mielenterveyden kerrottiin olevan ”hypoteettinen ihannetila” psykodynaamisessa sairauksäsitöksess<sup>1217</sup>.

Suomessa 1900-luvun alussa suuri osa sekä hallinnon että tieteen tiedon piireissä toimineista uskoi henkisten ominaisuuksien biologiseen periytymiseen. Maailmansotien välisenä aikana yleistyneet toisenlaiset selitysmallit saivat Suomessa kannatusta suunnilleen 1970- ja 1980-luvuille saakka. Historiantutkija Petteri Pietikäinen laskee tämän vaiheen merkittävimmiksi vaikuttajiksi sosiaalipsykiatrian, psykologian ja freudilais-psykodynaamisuuden.<sup>1218</sup> Turun yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa keskeisiksi psykiatrisiksi suuntauksiksi nousivat psykoanalyttisen ja psykologisen psykiatrian lisäksi perhe- ja sosiaalipsykiatria lähestyttäessä 1980-luvun alkua.<sup>1219</sup> Perheterapeutista mallia oli opetettu ja käytetty praktiikassa 1960-luvun lopulta lähtien Turun yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikalla.<sup>1220</sup> Vuonna 1993 valmistuneessa väitöskirjassa kerrottiin, että turkulainen skitsofreniaan keskittyvä projekti alkoi 1960-luvun lopulla. Vuonna 1981 sen hoitosuuntaus vaihtui yksilökeskeisestä ja psykodynaamisesta perheen sisäisiä suhteita tutkivaan ja systeemiseen.<sup>1221</sup> Toisaalta Yrjö Alanen katsoi psykoanalyttisen ja perheterapeutin paradigman täydentävän toisiaan eikä olevan ristiriidassa toistensa kanssa.<sup>1222</sup> Vuonna 1989 psykologian opiskelija kirjoitti perheterapeutin tutkimuksen jakaantuneen tuolloin psykodynaamiseen ja systeemiseen.<sup>1223</sup> Psykologian laitoksella vuonna 1985 valmistuneessa lisensiaatintyössä määriteltiin depressiota perhesysteemimallin mukaisesti. Tällöin yksilö nähtiin osana monimuotoista ”käyttäytymisen, kognition ja tunteiden” järjestelmää.<sup>1224</sup> Ylipäätään opinnoissa perheillä oli suuri

<sup>1217</sup> ”7-12” 1989, 23.8.1989; Scull 2015, 385.

<sup>1218</sup> Pietikäinen 2013, 193; Mäkilä 2014, 91.

<sup>1219</sup> Esimerkiksi vuonna 1982 valmistuneessa psykiatrian väitöskirjassa todettiin, että perhekeskeinen psykiatria on ollut Suomessa näkyvästi esillä 1950-luvun lopulta lähtien. Yrjö Alasen ja työryhmän skitsofreniatutkimusten lisäksi mielenterveyden häiriöiden perhedynamiikkaa oli tutkittu myös esim. neuroosipotilaitten osalta. Aaltonen 1982, 13–14. Vuonna 1984 valmistuneen väitöskirjan kiitokset alkoivat toteamuksella, että Turun yliopiston psykiatrian klinikan tutkimustyön keskiössä ovat olleet sosiaalipsykiatrinen ja perhedynamiikka psykosisien tutkimus. Mattila 1984.

<sup>1220</sup> Lehtinen 1993, 12.

<sup>1221</sup> Lehtinen 1993, Abstract.

<sup>1222</sup> ”7-12” 1989, Väliotsikko ”Perheterapeutin paradigma”.

<sup>1223</sup> ”7-33” 1989, 4.

<sup>1224</sup> Salminen 1985b, 35.

merkitys ja huonot perhesuhteet saatettiin nähdä jopa patologisina ja potilaan sairautta ylläpitävinä.<sup>1225</sup>

Turun yliopiston psykiatrian oppiaineessa suuntaukset näkyivät Yrjö Alasen vuonna 1976 käynnistämässä ja 1980-luvulla valtakunnalliseksi laajentuneessa tutkimusprojektissa. Alasen johdolla kehitettiin skitsofrenian, mutta myös muiden vaikeiden psykiatristen kriisien ensihoitoon tarkoitettu perheterapiaan perustuva hoitosuuntaus. Sen tarkoituksena oli ottaa potilaan läheiset ja muut yhteisöt mukaan sairastumistilanteen selvittelyyn ja näin ollen parantaa psykologisen kokonaiskuvan hahmottamista. Samalla haluttiin vähentää psykiatriseen hoitoon päätymiseen liittyvää stigmaa ja hoidon aloittamiseen liittyvää mahdollista psykoottista regressiota. Vuonna 1984 Yrjö Alanen esitteli tätä Turussa kehiteltyä ”tarpeen mukaiseksi hoidoksi” kutsuttua hoitosuuntausta Keroputaan sairaalassa, jonka ylilääkäri Jyrki Keränen innostui aloittamaan samanlaiset hoitokokoukset omassa sairaalassaan. Tästä kehitettiin vuosien saatossa kansainvälisestikin noteerattu malli, joka tunnetaan Keroputaan mallina tai avoimen dialogin mallina. Yrjö Alanen on yhä tällä vuosituhannella kritisoinut suomalaisen skitsofreniahoidon ja Käypä hoito -suositusten lääkekeskeisyyttä ja biopsykiatrisen näkökulman ensisijaisuutta.<sup>1226</sup>

Vuonna 1991 valmistuneen psykiatrian väitöskirjan alussa väitöskirjatutkija totesi:

Aloittaessani [oletettavasti 1970-luvun alussa] psykiatrian opintoni oli suomalaisessa mielenterveystyössä alkamassa aivan uusi, mullistava vaihe. Psykoanalyysi oli alkanut saada jalansijaa maassamme, perinteinen laitoshoido joutui radikaalin uudelleen arvioinnin kohteeksi ja perhekeskeinen ajattelu teki tuloaan. Kaikkia näitä vaikutteita oli läsnä prof. Yrjö Alasen johtamassa Turun yliopiston Psykiatrian klinikassa [– –].<sup>1227</sup>

Ainakin Alasen kautta myös psykologian laitoksen opiskelijat tunsivat perheterapeuttisen mallin. Vuonna 1985 psykologian laitoksella valmistuneessa lisensiaa-

<sup>1225</sup> Merenheimo 1991, Tiivistelmä.

<sup>1226</sup> Alanen 1983, 185; Forsius 1984, 21; Lehtinen et al. 1989, 255–256; Eskola, Karila ja Aaltonen 2007, 67–68; Alanen 2009a; Silfverberg 2017, 16–19. Psykologian opinnoissa vuonna 1989 Alanen kertoi valtakunnallisen skitsofreniaprojektin ottavan huomioon seuraavat tutkimusvaiheet: ”Perhe- ja ympäristökeskeinen kriisihoito, hoitoyhteisö, alkuperheen hoito, oman perheen tai parisuhteen hoito, yksilöhoito”. ”7-12” 1989, 30.10.1989.

<sup>1227</sup> Lahti 1991, Esipuhe.

tutkimuksessa opiskelija kuvasi työn idean syntyneen talvella 1976–1977 Alasen pitämässä perheterapiaseminaarissa.<sup>1228</sup>

Alanen toimi psykiatrian professorina ja oppiaineen esimiehenä vuosina 1968–1990 ja Raimo Salokangas vuosina 1992–2012. Salokangas oli ennen Turun yliopiston professuuria toiminut muun muassa sosiaalipsykiatrian professorina Tampereen yliopistolla.<sup>1229</sup> Alanen toimi vielä vuodet 1990–1995 Turun yliopiston psykiatrian dosenttina ja jatkoi väitöskirjojen ohjausta vielä emeritusprofessorinakin.<sup>1230</sup> Alasen vaikutus ei rajoittunut esimiesasemaan, opetukseen ja ohjaukseen, vaan hän oli ollut mukana kirjoittamassa psykiatrian keskeisiä oppikirjoja. Yhdessä Helsingin yliopiston psykiatrian professori Kalle Achtén ja Oulun yliopiston psykiatrian professori Pekka Tienarin kanssa kirjoitettu teos *Psykiatria* oli ensimmäinen koko psykiatrian kenttää kattamaan pyrkinyt suomalainen oppikirja.<sup>1231</sup> Se oli Turun yliopiston lääketieteen lisensiaatin tutkinnon psykiatrian opintojakson keskeinen teos myöhempien uudistettuihin painoksineen aina vuodesta 1980 vuoteen 1995 eli läpi tutkimani ajanjakson.<sup>1232</sup> Teokseen viitattiin opinnoissa ja oppikirjoissa ajoittain yksinkertaisesti ”suomalaisena psykiatrian oppikirjana”.<sup>1233</sup>

Psykodynaamisen ja perhekeskeisen psykiatrian lisäksi 1980- ja 1990-luvuilla sosiaalipsykiatria kohdisti katsetta yksilön kehon lisäksi sen ulkopuolisiin tekijöihin. Suomalaisessa sosiaalipsykiatrian oppikirjassa ihmisen mielenterveyden todettiin muodostuvan biologisista, psyykkisistä ja sosiaalisista tekijöistä. Sosiaalipsykiatrian tavoite oli tutkia nimenomaan sosiaalista puolta, joka tarkoitti sekä perhettä että

<sup>1228</sup> Salminen 1985b, 1. Perheterapiaan liittyviä opinnäytteitä ja tutkimuksia valmistui psykologian laitokselta useampia. Ks. esim. Markku Seitamaa (1985) *Perhesäännön tilallisuus. Perheen sisäisen säätelyn tilallinen ilmentyminen perheterapiassa*. Pro gradu -tutkielma. Psykologia. Turun yliopisto; Maija Kirves (1986) *Strateginen perheterapia lapsen oireen hoitona. Tutkimus perheterapian tuloksellisuudesta vanhempien ja lähi-kasvattajien arvioimana*. Lisensiaatintyö. Psykologia. Turun yliopisto. Yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan tutkimustiivistelmät lukuvuodesta 1983–1984 lukuvuoteen 1996–1997.

<sup>1229</sup> Alanen oli virkavapaalla vuosina 1983–1985, jolloin vastaavana professorina toimi ensin Reijo Antamo ja vuosina 1984–1985 Alasta sijaisti Ville Lehtinen. Ville Lehtinen toimi professorina myös lukuvuonna 1991–1992 viran ollessa avoimena. Vainikainen 1983; Vainikainen 1984; Koskinen ja Tuominen 1985; Toivola 1991; Tarmio 1993, 103; Psykiatria. Turun yliopiston verkkosivusto; Henkilökunnan nimikirjat, Turun yliopiston hallinto- ja talousarkisto X.Bb, Turun yliopiston arkisto.

<sup>1230</sup> Henkilökunnan nimikirjat, Turun yliopiston hallinto- ja talousarkisto X.Bb, Turun yliopiston arkisto. Alanen mainittiin väitöskirjaohjaajana myös 1990-luvun väitöskirjoissa, kuten tässä vuoden 1993 väitöskirjassa. Taiminen 1993.

<sup>1231</sup> Achté, Alanen ja Tienari 1973, ”Lukijalle”.

<sup>1232</sup> Ks. Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan opinto-oppaat lukuvuodesta 1980–1981 lukuvuoteen 1994–1995.

<sup>1233</sup> Ks. esim. Alanen et al. 1978, 40.



muita yhteisöjä.<sup>1234</sup> Yhdysvaltalaisessa sosiaalipsykologian oppikirjassa oppiala määriteltiin systemaattiseksi ihmisten välisen kanssakäymisen tutkimiseksi. Teoksessa painotettiin, että tutkimustulosten ja teorioiden oikeellisuuden tarkastelu vaati niiden jakamista yleisempään tietoisuuteen, jotta ne voitiin ottaa käyttöön perheissä, ystävyysyhteisöissä ja muissa yhteisöissä.<sup>1235</sup> Sosiaalipsykiatrian tavoitteet erosivat tieteestä ja hallinnon välillä. Väitän, että tieteessä sosiaalipsykiatria ja sosiaalipsykologia lähestyivät mielen toiminnan ymmärtämistä sosiaalisuuden kautta. Sosiologi Ilpo Helénin mukaan sosiaalipsykiatria pyrki hallinnossa sen sijaan kasvattamaan mielenterveystyön verkostoa ja tehtäviä hakien samalla laaja-alaisuutta.<sup>1236</sup> Helén kirjoittaa, että sosiaalipsykiatria kiinnosti terveystieteiden viranomaisia 1970-luvun alusta lähtien. Taustalla oli ajatus, että sosiaalipsykiatria tukisi psykoterapian ja sosiaalisen tuen kautta mielenterveyspotilaiden kuntoutumista takaisin osaksi yhteiskuntaa.<sup>1237</sup>

Turun yliopiston psykoterapian ja lääketieteellisen psykologian apulaisprofessuuria hoiti vuosina 1971–1976 Veikko Tähkä ja vuosina 1977–1992 Reijo Holmström. Ville Lehtinen hoiti vuosina 1978–1996 toista apulaisprofessuuria, jonka opetusala oli määritelty sosiaalipsykiatria ja psykiatrinen avohoito.<sup>1238</sup> Lehtisen kiinnostus sosiaalipsykiatria näkyi myös hänen aiemmissa työtehtävissään. Vuosina 1969–1974 hän oli työskennellyt useaan otteeseen Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutusosastolla tehden vertailevaa sosiaalipsykiatriasta tutkimusta ja vuonna 1978 hän toimi hetken aikaa kansanterveystieteen professorina viran ollessa avoimena.<sup>1239</sup>

Vuosina 1991–1994 Ville Lehtisen vastaavana apulaisprofessorina virkaa hoiti Simo Saarijärvi.<sup>1240</sup> Myös apulaisprofessoreiden vaikutus opiskelijoiden masennus-

<sup>1234</sup> Alanen et al. 1978, 17–18, 22–23, 30.

<sup>1235</sup> Gergen ja Gergen 1986, 4–5.

<sup>1236</sup> Helén 2010, 48.

<sup>1237</sup> Helén 2010, 47.

<sup>1238</sup> Holmström toimi apulaisprofessorinsa aikana myös useaan otteeseen psykiatrian professorin sijaisena. Tarmio 1993, 103; Vainikainen 1989; Alanen 1983, 183; Toivola 1991; Psykiatria. Turun yliopiston verkkosivusto; Henkilökunnan nimikirjat, Turun yliopiston hallinto- ja talousarkisto X.Bb, Turun yliopiston arkisto. Lääketieteellisen tiedekunnan opinto-oppaat antavat ymmärtää, että Ville Lehtinen olisi ollut virkavapaalla apulaisprofessorin tehtävistä vuodesta 1991 lähtien. Ks. Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan opinto-oppaat lukuvuoteen 1995–1996 saakka. Nimikirjanotteen mukaan Lehtinen toimi psykiatrian professorin viransijaisena vuosina 1984–1985 ja 1987, ja lisäksi hän toimi vuosina 1990–1991 psykiatrian professorina viran ollessa avoimena. Henkilökunnan nimikirjat, Turun yliopiston hallinto- ja talousarkisto X.Bb, Turun yliopiston arkisto.

<sup>1239</sup> Henkilökunnan nimikirjat, Turun yliopiston hallinto- ja talousarkisto X.Bb, Turun yliopiston arkisto.

<sup>1240</sup> Toivola 1991; Toivola ja Vilola 1994; Henkilökunnan nimikirjat, Turun yliopiston hallinto- ja talousarkisto X.Bb, Turun yliopiston arkisto.

ja sairauskäsityksiin ulottui oppikirjoihin. Psykoanalyttikko Veikko Tähkältä oli käytössä useampi teos osana lääketieteen lisensiaatin tutkintoa. Tähkään viitattiin usein myös muussa kotimaisessa oppikirjallisuudessa.<sup>1241</sup> Ville Lehtisen sosiaalipsykiatrian teos oli psykiatrian oppikirjana vuosina 1989–1993.<sup>1242</sup> Psykiatrian oppiaineen henkilökunta oli aktiivista myös valtakunnallisesti. Oppikirjojen lisäksi yhteistyötä tehtiin tiiviisti moneen suuntaan. Esimerkiksi Ville Lehtinen oli vuodesta 1977 toiminut Kansaneläkelaitoksen Mini-Suomi-tutkimuksen asiantuntijalääkärinä ja johti sen psykiatrista osaa 1980-luvulla.<sup>1243</sup>

1980-luvulle tultaessa moni Turun yliopiston psykiatrian henkilökunnasta oli käynyt psykoanalyttikkokoulutuksen. Tämä ei ollut erityistä, sillä useat suomalaisista psykiatrian tunnetuista nimistä olivat psykoanalyttikoita. Psykiatrian perusteoksen kirjoittajista kaksi, Yrjö Alanen ja Kalle Achté olivat analyttikoita, ja 1970- ja 1980-lukujen vaihteessa Turun yliopistossa psykiatriaan erikoistunut ja väitöskirjaani varten haastattelemani henkilö muistelee myös teoksen kolmannen kirjoittajan, Pekka Tienarin, olleen hänenkin vahvasti psykoanalyttisesti orientoitunut.<sup>1244</sup> Professorin lisäksi analyttikoita Turun yliopiston psykiatrian oppiaineessa olivat muun muassa vuoteen 1988 monipuolisesti tuntiopetusta antanut Simo Salonen ja 1980-luvun alkupuoliskolla apulaisopettajana ja psykiatrian apulaisprofessorin viransijaisena toiminut Viljo Rökköläinen. Rökköläinen oli myös perheterapiakouluttaja.<sup>1245</sup> Turun yliopiston psykiatrian suhtautumisen psykoanalyysiin kiteytti vuonna 1985 väitellyt psykiatrian väitöskirjatutkija: ”Psykodynaaminen näkemys perustuu psykoanalyttiseen teoriaan, jonka keskeisimmät piirteet ovat oletukset, että psyykinen toiminta on suurelta osin tiedostamatonta vaikkakin toisaalta samalla mielekäästä ja että yksilön käyttäytymistä voidaan ymmärtää hänen persoonallisen kehityksensä valossa.”<sup>1246</sup>

Alasen professuurin aikana vallitsivat psykodynaaminen ja vielä sitäkin enemmän perhedynaaminen suuntaus. Salokankaan tullessa professoriksi 1992 psykodynaaminen suuntaus hiipui ja painopiste siirtyi kohti sosiaalipsykiatria. Itsekin aikanaan psykoanalyttikoksi valmistunut ja 1980-luvulla psykiatria Turun yliopistossa erikoistunut haastateltava kertoi väitöskirjahaastattelussa Salokankaan profes-

<sup>1241</sup> Ks. esim. Achté, Alanen ja Tienari 1973, 16. Tähkää kiitettiin psykoanalyttisten teorioiden tuntemuksestaan myös mm. vuonna 1979 valmistuneen psykiatrian väitöskirjan kiitoksissa. Kirjoittaja kertoi tutkimusmetodinsa pohjaavan nimenomaan psykoanalyysiin. Salonen 1979.

<sup>1242</sup> Tähkän ja Lehtisen oppikirjoista osana opintoja ks. Vainikainen 1989; Toivola 1991.

<sup>1243</sup> Alanen 1983, 185; Henkilökunnan nimikirjat, Turun yliopiston hallinto- ja talousarkisto X.Bb, Turun yliopiston arkisto.

<sup>1244</sup> Anneli Larmon haastattelu, 18.12.2018. Muistiinpanot tekijän hallussa.

<sup>1245</sup> Lavonen 2013, 66; Henkilökunnan nimikirjat, Turun yliopiston hallinto- ja talousarkisto X.Bb, Turun yliopiston arkisto.

<sup>1246</sup> Salminen 1985a, 72.

suurin alkamisen tarkoittaneen siirtymää pois psykodynaamisesta ajattelusta, sillä toisin kuin Alanen, Salokangas ei ollut analyytikko.<sup>1247</sup> Siirtymä ei tapahtunut hetkessä tai radikaalisti, ja Salokangas jakoi Alasen käytännönläheisyyden teorioiden ja luokitusten suhteen. Vuonna 1994 valmistuneessa psykiatrian väitöskirjassa kuvailtiin, kuinka erilaiset lähestymistavat eivät sulkeneet toisiaan pois. Samalla tiedostettiin teorioiden hypoteesiluonteisuus:

Esimerkiksi Yrjö Alanen (1990) tarkoittaa ”integroivalla lähestymistavalla” näkemystä, joka potilaan tarpeita vastaavalla tavalla – ja tapauskohtaisin painotuseroin – huomioi niin biolääketieteellisen, yksilöpsykologisen, vuorovaikutuksellisen kuin myös sosiaalisen lähestymistavan. Puhetapa saattaa harhauttaa uskomaan, että myös teorian tasolla integraatio olisi ”lähellä” tai ”näköpiirissä”, vaikka itseasiassa tarkoitetaan hyvin pragmaattista pyrkimystä integroida erilaiset hoidolliset lähestymistavat potilaan parhaaksi. Psykiatrian primääri kliininen velvollisuus on toki tehdä ”integratiivinen parhaansa”, vaikka teorian tasolla pätee edelleenkin: not proven.<sup>1248</sup>

Psykodynaamiseen suuntaukseen ei lähtökohtaisesti kuulunut tilan tai tilanteen lähestyminen tautiluokkien kautta eikä se operoinut terve–sairas-akselilla. Psykoanalyttisessa terapiatyössä yksilö ja psykoanalyttikko yhdessä tekivät yksilöön liittyvää tutkimusta. Yksilö oppi tuntemaan itsensä paremmin, jonka seurauksena hän voi paremmin. Psykoanalyttikko oppi ymmärtämään ihmisen psyyken ja alitajunnan toimintaa. Tässä psykoanalyysi erosi lääketieteen tavoitteista, joihin Hippokrateesta lähtien oli kuulunut sairauden diagnosointi ja sairauden hoito. Psykodynaamisessa ajattelussa asiantuntijan rooli oli ohjata potilasta itseään tekemään nämä. Alain Ehrenberg kirjoittaa, että ”[o]man muutoksensa toimijana oleminen on itse asiassa Freudin ajatusten ytimessä – potilas on se, joka tulkitsee omat unensa ja päättää omasta parantumisestaan – ei lääkäri”.<sup>1249</sup> Vuonna 1990 psykologian opinnoissa psykodynaamisen näkökulman katsottiin olleen ensimmäinen intrapsykkisistä ilmiöistä kiinnostunut suuntaus, jollaisia myöhemmin olivat myös humanistinen psykologia ja oppimisteoreettinen suuntaus.<sup>1250</sup>

Myös psykologian opinnoissa psykoanalyttinen näkökulma oli läsnä muiden näkökulmien rinnalla.<sup>1251</sup> Osassa psykologian oppikirjoja mieleltään ongelmaisten

<sup>1247</sup> Anneli Larmon haastattelu, 18.12.2018. Muistiinpanot tekijän hallussa.

<sup>1248</sup> Laitinen 1994, 19.

<sup>1249</sup> ”7-12” 1989, esim. ”8.11.” Aira Laineen luento ”Neuroosipotilaan psykoanalyysi”; Ehrenberg 2007, 101.

<sup>1250</sup> ”6-3” 1990, 5.

<sup>1251</sup> ”6-15” ei pvm.

esimerkkitapausten kohdalla ei viitattu tautiluokituksiin tai mielen järkkymisen patologisointiin, vaan pitäydyttiin psykoanalyttisessä teoriassa. Esimerkiksi lukuvuosina 1991–1993 lapsuuden ja nuoruuden kehityksen häiriöt ja diagnostiikka -kursilla oli käytössä yhdysvaltalainen teos *Adolescence and developmental breakdown: a psychoanalytic view*. Teoksessa käsiteltiin hyvinkin ongelmaisia tapauksia, mutta muun muassa masennusta ei mainittu patologisena tautiluokkana. Masennukseen kuitenkin viitattiin muun muassa vakavana tunnetilana ja epäonnistuneen kehitysvaiheesta toiseen siirtymisen oireena.<sup>1252</sup> Lapsipsykologiakurssilla vuonna 1980 puhuttiin lapsen psykoterapiaa käsittelevästä teoksesta *Betty*. Teoksessa analysoitiin Betty-nimisen kuusivuotiaan tytön psykoterapian alkua, kulkua ja lopettamista sekä tytön perheoloja. Bettyn ongelmia ei yhdistetty mihinkään psykiatriseen tautiluokkaan.<sup>1253</sup>

Psykiatriassa käytössä olleissa psykoanalyysia edustavissa oppikirjoissa kirjoitettiin yleensä psykoanalyttisen teorian lomassa myös psykiatrisista tautiluokista mukaan lukien masennussairaudet. 1980-luvulla opinnoissa luettiin Veikko Tähkän teosta *Psykoterapian perusteet psykoanalyttisen teorian pohjalta*. Lähinnä aikuispotilaiden yksilöterapiaa käsittelevässä oppikirjassa ei psykodynaamisesta näkökulmasta huolimatta kaihdettu mielisairauksista kirjoittamista. Tämä teki teoksesta varmasti praktiikan kannalta käyttökelpoisen. Samalla se osoitti, etteivät koulukuntien rajat olleet tiukkoja. Esimerkiksi teoksen yksi alaluvuista oli jo otsikoltaan ”Potilaan kliininen tila” ja siinä käsiteltiin muun muassa neuroottisia depressioita.<sup>1254</sup> Nuorisopsykiatri Tor-Björn Hägglund lähestyi opinnoissa nuorten masennuksia psykoanalyttisesti. Hänen kirjoituksensa kuvasivat tautiluokkien ja täsmällisten määritelmien toissijaisuutta teoriavetoisessa ja ymmärtämään pyrkivässä kuvauksessa. Nuorten masennuksia käsitellessään hän saattoi esimerkiksi samaa tilaa kuvatessaan toisaalla käyttää termiä neuroottinen depressio ja toisaalla olla lainkaan viittaamatta sairauteen tai tautiluokkiin.<sup>1255</sup> Psykoanalyttisen näkökulman vaikutus näkyi myös siinä, että Freud mainittiin usein psykkisiä sairauksia käsittelevissä teksteissä.<sup>1256</sup> Psykoanalyttiset teoriat olivat jossain muodossa läsnä lähes kaikissa psykiatrian ja lastenpsykiatrian väitöskirjoissa. Lääketieteen opiskelijat eivät ainoastaan lukeneet Freudin inspiroimia teorioita, vaan erityisesti 1980-luvulla he lukivat myös Freudin

<sup>1252</sup> Laufer ja Laufer 1984. Sivulla 185–186 on lista, jossa mainittiin vakava masennus. ”Certain disorders of forms of behavior occurring during adolescence can be regarded as being characteristic of the symptomatology of adolescence.”

<sup>1253</sup> Ude (1975) 1978. Ks. myös esim. Fraiberg (1959) 1977.

<sup>1254</sup> Lääketieteen lisensiaatin psykologian opintojaksolla lukuvuosina 1979–1987 ja psykiatrian opintojaksolla lukuvuosina 1979–1981 käytössä ollut oppikirja. Tähkä 1972, 97–98. Masennusdiagnoosien osalta ks. myös esim. 39, 71, 102.

<sup>1255</sup> Ks. esim. Hägglund 1985.

<sup>1256</sup> Ks. esim. Lauerma 1985, 2–3; Santalahti 1987, 22; Reinikka 1988, 3.

itsensä kirjoittamia tekstejä. Psykiatrian opintojaksolla lukuvuosina 1979–1981 luettiin Freudin teosta *Johdatus psykoanalyysiin*.<sup>1257</sup>

Psykologian opintojen lähestymistavasta diagnosointiin ja tautiluokkiin antoi hyvän kuvan psykodiagnostiikkakurssi, jossa muun ohella perehdyttiin testeihin ja harjoiteltiin niiden tekemistä. Testien tarkoituksena ei ollut selvittää tilan mahdollista patologisuuutta. Sen sijaan psykologi pyrki luomaan kattavan kuvan ihmisen henkisistä ominaisuuksista, kuten älykkyydestä ja persoonallisuudesta. Kurssilla opetettiin vuosien mittaan muun muassa seuraavia testejä: CAT (Children's Apperception Test), TAT (Thematic Apperception Test), ORT (Object Relations Techique), Ro (Rorschachin testi), WZT (Wartegg Zeichen Test), Goodenoughin Draw-a-Person -testi, WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale) ja WISC (Wechsler Intelligence Scale For Children).<sup>1258</sup> Osa testeistä saattoi kertoa myös testattavan masentuneisuudesta tai depressiivisyydestä. Kyse ei tällöin ollut patologisesta tilasta. Esimerkiksi vuonna 1990 psykologian opiskelijan käytössä olleessa monisteessa opetettiin tulkitsemaan Ro-testiä. Tietynlainen vastaus kertoi testattavalla olevan "C" kontrolloimatonta ahdistusta, usein depressiivisyyttä, varovaisuutta, pettymyksiin varautuneisuutta".<sup>1259</sup> Lasten piirrosta projektiivisena esityksenä tarkasteltaessa ihmisen piirtäminen erityisen pienenä kertoi lapsen alemmuudesta, ahdistuksesta ja depressiosta.<sup>1260</sup> Depressiivisyys kuvasi tässä testissä affektiivista toimintaa ja yleistä emotionaalista sävyä.<sup>1261</sup>

Testeissä voi huomata psykodynaamisen painotuksen opetuksessa, sillä testit olivat psykodynaamisia projektiivisiä testejä lukuun ottamatta kognitiivista WAIS-testiä ja yleistä älykkyyttä arvioivaa WISC-testiä. Esimerkiksi lapsille tarkoitetussa CAT-testissä lapselle näytettiin kuvia ja häntä pyydettiin rakentamaan jokaisesta kuvasta oma kertomuksensa.<sup>1262</sup> Lapsen kuvailun perusteella arvioitiin hänen persoonallisuuttaan ja psykodynamiikkaa. Testauksen lisäksi psykologin työnkuvaan kuuluivat observointi ja haastattelut. Näitä käsiteltiin lyhyesti psykodiagnostiikkakurssilla, mutta lukuvuodesta 1983–1984 lähtien laajemmin aivan omana kurssinaan.<sup>1263</sup> Observoinnissa havainnointiin esimerkiksi yksilön ulkoista olemusta, eleitä ja puhe-

<sup>1257</sup> Elholm 1979; Elholm 1980.

<sup>1258</sup> "2-1" 1981, 10; "6-35" 1990. Kaksi harjoitustyötä 25.10.1990. Ainakin keväällä 1982 järjestettiin oma kurssi WAIS-metodille. "5-16" 1982. Testejä käsiteltiin useammilla psykologian kursseilla. "6-17" 1990; "6-23" 1987; "5-18" 1980. Turun yliopiston opinnoissa ei opetettu ainakin Oulussa käytössä ollutta H-T-P-testiä (House-tree-person Technique), jossa piirrosten avulla testattiin muun muassa lapsen depressiivisyyttä. "4-22" ei pvm.

<sup>1259</sup> "6-8" 1990, Alaotsikko "jotain tulkinnasta"; "6-10" 1990, 29.

<sup>1260</sup> "6-35" 1990, 11.10.1990.

<sup>1261</sup> "6-9" ei pvm, Alaotsikko "Affektiiviset toiminnat".

<sup>1262</sup> "7-30" 1988, Moniste "11.10.1988"; "6-10" 1990; "6-11" 1990.

<sup>1263</sup> "7-30" 1988; "6-22" 1989. Ks. myös psykologian opinto-oppaat.

tapaa. Observoida saattoi myös perheitä ja ryhmiä. Observointi mahdollisti havainnoinnin myös tilanteissa, joissa ei haluttu tai voitu kommunikoida verbaalisesti observoitaessa esimerkiksi lapsen leikkiä tai psykoottista potilasta.<sup>1264</sup> Haastatteluita oli lähinnä kahdenlaisia: Joko selvitettiin ihmisen elämänhistoriaa koko elinkaaren ajalta tai tehtiin henkilön psyykkisen statuksen kartoitus havainnoimalla esimerkiksi käyttäytymistä ja aistien vastaanottokykyä.<sup>1265</sup> Väitöskirjatutkimusta varten käymissäni keskusteluissa psykologien kanssa nousi esiin lääkärin pyynnöstä tehdyt hyvin laajat potilaan psykologiset arvioinnit lääkärin tekemän diagnoosin tueksi.<sup>1266</sup> Psykologian opintojen psykiatrian kurssilla professori Yrjö Alanen kuvaili myös psykiatrista sairaskertomusta laajaksi sisältäen suoraan sairauteen liittyvien tietojen lisäksi tietoa muun muassa potilaan opiskelu-, työ- ja perhetilanteesta ja -historiasta, persoonallisuudesta, ihmissuhteista ja tavasta tulla hoitoon.<sup>1267</sup>

Psykodiagnostiikan kurssilla käytettiin harjoitusasiakkaita, jotka saattoivat olla muita opiskelijoita. Kurssin tarkoituksena oli harjoitella psykologisten testien ja haastattelujen tekemistä sekä niiden pohjalta lausunnon kirjoittamista eri tahoille. Vuonna 1990 psykologian opiskelijan hyödyntämässä monisteessa käytiin läpi psykologin lausunnon yleisrunkoa. Lausunto sisälsi kuvauksen asiakkaan henkisestä tasosta, realiteettitajusta, tunne-elämästä, minäkäsityksestä, ihmissuhteista, mahdollisista taudinkuvista, toimenpide- ja kuntoutussuosituksista ja yhteenvedon.<sup>1268</sup>

Väitöskirjaa varten haastattelemani entiset psykologian opiskelijat ja nykyiset psykologit kertoivat Blinnikan opettaman systeemiteorian ja sen pohjalta luodun systeemisen mallin<sup>1269</sup> olevan edelleen hyödyllinen työyhteisöjen kriiseissä ja perheterapiassa. Psykologian assistenttina vuonna 1977 ja vuosina 1981–1982 toimineen Juhani Laakson he muistavat olleen kallellaan raskaampaan patologiaan suuntauksenaan psykoanalyysi, mutta myöhemmin vaihtaneen suuntaukseksi kognitiivisen psykoterapian.<sup>1270</sup>

Psykologian ja aikuispsykiatrian lisäksi psykodynaamisen ajattelun voisi olettaa vaikuttaneen myös lastenpsykiatria, sillä lastenpsykiatrian juuret olivat psykodynaamisessa ajattelussa. Lastenpsykiatrian ensimmäisissä isoissa nimissä 1930-luvulta eteenpäin oli lapsipsykoanalytikoita, kuten Melanie Klein ja Anna Freud.

<sup>1264</sup> ”6-16” ei pvm.

<sup>1265</sup> Ks. esim. ”2-1” 1981, 35–36. Esimerkiksi syksyllä 1987 opiskelija oli tehnyt harjoitustyönä psykologisen tutkimuksen Kelan kuntoutusta varten. Tutkimus sisälsi WAIS- ja RO-testit sekä erillisen haastattelun. ”1-2” 1987.

<sup>1266</sup> Soili Salokankaan haastattelu, 18.4.2018. Muistiinpanot tekijän hallussa.

<sup>1267</sup> ”7-12” 1989, 25.10.1989.

<sup>1268</sup> ”6-7” 1990, ”Lausunnon yleisrunko”; ”7-16” 1989.

<sup>1269</sup> Teoriaa hyödynnettiin myös esim. vuonna 1987 julkaistussa psykiatrian väitöskirjassa. Tuori 1987, 50–51.

<sup>1270</sup> Tuomola et al. haastattelu, 7.6.2018. Muistiinpanot tekijän hallussa; Henkilökunnan nimikirjat, Turun yliopiston hallinto- ja talousarkisto X.Bb, Turun yliopiston arkisto.

Psykoanalyysin suomalaisiksi pioneeriksi kutsuttu lääkäri Yrjö Kulovesi kirjoitti lapsipsykoanalyysistä sekä lapsipsykologiasta ja kasvatuksesta jo 1920-luvulla. Viimeistään 1930-luvulla Kulovesi käsitteli Anna Freudin ja Melanie Kleinin lapsianalyttisiä sekä varhaisen lapsuuden merkitystä käsitteleviä teorioita. Tästä huolimatta Turun yliopiston lastenpsykiatriassa ei vuosina 1980–1995 ollut aikuispsykiatrian kaltaista vahvaa kiinnostusta psykoanalyysia, muttei myöskään sosiaalipsykiatriaa kohtaan. Sen sijaan Turun yliopiston lastenpsykiatria seurasi 1980- ja 1990-luvuilla aikuispsykiatrian kiinnostuksen kohteita hyödyntämällä perhedynaamista ajattelua. Perhedynaamisen ajattelun historiaa kuvaa lainaus vuonna 1984 julkaistusta lastenpsykiatrian oppikirjasta. Kirjoittaja totesi, kuinka vielä 1950- ja 1960-luvuilla ihmisten oli vaikea hyväksyä ajatusta siitä, ”että kieroutuneet suhteet vanhempien ja lasten välillä aiheuttaisivat lasten psyykkisiä häiriöitä”.<sup>1271</sup>

Psykoanalyysin kehittäjä Sigmund Freud (1856–1939) oli itse koulutukseltaan lääkäri ja uransa ensimmäisillä vuosikymmenillä hän julkaisi fysiologisia, anatomisia ja neurologisia tutkimuksia.<sup>1272</sup> Kehittämänsä psykoanalyttisen teorian Freud ei katsonut olevan yksin lääketieteen erikoisala, vaan liittyvän oleellisesti psykologiaan ja olevan sovellettavissa muihin tieteisiin ja tieteiden ulkopuoliseen maailmaan. Vuonna 1927 Freud kirjoitti, että ”[p]sykoanalyysi on osa psykologiaa, ei vanhaa lääketieteellistä psykologiaa eikä sairaustapausten psykologiaa vaan yksinkertaisesti psykologiaa, ei varmaankaan koko psykologia vaan sen pohjarakenne, ehkä yleensä sen perusta”.<sup>1273</sup> Ajoittain 1980- ja 1990-luvun Turun yliopiston opinnoissa huomiointiin, että vanhemmiten Freud hylkäsi nuoruutensa yrityksen luoda puhtaasti luonnontieteellinen pohja psykologialle.<sup>1274</sup>

Psykodynaamisen koulukunnan suosion myötä käsitys ihmisen mielestä muuttui tieteessä elämänhistoriaa ja varhaista lapsuutta painottavaksi.<sup>1275</sup> Elämänhistoriaan oli aiemminkin kiinnitetty huomiota, mutta eri mielessä. Käsitys mielestä ja mielen sairaudesta oli 1900-luvun ensimmäisillä vuosikymmenillä huomattavasti 1900-lu-

<sup>1271</sup> Koski 1973, 432; Forsius 1984, 16, 21; Ihanus 1994, 77, 83–84. Perhedynaaminen näkökulma tai psykologiankin laitoksella käytössä ollut systeemiteoria näkyi vahvasti mm. tässä vuoden 1994 lastenpsykiatrian syventävien opintojen työssä. Heinisuo 1994.

<sup>1272</sup> Ihanus 1994, 23–24.

<sup>1273</sup> Ihanus 1994, 24.

<sup>1274</sup> Ks. esim. teos, joka oli käytössä psykologian laitoksen opinnoissa lukuvuosina 1986–1993 osana opintojaksoa ”Fysiologisen psykologian perustiedot” sekä lukuvuosina 1986–1987 osana vanhan tutkinnon Cum laude approbatur -osiota. Kaila ja Mäkinen 1985, 133.

<sup>1275</sup> Porter 2002, 188–193. Psykoanalyttisen koulukunnan asemaa Suomessa kuvaa hyvin se, kuinka vuonna 1984 oli ainoastaan kolme vaativan erityistason kriteerit täyttävää psykoterapian koulutusohjelmaa, joista kaksi oli psykoanalyttisiä. (Suomen Psykoanalyttisen yhdistyksen psykoanalytikkokoulutus ja Therapiea-säätiön 6-vuotinen psykoanalyttinen psykoterapiakoulutus.) ”4-17” 1984, LIITE 1.

vun loppua staattisempi. Kun mielen sairaus nähtiin 1900-luvun alkupuolella sekä periytyvänä että etiologialtaan biologisena, ei diagnosoinnin osana kartoitettua elämänhistoriaa kaivattu psykologisten syiden etsimiseksi, vaan yksilön pysyvänä pidetyn luonteen ja sairauden tunnistamiseksi aiemmissa elämäntapahtumissa. Psykodynaamisen koulukunnan myötä elämäntapahtumista ei etsitty enää staattista luonnetta, vaan syitä ja ratkaisuja psyyken sen hetkiselälle toiminnalle.<sup>1276</sup> Psykodynaaminen koulukunta vakiinnutti ajatukset muun muassa tiedostamattoman vallasta ja elämänmittaisen seksuaalisuuden merkityksestä ihmisen psyykeen.<sup>1277</sup> Muun muassa alitajunnan ja egon käsitteiden kautta tieteen tietoon vakiintui ymmärrys mielen toiminnasta muillakin kuin tiedostetuilla ja selkeästi artikuloitavissa olevilla tavoilla.

Kraepelin oli tietoinen ymmärryksensä rajoista eikä pitänyt työtään siinä mielessä valmiina, että sen pitäisi sellaisenaan toimia mielen luokittelun ja ymmärtämisen välineenä. Hän tiedosti asemansa ja työnsä vallan, mutta katsoi työnsä olevan vain yksi tapa kohti ihmisen mielen parempaa ymmärtämistä.<sup>1278</sup> Kraepelinin psykiatriset tautiluokitukset vaikuttivat mielisairauksien luokitteluun läpi 1900-luvun ja vaikuttavat yhä ICD- ja DSM-luokitusten kautta. Tästäkin syystä diagnostisen psykiatrian luoja pidetyn henkilön oma varovaisuus ja myöhemmän iän epäileväisyys koko luokittelun validiteettia kohtaan on tärkeä huomioida. Myöhemmällä iällä Kraepelin esitti, etteivät dementia praecox ja maanis-depressiivinen psykoosi viittaa kahteen erilaiseen patologiseen prosessiin, vaan pikemmin siihen, että patologiset prosessit vaikuttavat eri persoonallisuuden alueilla.<sup>1279</sup> Itsekriittisyys oman tieteenalansa peruskäsitteitä kohtaan oli läsnä myös Turun yliopiston opinnoissa vuosina 1980–1995. Opiskelijoille tarjottiin laajasti tietoa eri lähteistä ja järjestelmistä, mutta samalla huomioitiin mieltä koskevan tiedon rajallisuus.<sup>1280</sup> Vuonna 1986 psykologian historian kurssin työssä opiskelija huomioi, että psykologiset teoriat ”ovat monessakin mielessä oman syntyäikansa tuotteita ja kuvastavat yhteiskuntansa sosiaalisia ja taloudellisesti-tuotannollisia rakenteita samoin kuin kulttuurinsa piirteitä”.<sup>1281</sup> Tiede oli aikaan ja kulttuuriin sidottua myös siksi, että ”itse psykologisen tutkimuksen kohde, ihminen ja hänen toimintansa, on sidoksissa aikaansa ja ympäröivään todellisuuteen”.<sup>1282</sup> Opiskelija huomioi psykologisten teorioiden selitysmalleineen olleen valtaosin länsimaisia. Omasta kulttuurista oli mahdotonta täysin irtautua, joten ”[k]aikki ajatuksemme ’psyykkisestä terveydestä’ ovat kulttuuristen arvostelmien

<sup>1276</sup> 1900-luvun alkupuolen suomalaisen diagnosoinnin tapausesimerkkejä käsittelevät esim. Ahlbeck 2015; Rissanen 2018.

<sup>1277</sup> Porter 2002, 188–193.

<sup>1278</sup> Decker 2007, 340–341.

<sup>1279</sup> Jablensky 2007, 385.

<sup>1280</sup> Jablensky 2007, 381.

<sup>1281</sup> ”5-21” 1986, 5.

<sup>1282</sup> ”5-21” 1986, 6.



sävyttämiä”.<sup>1283</sup> Vuonna 1990 psykologian opiskelija pohti pro gradu -tutkielmasaan masennuksen tunnistamisen haasteita. Hän kirjoitti, että ”saattaa olla, että se minkä ajatellaan indeksoivan depressiota heijastaa kulttuurissa yleistä tapaa kommunikoida, esimerkiksi siitä miten stressi tai pahoinvointi on tapana ilmaista”.<sup>1284</sup>

Suomeen psykodynaaminen koulukunta oli vakiintunut laajemmin vasta suhteellisen myöhään. Alkuun psykoanalyttisen teorian asiantuntemus ja hoitotyö oli yksittäisen lääkärin Yrjö Kuloveden (1887–1943) harteilla. Kulovesi alkoi perehtyä Freudin psykoanalyttisiin teorioihin 1920-luvun alussa, julkaisi vuonna 1922 ensimmäisen suomenkielisen Freudin psykoanalyysia esittelevän artikkelin, vuonna 1924 hän matkusti ensimmäisen kerran Wieniin oppianalyysia varten ja vuonna 1933 julkaisi ensimmäisen suomenkielisen Freudin psykoanalyysia käsittelevän teoksen. Kulovesi oli aloittanut yksityislääkärin praktiikan heti lääketieteen lisensiaatiksi valmistuttuaan vuonna 1916. Perehdyttyään psykoanalyysiin hän sovelsi oppejaan myös praktiikkaan. Aina kuolemaansa saakka Kulovesi oli suomalaisessa lääkärikunnassa ainut psykoanalyysiin perehtynyt. Tästä huolimatta suomalaisen psykologian varhaishistoriaa tutkinut Jouko Aho katsoo psykologisesti operoivan psykiatrian alkaneen Suomessa nimenomaan Kuloveden myötä.<sup>1285</sup>

Vielä ennen toista maailmansotaa suomalaisten lääkäreiden keskuudessa suhtauduttiin hyvin väheksyvästi psykoanalyysiin eivätkä uudenlaiset psykoterapeuttiset ajattelutavat levinneet.<sup>1286</sup> Vastakkainasettelua kuvasi hyvin, että Kraepelin piti psykoanalyysia täysin epätieteellisenä.<sup>1287</sup> Vuonna 1985 Turun yliopiston väitöskirjattutkija totesi väitöskirjassaan, että psykoanalyttinen hoitometodi kohtasi voimakastakin vastustusta henkilökunnan keskuudessa 1940- ja 1950-lukujen Suomessa erityisesti psykoottisten potilaiden hoidossa.<sup>1288</sup> Vasta 1950-luvulla psykoanalyttiset eli psykodynaamiset teorit saivat kunnolla sijaa ja tuolloin myös ensimmäiset psykologit ja psykiatrit opiskelivat ulkomailla psykoanalytikoiksi ja palasivat Suomeen.<sup>1289</sup> Tämän on täytynyt vaikuttaa myöhemmin keskusteluterapioiden kuten supportiivisen terapian käytön leviämiseen. Vaikka keskusteluterapioita oli käytetty potilaiden hoidossa 1800-luvulla jo ennen Freudia, psykoanalyysin leviäminen ei Suomessa tarkoittanut ainoastaan mieleen liittyvien käsitysten muutosta, vaan myös

<sup>1283</sup> ”5-21” 1986, 6–7.

<sup>1284</sup> Saarinen 1990, 52.

<sup>1285</sup> Achté kuvasi Kulovettä yksinäiseksi pioneeriksi. Achté 1990a, 25; Aho 1993, 10; Ihanus 1994, 16, 70–85.

<sup>1286</sup> Ihanus 1994, 17, 110, 250–251.

<sup>1287</sup> Decker 2007, 340.

<sup>1288</sup> Johansson 1985, 11.

<sup>1289</sup> Ihanus 1994, 17, 110, 250–251. Kulovesi ehti saada itselleen viralliset psykoanalyttikon kouluttajan oikeudet, mutta ei ehtinyt kouluttaa itselleen seuraajaa. Tästä syystä seuraavan psykoanalyttikosukupolven oli haettava oppi ulkomailla.

yleisesti keskusteluterapioiden suosion kasvua.<sup>1290</sup> Vuonna 1964 kansainvälinen psykoanalyttinen yhdistys IPA hyväksyi suomalaisen opintoryhmän jäsenekseen. Suomessa on myös vuonna 1957 perustettu itsenäinen *Therapeia*-säätiö, joka psykoanalyysin lisäksi ammentaa eksistentiaalifilosofiasta ja -analyysistä ja antropologisesta lääketieteestä.<sup>1291</sup> Antropologinen lääketiede mainittiin ajoittain myös vuosien 1980–1995 opinnoissa.

Psykodynaaminen koulukunta vaikutti praktiikkaan muutoinkin kuin keskusteluterapioiden kautta. 1990-luvulla julkaistuissa muistelmissaan Kalle Achté kirjoitti, kuinka 1950-luvulla psykiatri Martti Kaila pyysi kierroillaan apulaislääkäreitä kertomaan potilaista kliinisen diagnoosin lisäksi myös psykodynaamisen diagnoosin.<sup>1292</sup> Vuonna 1989 psykologian opinnoissa psykodynaamisen diagnoosin kerrottiin olevan epävirallisempi diagnoosi, joka sisälsi ”pitkiä sanallisia, esseetyyppisiä formuloita”.<sup>1293</sup> 1950-luvulla hermo- ja mielisairausoppi olivat vielä yhtenäinen tieteenala suomalaisissa yliopistoissa, joten kahden eri diagnoosin tavoitteena on saatanut olla määritellä tila sekä hermosairauden että mielisairauden kautta. Vaihtoehtoisesti psykoanalyttiset teoriat nähtiin tuolloin omalakisinaan muihin mielisairaus-teorioihin verrattuna. Yhtä kaikki, Achtén mainitsema yksityiskohta kuvaa, kuinka diagnooseja saatettiin tehdä jopa samaan aikaan eri teoriaperinteitä hyödyntäen. Aiemmin 1900-luvun alussa oli diagnosointi jaettu taustasyihin viittaavaan diagnosointiin ja psykiatrisiin niin sanottuihin oppikirjadiagnooseihin.<sup>1294</sup> Hallinnon tiedon lisäksi psykodynaaminen koulukunta kiinnosti arjen tietoa. Kiinnostus ei rajautunut psykoanalyysissä käymiseen, vaan ihmiset halusivat itsekkin oppia teorioita. Kulttuuripsykologian tutkija Juhani Ihanus kertoo jo psykoanalyysin pioneereja huolestuttaneen potilaiden innokkuus tutustua itsekseen psykoanalyttiseen ja psykiatriseen kirjallisuuteen soveltaen lukemaansa myös omaan hoitoonsa ja analyysiinsa.<sup>1295</sup>

Tieteessä Freudin masennusta koskevat ajatukset vaikuttivat moninaisesti. Lainaus teoksesta *Johdatus psykoanalyysiin* antaa hyvän kuvan masennusta koskevista käsityksistä, jotka elivät omalla tavallaan yhä vuosien 1980–1995 opinnoissa.<sup>1296</sup>

Tuskin olemme ehtineet tottua ajattelemaan hahmottelemani kaltaista yliminää, joka toimii tiettyssä määrin itsenäisesti, toteuttaa omia tarkoituksiperiään ja käyttää omaa, minästä riippumatonta energiaansa, kun silmiemme eteen jo nousee

<sup>1290</sup> ”7-27” 1989; Pietikäinen 2013, 199.

<sup>1291</sup> Ihanus 1994, 252.

<sup>1292</sup> Achté 1999, 85.

<sup>1293</sup> ”7-12” 1989, 6.9.1989.

<sup>1294</sup> Ahlbeck-Rehn 2007, 108.

<sup>1295</sup> Ihanus 2009, 14.

<sup>1296</sup> Suomenkielinen teos on painettu vuonna 1964, alkuteos vuodelta 1940 ja se pohjautui luentoihin vuosilta 1915–1917, sekä vuonna 1932 julkaistuihin luentoihin.

taudinkuva, joka räikeästi osoittaa, miten ankara, jopa julmakin tuo yliminä saattaa olla ja miten suuresti sen suhde minään saattaa vaihdella. Tarkoitin melankolian tai paremminkin melankolisen kohtauksen taudinkuvaa. Siitä olette varmaan kuulleet, vaikka ette olisikaan psykiatreja. Silmiinpistäväntä tässä häiriössä, jonka syistä ja kulusta me tiedämme aivan liian vähän, on tapa, millä yliminä – te voitte kernaasti mielessänne sanoa: omatunto – siinä kohtelee minää. Jo terveinä kausinaan potilas tosin saattaa olla itselleen ankara, mutta kun melankolian kohtaus puhkeaa, hänen yliminänsä muuttuu ylettömän kovaksi, soimaa, halventaa ja pahoinpitelee minä-poloista, uhkailee sitä mitä kovimmilla rangaistuksilla, nuhtelee sitä ajat sitten tapahtuneista ja aikoinaan vähäisinä pidetyistä rikkeistä, aivan kuin se niistä lähtien vain olisi koonnut syyteaineistoa ja odotellut voimistumistaan päästäkseen sitten esittämään syytteesä ja tuomitsemaan syytetyn. Tällöin se soveltaa avuttomaan uhriinsa kaikkein ankarimpia moraalisia vaatimuksia, ja me tajuaamme heti, että ihmisen syyllisyydentunnot ilmaisevat hänen minänsä ja yliminänsä välisen jännityksen. On omituista nähdä moraalisuus, jota sanotaan Jumalan lahjoittamaksi ja jonka katsotaan juurtuneen meihin syvästi, tällä tavoin jaksoittaisena ilmiönä. Muutaman kuukauden kuluksia näet koko moraalinen painajaisnäytelmä on lopussa, yliminä arvostelu vaikeenee, minä kuntoutuu ja pääsee taas seuraavan kohtauksen puhkeamiseen asti osalliseksi kaikista ihmisoikeuksista. Onpa tämän sairauden monille muodoille luonteenomaista, että vaa’an kieli heilahtaa toiseen ääriasentoonsa: minä on kuin autuaasti päihtynyt ja riemuitsee kuin ei yliminää olisikaan tai kuin se olisi kokonaan sulautunut minään; tällä tavoin vapautunut, maaninen minä saattaa todella estottomasti tyydyttää kaikki halunsa. Arvoituksellisia ilmiöitä!!<sup>1297</sup>

Freud kirjoitti melankoliasta, mutta teksti oli osa modernin masennuskäsityksen rakentamista. Siinä muun muassa näkyy psykiatrian ja psykologian ambivalentti suhtautuminen tautiluokkiin. Freudin psykoanalyysissa ei pitäisi olla kyse sairaudesta, mutta silti hän kirjoitti melankolisen kohtauksen taudinkuvasta ja puhkeamisesta, häiriöstä, ja sairauden monista muodoista, terveistä jaksoista ja kuntoutumisesta. Modernin masennuksen määritelmän lisäksi Freud kirjoitti Kraepelinin vakiinnuttamasta maanis-depressiivisestä psykoosista ja vertasi mielialan vaihtelua vaa’an kielen heilahduksiin ääriasennosta toiseen. Samalla Freud näki unipolaarin masennuksen olevan mahdollinen, sillä hän ei katsonut masennuksen aina muuttuvan maniaksi – näin tapahtui ainoastaan joissain sairauden monista muodoista. Freudin kuuluisa artikkeli *Murhe ja melankolia* käsitteli masennusta ilman maniaa. Siinä Freud

<sup>1297</sup> Freud 1964, 458–459.

kehitti käsityksiään masennuksen mekanismeista ja vakiinnutti masennusattribuuttien joukkoon itseen kohdistuvan negatiivisuuden.<sup>1298</sup>

Vuosina 1980–1995 Turun yliopiston psykiatrian oppiaineessa korostuivat psykologinen, psykodynaaminen, perheterapeuttiivinen ja sosiaalipsykiatrinen lähestymistapa. Kaikkein tärkein oli kuitenkin integratiivinen näkökulma, joka korosti eri lähestymistapojen, hoitomallien ja teorioiden hyödyntämistä rinnakkain ja tarpeen mukaisesti. Psykologia seurasi psykiatrian oppiaineen näkökulmia, mutta omasta tieteenalastaan lähtöisin. Esimerkiksi perheterapeuttiivinen lähestymistapa oli vahvasti läsnä psykologian opinnoissa ja muun muassa systeemiteorian kautta lähestyttiin psykologialle oleellisia kysymyksiä. Masennukseen tai masentuneisuuteen liittyvät psykologiset testit olivat pääasiassa psykodynaamisia testejä. Lastenpsykiatriassa puolestaan painotettiin perheterapeutista lähestymistapaa, ja lasta tarkasteltiin osana perhettään. Oleellista oli hyödyntää käyttökelpoisia näkökulmia, määritelmiä ja hoitomuotoja, vaikka ne olisivat teoreettisesti ristiriitaisiakin.

Opiskelijat opetettiin lähestymään masennusta eri näkökulmista ja ottamaan huomioon eri ulottuvuudet, kuten sooman, psyyken, sosiaaliset suhteet, lapsuuden, elämänhistorian mutta myös esimerkiksi yhteiskunnan rakenteet. Ajoittain opinnoissa huomioitiin myös historiallisen ajankohdan ja ympäröivän kulttuurin merkitys sekä yksilön että vallitsevien psykologisten ja psykiatristen teorioiden kannalta. Käsitteet sairauksista, häiriöistä ja epänormaaliudesta olivat dimensionaalisia ja tarkkoja rajoja karsastettiin. Psykiatrian sairaskertomuksiin ja psykologian lausuntoihin kuvattiin laajasti muun muassa ihmisen tilaa, elämänhistoriaa, sosiaalisia suhteita ja persoonallisuutta – toki sairaskertomuksen tai lausunnon käyttötarkoitus samalla huomioon ottaen.

### 3.10 Masennus ja burnout kiersivät tieteen, hallinnon ja arjen tiedon välillä

Tässä alaluvussa analysoin, miten tieteen, hallinnon ja arjen tietoon saapui 1970-, 1980- ja 1990-lukujen aikana uusi termi *burnout*. Termille rakentui ajan mittaan jonkin asteisia synonyymeja, kuten työuupumus. Alaluvussa pitäydyn enimmäkseen termissä *burnout*, sillä termin sisällöt vaihtelivat eikä sillä aina viitattu esimerkiksi ainoastaan työssä uupumiseen. Burnout-termi antaa kuvaavan esimerkin käsitteen ja käsitysten dynaamisesta kierrosta toisaalta tiedon piirien välillä ja toisaalta yksittäisten tiedon piirien sisällä. Alaluvussa analysoin, miten termi rakentui osana tiedon piirien erilaisia tavoitteita ja miten se suhteutui masennuksiin.

<sup>1298</sup> Mäkilä 2019.

Tieteen tiedossa on ajoittain trendejä; jotkin käsitteet tai määritelmät tulevat suosituiksi ja niitä aletaan käyttää laajemmin yli tieteenalarajojen. Yksi 1900-luvun toisella puoliskolla suosittu käsite oli stressi. Tieteenhistorian tutkija Anne Harringtonin mukaan stressin käsite luotiin toisen maailmansodan jälkeen, kun yritettiin ymmärtää sotilaiden henkistä romahtamista.<sup>1299</sup> Vuonna 1987 lastenpsykiatriasta väitelleen Ritva Erkolahden mukaan käsite omaksuttiin 1950-luvulla fysiologiasta psykologiaan ja sosiologiaan. Sittemmin käsite levisi hiljalleen muihin tieteisiin ja arjen tietoon.<sup>1300</sup> Stressi oli suosittu aihe erityisesti 1980-luvulla Turun yliopiston lääketieteen ja psykologian opinnoissa. Masentuneisuus mainittiin ajoittain stressireaktion muun muassa ahdistuneisuuden ohella.<sup>1301</sup> Burnout synonyymeineen oli sen sijaan 1980-luvulla vielä tuorehko käsite. Vuonna 1981 julkaistussa psykiatrian oppikirjassa todettiin, että lääketieteen näkökulmasta ”[t]yön ja mielenterveyshäiriöiden suhdetta on toistaiseksi selvitetty liian vähän”.<sup>1302</sup>

Burnoutia käsiteltiin jonkin verran psykologian laitoksen opinnoissa. Lääketieteen opinnoissa se mainittiin harvoin ja lähinnä psykologian opintojaksolla. Lääketieteen lisensiaatin opintojen psykologian opintojaksolla oli vuosina 1993–1995 käytössä suomalainen oppikirja, joka antoi hyvän kuvan burnoutiin liittyvästä tieteellisestä tiedosta:

Stressin ja kuormituksen ohella on viime aikoina ryhdytty puhumaan *loppuunpalamisesta eli burn out -ilmiöstä*. Käsite burn out ilmestyi 1970-luvulla terveydenhuollon ja sosiaalialan ongelmia koskeviin kirjoituksiin ja keskusteluihin Yhdysvalloissa. Suomessa ilmiön tieteellinen tutkimus alkoi 1980-luvulla. Tähän mennessä on tutkittu ainakin hoitohenkilökunnan, opettajien ja päiväkotihenkilöstön loppuunpalamista. Burn out on määritelty reaktioksi krooniseen emotionaaliseen stressiin, jota ilmenee erityisesti ihmissuhdeammateissa [– –].<sup>1303</sup>

Lainauksessa tulee esiin useita oleellisia huomioita. Ensinnäkin burnoutilla viitattiin alkuun ihmissuhdeammateihin liittyvään henkiseen kuormittumiseen, emotionaaliseen stressiin, joka saattoi käydä liialliseksi ja johtaa ”loppuunpalamiseen”. Kyse ei ollut sairaudesta, vaan psykologisesta reaktiosta. Oppikirjassa burnoutia ei yhdistetty masennussairauteen. Yhteyttä oltiin 1980- ja 1990-luvuilla vasta luo-

<sup>1299</sup> Harrington 2019, 205.

<sup>1300</sup> Erkolahti 1987, 35.

<sup>1301</sup> Ks. esim. Fysiologisen psykologian opintojakso ”4-30” 1978, 30–34; Lehtonen 1984, 5; Neuropsykologian opintojakso ”7-11” 1989, esim. 12.4.1989 ja 14.4.1989.

<sup>1302</sup> Alanen, Achté ja Tienari 1981, 396.

<sup>1303</sup> Kinnunen 1993, 68.

massa, mutta sitä ei tehty lääketieteen opinnoissa eikä aina myöskään psykologian opinnoissa.<sup>1304</sup>

Lainauksessa mainittu päiväkotihenkilöstön burnoutia käsittelevä suomalainen tutkimus viittasi luultavasti psykologian laitoksella opiskelleen Tiina Stenfors-Laajalan ja henkilökuntaan kuuluneen Soili Keskinen vuonna 1988 julkaisemaan tutkimukseen ”Päiväkotihenkilöstön burn out”.<sup>1305</sup> Keskinen työskenteli tutkimani vuodet 1980–1995 psykologian laitoksella eri tehtävissä, kuten kehityspsykologian lehtorina, tutkimusassistenttina, apulaisprofessorin viran sijaisena sekä erikoistutkijana. Dosentuurin hän sai vuonna 1994 työ- ja organisaatiopsykologiasta.<sup>1306</sup> Keskinen opetuksessa 1980-luvulla olleet muistavat Keskinen olleen kiinnostunut erityisesti varhaiskasvatuksen psykologiasta ja nojautuneen kasvatustieteisiin, minkä puolesta puhuivat hänen tutkimusaiheensa.<sup>1307</sup> Ainakin lukuvuosina 1985–1987 ja 1988–1989 Keskinen opetti persoonallisuuteen sekä lapsuuteen ja nuoruuteen liittyviä kursseja.<sup>1308</sup> Vuonna 1985 Keskinen oli julkaissut päiväkotihenkilöstön työtyytyväisyyttä ja psyykkistä hyvinvointia käsittelevän tutkimuksen. Hän erotti pienen ryhmän henkilöitä, joiden lähinnä psyykkiset oireet muistuttivat stressioireita.<sup>1309</sup> Tutkimuksessa mainittiin henkilöiden psyykkistä hyvinvointia kuvattaessa monia aikansa masennusattribuutteja, mutta masennussairauteen ei työssä viitattu. Masennus mainittiin, mutta väsymykseen, hermostuneisuuteen ja alakuloisuuteen verrattavana normaalina tilana.<sup>1310</sup> Stenfors-Laajala puolestaan oli vuonna 1987 tehnyt päiväkotihenkilöstön burnout-kokemuksista pro gradu -työn psykologian laitokselle. Tutkimukset perustuivat Keskinen vuonna 1979 keräämälle aineistolle, jossa koeryhmänä oli 287 Turun kaupungin päiväkotien työntekijää.<sup>1311</sup> Keskinen keräämää aineistoa hyödynnettiin useissa opinnäytteissä ja ylipäätään teema innoitti monia psykologian laitoksella valmistuneita opinnäyt-

<sup>1304</sup> Vuonna 1989 psykologian opiskelija kirjoitti harjoitusaineen, jossa hän kävi kattavasti läpi työn psyykkiseen kuormitukseen liittyviä teorioita ja käsitteli muun muassa psyykkistä väsymystä ja stressiä, mutta myös burnout-käsitettä. Työssä ei mainittu lainkaan masennussairautta. ”3-5” 1989, esim. 6.

<sup>1305</sup> Stenfors-Laajala ja Keskinen 1988; Henkilökunnan nimikirjat, Turun yliopiston hallinto- ja talousarkisto X.Bb, Turun yliopiston arkisto.

<sup>1306</sup> Henkilökunnan nimikirjat, Turun yliopiston hallinto- ja talousarkisto X.Bb, Turun yliopiston arkisto.

<sup>1307</sup> Tuomola et al. haastattelu, 7.6.2018. Muistiinpanot tekijän hallussa.

<sup>1308</sup> Turun yliopisto 1985b; Turun yliopisto 1986b; Turun yliopisto 1988b.

<sup>1309</sup> Keskinen 1985, osa Tiivistelmä.

<sup>1310</sup> Keskinen 1985, 70–71.

<sup>1311</sup> *Tutkimustiivistelmät 1987-88* 1987, 40; Stenfors-Laajala ja Keskinen 1988, Tiivistelmä.

teitä.<sup>1312</sup> Vuonna 1988 julkaistussa tutkimuksessa Stenfors-Laajala ja Keskinen totesivat, että työntekijöistä 16 prosenttia muodosti ”runsaasti psykosomaattisesti oireilevan burnout-ryhmän”.<sup>1313</sup> Tutkijat yhdistivät burnoutin stressiin ja totesivat, että työperäistä stressiä on tutkittu jo vuosikymmenten ajan, mutta burnout yleisty tieteellisessä kirjallisuudessa vasta 1980-luvulla. He määrittelivät burnoutin ihmishuononmuuden tunteisiin liittyväksi ja työolosuhteiden aiheuttamaksi oireyhtymäksi.<sup>1314</sup>

Tutkimuksessa burnout rinnastettiin ensisijaisesti stressiin, mutta kumpikaan näistä ei ollut Suomessa oma tautiluokkansa. Masennustautiluokkiin burnoutia ei rinnastettu. Burnoutin määrittelyssä oli tutkimuksessa kuitenkin paljon samaa kuin masennustautiluokkien määrittelyissä. Tutkimuksessa oli kysytty päiväkotien henkilökunnalta heidän kokemiaan psykosomaattisia oireita ja lista sisälsi pitkälti samoja oireita, kuin mitä masennustautiluokkiin tuohon aikaan liitettiin. Tutkijat listasivat burnoutin oireita olleen ”mm. lihassärkyt, alakuloisuus, hermostuneisuus, huononmuuden tunteet, päänsärky, haluttomuus ja tarmottomuus ja väsymys”.<sup>1315</sup> Tutkimuksessa oli liitteenä kyselykaavake, jolla burnoutin mahdollisuutta selvitettiin. Oireita kysyttiin kahdessa kohdassa. Toisessa kysyttiin, oliko henkilö huomannut muutoksia kuudessa tutkimuksen määrittelemässä työntekijän ominaisuudessa viime vuosina. Toisessa pyydettiin kertomaan, oliko henkilöä vaivannut jokin 26 luettelusta oireesta. Kaikki kohdat osuivat yhteen aikansa masennusattribuuttien kanssa. Moni osui yksin myös DSM-III-tautiluokituksen masennustilan diagnostisten kriteerien kanssa, kuten unettomuus, hermostuneisuus ja levottomuus, väsyneisyys, huononmuuden tunteet, muistin ja keskittymiskyvyn heikkeneminen. Ainoat puuttuvat kriteerit olivat itsemurhaan liittyvät ajatukset ja sukupuoli Vietin väheneminen, joskin yleinen haluttomuus mainittiin.<sup>1316</sup> Kaavakkeessa kysyttiin myös mielialasta asteikolla yhdestä viiteen, ja kysyttiin, oliko mieliala elämää vaikeuttava ongelma

<sup>1312</sup> Esim. Minna Kuusela (1987) *Päiväkotien ilmapiirierot työntekijöiden kokemuksena*. Pro gradu -tutkielma. Psykologia. Turun yliopisto; Marjo Salo (1988) *Perhepäivähoitajien työtyytyväisyys ja ammatti-identiteetti*. Pro gradu -tutkielma. Psykologia. Turun yliopisto; Päivi Toppila (1990) *Päiväkotityöntekijöiden burnout ja työyhteisö*. Pro gradu -tutkielma. Psykologia. Turun yliopisto; Taina Tegelsten (1993) *Työyhteisöintervention vaikuttavuuden arviointi kahdessa päiväkotityöyhteisössä*. Pro gradu -tutkielma. Psykologia. Turun yliopisto; Marjukka Seppä (1994) *Päiväkotityöntekijöiden kokemus työyhteisönsä toimivuudesta*. Pro gradu -tutkielma. Psykologia. Turun yliopisto. Yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan tutkimustiivistelmät lukuvuodesta 1983–1984 lukuvuoteen 1996–1997.

<sup>1313</sup> Stenfors-Laajala ja Keskinen 1988, Tiivistelmä.

<sup>1314</sup> Ks. esim. ”[Burnout-]käsitettä sinänsä on käytetty jo niin varhain kuin 1930-luvulla ammattiurheilijoiden ja narkomaanien yhteydessä.” Stenfors-Laajala ja Keskinen 1988, 2, myös 1–2, 12–13.

<sup>1315</sup> Stenfors-Laajala ja Keskinen 1988, 16.

<sup>1316</sup> Furman, Huttunen ja Lönnqvist 1983, Osio 10, sivut 5–6; Stenfors-Laajala ja Keskinen 1988, Liite 1.

vai tyydytystä antava. Tutkijoiden mukaan ”mieliala yleensä” -muuttuja erotti loppuunpalaneet työntekijät muista, eli he näkivät burnoutin mieliala-ongelmana.<sup>1317</sup>

Kun masennus tutkimuksessa mainittiin, ei sitä pidetty sairautena tai oireyhtymänä. Kaksi kertaa masennus rinnastettiin toiseen normaalin ja terveeseen tunteeseen tai reaktioon.<sup>1318</sup> Masennusta kuvattiin myös myönteiseen aggressiivisuuteen kannustavana katalysaattorina:

Turhautumiseen työntekijä voi reagoida usealla eri tavalla. Frustraatio voi synnyttää negatiivista energiaa, työn välttelemistä ja siirtymistä kohti syklin viimeistä vaihetta, apatiaa. Toinen, positiivisempi mahdollisuus on käyttää turhautumista kasvun lähteenä, jolloin depression ja sitä seuraavan aggression kautta ihminen aktivoituu toimimaan poistaakseen turhautuman syitä.<sup>1319</sup>

Psykologisena mallina burnoutin kohdalla painotettiin etiologiaa ja tilaa ei nähty patologisena. Tutkijat painottivat ratkaisun burnoutiin löytyvän ensisijaisesti työympäristössä tehtävistä muutoksista, jotka samalla ehkäisisivät uusia loppuunpalamisia. Ainoastaan ohimennen he pohtivat yksilön toimia toteamalla, että loppukädessä työntekijä voi itse vaikuttaa loppuunpalamisen ehkäisyyn laskemalla tavoitetasoan realistisemmaksi.<sup>1320</sup>

1980- ja 1990-lukujen vaihteessa psykologian opinnoissa mainittiin muutaman kerran burnoutin ja masennussairauden välillä olevasta yhteydestä. Vuonna 1990 Suomen Mielenterveysseuran tutkimussihteeri ja psykologi Maila Upanne piti luenton. Luentomonisteessa masentuminen mainittiin burnoutin oireena: ”Pitkään jatkunut rasitus ilmenee stressireaktiona. Psykkisiä oireita ovat esimerkiksi masentuminen, ahdistuminen, jännittyminen, henkisen toimintakyvyn, varsinkin keskittymiskyvyn, aleneminen ja itseluottamuksen heikkeneminen.” ”Äärimmillään pitkäaikainen, hoitamaton väsymystila voi näännyttää ihmisen jopa täysin työkyvyttömäksi.”<sup>1321</sup> Luentomonisteessa työssä väsymistä kuvailtiin samankaltaisesti kuin masennusta – esimerkiksi riskitekijöihin laskettiin puolison kuolema. Masentuneisuus oli kuitenkin normaali oire, ei diagnosoitavissa oleva sairaus.

Vuonna 1989 psykologian opinnoissa psykosomatiikan luennolla tehtiin suora yhteys burnoutista masennussairauteen. Burnout normaalina psykologisena reaktiona saattoi synnyttää patologisen tilan eli mielisairauden, masennussairauden.

<sup>1317</sup> Stenfors-Laajala ja Keskinen 1988, 21, 35, Liite 1.

<sup>1318</sup> Stenfors-Laajala ja Keskinen 1988, 3, 5.

<sup>1319</sup> Stenfors-Laajala ja Keskinen 1988, 13.

<sup>1320</sup> Stenfors-Laajala ja Keskinen 1988, 47–50.

<sup>1321</sup> ”7-1” ei pvm, 107.



- työntekijä toiminut ulkoajautuvasti, pomon, firman ym. ehdoilla  
 menettänyt kosketuksen omiin tunteisiin ja tarpeisiin -> ahdistus, syyllisyys
- vieraantuu työstä ja myös itsestään
  - johtaa usein depression
  - kriisiluonteinen<sup>1322</sup>

Hoitona esitettiin kunnon lepoa, runsaasti unta ja aktiivista liikuntaa, sekä lääkitystä jännitykseen ja masennukseen.<sup>1323</sup>

Myös opiskelijat kiinnostuivat burnoutista. Esimeriksi vuonna 1989 psykologian opiskelija teki harjoitusaineen työn kuormittavuudesta. Opinnissa burnout liitettiin stressiin ja psyykkiseen kuormittuneisuuteen ja lähes poikkeuksetta burnoutia käsiteltiin työperäisenä tilana. Burnout oli työn, yleensä asiakastyön, aiheuttamaa pitkitettyä liiallista henkistä ja joskus myös fyysistä kuormitusta. Burnoutin oirekuvaan saattoi kuulua normaali masentuneisuus, mutta masennussairauteen burnout ei liittynyt.<sup>1324</sup>

Lääketieteessä burnout ei saanut samanlaista huomiota kuin psykologian laitoksen opinnoissa. Burnout ei ollut lääketieteellinen tautiluokka, vaan psykologinen malli työperäisestä kuormittavuudesta, joka saattoi pahimmillaan johtaa työkyvyttömyyteen. Burnoutista puhuminen yleistyi 1980-luvulla, jolloin kansainväliset tautiluokitukset ja Suomen kansallinen tautiluokitus luopuivat etiologiasta. Työperäiseen tilaan ei voitu viitata ilman mainintaa tilan syystä. Voidaankin spekuloida olisiko burnout päätynyt kansalliseen tautiluokitukseemme, jos ajatus siitä olisi vakiintunut aiemmilla vuosikymmenillä.

Tautiluokituksissa – DSM, ICD tai Suomen lääkintöhallituksen tautiluokitus vuodelta 1987 – burnoutia ei tautiluokkana mainittu.<sup>1325</sup> Vuonna 2018 lääketieteellisessä artikkelissa määriteltiin, että ”[t]yöuupumus ei ole sairaus, mutta siihen liittyy riski sairastua mm. masennukseen, unihäiriöihin, päihdehäiriöihin ja stressiperäisiin somaattisiin sairauksiin”.<sup>1326</sup> Viimeisimmässä, vuonna 2012 julkaistussa ICD-10:n suomalaisessa versiossa työuupumus (burn-out) löytyi ylimääräistä tietoa antavasta kohdasta *Työllisyyteen ja työttömyyteen liittyvät ongelmat*. Erikseen kuitenkin todettiin, että ”Z73.0 Työuupumus (burn out) ei riitä sellaisenaan sairausloman perusteeksi”.<sup>1327</sup> Burnoutiksi mielletty tila on näistä syistä diagnosoitu Suomessa masen-

<sup>1322</sup> Psykosomatiikan luento ”7-11” 1989, ”19.4.”

<sup>1323</sup> Psykosomatiikan luento ”7-11” 1989, ”19.4.”

<sup>1324</sup> Gergen ja Gergen 1986, 348; ”3-5” 1989, 6–10; ”6-4” 1990, 4; Lakikurssi 1990 syksy.

<sup>1325</sup> Ks. esim. American Psychiatric Association 1980; Lääkintöhallitus 1986; American Psychiatric Association 2013.

<sup>1326</sup> Ahola, Tuisku ja Rossi 2018.

<sup>1327</sup> Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2012, 182, 338.

nustautiluokkien alle.<sup>1328</sup> Hallinnon tiedosta puhetapa valui myös arjen tietoon. Vuonna 2003 julkaistussa tutkimusartikkelissaan antropologi ja lääkäri Marja-Liisa Honkasalo ja antropologi Reea Hinkkanen totesivat, että ”[t]yöelämän kohtuuttomaksi koettu stressi ja ’työuupumus’ ovat osittain nykyaikaisia tapoja puhua masennuksesta”.<sup>1329</sup>

Epidemiologisissa tutkimuksissa burnoutia on voitu analysoida erikseen ja esimerkiksi *Terveys 2000* -hankkeessa todettiin 25 prosenttia aikuisväestöstä kokeneen työperäistä uupumusta, siinä missä ”varsinaisesta masennuksesta” oli kärsinyt viisi prosenttia.<sup>1330</sup> Minulla ei ole käytössäni 1980- ja 1990-lukujen osalta tietoa diagnosoitiinko burnout masennustautiluokkien alle myös tuolloin. Näin on luultavasti ollut, sillä masennustautiluokkaan liittyvät muut indikaattorit nousivat samalla, kun burnoutista puhuminen yleisty. Samalla masennustautiluokat ovat ainoita psykiatrisia tautiluokkia, joita edes ohimennen mainitaan burnoutin yhteydessä lääketieteen ja psykologian opinnoissa.

Hallinnon tiedossa tapahtui myös muita burnoutin osalta kiinnostavia muutoksia. Esimerkiksi vuonna 1988 tehdyssä työturvallisuuslainuudistuksessa otettiin psykkinen terveys osaksi ihmisen terveyden kokonaisuutta. Tästä mainittiin psykologian opintojen vuonna 1990 pidetyllä lakikurssilla luetussa artikkelissa. Samaisessa artikkelissa masentuneisuus ja jännittyneisyys mainittiin psyykkisinä oireina, joita koki joka kymmenes työssä käyvä Suomessa.<sup>1331</sup>

Lääketieteen opinnoissa burnout sai sille uusia, yksilön elämäntapaa korostavia sisältöjä. 1980-luvun mittaan työuupumus laajeni kattamaan ensin kaikenlaista työtä ja sitten ylipäättään kiireistä elämäntapaa. Vuonna 1989 julkaistussa psykiatrian oppikirjassa kerrottiin, että

<sup>1328</sup> Psykologi Mirja Sinkkonen avasi suomalaista diagnosointikäytäntöä vuonna 2005 seuraavasti: ”Työhön liittyvää uupumusta ja masennusoireita kuvattiin aikaisemmin ’burn out’ -nimikkeellä tai ’ekshaustiona’, uupumuksena. Koska burn out ei ole varsinaisesti psykiatrinen diagnoosi, työuupumukseen liittyvä ’taudinkuvaus’ tai mahdolliset sairauslomat kirjoitetaan psykiatrisen diagnostiikan mukaan masennusdiagnooseilla. Niistä tavallisimmat ICD-10-luokituksessa ovat masennustila joko yksittäisenä tilana (F32) tai toistuvana masennusjaksona (F33). Haluttaessa voidaan käyttää lisämäärettä Z73.0 uupumus tai Z56.6 ylisätyö, kun halutaan korostaa masennuksen työperäisyyttä.” Sinkkonen 2005, 141. Työssä uupumisen diagnosoiminen masennustautiluokan alle riisuu siitä työperäisyyden ja jättää tilanteen yksilön henkilökohtaiseksi ongelmaksi. Sosiologi Sanna Rikala on tuonut esiin tätä teemaa ja ongelman sukupuolittumista erityisesti naisiin 2000-luvun Suomessa. Ks. esim. Rikala 2006; Rikala 2013.

<sup>1329</sup> Honkasalo ja Hinkkanen 2003, 15.

<sup>1330</sup> Harjajärvi et al. 2006, 16.

<sup>1331</sup> Ylikoski ja Saarnio 1989.

[y]hä useampien ihmisten elämää luonnehtivat jatkuva kiire ja tapahtumien runsaus. Vaikka mielenterveyden perusresurssit olisivatkin hyvät, kuluttava elämäntapa sotii yksilön voimavaroja niin paljon, että aktiiviseen sopeutumiseen jää vain vähän jos lainkaan resursseja. Tällaisen elämän peruspiirteitä on ”täysillä eläminen” ilman uusiutumisen mahdollisuutta. Muotisanana ”burn out” on syntynyt kuvaamaan kiireisen elämäntavan seurauksia.<sup>1332</sup>

Vuosina 1980–1995 masennukseen liitettiin ylipedanttisuutta, täydellisyydentavoittelua ja pikkutarkkuutta. Masennuksen ajateltiin voivan syntyä pettymyksestä, jonka aiheuttivat ihmisen liian suuret ja tavoittamattomiksi jääneet tavoitteet. Burnout sopi tällaiseen masennusmäärittelyyn. Kummassakin puhuttiin uupumisesta liian suurien odotusten edessä; Masennuksessa yksilön itse asettamien, burnoutissa ensisijaisesti työelämän. Myös työntekijän omasta liiallisesta vaativuudesta itseään kohtaan mainittiin ajoittain psykologian opinnoissa burnoutiin liittyen.<sup>1333</sup> Yllä mainitussa päiväkotihenkilöstöä käsitelleessä tutkimuksessa korostui, että burnoutista kärsivät olivat usein ihmisiä, jotka asettivat itselleen liian korkeita tavoitteita.<sup>1334</sup> Vuonna 1989 psykologian opiskelija viittasi tähän tutkimukseen ja kirjoitti, että

[s]tressiä käsittelevässä kirjallisuudessa on otettu käyttöön myös burnout-käsite, joka tarkoittaa työstä johtuvaa loppuunkulumista. Se on osoitus pitkään jatkuneesta, haitallisesta psyykkisestä kuormittumisesta. Burnoutin käsite on kuitenkin melko epäselvä, sillä siihen sisältyy monia erilaisia oireita ja psyykkisen kuormittuneisuuden ilmenemismuotoja, ja se voi johtua hyvinkin erilaisista kuormitustekijöistä. Burnoutissa yksilön ominaisuuksien vaikutus on suurempi kuin kuormittuneisuuden muissa ilmenemismuodoissa. Työntekijän työelleen asettamat liian korkeat tavoitteet ja pitkäaikainen omien resurssien äärirajoilla työskentely ovat ehkä tärkeimpiä burnoutin aiheuttajia.<sup>1335</sup>

Arjessa työn liiallinen kuormittavuus yhdistyi usein hallinnon tiedon piirissä annettuun masennusdiagnoosiin. Masennus liitettiin liiallisen työnteon aiheuttaman burnoutin lisäksi työttömyyteen, joskin masennusta kuvattiin tällöin toisin eikä yhteys uupumukseen ollut enää selkeä. Työn uuvuttamat ja mahdollisen masennusdiagnoosin saaneet ihmiset olivat lähinnä hyvin väsyneitä. Työttömyydessä koettuun ma-

<sup>1332</sup> Lääketieteen lisensiaatin opintojen psykiatrian opintojaksolla lukuvuosina 1989–1993 käytössä ollut oppikirja. Lehtinen et al. 1989, 12.

<sup>1333</sup> ”6-4” 1990, 4.

<sup>1334</sup> Rosen, Fox ja Gregory 1972, 160; ”7-4” 1988, 15; Stenfors-Laajala ja Keskinen 1988, 17; ”7-18” 1990.

<sup>1335</sup> ”3-5” 1989, 9.

sennukseen liitettiin sen sijaan toivottomuus, itseinho ja häpeä. Jos työn uuvuttaman masentuneen taloudellinen tilanne oli sairauslomallakin turvattu, itseen kohdistuvaa negatiivisuutta ei välttämättä ollut lainkaan. Työttömyys sen sijaan koettiin lähes poikkeuksetta henkilökohtaisena epäonnistumisena.

Aina burnoutin yhteyttä masennukseen ei arjessa mainittu. Työttömän tarina -keruuseen vastannut kirjoitti:

Kun ensimmäisen kerran yliopistosta valmistumiseni jälkeen jäin työttömäksi, se tapahtui sairausloman jälkeen. Olin kokenut burn-out-ilmion lähes kolmen vuoden sosiaalityö-periodin jälkeen. Itkettyäni ulos väsymystäni ja ahdistustani tauottoman rääkkäytymisen loputtua kaksi ensimmäistä työttömyyskuukauttani, jaksoin kiinnostua lopulta muustakin kuin nukkumisesta, ja aloin miettiä, mitä haluaisin päivilläni tehdä.<sup>1336</sup>

Arjen tiedossa masennustautiluokat olivat osa yhteiskunnallista päätöksentekoa. Yllä burnoutin perusteella oli annettu sairauslomaa, mutta ehkä kirjoittaja itsekään ei tiennyt, minkä psykiatrisen tautiluokan kautta. Kirjoittaja ei identifioinut itseään mielenterveyspotilaaksi, joten hän koki jäävänsä yhteiskunnan tuen ulkopuolelle. ”Olen aikuisuuteni ajan etsinyt vastausta kysymykseen, kuinka voisi elää kokemuksen ja vaiston syvän intensiteetin kanssa ilman, että kuormittuu katkeamispisteeseen. Koska herkkyys ei ole diagnosoitavissa oleva sairaus, en voi yrittää hakeutua eläkkeelle, kuten työvoimaneuvoja oivaltavasti totesi.”<sup>1337</sup>

Vuonna 1994 *Käsi kädessä* -lehdessä nainen kertoi, kuinka väsyi, päätyi puoleksi vuodeksi mielisairaalaan masennuksen takia, palasi työhön ja uupui työssä.

– Tämä depressio on sellainen tauti, että se saattaa uusiutua. Ja niin kävi minullekin. Tein pitkiä päiviä ja ylitöitä, enkä halunnut luovuttaa. Minä kun olen lisäksi sellainen, että yritän tehdä kaiken mahdollisimman hyvin, Elsa luonnehtii itseään.

Toisella kerralla diagnoosi oli ”työstä väsyminen”. Nyt Elsa osasi jo vaatia sairaalaan pääsyä, vaikka hänelle jälleen ehdotettiin muita vaihtoehtoja. Paikka järjestyikin nopeasti ja parin kuukauden hoito kuntoutti hänet taas takaisin työelämään.

Vielä kolmannenkin lyhyen hoitajakson jälkeen Elsa palasi työpaikalleen. Mutta sitten hän joutui vastakkain taas uuden automaattiosysteemin kanssa. Sen opiskeluun ei Elsankaan motivaatio enää riittänyt.<sup>1338</sup>

<sup>1336</sup> SKS KRA. Työtön 559. 1993.

<sup>1337</sup> SKS KRA. Työtön 559. 1993.

<sup>1338</sup> Ilaskari 1994, 32.

Lainauksessa nainen puhui masennussairaudesta uusiutuvana sairautena. Toiselle hoitajaksolle hän pääsi sanojensa mukaan ”työssä väsyminen” -diagnoosilla.

Anna-Kaisa Hermunen kertoi vuonna 1992 *Käsi kädessä* -lehden haastattelussa uupuneensa liiasta työnteosta vuonna 1986. Tästä oli alkanut vuoden ja kolmen kuukauden toipumisjakso.<sup>1339</sup>

– Sairauteni pysäytti minut täysin, kertoo Hermunen. Elin siihen aikaan täysin aikatauluorjuudessa. Tein töitä kilpaa kellon kanssa. Asuin Lahdessa ja työskentelin Helsingissä. Jo pelkkiin matkoihin meni päivisin kolme tuntia. Halusin näyttää kaikille, miten aluetoimituksesta tullut toimittaja pärjää pääkaupungissa. Tein töitä yli voimieni.

– Fyysiset oireet tulivat ennen lopullista psyykkistä romahtamista. Tiesin itsekini, että käyn ylikerroksilla, mutta en kyennyt hiljentämään tahtia. Lopulta tuli romahdus, ymmärsin hakea sairauslomaa.<sup>1340</sup>

Vuonna 1993 Hermunen kertoi uupumisestaan *Mielenterveys*-lehdessä. ”Sana ’burn-out – loppuunpalaminen’ antaa Anna-Kaisa Hermusen mielestä väärän kuvan sairaudesta. – Se ei suinkaan merkitse loppua.”<sup>1341</sup> Yllä olevissa kahdessa haastattelussa kirjoitettiin välillä loppuunpalamisesta ja burnoutista ja välillä sairastumisesta masennukseen. Arjen tiedossa masennus ja burnout olivat jossain määrin synonyymeja toisilleen. Vuonna 1994 *Käsi kädessä* -lehden haastattelussa mies kertoi sairastavansa masennusta. ”Sairastuminen”-otsikon alla kerrottiin, että ”[v]aikkei kiihtyvää työtahtia voikaan yksin syyttää Björnin loppuun palamisesta ja uupumisesta ne olivat varmasti ratkaisevia tekijöitä sairastumiselle”.<sup>1342</sup> Haastattelussa rinnastettiin sairauksina siis masennus, loppuun palaminen ja uupuminen.

Burnoutista oli 1990-luvulla tullut jo niin tunnettu ilmiö, että siitä puhuttiin välillä ”fraasina”. Vuonna 1994 mielenterveyttä käsittelevässä jäsenlehti *Helmissä* oli haastattelu kirjoitushetkellä työtoiminnassa mukana olleesta miehestä. Miehen kerrottiin sairastuneen masennukseen liiallisen työnteon seurauksena.

Menevän miehen tittelin yksityishenkilönä Jussi sen sijaan on ravistellut harteiltaan tietoisesti. Kaupallisen koulutuksen saanut mies tietää, mitä on olla mukana rajussa oravanpyörässä. Nousukauden ”hullut vuodet” imaisivat mit-

<sup>1339</sup> Salovaara 1992, 20.

<sup>1340</sup> Salovaara 1992, 20.

<sup>1341</sup> Puusaari 1993, 21.

<sup>1342</sup> Peltowuori 1994, 24.

tavaan bisneksentekoon sekä liikemaailman sisäpiireihin. Työssä ja elämässä meni lujaa!

– Toteutin fraasin loppuunpalamisesta. Jälkikäteen näen kovan tahdin vaikuttaneen sairastumiseeni – en osannut, enkä jaksanut esimerkiksi laukaista stressiä muuta kuin alkoholin avulla.<sup>1343</sup>

Ennen ajatusta burnoutista puhuttiin vain väsymisestä. Satasärmäinen nainen -kirjoituskilpailun kirjoituksessa kuvataan tilannetta, jossa kirjoittaja oli lapsuudessa väsynyt koulunkäyntiin. Luultavasti 1940-luvulle sijoittuvassa muistossa koulu ja vanhemmat olivat päättäneet lapsen lomasta. Vanhemmat, koulun rehtori ja opettajat olivat sitä mieltä, että kirjoittaja oli liian väsynyt käymään seitsemättä luokkaa loppuun, joten koulunkäyntiä olisi lykättävä. ”Asia oli siis kaikin puolin päätetty, minä jäin lomalle.”<sup>1344</sup> Vuosina 1980–1995 väsymiseen, erityisesti työssä väsymiseen ei suhtauduttu enää ainoastaan levontarpeena. Uupumista saatettiin nimittää masennukseksi ja parhaana hoitona pitää työssä pysymistä. Arjessa seuraukset saattoivat olla tuhoisat ihmiselle ja hänen läheisilleen. Satasärmäinen nainen -kirjoituskilpailun vastauksista löytyy naisen elämäkertaa, jossa hän kertoo jääneensä yksinhuoltajaksi ja uupuneensa vaativan työn seurauksena.

Kun tyttäreni oli neljä vuotias sairastuin psyykkisesti [sic], vaivuin syvään depressioniin. Se oli seuraus työn ylikuormituksesta. [– –] Fyysisen rasituksen lisäksi vastuun kuorma ja kaikesta huolehtiminen väsyttivät, kunnes se eräänä päivänä purkautui itkuna ”Minä en enää jaks!” [– –] Syvää depressiotilaa kesti yhtäjaksoisesti kolme vuotta. Siitä en ollut sairaslomalla kuin sairastuttuani pari viikkoa. Siihen aikaan katsottiin, että depressiossa oli pahinta jäädä kotiin ja vuoteeseen makaamaan. Yhtään ei silloin ajateltu, että depressioniin liittyi lähes aina myös syvä uupumus. Olin hankkiutunut mielenterveystoimiston potilaaksi ja kävin siellä säännöllisesti keskustelemassa. Kun valitin paikan lääkärille väsymistä hän lisäsi lääkitystäni niin suureksi annokseksi, etten tahtonut pystyssä pysyä ja minua henkilökohtaisesti hoitava erikoissairaanhoidtaja samasta asiasta valitetuani kipakasti vastasi, ettetkös sinä tiedä, ettei depressiossa saa jäädä sänkyyn makaamaan. Kolme pitkää vuotta hoipuvin työn ja kodin väliä, onneksi äitini hoiti tyttäreni, sillä todella makasin nämä vuodet uupuneena kirjaimellisesti sängyn pohjalla vapaa aikoina, jotta sitten taas jaksoin lähteä töihin.<sup>1345</sup>

<sup>1343</sup> Nurminen 1994, 12.

<sup>1344</sup> SKS KRA. Sata 13186–13187. 1991.

<sup>1345</sup> SKS KRA. Sata 12690–12691. 1991.

Kirjoittaja kertoi, että kolmen vuoden jälkeen hänelle löytyi sopiva lääkitys ja tämän jälkeen kesti vielä kymmenen vuotta, että tunteet palautuivat, mutta muisti jäi pysyvästi huonoksi.<sup>1346</sup>

Burnoutkäsite haki vuosina 1980–1995 paikkaansa tieteen, hallinnon ja arjen tiedossa. Se kiersi dynaamisesti sekä tiedon piirien välillä että yksittäisten piirien sisällä. Vuoteen 1995 se ei ollut vakiinnuttanut sisältöjään tai merkityksiään vielä missään kolmesta tiedon piiristä. Yliopisto-opinnoissa burnout oli ensi sijaisesti psykologinen malli, joka alkuun oli viitannut ihmissuhdeammateissa toimivien reaktioon krooniseen emotionaaliseen stressiin eikä sillä ollut mitään tekemistä masennussairaudesta tai psykiatristen tautiluokkien kanssa. Turun yliopiston opinnoissa tällaista yhteyttä ei myöskään rakennettu vuosina 1980–1995. Burnout käsitteenä kehittyi eri tavoin psykologiassa ja psykiatriassa. Psykologia tieteenalana piti kiinni burnoutista psykologisena reaktiona aivan tiettyyn tilanteeseen ja tilana burnout rinnastettiin ensisijaisesti stressiin. Lääketieteessä burnout sai laajempia merkityksiä ihmissuhdeammatin sijaan ylipäättään yksilön kiireisestä elämäntavasta. Liiallisen työmäärän sijaan tai lisäksi ongelma oli lääketieteessä henkilökohtaisempi. Psykologian ja psykiatrian opinnoissa huomioitiin, että pitkittyessään tila saattoi aiheuttaa depression sairastumisen, mutta tällöin ei kyse ollut enää burnoutista. Samalla ratkaisu burnoutiin psykologisena reaktiona oli muuttaa työympäristöä sellaiseksi, ettei se enää aiheuttanut työssä uupumista. Tieteen tiedossa burnout nähtiin siis ympäristön ei yksilön ongelmana.

Joka tapauksessa burnoutiin liitettiin tieteen tiedossa monia myös masennukseen yhdistettyjä attribuutteja, kuten väsymys ja itsetunnon heikkeneminen mutta myös esimerkiksi liian suuret vaatimukset itseä kohtaan – joskin masennuksessa vaatimukset tulivat yksilön sisältä ja burnoutissa ulkoakäsin. 1980- ja 1990-lukujen vaihteessa arjessa alettiin kirjoittaa työssä väsymisestä, loppuunpalamisesta ja burnoutista sairautena ja diagnoosina ja ajoittain ne rinnastettiin suoraan masennussairauteen. Tämä antaa olettaa näiden termien uudenaikaisesta käytöstä mielenterveyspalveluissa. Hallinnollisesti psykologinen reaktio ei kuitenkaan voinut olla syy muun muassa sairauspoissaololle, joten työn uuvuttamat saivat luultavasti diagnoosikseen jonkin masennustautiluokan.

Kun työssä uupuminen diagnosoitiin masennukseksi, saattoivat seuraukset olla karut. 1900-luvun viimeisillä vuosikymmenillä Suomessa osassa mielenterveyspalveluja eli ajatus siitä, että paras lääke masennukseen on aktiivisena pysyminen. Työssä väsyneen ja masennusdiagnoosin saaneen kohdalla tämä tarkoitti työn jatkamista voimien loppumisesta huolimatta. Termit burnout, loppuunpalaminen ja työ-

<sup>1346</sup> SKS KRA. Sata 12692. 1991.

uupumus otettiin arjessa mielellään vastaan, sillä ne ilmaisivat masennusta paremmin väsymystä eivätkä alleviivanneet mielen sairastumista.

Aatehistorian tutkija Karin Johannisson kirjoittaa, että jokaisella kulttuurilla on sellaiset diagnoosit kuin se ansaitsee ja että kulttuuri antaa pohjan sille, mitkä diagnoosit resonoivat sen hetkisen yhteiskunnan arvostuksia.<sup>1347</sup> Masennustautiluokkia käytettiin 1990-luvulle tultaessa diagnosoitaessa sekä liiallista työntekoa että vastentahtoista työn ulkopuolelle joutumista työttömyyden seurauksena. Kokemuksena nämä olivat hyvin erilaisia eikä työssä uupumiseen välttämättä liitetty lainkaan aikansa yhtä tärkeimmistä masennusattribuuteista eli itseen kohdistuvaa negatiivisuutta. 1980-luvun nousukausi ja hyvinvointivaltion laajenemisen hidastuminen sekä 1990-luvun alkupuolen taloudellinen lama muuttivat työhön liittyviä odotuksia ja arvostuksia ja antoivat kaikupohjan uudenaikaisien masennuskäsityksien resonoimiselle.

### 3.11 Masennus ilman tautiluokkaa toimi teoriana ja työväliseinä

Edellisessä alaluvussa esitin, kuinka hallinnon tiedossa käytännön syistä sulautettiin burnout osaksi psykiatrista masennustautiluokkaa. Tieteen tiedossa tällaista käytännön vaatimusta ei ollut. Kun opintoja lähestyy masennustautiluokkien näkökulmasta, osa teksteistä vaikuttaa jopa kaihtavan tautiluokkakakeskeisyyttä. Tässä alaluvussa analysoin opiskelijoiden jakamia tiedon piirejä kysyen, missä tilanteissa psykiatrista tautiluokkaa ei käytetty, vaikka sitä tämän vuosituhannen paradigmatista käsin olisi voinut odottaa.

Tautiluokat eivät olleet psykologian ja psykiatrian opetuksen keskiössä 1980- ja 1990-luvuilla. Tautiluokkakakeskeisestä näkökulmasta on teemoja, joiden kohdalla olettaisi masennustautiluokasta mainittavan psykologian ja psykiatrian opinnoissa. Esimerkiksi vuonna 1988 kehityspsykologian kurssilla luettiin kirjoitus avioerosta. Ilman mainintaa masennustautiluokasta tekstissä käsiteltiin useita aikansa masennusattribuutteja, kuten rakkaan ja rakkauden menetys, suru, avuttomuus, kokemus tulevaisuudesta loputtomana tyhjyytenä ja haluttomuus nousta aamuisin. Masennus mainittiin normaalina ja terveenä avioeroprosessin toisena vaiheena kaikkiaan viidestä vaiheesta. Masennus oli tässä menetyksen kokemukseen verrattava kokemus, johon liittyi avuttomuutta, toivottomuutta ja lamaannusta. Masennuksesta puhuttiin kerran myös syvänä masennuksena, joka liittyi avioeron jälkeen luovuttaneen ihmisen avuttomuuteen tai sairastumiseen.<sup>1348</sup> Vuonna 1994 valmistuneessa lisensiaatin-tutkimuksessa psykologian opiskelija analysoi avioeroon liittyviä kriisejä ja ihmis-

<sup>1347</sup> Johannisson 2007.

<sup>1348</sup> ”6-25” 1988.



ten selviytymistä tilanteessa. Työn johdanto-osuudessa masennus nähtiin eri teorioiden valossa yhtenä normaalina kriisiprosessin vaiheena.<sup>1349</sup>

Psykologian laitoksen henkilökunnan kirjoituksissa masennussairautta käsiteltiin tai sivuttiin harvoin. Kirsti Lagerspetz käytti masennusta ja ahdistusta esimerkkeinä kirjoittaessaan eri psykoterapiasuuntauksista vuonna 1992 julkaistussa artikkelissaan. Lagerspetz käsitteli masennusta itsenäisenä omia tunnetiloja eli oireita omaavana sairautena.<sup>1350</sup> Turun yliopiston psykologian laitoksen tärkeiksi katsomista tutkimusalueista persoonallisuuden emotionaaliseen ja motivationaaliseen alueeseen kuuluivat muun muassa Kirsti Lagerspetzin johtama aggressiotutkimus ja Pirkko Niemelän johtama naisen elämän käännekohtien psykologisten prosessien tutkimus. Vuonna 1992 näistä oli meneillään kaksi tutkimusta, joissa toisessa tutkittiin tyttöjen epäsuoraa aggressiota ja toisessa kohteena kerrottiin olleen ”normaalit” [lainausmerkit alkuperäisessä] naiset elämän käännekohdissa, joita olivat muun muassa äidiksi tuleminen, avioero ja 50-vuotiaan naisen elämäntilanne.<sup>1351</sup> Aggressiotutkimukseen ja äitiystutkimukseen voisi liittyä viittauksia psykiatriisiin masen-

<sup>1349</sup> Myyrä 1994, 3–5.

<sup>1350</sup> Lagerspetz 1992, 104–105.

<sup>1351</sup> Tiitinen ja Hämäläinen 1992, 141–143. Äitiys ja hieman myös isyys näkyi psykologian laitoksella valmistuneissa opinnäytetöissä läpi vuosien 1980–1995. Ks. esim. Hanna Heinonen ja Pirjo Lamberg (1986) *Nuorten äitien sosiaalinen verkosto ja tukiverkosto sekä ystävyys- ja äitituttavuussuhteet*. Pro gradu -tutkielma. Psykologia. Turun yliopisto; Raija-Liisa Pöllänen (1986) *Äitiyden ihannointi ja psykosomaattinen oireilu 2-vuotiaiden lasten äideillä*. Pro gradu -tutkielma. Psykologia. Turun yliopisto; Erja Kemilä (1987) *Naisen kokema seksuaalisuhdemuutos äidiksi tulemisen jälkeen*. Pro gradu -tutkielma. Psykologia. Turun yliopisto; Pirkko Mikola (1987) *Synnytyksen jälkeinen psyykinen vointi. Puerperaalin herkkyytilan yhteys ensisynnyttäjien elämäntilanteeseen, kokemuksiin ja persoonallisuuteen*. Pro gradu -tutkielma. Psykologia. Turun yliopisto; Eeva-Liisa Heikkilä (1988) *Äitiyteen valmentavien keskusteluryhmien pitkäaikaisvaikutukset*. Pro gradu -tutkielma. Psykologia. Turun yliopisto; Saira Knuuti (1989) *Kontrollin kokeminen synnytyksessä. Juuri ennen synnytystä annetun tiedon synnytyksen hoidon vaihtoehtoista vaikutus äidin synnytykskokemukseen*. Pro gradu -tutkielma. Psykologia. Turun yliopisto; Outi Kinnunen (1990) *Kohdun ja munasarjojen poiston merkitys naisen elämässä*. Lisensiaatintyö. Psykologia. Turun yliopisto; Pirkko Wænerberg (1991) *Ensimmäisen raskauden aikaisen äitiyden hyväksymisen yhteys äidin psyykkiseen hyvinvointiin ja äitikuviin synnytyksen jälkeen*. Pro gradu -tutkielma. Psykologia. Turun yliopisto; Maija Mäkelä (1992) *Keskusteluryhmän merkitys inseminaatiohoidossa olevien naisten lapsettomuuskriisissä*. Lisensiaatintyö. Psykologia. Turun yliopisto; Satu Suomalainen (1992) *Naisten ja miesten suhtautuminen lapsen hankkimiseen*. Pro gradu -tutkielma. Psykologia. Turun yliopisto; Riikka Hämäläinen (1994) *Äidin kiintymyshistorian vaikutus lapsen kiintymyssuhteen laatuun ja äidin parisuhde-tyytyväisyyteen*. Pro gradu -tutkielma. Psykologia. Turun yliopisto; Minna Vienola (1994) *Äidin ja lapsen välinen varhainen vuorovaikutus lapsen turvallisuuden tunteen perustana*. Pro gradu -tutkielma. Psykologia. Turun yliopisto. Yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan tutkimustiivistelmät lukuvuodesta 1983–1984 lukuvuoteen 1996–1997.

nustautiluokkiin, mutta näin ei ollut ainakaan niiltä osin, mitä tutkimuksista näkyi osana opintoja. Kehityspsykologian kurssilla luettiin 1980-luvun lopulla Niemelän teksti, jossa hän kirjoitti raskauden aikana psyykkisten ja psykosomaattisten oireiden olevan hyvin yleisiä ja määritteli oireiksi muun muassa masennuksen, ahdistuneisuuden ja unettomuuden. Kirjoituksessaan hän kuitenkin korosti, ettei raskauden aiheuttama kriisi ”ole patologinen poikkeustila”.<sup>1352</sup> Psykologi Juhani Myyrä kirjoitti vuonna 1988 osana opintoja olleessa tekstissä naisten pelkäävän vaihdevuotia odottaen niiden tuovan mukanaan muun muassa masennusta, ahdistuneisuutta ja tunteiden heilahtelua. Tässäkään masennusta ei nähty sairautena.<sup>1353</sup> Henkilökunnan omissa teksteissä masennus näyttäytyi harvoin psykiatrisena tautiluokkana.

Tautiluokkien merkityksestä psykologian laitoksen opetuksessa antaa hyvän kuvan myös harjoitustyö vuodelta 1981. Opiskelija arvioi haastattelemansa ja tutkimansa henkilön psykoterapian tarvetta ja edellytyksiä. Tutkittava itse kertoi olevansa ajoittain masentunut ja kuvaili tilaansa laajasti muun muassa DSM-III-luokituksesta tutuilla masennustilan diagnostisilla kriteereillä. Terapian tarpeen arvioinnissa opiskelija ei kuitenkaan maininnut sanallakaan tervettä tai sairasta masennusta, vaan sen sijaan piti tutkittavan oirekuvausta neuroottisen taipumuksen kuvauksena.<sup>1354</sup> Tämä ei tarkoittanut, etteivätkö opiskelijat olisi tunteneet masennustautiluokkia. Esimerkiksi edellä mainitun Myyrän tekstin joukossa oli opiskelijan käsin kirjoittamia muistiinpanoja. Vaikkei Myyrä käsitellyt masennusta tautiluokkana, opiskelija kirjoitti useamman kerran depressiosta ja depressiivisyydestä. Asiayhteydestä ei tosin käy selväksi viitattiinko näillä sairauten vai mistä syystä opiskelija käytti tätä terminologiaa.<sup>1355</sup>

Vuonna 1980 lapsipsykologian kurssilla puhuttiin suomalaisesta kotikasvatuksen psykologiaa käsittelevästä oppikirjasta. Oppikirja edusti aikansa ajattelutapaa, jossa yksilön ongelmia ei lähestytty tautiluokakeskeisesti ja ainoastaan yksilöstä itsestään lähtöisin. Teoksessa käsiteltiin aiheita, joihin lapsen masennussairaus oi-

<sup>1352</sup> ”6-27” 1988, 1–2. Myös esimerkiksi Pirkko Niemelän teoksen kirja-arviossa masennus mainittiin osana vauvan odotukseen liittyvien ”myönteisten ja kielteisten tuntemusten” listaa. Niemelä kutsui tuntemuksia ambivalenteiksi tunteiksi, eikä nähnyt niitä patologisina. Blinnikka 1986. Juhani Myyrä kirjoitti Pirkko Niemelän ja Ritva Kantolan vuonna 1982 kuvanneen tutkimuksessaan naisten ”vaikeita tunteita lähestyessään 50. ikävuottaan” ja että näitä tunteita olivat mm. katkeruus, masennus ja toivottomuus. ”6-28” 1988, 3; ”7-8” 1989, 1.

<sup>1353</sup> Myyrä kirjoitti myös, että kasvu omaksi itsekseen eli ”[i]ndividaatio alkaa keski-ikässä tavallisesti tyhjyyden ja masennuksen kokemuksilla”. ”6-28” 1988, 6, 16. Juhani Myyrä oli 1970-luvulla toiminut Turun yliopiston psykologian laitoksella erilaisissa assistentin ja opettajan tehtävissä. Henkilökunnan nimikirjat, Turun yliopiston hallinto- ja talousarkisto X.Bb, Turun yliopiston arkisto.

<sup>1354</sup> ”2-8” 1981, 7–10.

<sup>1355</sup> ”6-28” 1988, Sivujen taukset.

reineen olisi voitu liittää, mutta masennusta tautiluokkana ei mainittu koko teoksessa. Oppikirjassa käytiin läpi aiheita, kuten mielenterveyden ongelmat, itsemurha, alkoholismi sekä huonoissa ja välinpitämättömissä oloissa kasvaminen. Tunteita ja tiloja, kuten ahdistus ja aggressiivisuus käsiteltiin, muttei patologisoitu.<sup>1356</sup> Psykiatrian tavoin psykologian opinnoissa esiteltiin rinnan eri näkökulmia ja tutkimuksia. Teoksessa käsiteltiin esimerkiksi aggressiivisuutta biologisen, mekanistisen, humanistisen, sosiaalisen ja kasvatuksellisen tulkinnan kautta. Tällainen eri näkökulmien rinnakkain elo oli vuosien 1980–1995 opinnoille tyypillistä.<sup>1357</sup>

Psykologiassa keskityttiin tautiluokkien sijaan psykologisiin malleihin ja selityksiin. Mallit ja selitykset korostuivat silloinkin, kun opetuksessa käsiteltiin mielenterveyden häiriöitä. Vuonna 1989 psykoterapian perusteet -kurssilla todettiin mielenterveyden häiriöiden olevan seurausta muita ja ympäristöä muuttavien sekä itseä muuttavien sopeutumismekanismien epätasaisesta jakautumisesta.<sup>1358</sup> Vuonna 1987 valmistuneessa pro gradu -tutkielmassa opiskelija haastatteli mielenterveystoimiston asiakkaita tarkoituksenaan analysoida, miten he selvittivät elämän ongelmia. Opiskelijalla oli käytössään haastateltujen potilaskortit, joissa osassa oli mainittu myös tarkka diagnoosi. Opiskelija jakoi haastateltavat psykoottisiin ja ei-psykoottisiin, mutta muutoin heidän mielenterveydenhäiriöitä kuvatessaan ja taulukoidessaan opiskelija ei hyödyntänyt psykiatrisia tautiluokkia, sillä hänen mukaansa ne kertoivat vähän. Mielenterveyden ongelmia ja oireita kuvattiin sen sijaan hyvin käytännönläheisesti, kuten kuvaamalla oliko henkilöllä velkoja, alkoholiongelma, identiteettikriisi, pelkoja tai tarkistamispakko. Joka tapauksessa useimmissa potilaskorteissa opiskelijan mukaan kuvattiin jonkintyyppistä masentuneisuutta.<sup>1359</sup>

Psykologian opintojen tavoin psykiatrian opinnoissa masennustautiluokkaa ei aina mainittu silloin, kuin nykyhetken näkökulmasta olisi voinut olettaa. Vuonna 1989 valmistui psykiatrian opiskelijan työ aiheesta itsemurhien kasautuminen ja niin sanottu Werther-efekti Turun psykiatrian klinikassa ja Kupittaa sairaalassa vuosina 1971–1987. Työ keskittyi kolmen kuukauden ajanjaksoon vuonna 1985, jolloin yhdeksän potilasta teki itsemurhan. Opiskelija käsitteli työssä tapauskertomusten kohdalla psykoottisuutta ja masentuneisuutta rinnan esimerkiksi yksinäisyyden ja persoonallisuuden kaventumisen kanssa. Mielisairauksien yhteyttä itsemurhiin opiskelija ei työssään käsitellyt. Pääosassa olivat sen sijaan sosiaaliset suhteet, itsemurhia koskevan tiedon leviäminen sekä muut potilaiden ympäristöön liittyvät seikat.<sup>1360</sup>

<sup>1356</sup> Pulkkinen 1977.

<sup>1357</sup> Pulkkinen 1977, 69–85. Myös Harmatz 1978, 78–88, 283–306.

<sup>1358</sup> ”7-15” 1989.

<sup>1359</sup> Tuomola 1987, 53.

<sup>1360</sup> Salmenperä 1989. Vuoden 1985 ”itsemurha-aaltoon” viitattiin myös muissa Turun yliopiston opinnäytteissä ja tutkimuksissa. Ks. esim. Lehto ja Leinonen 1991, 6, 18; Taiminen 1993.

Diagnosoidun psykiatrisen tautiluokan merkitys alkoi kasvaa arjen tiedossa 1990-luvun puolivälin paikkeilla. Tautiluokat eivät kuitenkaan olleet arjen tiedon keskiössä 1980-luvulla eivätkä systemaattisesti vielä 1990-luvun alkupuolellakaan. Esimerkin todennäköisesti hallinnon tiedon piirissä diagnosoitua masennustautiluokkaa käsittelevästä, mutta sitä mainitsemattomasta kirjoituksesta antaa Satasäräinen nainen -kilpailuun osallistunut kirjoitus. Pitkässä 23 sivua sisältävässä elämäkertatekstissä nelikymppinen nainen kuvailee, kuinka lähes kaikkiin hänen elämänsä tapahtumiin liittyi psyykinen sairastaminen – sairautta kuitenkin nimeämättä. Kirjoituksen mittaan nainen kuvailee sairautensa oireiksi muun muassa väsymyksen, univaikeudet, lamaantuneisuuden, alhaisen itseluottamuksen, hiljaisuuden, aloittekyvyttömyyden, keskittymisvaikeudet, voimattomuuden, turvattomuuden kokemuksen, kyvyttömyyden tuntee sekä kokemuksen siitä, ettei hän ole oma itsensä. Nämä kaikki yhtyvät tuon ajan masennusattribuutteihin. Masennuksen hän mainitsi ainoastaan kerran, mutta siinäkin kohtaa ei ollut selvää viittasiko nainen sairautensa vai elämän tapahtumien aiheuttamaan ohimenevään terveeseen masennukseen. Nainen kirjoitti, että ”[t]uli aikainen kevät 1984. Se toi taas mukanaan mielen mullistuksen ja jouduin masennuksen valtaan. Jouduin lopettamaan työkoikeilun kansalisopistolla [sic].”<sup>1361</sup>

Nainen kertoi joutuneensa psykiatriseen sairaalaan ensimmäisen kerran murrosiässä ”väsyttään” niin, ettei kyennyt menemään kouluun.<sup>1362</sup> Psykkiset vaikeudet olivat niin pahat, että nainen oli useamman kerran sairaalassa ja kirjoitushetkellä sairaseläkkeellä. Kirjoittaessaan sairautensa muutoksista, hän käytti termejä, kuten ”raskaampi vaihe”, ”voinnin huononeminen”, ”kunnon huononeminen” tai että ”tilanteeni meni huonompaan suuntaan”. Kun huono kausi päättyi, hän ”alkoi päästä kuntoon”, ”hyvä vaihe” jatkui pitkään ja ”tilanne selkennyt hyväksi”. Tällöin nainen koki, että ”alkaa taas tuntua valoisammalta” ja hän tunsikin ”olevansa oma itsensä” ja touhusi asioita ”voimiensa mukaan”. Hän kirjoitti, että hänellä oli ollut ”psykkistä sairautta”, sairaalasta hän saattoi lähteä ”kuntoutuneena” ja joitain asioita hän saattoi tehdä ”vaikka ei terve ollutkaan”.<sup>1363</sup> Tekstissä ei vältelyä ajatusta psyykkisestä sairastamisesta eikä siinä salailtu sairastamisesta seuranneita käytännön toimia. Pitkin kirjoitustaan nainen käytti sairauden kulkua kuvaavaa terminologiaa. Nainen kirjoitti sairautensa näkyneen myös ulospäin. Opettajat ja ystävät huomasivat, milloin tila oli hyvä ja milloin huono. Kerran asuntolanhoitaja tuli jopa halaamaan naista, kun nainen kerrankin voi silminnähdessä hyvin.<sup>1364</sup> Psykkinen vaikeudet olivat tekstissä jatkuvasti läsnä. Jopa silloin kun nainen voi hyvin, hän katsoi elämäänsä sairauden värit-

<sup>1361</sup> SKS KRA. Sata 14977. 1991.

<sup>1362</sup> SKS KRA. Sata 14964. 1991.

<sup>1363</sup> SKS KRA. Sata 14966–14968, 14970, 14972–14974. 1991.

<sup>1364</sup> SKS KRA. Sata 14973. 1991.

tämänä: ”Tunsin tuona toukokuisena päivänä, että olin maailman onnellisin ihminen sairaudestani ja kaikesta muusta huolimatta.”<sup>1365</sup>

Arjen omaa elämää koskevista kirjoituksista ja haastatteluissa saatettiin masennustautiluokasta puhuminen rajoittaa hallinnon tiedon puheeksi. Vuonna 1991 kerätyssä Satasärmäinen nainen -kirjoituskeruussa on teksti, jossa nainen kuvasi useamman kymmenen sivun verran kahden vuoden pituista jaksoa elämässään. Tuona aikana hän väsyi suureen työmäärään pyörittäessään yksin kauppaa muiden velvollisuuksiensa ohella. Kirjoittaja kuvaili olleensa yllirasittunut, stressaantunut ja väsynyt. Hän kertoi hakeneensa lopulta apua mielenterveystoimistosta ja kuvasi keskusteluun lääkärin kanssa näin: ”Oletteko masentunut?” kysyy lääkäri ja minä väitän, etten ole, ainoastaan väsynyt.”<sup>1366</sup> Lääkärin mielestä kyseessä oli ”melko selvä ns. BURN OUT tapaus”.<sup>1367</sup> Masennustautiluokka oli kirjoituksessa hallinnon tietoa, jota naisen oli vaikea ottaa osaksi omaa arjen tietoaan. Nainen kirjoitti kotimatkastaan lääkärikäynnin jälkeen: ”Ajelen kotiin ankeat ajatukset mielessäni. Kuulen jälleen lääkärin kysymyksen ’Oletteko masentunut’ ja oman kieltävän vastaukseni. Tuntui mahdottomalta, että tässä mitkään pilleritkään voisivat auttaa.”<sup>1368</sup>

Myöhemmin tekstissä nainen oli omaksunut sairaan identiteetin käyttäen sairastamiseen viittaavaa terminologiaa ja kirjoitti esimerkiksi ”sairaudesta toipumisestaan”. Masennuksesta hän puhui tekstissään enää yhden ainoan kerran eikä tässäkään kohtaa ollut selvää, kirjoittiko nainen sairaudesta vai laajemmin elämänsä suvantovaiheesta: ”Kesällä keskellä pahinta masennustani sain lohdukseni pienen koiranpennun joka osaltaan auttoi minua pääsemään jaloilleni jo pelkällä olemassaolollaan pakottaen minut ulos kuolestani.”<sup>1369</sup> Kirjoitus ei ollut selkeä masennussairauskertomus tai edes psyykkisen sairastamisen kertomus. Kirjoituksessa ei näkynyt useimpia aikansa masennusattributteja, kuten itseen kohdistuvaa negatiivisuutta tai katteetomia itsesyytöksiä. Väsymyksen ja muut kokemuksensa ja tunteensa nainen näki normaaleina seurauksina elämänhistorialleen.

Tautiluokat ja sairastamiseen viittaava terminologia sidottiin 1980- ja 1990-lukujen arjen tiedossa mielenterveyspalveluiden käyttöön. Sairauskertomuksen ulkopuolella pysytteli myös työttömäksi jäänyt mies kirjoituksessaan vuonna 1993. Masennustautiluokan oli miehelle kertonut ammattilainen osana hoitotyötä. Psykiatrisen tautiluokan nimeäminen ei vaikuttanut miehen käsitykseen sairastamisestaan. Kirjoitushetkellä mies oli ehtinyt olla työttömänä yli puolitoista vuotta. Häntä eivät huolettaneet raha-asiat tai tekemisen puute, vaan työttömäksi jäämistä seurannut

<sup>1365</sup> SKS KRA. Sata 14975. 1991.

<sup>1366</sup> SKS KRA. Sata 2745. 1991.

<sup>1367</sup> SKS KRA. Sata 2746. 1991.

<sup>1368</sup> SKS KRA. Sata 2746. 1991.

<sup>1369</sup> SKS KRA. Sata 2764. 1991.

unettomuus. Uniongelmat aiheuttivat miehelle muun muassa väsymystä, ahdistusta, ärtymystä ja rauhattomuutta, joita mies lääkitsi keskioluella. Masennussairaudesta mainittiin ainoastaan ammattilaisella käynnin yhteydessä.

[– –] aloin viettää useimmat yöni olohuoneen sohvalla. Nukkumaan en sielläkään pystynyt, ja aloin olla henkisesti lopussa. En kuitenkaan pannut vielä köyttä kaulaani, vaan tilasin ajan mielenterveystoimistosta. Siellä minut ohjattiin miespuolisen psykologin vastaanotolle. Kuultuaan minua hän päätteli vaivojeni johdettavan depressiosta jota olisi lääkkeillä hoidettava.<sup>1370</sup>

Mies alkoi syömään lääkkeitä ja aloitti keskusteluterapian psykologin vastaanotolla. Myöhemmin mies pohti hakeutumista mielisairaalaan, mutta päätyi lähtemään kylpylään ystävänsä kanssa: ”Tämä jos mikä tuntui olevan lääkettä kipeälle sielulleni. Suuresti lohdutti myös että vaimo lähtiessäni pyysi minua soittelemaan.”<sup>1371</sup> Toive mielisairaalaan pääsystä ei liittynyt huoleen mielenterveydestä, vaan uni- ja alkoholiongelmiiin. Mielenterveyspalveluista, lääkkeiden syönnistä ja mielisairaalamietiteistä huolimatta mies ei katsonut olevansa psyykkisesti sairas. Mies koki työttömyyden aiheuttaneen hänelle somaattisen ongelman, unettomuuden, josta seurasi muita ongelmia. Jos mies vain olisi pystynyt nukkumaan, katoaisivat ärtymys, ahdistus, rauhattomuus ja alkoholiongelma. Psykologin kanssa käydyt keskustelut pyöriivät käytännön asioissa. Psykologi kannusti miestä kirjoittamaan – mahdollisesti taka-ajatuksena kirjoittamisen terapeutin vaikutus. Mies lähestyi ajatusta käytännöllisesti ja käytti terapia-ajan kirjoittamisesta puhumiseen: ”Kirjoittamisongelmien ympärillä meidän keskustelumme alkoivat siitä lähtien pyöriäkin, kunnes katsoin että minun olisi ehkä aika antaa paikkani jollekin kipeämmin apua tarvitsevalle, ja lopetin käyntini.”<sup>1372</sup>

Psykologin kirjoituskehotusten innoittamana mies kirjoitti kirjoituskilpailuun lähettämänsä tekstin. Kirjoituksen lopussa mies kuvaili kirjoitusprosessia: ”Alkupuolen kirjoittaminen tuntuikin varsin mukavalta, mutta loppupuolen ikäviä muistoja kaivellessa alkoivat vanhat haavat aueta aiheuttaen häiriötä avioelämäni joka muutenkin on ollut melkoista nuorallatanssia.”<sup>1373</sup> Tässäkään mies ei puhunut itsestään sairaana, vaan käytti ilmauksia kuten ”ikävät muistot” ja ”vanhat haavat”. Hän ei reflektoinut toimintaansa mielisairaudesta saati masennuksen osana, vaan näki käytöksensä sairaudettoman itsensä käytöksenä ja häpesi sitä.

<sup>1370</sup> SKS KRA. Työtön 829–830. 1993.

<sup>1371</sup> SKS KRA. Työtön 833. 1993.

<sup>1372</sup> SKS KRA. Työtön 834. 1993.

<sup>1373</sup> SKS KRA. Työtön 834. 1993.

Masennustautiluokka jätettiin ainoastaan hallinnon tiedon alueelle myös toisessa Työttömän tarina -kirjoituskilpailun tekstissä. Nelikymppinen nainen kirjoitti työttömyydestä perheessään kummankin aikuisen jäätyä vaille työtä. Rahan puutteen vuoksi he joutuivat muuttamaan naisen vihaamaan persoonattomaan kerrostaloasuntoon: ”Olin sietokykyäni ääri rajoilla ja riitelimme usein mieheni kanssa.”<sup>1374</sup> Nainen kertoi heränneensä keskellä yötä myöhemmin ammatillaisen masennussairaudeksi nimeämään tilaan.

Eräänä yönä jokin pehmeä tönäisy herätti minut. Kesti useita sekunteja ennen kuin tajusin mitä oli tapahtunut. Makasin vuoteessani hikisenä ja tuskaisena. Vuodevaatteeni olivat myttyyn työnnettynä sängyn jalkopäässä. Olin ”taistellut” niitten kanssa ja häviöni pelossa varmistanut voittoni useilla potkuilla tyhjiin. Jalkani osuessa sängyn pätyyn heräsin jäykistyen tuijottamaan pimeyteen.

Suunnaton suru oli kietonut minut itseensä. Tajuamatta tunteen alkuperää, itkin sikiöasentoon kääpetyneenä ja odotin aamua kuin sairas lääkettä. Työnsin surua itsestäni hitaasti kyynel kyneleeltä.<sup>1375</sup>

Nainen kuvaili seuraavia päiviä ja niiden aikana kokemiaan tunteita. Muutaman päivän kestäneen jakson jälkeen hän heräsi entisellään. Tuolloin hän päätti mennä keskustelemaan tapahtuneesta mielenterveyden ammattilaisen kanssa. Vasta kuvaessaan tätä tapaamista, nainen mainitsi masennuksen: ”Kerroin rauhallisesti masennuksestani ja tarkastelimme sitä ikään kuin ulkopuolisen silmin.”<sup>1376</sup> Nainen ei kuitenkaan tekstissään kuvaillut sairauden kulkua. Hän vertasi tilaansa sairauteen, rinnastaen näin tilansa siihen pitäen samalla etäisyyden: ”odotin aamua kuin sairas lääkettä”.

Työttömyys kokemuksena aiheutti yksilöille oireita, jotka olivat yhteneväisiä hallinnon tietoon omaksutun DSM-pohjaisen ja sateenvarjomaisen masennustilan diagnostisten kriteerien kanssa. Esitän vuonna 2021 julkaistussa artikkelissani, että suomalaisessa kulttuurissa työttömyyden kokemus oli historiallisesti rakentunut sellaiseksi, että se oli sujuvaa yhdistää uuteen masennustila-tautiluokkaan ja näin diagnosoida työttömyys psyykkiseksi sairaudeksi.<sup>1377</sup> Työttömyyden tuomat ongelmat huomioitiin ajoittain opinnoissa. Psykologian opintojen suomalaisessa oppikirjassa käsiteltiin nuorten työttömyyttä ja todettiin työttömyyden nujertavan ja masentavan laajasti psyykkisesti sekä altistavan mielenterveyden häiriintymiselle työttömyyden

<sup>1374</sup> SKS KRA. Työtön 1363. 1993.

<sup>1375</sup> SKS KRA. Työtön 1376. 1993.

<sup>1376</sup> SKS KRA. Työtön 1377. 1993.

<sup>1377</sup> Mäkilä 2021.

aiheuttaman massiivisen itsetunnon trauman tähden.<sup>1378</sup> Psykologian opinnoissa käytössä olleessa ruotsalaisessa oppikirjassa kuvailtiin yllättävään työttömyyteen voivan liittyä itsehalveksuntaa, itseinhoa, hyödyttömyyden tunnetta ja kokemusta siitä, ettei ihminen kykene huolehtimaan itsestään ja perheestään. Tämä saattoi johtaa ”depressiiviseen asenteeseen” ja elämänhalun ja jaksamisen vähenemiseen.<sup>1379</sup>

Vuosina 1980–1995 psykiatriset tautiluokat eivät olleet keskiössä psykologian opinnoissa, mutta eivät täysin psykiatriassakaan. Tautiluokkien sijaan keskityttiin teorioihin, monipuolisempiin määrittelyihin ja psykologisiin malleihin. Psykkisen kärsimyksen kirjoon suhtauduttiin usein normaaliin elämään kuuluvana. Tässä tieteen tieto oli samankaltaista arjen tiedon kanssa. Tieteen ja arjen tiedossa psykkisen kärsimyksen ja muiden negatiivisten tunteiden ja kokemusten tulkitsemisessa oli oleellista ymmärtää tilan moninaisia syntymekanismia. Tieteessä ja arjessa ajatus normaalista reaktiosta ei tarkoittanut sitä, etteikö yksilö olisi tarvinnut tuossa hetkessä apua. Tämän avun saamiseksi hallinnon tieto kuitenkin vaati psykiatrista tautiluokkaa.

### 3.12 Vaatimus tautiluokakeskeiseen masennukseen kasvoi 1990-luvulla

Tässä alaluvussa analysoin opintojen suhtautumista hallinnon tiedon tautiluokakeskeiseen masennuksen vaatimukseen. Opiskelijat hyödynsivät tautiluokkia tieteen tiedon ehdoilla, mutta tautiluokakeskeisyyden myötä käyttötavat muuttuivat. Psykiatrit Paul McHugh ja Phillip R. Slavney kuvaavat diagnosoimissa tapahtunutta muutosta niin sanotusti alhaalta ylöspäin tapahtuneesta ylhäältä alaspäin tapahtuvaksi. Suomessa vuosituhaten vaihteessa eri tahtiin eri tiedon piireihin vakiintuneen paradigman muutoksen seurauksena yksilöä lähestytään tällä vuosituhatella ensisijaisesti oirelistan ja sen mukaan diagnosoidun psykiatrisen tautiluokan kautta. McHugh ja Slavney kuvaavat alhaalta ylös tapahtuvaa diagnosoimista sellaiseksi, jossa ennen tautiluokan merkitsemistä tutustuttiin yksityiskohtaisesti henkilön elämänsä historiaan, tehtiin huolellinen psykkisen tilan tutkimus sekä keskusteltiin potilaan tilan tuntevien kolmansien osapuolien kanssa.<sup>1380</sup> Psykologi Svend Brinkmann kirjoittaa antipsykiatrisen liikkeen ensimmäisinä vuosikymmeninä psykiatreja syytetyt patologisoinnista ylhäältä päin. Tällä vuosituhatella tätä patologisointia tehdään enenevässä määrin hallinnon tiedon lisäksi arjen tiedon piirissä ihmisten ha-

<sup>1378</sup> Psykologian laitoksella lukuvuosina 1984–1986 käytössä ollut suomalainen oppikirja. Hägglund, Pylkkänen ja Taipale 1978, 151.

<sup>1379</sup> Cullberg ja Rutanen 1977, 168.

<sup>1380</sup> McHugh ja Slavney 2012, 1854.



kiessa tautiluokista selityksiä kokemuksilleen.<sup>1381</sup> Tässä alaluvussa analysoin, miten tämä muutos otettiin vastaan Turun yliopiston opinnoissa.

Tautiluokkien – ja aivan tietyn tautiluokituksen tautiluokkien – vaatimuksen vaikiintuminen näkyi Turun yliopiston opetuksessa ja tutkimuksessa. Yksilöiden tilanteita lähestyttiin vuosina 1980–1995 tieteen tiedossa usein alhaalta ylöspäin tautiluokkia mahdollisesti kokonaan välttämällä. 1990-luvulla DSM- ja sitä myötä ICD-pohjaisten tautiluokkien vaatimus alkoi näkyä. Vuonna 1989 psykiatrian apulaisprofessori Reijo Holmström katsoi, että DSM-III-taudinsyynimistön välittämä tautimalli aiheutti ”näennäisestä selkeydestä huolimatta [– –] enemmän hämmennystä” ja väärin toimiin pääymistä samankaltaistamalla virheellisesti mielisairauden tulehdussairauteen.<sup>1382</sup> Psykologian laitoksen opiskelijatöissä tautiluokkakakeskeisyys näkyi siten, että 1990-luvun puolivälissä opiskelijat viittasivat selvästi aiempaa useammin kansanvälisiin tautiluokituksiin ja masennuslääkkeet mainittiin tiuhempaan.<sup>1383</sup>

Yksi esimerkki löytyy Turun yliopiston lastenpsykiatrisesta pitkittäistutkimuksesta. Turun ja sen ympäristökuntien 8-vuotiaiden koululaisten keskuudessa suoritettiin lasten mielenterveyden häiriöiden laajamittainen seulonta kyselylomakkeiden avulla. Tutkimus tehtiin neljä kertaa vuosina 1989, 1999, 2005 ja 2013. Viimeisin pitkittäistutkimuksesta julkaistu raportti on vuodelta 2016. Ainakin tällä vuosituhanella tutkimuksissa oli mukana vuonna 1995 Turun yliopiston lastenpsykiatrian opiaineesta lasten lyhytterapiaa käsittelevästä aiheesta väitellyt André Sourander. Kysely pysyi samana vuodesta 1989 vuoteen 2013. Pitkittäistutkimuksen esitutkimus tehtiin osana lääketieteen lisensiaatin syventävien opintojen kirjallisia opintoja vuonna 1986 otsikolla ”Opettajan arvio lasten psyykkisten häiriöiden seulontainstrumenttina”. Tässä esitutkimuksessa masennusta ei mainittu lainkaan. Työssä ei muutoinkaan operoitu tautiluokilla. Siinä käsiteltiin ennemmin laajempia kategorioita, kuten neuroosit tai käytöshäiriöt. Nykyisenkaltainen masennustautiluokka olisi saatanut asettua kategoriaan neuroottistyyppiset ”emotionaalisesti häiriintyneet lapset”.<sup>1384</sup> Esitutkimuksessa lomakkeet annettiin lasten opettajalle ja vanhemmille, mutta ei itse lapsille. Itse tutkimuksissa lomakkeita täyttivät opettajien ja vanhempien lisäksi myös lapset. Kun vuonna 1986 tehtyä esitutkimusta lukee rinnakkain pitkittäistutkimuksesta vuonna 2016 julkaistun artikkelin kanssa, raportit eroavat toisistaan juuri niissä kohdin kuin kulttuurihistoriallinen konteksti antaisi odottaa. Vuonna 1987 valmistuneessa esitutkimuksessa keskityttiin kolmannen osapuolen huomioimiin käytöshäiriöihin, kuten asosiaalisuuteen ja hyperaktiivisuuteen. Vuo-

<sup>1381</sup> Brinkmann 2017a, 170–171.

<sup>1382</sup> ”7-12” 1989, 26.10.1989.

<sup>1383</sup> Esimerkiksi psykologi Jukka Hyönältä saadut oppilastyöt lukuvuodelta 1996–1997 verrattuna muihin psykologian laitoksen opiskelijoiden töihin.

<sup>1384</sup> Korhonen 1986, 2.

den 2016 artikkelissa keskityttiin affektiivihäiriöihin ja katse kohdistui tautiluokkakkeisten masennustilojen etsimiseen ja analysoimiseen.<sup>1385</sup>

Vuonna 1992 julkaistiin oppikirja, jossa kerrottiin samankaltaisesta kouluympäristöön sijoittuvasta muissa kaupungeissa tehdystä tutkimuksesta. Näissä tutkimuksissa puhuttiin psykiatrisen tautiluokan sijaan masentuneista lapsista:

Suomalainen laaja epidemiologinen tutkimus lasten psyykkisistä häiriöistä on esitutkimuksessaan (Tamminen ym. 1991) arvioinut 8–9-vuotiaista lapsista Oulussa, Helsingissä ja Tampereella [– –] Tutkimus vahvisti myös, että lapset oireilevat masentuneina epäsosiaalisilla oireilla ja käyttäytymishäiriöillä. Erityisesti opettajien ja kouluympäristön oli tällöin vaikea tunnistaa oireiden alkuperää.<sup>1386</sup>

Arjen tiedossa tautiluokkakakeskeisyyden kasvu näkyi 1990-luvulla. *Anna*-lehdessä oli vuonna 1980 kirjoitettu masennuksesta osana mielen vaivoista kertovaa juttusarjaa. Masennuksen kirjoitettiin kuuluvan elämään ja olevan useimmiten seurausta menetyksestä tai onnettomuudesta. Ammattilaisen avun puoleen kehoitettiin kääntymään masennuksen pitkittyessä, jotta välttyttäisiin syvän masennuksen aiheuttamilta psykosomaattisilta oireilta.<sup>1387</sup> Neljätoista vuotta myöhemmin – vuonna 1994 – samassa lehdessä masennusta käsiteltiin sairautena ja tautiluokkana. *Annassa* julkaistiin kuusisivuinen lähinnä masennusta ja maniaa mielenterveyshäiriöinä käsittelevä juttu. Kirjoituksessa oli analysoimieni arjen tekstien ainoa masennusoireluettelo. Sosiologi Lotta Hautamäki on tutkinut arjen tiedon piirin tekstejä ja toteaa masennusta tautiluokkana käsittelevien tekstien lisääntyneen vasta 1990-luvun lopulla ja kuluvalle vuosituhanella. Hautamäki kirjoittaa löytäneensä vuonna 2001 ainoastaan yhden suljetun masennusta käsittelevän sähköpostilistan ja toteaa masennukseen keskittyvien internet-sivustojen ja erilaisten verkkoklinikoiden ilmaantuneen vasta 2000-luvulla. Vuonna 2006 julkaistua pro gradu -työtään varten Hautamäki oli kerännyt laajalti masennusta käsitteleviä painettuja oppaita. Ennen vuotta 1994 tutkija löysi ainoastaan kaksi potilasopasta vuosilta 1975 ja 1990.<sup>1388</sup>

Hautamäen mukaan vasta 1990-luvulla oppaissa alettiin käsitellä itsehoitoa ja omien oireiden tarkkailua. Vuosituhannen vaihteessa näitä eräänlaisia popularisoituja masennusseuloja alkoi esiintyä taajemmin niin naistenlehdissä kuin muuallakin mediassa ja internetissä, mutta 1990-luvun puolenvälin Suomessa tämä muutos oli vasta aluillaan. *Anna*-lehden jutun yhteydessä oli julkaistu kainalojuttu itsemurhaa

<sup>1385</sup> Korhonen 1986; Sourander, Lempinen ja Brunstein Klomek 2016.

<sup>1386</sup> Taipale 1992, 252.

<sup>1387</sup> Jokitaipale ja Hautala 1980, 54.

<sup>1388</sup> Kiviniemi ja Pakarinen 1994, 41; Hautamäki 2006b, 19–20, 36, 86–87.

yrittäneestä dokumenttiohjaajasta. Kirjoitus oli jo selkeästi psykiatrinen masennustautiluokka -kirjoitus. Otsikkona oli ”Masennuksen imu on yllättävän kova” ja leipätekstissä puhuttiin itsemurhayritykseen ja sairaalahoitoon johtaneesta syvästä masennuksesta. Kirjoituksen perusteella ei voi päätellä oliko masennussairauskuvaus haastateltavan vai toimittajan ratkaisu. Suorissa lainauksissa haastateltava puhui yleisellä tasolla sairastumisesta ja sairastamisesta.<sup>1389</sup>

Vuotta aiemmin dokumenttiohjaaja oli antanut haastattelun *Mielenterveys*-lehdelle. Jos vuonna 1994 julkaistu *Anna*-lehden kirjoitus oli selkeästi masennussairaushaastattelu, vuoden 1993 haastattelu edusti muutosta edeltänyttä ajattelutapaa, jossa psyykkisestä sairastamisesta kirjoitettiin keskittymättä tautiluokkaan. Artikkeliki käsitteli dokumenttiohjaajan itsemurhayritystä ja psyykkistä pahoinvointia, mutta nimeämättä masennusta. Naisen kuvaus kokemuksistaan täytti DSM-III:n tarjoamat masennustilajakson diagnostiset kriteerit ja sisälsi viisi muuta ajalleen tyypillistä masennusattribuuttia. Ingressissä luultavasti toimittaja oli valinnut kuvata tilaa uupumukseksi. Nainen oli ollut pitkiä aikoja laitoshoidossa ja koki palautuneensa normaaliksi muutamassa vuodessa. Nainen ei identifioitunut krooniseksi tai edes pitkäaikaiseksi mielenterveyspotilaaksi, vaan näki elämäntapahtumien selittäneen vointinsa.<sup>1390</sup>

Mielisairaalassa oloaan nainen kuvasi näin: ”Tuntui, että minut otetaan vakavasti, minua todella hoidetaan. Olin oikeasti sairas ja antauduin sairaudelleni.”<sup>1391</sup> Mielenterveyspalveluiden hyödyntäminen oli tehnyt mielen sairaudesta todellisen. Tautiluokkakakeskeisyyden kasvaessa kokemuksen todellisuus vaati diagnosoidun psykiatrisen tautiluokan. Psykiatrian opiskelija antaa tautiluokkakakeskeisyydestä esimerkin vuonna 1994 kirjoittaessaan sosiaalisten tilanteiden pelosta. Opiskelija pohti, että ”[p]elkoa ei ole pidetty lääketieteellisesti ongelmana, ja ehkä tähän on vaikuttanut se, että yhteiskunnassamme on hyväksytympää kanavoida ongelmat fyysiselle tasolle kuin psyykkiselle”.<sup>1392</sup> Opiskelijaa huolestutti, ettei potilas itsekään hyväksynyt itseään todellisesti sairaaksi: ”Tärkeää on myös saada potilas ymmärtämään, että sosiaalinen pelko on sairaus aivan kuin jokin muukin sairaus eikä mikään ’maaginen juttu’.”<sup>1393</sup> Lääketieteellinen tautiluokka ei saanut ainoastaan potilaan ympäristöä hyväksymään tilaa todelliseksi, vaan myös itse potilaan. Tällaisia esimerkkejä olen antanut jo aiemmin tässä väitöskirjassa masennuksen osalta.

Tautiluokkien merkityksestä ja käyttötavoista käytiin keskustelua Turun yliopiston opinnoissa koko ajanjakson 1980–1995. Tieteessä tiedostettiin diagnosoitujen

<sup>1389</sup> Kiviniemi ja Pakarinen 1994, 41; Hautamäki 2006b, 19–20, 36, 86–87.

<sup>1390</sup> Furman, Huttunen ja Lönnqvist 1983, Osio 10, sivu 4–6; Heiskanen 1993, 18–20.

<sup>1391</sup> Heiskanen 1993, 20.

<sup>1392</sup> Psykiatrian opintojen syventävä työ. Sainio 1993, 30.

<sup>1393</sup> Sainio 1993, 34.

tautiluokkien merkitys hallinnon ja arjen tiedolle muun muassa etuuskien osalta. Vuonna 1981 psykologian kurssilla pohdittiin tautiluokkia osana diagnosointijärjestelmää. Kurssilla annettiin viisi syytä, miksi psykodiagnostiikkaa tarvittiin: ”1) kliininen käytäntö. 2) psykologien keskinäinen ammattikäytäntö. 3) kommunikaatio 4) tutkimus. 5) hoidon ja toimenpiteiden yksilökohtainen suunnittelu”.<sup>1394</sup> Listassa korostuivat käytännöllisyys ja tiedon välitys – ei tautiluokan avulla yksilön ymmärtäminen ja tulkitseminen. Psykologian laitoksen psykodiagnostiikan kurssi vuonna 1990 alkoi vastaavasti psykiatrisen tautiluokan tarpeellisuuden pohdinnalla. Tarve nousi lähinnä hallinnon tiedosta eli käytännön hoitotyöstä sekä arjesta eli potilaan kokemuksen huomioon ottamisesta:

#### Diagnostiikan tarpeellisuus

- tarpeellista, jos sillä saadaan aikaan auttamiskeinoja (hoidon suunnittelu)
- jos sillä voidaan synnyttää empatiaa / ymmärrystä
- jos sitä tarvitaan päätöksenteon pohjaksi (esim. lainsäädäntöön perustuva ratkaisu)<sup>1395</sup>

Diagnosointi katsottiin osaksi myös psykologin ammatillisia tehtäviä, mutta laajemmin kuin yksittäisen tautiluokan osalta. Vuonna 1985 opetettiin psykodiagnostiikan tarkoittavan laajaa tai laajahkoa psykiatrisen sairauden taudinkuvan syiden kartoittamista muun muassa keskustelemalla potilaan ja hänen läheistensä kanssa, käyttämällä psykologisia tutkimusvälineitä, observoimalla ja tutustumalla aiempiin asiakirjoihin.<sup>1396</sup> Haastattelutyyppejä oli kolmenlaisia ja yksi niistä oli ”diagnostinen haastattelu”, jossa haastateltavaa arvioitiin aktiivisesti.<sup>1397</sup> Psykologi saattoi kirjata lausuntoon tutkittavan diagnosoidun tautiluokan, mutta ohjeiden mukaan ”vain, jos sillä todellista käyttöä ja kykenet sen asettamaan”. Lausuntoa koskevien ohjeiden oheen psykologian opiskelija oli vuonna 1990 kirjoittanut, että diagnoosia tärkeämpää on ”kertoa miten se ihminen toimii”. Samalla opiskelija huomioi, että esimerkiksi eläkepäätöksen kannalta ainoastaan psykoottistasoisella ilmiöllä on merkitystä.<sup>1398</sup> Vuonna 1988 psykologian opiskelijat lukivat kuoleman kohtaamisesta. Tekstissä pidettiin ongelmallisena kuoleman eristämistä ihmisen elämänsästä. Kirjoittaja katsoi, että kuolemiseen liittyvät hetket jäivät vaille merkitystä, kun

<sup>1394</sup> ”2-1” 1981, 16.

<sup>1395</sup> ”6-3” 1990, 1.

<sup>1396</sup> ”3-2” 1985. Vuonna 1986 psykologian opiskelijat katsoivat diagnosointiin kuuluneen ”testaukset, haastattelut, selvittelyt”. ”3-9” 1986, 6.

<sup>1397</sup> ”6-22”, 8.2.1989.

<sup>1398</sup> ”6-7” 1990, Väliotsikko: ”Sisällöllisesti tutkimustulosten ohella lausunnosta tulee ilmetä.”.

”[p]uhutaan diagnoosista – ei ihmisestä ja kuoleman tavasta”.<sup>1399</sup> Vuonna 1990 psykoterapian perusteet -kurssilla kysyttiin standardisoivatko ”diagnostiset kategoriat [– –] hoitoa ja luovat stereotypioita”.<sup>1400</sup> Psykologian laitoksen opinnoissa todettiin psykiatriassa diagnoosien merkityksen olevan vähäisempää kuin somaattisissa sairauksissa. Diagnostisten termien kerrottiin vuonna 1989 pidetyllä luennolla olevan pelkästään deskriptiivisiä, eivätkä ne sisältäneet lainkaan tietoa etiologiasta ja vain vähäisessä määrin tietoa hoitotoimenpiteistä ja prognoosista. Luennoitsija psykiatri Ville Lehtinen totesikin psykiatriassa kulkevan rinnan kaksi järjestelmää, joista toinen oli muun muassa ”hallintoa [– –] varten oleva diagnosointijärjestelmä” ja toinen ”ymmärtämiseen pyrkivä järjestelmä”.<sup>1401</sup>

Psykologian laitoksen kehitysdiagnostiikan kurssilla pohdittiin missä tilanteissa psykodiagnostiikkaa tarvittiin ja huomioitiin, että siitä puhuttaessa ”joudutaan miettimään normaaliuden ja häiriintyneisyyden käsitettä”. Lasten kohdalla diagnoosin katsottiin palvelevan asiaansa, jos sen kautta löydettiin normaalia kehitystä ehkäiseviä ulkoisia tai sisäisiä tekijöitä. Kurssilla todettiin, että diagnoosin ”pitää aina suhteutua toimenpiteisiin”. Samalla huomioitiin, kuinka tutkittaessa jäi aina myös jotain piiloon ja kaikkea ei tunnettu tai tunnistettu.<sup>1402</sup> Kurssilla huomioitiin diagnosoinnin voivan olla vallankäyttöä, jollei siihen liitetty auttamistoimenpiteitä eli diagnosointia tuli aina tehdä suhteessa hoitomuotoihin ja auttamiskeinoihin.<sup>1403</sup>

Tieteen tiedon rajallisuus oli osa 1980- ja 1990-lukujen opetusta psykiatriassa ja psykologiassa.<sup>1404</sup> Opinnoissa oltiin kriittisiä omaa tieteenalaa ja oman tieteenalan käsitteitä kohtaan. Vuonna 1981 psykologian kurssilla todettiin älykkyyksikäsitteen olevan keskeinen psykologiassa, mutta samalla kerrottiin käsitteen olevan ”tieteestä lähtevä fiktio, ei mitään konkreettista”.<sup>1405</sup> Psykologian historian kurssilla vuonna 1988 käsiteltiin tiedon rajallisuutta, kulttuurisidonnaisuutta ja historiallista rakentu-

<sup>1399</sup> ”6-30” 1988, 7.

<sup>1400</sup> ”6-34” 1990, 20.9.1990.

<sup>1401</sup> ”7-12” 1989, 6.9.1989.

<sup>1402</sup> ”7-13” 1989, 26.9.1989 ja väliotsikko ”Lapsen diagnosointi yksilöterapian näkökulmasta”.

<sup>1403</sup> ”7-13” 1989, 26.9.1989 ja väliotsikko ”Lapsen diagnosointi yksilöterapian näkökulmasta”; ”6-35” 1990, 25.9.1990.

<sup>1404</sup> Tiedon rajallisuutta tuotiin esiin eri kursseilla. Esimerkiksi: ”neurologinen tieto ja neuropsykologiset tutkimusmenetelmät puutteellisia”. ”6-36” 1990, 17.10.1990. Psykologien ammattietiikan säännöissä vuodelta 1958 todettiin, että suhteessa asiakkaisiin psykologin on ”otettava huomioon psykologisissa menetelmissä samoin kuin omassa persoonallisuudessaan esiintyvät rajoitukset”. ”4-32” ei pvm, Kohta 3.D. Suomen psykologiliiton päivitetyissä säännöissä vuonna 1985 tuotiin myös esiin tiedon rajallisuuden tunnistaminen. Lueteltaessa yleisiä periaatteita säännöissä todettiin, että ”[p]sykologin työn tulee olla [– –] psykologiaan liittyvät rajoitukset ja arvovalinnat huomioon ottavaa”. ”6-19” 1990.

<sup>1405</sup> ”2-1” 1981, 44.

mista. Kurssilla opetettiin muun muassa, että ”historian tunteminen opettaa nöyryyttä ja toleranssia vastakkaisille näkökannoille”.<sup>1406</sup> Samana vuonna toisella psykologian kurssilla todettiin, ettei tiede ole kasautuvaa, ja tiede on osa kulttuurin ja ihmisen toimintaa.<sup>1407</sup>

1980- ja 1990-luvun opetuksessa näkyi teemoja, jotka olivat tuttuja 1960-luvulla levinneestä antipsykiatriaksi kutsutusta liikehännästä ja tutkimustraditiosta.<sup>1408</sup> Sekä psykologian että psykiatrian opetuksessa kritiikistä oltiin tietoisia. Opetuksessa pidettiin yllä keskustelua tieteen tiedon rajoista ja tiedon tuomasta vallasta. Käsitteitä, teorioita, tutkimuksia ja suuntauksia saatettiin haastaa tiukastikin. Jopa koko oman tieteenalan kritiikkiä esiintyi hieman. Suomalaisessa psykiatrian oppikirjassa vuodelta 1981 ”antipsykiatriasta” puhuttiin lainausmerkeissä. Kirjoittajat eivät olleet teorioista samaa mieltä, mutta totesivat liikehännän kiinnittäneen huomiota tärkeisiin asioihin, kuten laitospsykiatrian mahdollistamaan väkivaltaan ja psyykkisen sairauden tulkintaan virheellisesti somaattisen sairauden antamasta mallista lähtöisin.<sup>1409</sup> Myös tautiluokkia vallan käytön välineinä pohdittiin tieteessä. Opinnoissa huomioitiin muun muassa psykiatrien ja psykologien valta suhteessa potilaaseen tai laajemmin yhteiskunnassa.<sup>1410</sup> Psykiatriaa ja yhteiskuntaa käsittelevän oppikirjan suomalaista laitosta varten kirjoitetuissa alkusanoissa kritisoitiin psykiatrian sen hetkistä tilaa rankastikin. Psykiatri Antti Pakaslahti totesi käsillä olleen teoksen esittä-

<sup>1406</sup> ”5-20” 1988.

<sup>1407</sup> ”6-20” 1988. Psykologian laitoksella valmistuneessa lisensiaatintutkimuksessa todettiin, että ”[m]ielenterveydenhäiriöiden syitä ei täysin tunneta lukuisista teorioista ja tutkimuksista huolimatta”. Salminen 1985b, 6.

<sup>1408</sup> Erityisesti sosiologi Erving Goffmanin teos *Asylums* (1961), psykiatri ja psykoanalyttikko Thomas Szaszin teos *The Myth of mental Illness* (1960) sekä filosofi ja historian-tutkija Michel Foucault’n väitöskirja *Folie et déraison* (1961) herättivät keskustelua, joka on siitä lähtien vaikuttanut läpi hulluutta, mielenterveyttä ja niihin liittyviä teemoja tutkivien tieteiden kentän ja erityisesti kulttuurisessa mielenterveystutkimuksessa ja transkulturaalisessa psykiatriassa. Myös Suomessa liikehännä tunnettiin jo aikanaan ja se herätti käytännön toimia, kuten Marraskuun liikkeen tai Moision sairaalassa vuosina 1969–1973 toteutetun kokeilun. Szasz ja Foucault ovat sanoutuneet irti antipsykiatrian leimasta. Heillä tavoitteena ei ole psykiatrian lakkauttaminen tieteenalana, vaan tieteenalan sairauskäsitysten ja hoitomuotojen kriittinen tarkastelu. Santalahti 1987, 18; Szasz 2010a; Szasz 2010b. 1980-luvun alussa psykologian opiskelijoiden ”psykologia-piirissä” tutustuttiin yhdessä opiskelijoita kiinnostaviin teemoihin. Yksi oli ”Antipsykiatria”, jonka yhteydessä oli tarkoitus lukea Foucault’n teos ”Hulluuden historia”. ”4-31” ei pvm.

<sup>1409</sup> Alanen, Achte ja Tienari 1981, 329–330.

<sup>1410</sup> ”Mielenterveystyö, aivan erityisesti psykiatria, tuo myös esille vallankäytön ulottuvuuksia. Kun diagnosoidaan lapsen ja perheen tilannetta ja ennustetaan lapsen tulevaa kehitystä, käytetään samalla mahtavaa valtaa sekä yhteiskunnallisesti että yksityisten perheiden ja lasten suhteen. Tässä suhteessa tulee koko ammattialan olla erityisen herkävaistoinen.” Taipale 1992, 9–10.

vän länsimaisen psykiatrian sellaisena kuin se oli: ”ristiriitaisena, porvarillisiin arvoihin sidoksena, paljolti jopa ajattelun ja toiminnan sekamelskana”.<sup>1411</sup>

Psykologian opetuksessa vuonna 1981 huomioitiin antipsykiatrian myötä syntyneen myös psykologiaa kritisoiva antitestausliike. Siinä katsottiin muun muassa naistenlehtitestiä popularisoivan psykologien vallankäyttöä.<sup>1412</sup> Psykologian opiskelijat olivat tietoisia testausten kohtaamasta kritiikistä, ja viittasivat siihen omista kirjoituksistaan. Vuonna 1990 opiskelija kirjoitti testauksen historiasta näin: ”1970-luvun lähetessä kiinnostus testeihin kasvoi hieman jälleen yleismaailmallisesti, vaikka täällä Suomessa testit julistettiin lähes pannaan (psykologian kurseilla kuulua). Humanistinen suuntaus kasvoi ja ihmisten vertaamista testeihin pidettiin vääränä: kaikkien olisi oltava tasavertaisia.”<sup>1413</sup> Vuonna 1989 psykologian opinnoissa psykoterapian perusteet -kurssilla huomautettiin, ettei psykologien tekemää testausta saa mystifioida eikä ”antaa kuvaa testiä diagnostisesta kaikkivoipaisuudesta”.<sup>1414</sup> Psykologian harjoitustyö vuodelta 1989 puolestaan oli jo otsikoltaan ”Terapian väärinkäyttö” ja siinä käytiin läpi radikaalejakin näkökantoja, kuten että kaikki terapia on ”terroria ja asiakkaan hyväksikäyttöä”. Tämä perustui ajatukselle terapeutista kyseenalaistamattomana auktoriteettina, joka väistämättä turmeltui omasta vallastaan.<sup>1415</sup>

Arjen tietoon tautiluokat tulivat hallinnon tiedon kautta ja tautiluokan nimeämisen teki kolmas osapuoli, jonka ei aina tarvinnut olla mielenterveyden ammattilainen. Arjen kirjoituksissa oli tällaisista tilanteista muutamia esimerkkejä. Vuoden 1991 kirjoituskilpailuun kirjoittanut nainen kertoi hakeneensa apua seurakunnaltaan. Nainen kirjoitti tästä alkaneen pitkäaikainen keskustelusuhde seurakuntansa lehtoriin. Nainen kuvaa suhdetta hoitosuhteeksi.

Sen jälkeen vaivuin syvään masennukseen ja depression. [– –] Olin niin syvässä kuilussa etten nähnyt muuta ulospääsyä kuin lopettaa itseni, paeta kerralla kaikista suruista ja murheista. [– –] Seurakunnan lehtori, elämänviisas ihminen näki tilani. Hän tarjoutui ”myötäelämään” ja kuuntelemaan murheitani. [– –] Nyt tiedän, että ilman tuota yhdessä prosessointia, en olisi enää elämään selvinnyt. Siitä tuli kyllä vuosia kestänyt hoitosuhde. Ja monesti olin luovuttamassa. [– –] Helppo ei ”hoitajani” tehtävä ole ollut.<sup>1416</sup>

<sup>1411</sup> Haugsgjerd, Stenberg ja Pakaslahti 1975, 9.

<sup>1412</sup> ”2-1” 1981, 14. Lisäksi yksittäisiä tapauksia kritisoitiin psykiatriassa ja psykologiassa, erityisesti retrospektiivisesti. Ks. esim. ”2-1” 1981, 13.

<sup>1413</sup> ”6-41” 1990, 4.

<sup>1414</sup> ”7-16” 1989.

<sup>1415</sup> ”7-35” 1989, 6–7.

<sup>1416</sup> SKS KRA. Sata 13448–13449. 1991.

Saman kirjoituskilpailun toisessa tekstissä nainen kuvaili vaikeaa perhe-elämää alkoholisoituneen ja pettävän miehen kanssa. Ainoa maininta masennuksesta nivoutui hetkeen, jolloin perhe kävi perheasianneuvottelijalla. Nainen kuvaili, että ”[j]o lasten ollessa pieniä kävimme yhdessä juttelemassa perheasianneuvottelijan luona. Minulla oli paljon masennusta ja minua vain itketti ja tuntui surkealta.”<sup>1417</sup> Kuvauksesta jäi vaikutelma viranomaisen tulkinneen naisen tilan masennukseksi.

Useimmiten masennustautiluokasta puhui potilaalle psykiatri tai psykologi. *Helmi*-lehdessä julkaistiin vuonna 1995 nuortenpalstalla nuoren naisen elämänkerrollinen kirjoitus. Nainen kertoi yrittäneensä itsemurhaa, jonka jälkeen päätyi mielisairaalaan: ”Palasin Suomeen noin kolmen vuoden kuluttua; rikkinäisenä, tunsin epäonnistuneeni elämässäni. Halusin kuolla, yritinkin lopettaa elämäni. Lapinlahdessa ymmärsin, että olen syvästi masentunut – Siitä alkoi etsiminen kohti eheämpää ’minääni’.”<sup>1418</sup> Aikaa ennen itsemurhayritystä nainen kuvasi termeillä, kuten ”aktiivinen” ja ”levoton”. Masennussairaudeksi hänen tilansa nimettiin vasta mielisairaalassa – siellä nainen ”ymmärsi” olevansa masentunut.

Vuonna 1994 mies kertoi *Mielenterveys*-lehdessä omaa elämäntarinaansa. Hän kuvasi hakeutuneensa ensimmäisen kerran psykiatrin vastaanotolle vuonna 1967. Vuonna 1990 mies jäi kesken sairausloman työttömäksi, jonka seurauksena koki kuolevansa ”sekä henkisesti että sosiaalisesti” ja päätyi harkitsemaan itsemurhaa. Tässä vaiheessa mies mainitsi ensimmäisen kerran masennustautiluokan: ”Kela tarvitsi syksyllä sairauslomani jatkuessa B-lääkärinlausunnon. Siinä ongelmikseni määriteltiin vakava masennustila ja krooninen masentuneisuus.”<sup>1419</sup> Tilaansa ennen lääkärintilauksesta lukemaansa diagnoosia mies kuvasi epävirteiseksi, ”[j]os vertaan itseäni herkkään soittimeen”.<sup>1420</sup>

Arjen ja hallinnon tiedon kasvavasta tautiluokakeskeisyydestä huolimatta Turun yliopiston psykiatrian opinnoissa toistui pyrkimys synteisiin, eri teorioiden tunteminen ja niistä ammentaminen. Kaikkea ei haluttu redusoida biologiaan eikä ylipäättään nostaa yhtä teoriaa kaikkien muiden yläpuolelle.<sup>1421</sup> Turun yliopiston psykiatrian opinnoissa oli läsnä ajatus eri näkökulmien samanaikaisesta huomioon otta-

<sup>1417</sup> SKS KRA. Sata 14900. 1991.

<sup>1418</sup> Lehto 1995.

<sup>1419</sup> Porola 1994, 33.

<sup>1420</sup> Porola 1994, 33.

<sup>1421</sup> ”Psykiatrian opetuksen tehtävänä on kokonaisvaltaisen käsityksen antaminen ihmisestä. Sen mukaan lääkäri ei toimi vain jonkin vialla olevan elimen korjaajana, vaan ottaa huomioon ihmisen kokonaisuutena. Onkin syystä sanottu, että kaikki lääkärit [– –] joutuvat hoitamaan potilaitaan psykoterapeuttisesti, tahtoivatpa se sitä tai eivät.” Achté, Alanen ja Tienari 1973, 16. ”Lapsi on jakamaton. [– –] Kaikki vaikuttaa kaikkeen. Erillisiä fyysisiä tai psyykkisiä reaktioita ei voida ymmärtää muutoin kuin suhteessa elämän kokonaisuuteen. Tämä tekee tutkimisen vaikeaksi mutta samalla kiehtovaksi.” Taipale 1992, 9. Ks. myös mm. Johansson 1985, 11–17.



misesta. Vuonna 1984 psykiatrian väitöskirjassa referoitiin Turun yliopiston psykiatrian professorin Yrjö Alasen laatimaa tutkimustraditioiden nelijaottelua, jonka hän oli esitellyt vuonna 1983 pidetyllä lääketieteen kurssilla ”psykiatrinen epidemiologia”. Ensimmäisenä väitöskirjatutkija esitteli biolääketieteellisen mallin, joka perustui positivistiseen ideaaliin, joka oli omaksuttu luonnontieteistä. Biolääketieteellinen käsitys oli luokittelun mukaan luonteeltaan reduktionistinen eli pyrki redusoimaan psyykkiset prosessit somaattisiin prosesseihin. Yksilö-psykologinen malli puolestaan nojasi psykoanalyttiseen tutkimusperinteeseen. Se oli hermeneuttinen malli ja ymmärtämään pyrkivä, ei siis suoraan syy-seuraus-yhteyksiä tarjoava. Kolmatta vuorovaikutusmallia käytettiin väitöskirjatutkijan mukaan lähinnä perhetutkimuksessa. Siinä ei etsitty suoria kausaalisuuksia, vaan nähtiin patologinen vuorovaikutus spiraalimaisena, toinen toisiinsa vaikuttavana. Neljäntenä oli sosiaalipsykiatrinen malli, joka ei sisältänyt mitään yksittäistä etiologista mallia. Se ammensi luonnontieteistä ja liittyi behavioristiseen positivistiseen sosiologiaan.<sup>1422</sup> Väitöskirjatutkija huomautti, että psykodynaaminen lähestymistapa mahdollisti asioita, joita biolääketieteellinen ei mahdollistanut. Ensinnäkin psykodynaaminen malli saattoi psykoosia tutkittaessa paljastaa asioita myös ympäröivästä yhteiskunnasta. Toisekseen psykodynaaminen malli pyrki ymmärtämään yksilön sisäisten merkitysten suhteita. Väitöskirjatutkija totesi, että kapeasti ymmärrettynä positivistinen monoteettinen ja hermeneuttinen idiografinen malli voitiin nähdä toisensa poissulkevinä. Hän kuitenkin piti hyödyllisempänä niiden käyttämistä toisiaan täydentävinä malleina, kuten totesi tehneensä väitöskirjassaan.<sup>1423</sup> Myös psykologiassa opetettiin eri systeemitasoja ja pidettiin reduktionistista selittämistä ongelmallisena. Psykologinen taso asettui sosiaalisen ja fysiologisen tason väliin ja tasoja yhdistettäessä syntyi toisaalta sosiaalipsykologinen ja toisaalta neuropsykologinen näkökulma.<sup>1424</sup> Vuonna 1990 psykologian opinnoissa huomioitiin psyykkisten häiriöiden taustalta löytyvän usein syytekijöitä samanaikaisesti eri alueilta, joita olivat geneettiset tekijät, kypsyminen, vuorovaikutus ja ajankohtaiset tekijät.<sup>1425</sup>

Turun yliopiston opintojen sairauskäsitys oli vahvan dimensionaalinen. Asteeroista ja liukuvarajaisuudesta puhuminen oli yleistä puhuttaessa mielenterveyden häiriöistä ja sairauksista.<sup>1426</sup> Vuonna 1984 psykiatria valmistuneessa väitöskirjassa väitöskirjatutkija analysoi somaattisen ja psykiatrisen lääketieteen eroja tautiluoki-

<sup>1422</sup> Mattila 1984, 252–253, 366.

<sup>1423</sup> Mattila 1984, 253–254.

<sup>1424</sup> ”6-23” 1987, 25.11.1987.

<sup>1425</sup> ”6-35” 1990, 11.9.1990.

<sup>1426</sup> Esim. vuonna 1987 valmistuneessa psykologian pro gradu -tutkielmassa todettiin, että ”[y]ksilöpsykologinen mielenterveystutkimus osoitti, että terveyden ja sairauden raja on psyykkisten toimintojen alueella suhteellinen ja liukuva”. Tuomola 1987, 9.

tusten suhteen. Hän kuvaili somaattisen lääketieteen tautiluokkia kategorisiksi, siinä missä psykiatriassa ne olivat dimensionaalisia.

Lääketieteellisessä tutkimuksessa jokaista diagnostiikkakategoriaa on käsitelty tavanomaisesti erikseen, omana kokonaisuutenaan. Tämä käytäntö perustuu näkemykseen, jonka mukaan tietty sairaus on muista erottuva kokonaisuus, jolla on omanlaisensa etiologia, kliininen kuva, ennuste ja hoito. Näin on harvoin, jos koskaan psykiatriassa, jossa diagnostisten kategorioiden rajat ovat vähemmän jäykät ja kategorioilla on taipumus olla päällekkäin toistensa kanssa.<sup>1427</sup>

Kuten alaluvussa 3.2 osoitin, neuroottisella ja psykoottisella viitattiin pääasiassa vakavuusasteeseen. Näin ollen neuroottinen ja psykoottinen masennus eivät olleet kaksi täysin eri sairautta, vaan neuroottinen masennus saattoi muuttua psykoottiseksi. Esimerkiksi vuonna 1990 neuropsykologisen diagnostiikan erikoiskoulutuksessa opetettiin, että ”[d]epressiivinen potilas on usein täysin testattavissa (jos ei mennä ihan psykoottiseen depression asti)”.<sup>1428</sup> Opinnoissa erityisesti suomalaiset tutkijat pohtivat usein, kuinka terveen ja sairaan mielen raja oli liukuva. Samoin mielen sairauksien rajat nähtiin veteen piirrettyinä. Sairauksia ei nähty tarkkarajaisina sairausentiteetteinä, vaan sairausnimekkeen alla oli tapauskohtaisesti tarkasteltavia tiloja ja oireita.<sup>1429</sup> Oppikirjojen johdannoissa korostettiin usein mielisairausluokkien funktionaalista luonnetta normatiivisuuden sijaan, ja opiskelijaa kutsuttiin kyseenalaistamaan ja pohtimaan sairauden ja terveyden merkitystä mielen ilmiöistä puhuttaessa. Psykiatrian perusoppikirjassa kerrottiin, että rajat tilojen vakavuuksien ja normaalin ja sairaan välillä olivat liukuvia ja asiantuntijallekin vaikeasti vedettäviä. Oppikirjassa kirjoitettiin, että ”[n]eurooseja ja psykooseja ei ole aina helppo erottaa toisistaan [– –] vielä vaikeampaa saattaa olla rajanveto normaalin ja neuroosin sekä normaalin ja epänormaalin välille”.<sup>1430</sup> Vuonna 1988 psykologian opiskelija totesi, että ”[e]ro psyykkisesti terveen ja neuroottisen ihmisen välillä ei ole jyrkkä, vaan

<sup>1427</sup> ”In medical research, each diagnostic category has customarily been dealt with separately, as an entity of its own. This practice is based on the view that a particular disease is an entity distinguishable from others, with a specific etiology, clinical picture, prognosis and treatment. This is seldom if ever the case in psychiatry, where the limits of the diagnostic categories are less rigid and tend to overlap.” Suomennos AM. Mattila 1984, 16.

<sup>1428</sup> ”6-12” 1990.

<sup>1429</sup> Vuonna 1989 psykologian laitoksen psykiatrian opintojaksolla todettiin, että kaikkia sairauksia on ”tarkasteltava ihmiskeskeisesti, ei oire t. elinkeskeisesti”. ”7-12” 1989, 19.9.1989.

<sup>1430</sup> Lääketieteen lisensiaatin opintojen psykiatrian opintojakson perusteoksen vuosien 1973 ja 1990 painokset. Achté, Alanen ja Tienari 1973, 17; Alanen, Achté ja Tienari 1990, 40.

asteittainen ja liukuva”.<sup>1431</sup> Lisäksi opiskelijan mukaan ”[m]ielialan muutos, masentuneisuus, yhdistää neuroottiset depressiot psykoottisiin depressioihin, joihin sen raja saattaa olla liukuva”.<sup>1432</sup> Koska tautiluokkia ei käsitelty kategorisina ja luonnollisina luokkina, kuvattiin erotusdiagnostiikkaa kahden läheisen tautiluokan välillä hankalaksi ja erotusdiagnosikriteerit vaihtelivat. Erotusdiagnostiikkaa kuvattiin haastavaksi niin normaalin ja sairaan tilan välillä, eri masennustilojen välillä, että myös masennuksen ja jonkin muun psyykkisen tai somaattisen sairauden välillä.

Kahden tautiluokan välillä olevalle ja kahden sairaudenkuvan välillä liikkuvalla tilalle oli myös oma tautiluokkansa: rajatila. Opinnoissa käsiteltiin jonkin verran rajatilatyypin masennuksia.<sup>1433</sup> Osassa opintoja rajatilat erotettiin psykooseista ja neurooseista omaksi psyykkisten häiriöiden ryhmäkseen.<sup>1434</sup> Toisaalla opinnoissa rajatilaa ei pidetty erillisenä häiriötilojen ryhmänä, vaan neuroosien ja psykoosien väli-  
muotoa kuvaavana tilana.<sup>1435</sup> Rajatilainen masennus sisälsi masennusten piirteitä vakavuudeltaan ja taudinkuvaltaan. Vuonna 1984 psykiatrian väitöskirjassa kuvattiin, että rajatilatyypin affektiihäiriöiden ”[k]liininen kuva muistutti vakavaa neuroottista masennusta, mutta sisälsi myös joitakin psykoottisia piirteitä”.<sup>1436</sup> 1980-luvun alun psykiatrian opinnoissa kuvattiin rajatiloja näin: ”Rajatilatapaukset, jotka ovat suhteellisen yleisiä, osoittavat toimintatapaa, jonka tietyt piirteet yhdistävät neurooseihin, psykooseihin ja luonnehäiriöihin. Minän rakenne on jokseenkin löyhä. Rajatilatapotilas on siksi alttiimpi psykoottiselle luhistumiselle kuin muut.”<sup>1437</sup> Mahdolliseen luonnehäiriöön viittaavan rajatilan yhteydessä saatettiin puhua skitsoaffektiivisestä psykoosista, jossa ilmenivät yhtä aikaa skitsofrenian oireet ja affektiiviset oireet.<sup>1438</sup>

Vaikka oireista puhuttiin, niitä listattiin ja käytettiin erotusdiagnostiikan välineinä, eivät oireet olleet sama asia kuin sairaus, eivätkä siten oleellisinta tietoa taudinkuvaa tai yksilön tilannetta kartoitettaessa. Vuonna 1988 psykiatrian opiskelija piti potilaan oireisiin keskittymistä epätoivottavana ja jopa epäoleellisena. Hoidon suunnittelun kannalta oli tärkeämpää tunnistaa oireiden taustalla olleet syyt: ”Tehdastyöläiset peruuttivat muita potilaita useammin lääkärin vastaanottoajan, ja Winkelmannin mukaan he puhuivat ainoastaan oireistaan eivätkä todellisista ongelmis-

<sup>1431</sup> ”7-21” 1988, 1.

<sup>1432</sup> ”7-21” 1988, 7.

<sup>1433</sup> Häkkänen 1993, 27.

<sup>1434</sup> ”7-20” 1988, 1.

<sup>1435</sup> Kaila ja Achte 1970, 108.

<sup>1436</sup> ”Affective disorders of borderline level – The clinical picture resembled that of severe neurotic depression, but also included some psychotic features”. Suomennos AM. Mattila 1984, 80.

<sup>1437</sup> Lääketieteen lisensiaatin opintojen psykiatrian opintojaksolla 1980-luvun alussa käytössä ollut oppikirja. Haugsgjerd, Stenberg ja Pakaslahti 1975, 295.

<sup>1438</sup> ”7-4” 1988, 13.

taan ja tunteistaan ja näyttivät ottavan hoito-ohjelman vähemmän vakavasti kuin ylempien sosiaaliluokkien potilaat.”<sup>1439</sup>

Psykologian opintojen sairausontologiaa oli psykiatrian opintoja hankalampi hahmottaa. Psykologian opinnoissa tautiluokista ja mielen sairauksista puhuttiin usein psykiatrian kautta, sillä tulevien psykologian ammattilaisten työnkuvaan kuului olla psykiatrin apuna potilaan diagnosoimisessa. Psykologi hahmotti tutkittavasta henkilöstä mahdollisimman kattavan psykologisen kuvan. Psykologi saattoi tutkimustensa perusteella itsekin päätellä mahdollista tautiluokkaa ja sairaudenkuvaa, vaikka lopullinen tulkinta sairauden osalta jätettiin lääkärille.<sup>1440</sup>

Psykiatrian ja psykologian opinnoissa tautiluokkien ei ollut tarkoitus kuvata universaalisti ja tyhjentävästi kaikkia vastaavia tiloja. Tautiluokat ja masennukset olivat opinnoissa huokoisempina ymmärtämisen välineitä. Tautiluokilla itsellään ei ollut toimijuutta, vaan ne olivat työvälineitä, tieteen sisäistä tietoa. Vaikka teorioita ja tutkimuksia luettiin laajalti eri traditioista, Turun yliopiston opinnoissa oli omat painotuksensa. Esimerkiksi masennuksen etiologian osalta ei suuremmin hyödynnetty ajatusta funktionaalisesta depressiosta, mutta reaktiiviseen, endogeeniseen ja eksogeeniseen depressioon viitattiin säännöllisesti. Joka tapauksessa tautiluokat kriteerein määriteltiin tutkimuskohtaisesti.<sup>1441</sup>

Filosofi Jennifer Radden on huomionnut, ettei 1900-luvulla mielisairauksien teoretisoinnissa välttämättä nähty eri näkökulmia toisiaan poissulkevinä lähestymistapoina.<sup>1442</sup> Turun yliopiston opinnoissa kyse ei ollut arbitraarisesta luokittelusta ja määrittelystä. Aiempaa tieteellistä tietoa hyödynnettiin läpinäkyvästi vastaamaan kulloisenkin tutkimustyön tai potilastapauksen tarpeita. 1980- ja 1990-lukujen opintojen tautiluokittelussa oli paljon samaa humanistisen perinteen ja sen universaalia ja relatiivisuutta yhdistävän ihmiskäsityksen kanssa. Väittäisin, että mielisairauksiin suhtauduttiin sosiaalisina konstruktioina filosofi Ian Hackingin määrittelemällä tavalla. Tautiluokkia ei pidetty luonnollisina luokkina, vaikka Hackingin mukaan tietelle asetetaan painetta tuottaa ihmisiin liittyviä luonnollisia luokkia erityisesti mielen patologioiden osalta. Luonnolliseen luokkaan liitetään ajatus luokan välinpitämättömyydestä eli luokiteltavien tietoisuus luokittelusta ei muuta itse luokittelua. Tämän vastakohtana nähdään vuorovaikutteisuus eli esimerkiksi masennuksen kohdalla tämä tarkoittaisi sitä, että masennustautiluokan saaneet henkilöt ohjaisivat lä-

<sup>1439</sup> P sykiatrian syventävien opintojen työ. Santalahti 1987, 8.

<sup>1440</sup> Esim. yhden psykodiagnostisen testin kohdalla vuoden 1981 muistiinpanoissa lukee: ”Prognosiarvoa sairauksissa I. jos tämä ei paljon huonone on prognoosi hyvä.” ”2-1” 1981, 49.

<sup>1441</sup> Mm. vuonna 1984 valmistuneessa psykiatrian väitöskirjassa tutkija on jakanut skitsoafektiiviset psykoosit kuuteen luokkaan mukaillen vuonna 1933 julkaistussa artikkelissa tehtyä jaottelua. Mattila 1984, 79–80.

<sup>1442</sup> Radden 2009b, 81.

hinnä tiedostamattaan kokemustaan kohti kulttuurissa jaettua käsitystä masennuspo-tilaan kokemuksesta.<sup>1443</sup> Turun yliopiston opinnoissa tautiluokat olivat työkaluja, joiden jakamista kohteilleen ei välttämättä koettu edes tarpeelliseksi. Tästä syystä psykiatrisia tautiluokkia ei nähty inhimillisestä toiminnasta välinpitämättöminä, mutta ei myöskään vuorovaikutuksellisia, koska tautiluokkien ei katsottu kuuluvan osaksi arjen tietoa. Työkalumaisuus mahdollisti myös sen, että samaa käsitettä voitiin käyttää eri merkityksiin, kunhan se joka kerta määriteltiin.

Käsitteiden työkalumaisuuden tähden luokittelun paljastaminen luokittelun kohteelle saattoi olla vahingollista. Kohde ei välttämättä jakanut luokittelijan sairauskäsitystä ja saattoi muuntaa luokan mielessään luonnolliseksi ja kategoriseksi. Tällöin siitä paradoksaalisesti tuli vuorovaikutuksellinen luokka. Näin voidaan sanoa käyneen 1990-luvulla tautiluokkakeskeisyyden kasvaessa hallinnon ja arjen tiedon piireissä. Turun yliopiston tieteen tiedon ontologinen samankaltaisuus humanistisen ontologian kanssa on ollut historiallinen poikkeus psykiatrian ja psykologian kaltaisissa luonnontieteissä. Kuten Hannah Arendt toteaa, luonnontieteet etsivät lähtökohtaisesti kiistämätöntä totuutta ja tietoa, jota ei voida kumota.<sup>1444</sup> 1980- ja 1990-lukujen ontologia mahdollisti sen, että masennus oli ketterä käsite. Se liikkui ja liudentui eri dikotomioiden välillä, kuten normaali–epänormaali, sairas–terve, somaattinen–psykosomaattinen–psykykinen, oireyhtymä–yksittäinen, ohimenevä–krooninen. Samalla on huomioitava, ettei masennuksen kohdalla terve välttämättä tarkoittanut normaalia ja toisinpäin. Tieteen tiedon ontologia mahdollisti masennukseen integratiivisen näkökulman, joka ammensi saman aikaisesti useista teorioista ja luokitteluista.

Lasten ja nuorten kohdalla tautiluokkakeskeisyyteen kohdistuva kritiikki oli ajoittain vahvaa. Oireet vaihtelivat lapsuudessa ja nuoruudessa, joten niiden taakse katsomista korostettiin. Tautiluokkien ja sairauspuheen riskinä nähtiin myös se, että ne liittivät ongelmat ainoastaan lapseen ja nuoreen.<sup>1445</sup> Psykiatri Vappu Taipale<sup>1446</sup> toi toistuvasti esiin, että ”[l]apsen oire ei ole ratkaiseva”.<sup>1447</sup> Lasten oireiden taustan tutkimista painotettiin myös psykologian opinnoissa ja todettiin, ettei lasta tulisi

<sup>1443</sup> Hacking 2009, luku IV.

<sup>1444</sup> Arendt 1978, 1 Thinking: 59.

<sup>1445</sup> Koski 1973, 460–461; Taipale 1992, 251.

<sup>1446</sup> Vappu Taipale oli aktiivinen monin tavoin. Hän oli mm. Mielenterveysseuran hallituk- sessa 1970-luvulla ja uudelleen 1980-luvulla. Lahti ja Vuoripalo 1989, 95.

<sup>1447</sup> Taipale 1984, 140; Taipale 1992, 152–153. Taipale oli kirjoittanut samoista teemoista lukuvuosina 1991–1993 lastenpsykiatriassa käytössä olleeseen Olli Simellin toimittamaan *Neurolakirjaan* (1988) ja lukuvuosina 1993–1996 niin ikään lastenpsykiatriassa käytössä olleeseen omaan *Lasten mielenterveysystyö* -nimiseen teokseen (1992). Neuvo- lakirjasta minulla on käytössä vuoden 1984 toinen uusittu painos, jonka on kustantanut kolme eri lääkeyhtiötä.

diagnosoida oireiden perusteella.<sup>1448</sup> 1990-luvun opinnoissa Taipale korosti lapsen kokonaisvaltaista tutkimista:

Lapsen oireen perusteella ei koskaan voi tehdä diagnoosia hänen psyykkisestä tasapainostaan. Pelot, pakkotoiminnot, levottomuus tai mikä tahansa oireikäyttäytyminen voi heijastella lapsen kehitysvaihetta, perhetilannetta, tai tervettä reaktiota ympäristöön yhtä hyvin kuin kiteytyneempää psyykkistä häiriötä. Oireen ymmärtämistä varten tarvitaan tietoa lapsen perheestä, hänen kehitysvaiheestaan ja somaattisesta terveydestään.<sup>1449</sup>

Myöhemmässä kirjoituksessaan Taipale painotti myös somaattista puolta: ”Eriyisesti lapsen kanssa työskennellessä on otettava luonnollisena osatekijänä huomioon koko hänen ruumiillinen olemuksensa ja se, että hänen ilmaisunsa on ruumiillista.”<sup>1450</sup> Samoilla linjoilla oli ollut 1980-luvun opinnoissa lastenpsykiatri Terttu Arajärvi pohtiessaan lapsille diagnosoituja tautiluokkia. Hän korosti lapsen kokonaisvaltaisuutta ja toi esiin tautiluokkien välineellistä arvoa. Diagnosoiduilta tautiluokilta ei lääketieteessä voinut välttyä, sillä lääkärin työn katsottiin etenevän kolmena askeleena: tutkimus – diagnoosi – hoito.

Lastenpsykiatrian alalla oire ei koskaan johda suoraan etiologiaan [–]. Monissa eri somaattisissa tai psykiatrisissa sairausryhmissä oleva sairaus saattaa esiintyä samoin oirein. Lapsi on kokonaisvaltainen, psyyke ja sooma eivät ole eroteltavissa, tämä tuottaa diagnostisia vaikeuksia ja vaatii toisaalta tarkan tutkimuksen. [–] Voidaan kysyä onko diagnoosi tarpeellinen? Diagnoosia ja tarkkaa tutkimusta tarvitaan hoitosuunnitelman tekemiseen, se vaikuttaa esim. hoitomuodon valintaan, hoidon kestoon ja ennusteeseen. Tarvitaan siis tarkkaa ja kriittistä kliinistä tutkimusta sekä kokenutta päätöksentekijää tutkimusten tuloksia arvioitaessa.<sup>1451</sup>

Arajärvi kyseenalaisti tautiluokan tarpeellisuuden lapsen tilan ymmärtämisessä. Vuonna 1990 psykologian laitoksella lapsiterapeutti Raija Nyqvist kyseenalaisti luennollaan koko sairauden käsitteen puhuttaessa lasten psyykkisistä ongelmista:<sup>1452</sup> ”oireita ja häiriöitä arvioitaessa sairauskäsite erityisen irrelevantti lapsiterapeutti-

<sup>1448</sup> ”6-35” 1990, 25.9.1990.

<sup>1449</sup> Taipale 1984, 140.

<sup>1450</sup> Taipale 1992, 152–153.

<sup>1451</sup> Lastentautien opintojaksolla lukuvuosina 1984–1987 käytössä ollut oppikirja. Arajärvi 1984a, 107–108.

<sup>1452</sup> Nyqvist oli ollut pitämässä luentoa aiheesta ”Lapsen diagnosointi yksilöterapiassa näkökulmasta”. Arajärvi ja Varilo 1984, 12; Arajärvi ja Varilo 1987, 13.

nessa työssä / vrt. aikuisten oireet” ”ei selvää rajaa neuroottisen ja normaalin välillä – lapsilla rajan vetäminen vielä vaikeampaa kuin aikuisilla”.<sup>1453</sup>

Filosofi Ian Hacking on kirjoittanut psykiatristen tautiluokkien silmukkaefektistä, jossa tautiluokka ohjaa potilaan käytöstä ja ajattelua. Muutos potilaassa otetaan huomioon tautiluokkaa päivitettäessä ja silmukkaefekti on valmis. Vaikka teoria on saanut kritiikkiä osakseen, väittäisin sen sopivan tautiluokkakeskeiseen tieteen tietoon. DSM-III-tautiluokituksen vakiinnuttua, on se määritellyt mahdolliset tautiluokat ja ohjannut tutkimusta ja opetusta. Silmukkaefektissä tutkimus ja opetus joutuu mukauttamaan kiinnostuksen kohteitaan tautiluokitukseen sopivaksi, aivan kuten Hacking oli ajatellut potilaiden mukauttavan itseään. Sosiologi Nikolas Rose ja psykologi Svend Brinkmann ovat huomioineet, kuinka tautiluokkia tarvitaan nykyään tutkimusrahoitusta haettaessa. Tällä vuosituhanella jo tutkimusta aloitettaessa on sitouduttava DSM-III-tautiluokituksen ja sen myöhempien laitoksien esittelemiin tautiluokkiin joko suoraan DSM-luokituksen tai siihen pohjaavan ICD-luokituksen tai kansallisen tautiluokituksen kautta. Tästä yhdestä tautiluokittelusta irtisanoutuminen on tullut käytännössä lähes, jos ei täysin mahdottomaksi. Yhdysvaltalaisesta kulttuurista ja yhteiskuntajärjestelmästä syntynyt tautiluokitus on sairausontologialtaan muun muassa kategorinen, häiriöitä tai sairauksia luonnollisina luokkina käsittelevä, oirepohjainen ja pitkälti biopsykiatria edustava. Vuosina 1980–1995 Turun yliopiston opinnoissa tällaista sairauskäsitystä ja ontologiaa pidettiin monimutkaisia asioita liiaksi yksinkertaistavana. Tiede vaatii resursseja ja 1990-luvun opinnäytteissä otettiin ajoittain kantaa tiedepolitiikkaan ja tutkimusrahoitukseen. Vuonna 1994 valmistuneessa psykiatrian väitöskirjassa todettiin:

Kun biologinen psykiatria nostaa julkista profiiliaan, kysymys on tieteellisen tiedon kasvun esittelemisestä, mutta myös tiedepolitiikasta, ts. viroista ja määrärahoista. Kun luodaan vaikutelmaa, että lopullinen tieteellinen läpimurto on hyvin lähellä, vihjaistaan samalla ns. päättäjille, että nyt tarvitaan ”vain kunnan panostusta”. Saattaa kuitenkin olla, että biologisen psykiatrian tapa lähestyä esim. skitsofrenian arvoitusta on niin raskautettu – paitsi empiirisillä – myös filosofisilla ja käsitteellisillä ongelmilla, että lopullinen läpimurto on vielä pitkän päivämatkan takana.<sup>1454</sup>

Vuonna 1993 valmistuneessa psykiatrian väitöskirjassa todettiin, että kulttuuri ja tutkimusrahoitus oli siirtynyt painottamaan biologisesti ja epidemiologisesti suuntautunutta psykiatriasta tutkimusta. Tällä kerrottiin olleen seurauksia, kuten se, että psykoterapian tehokkuutta mittaavat tutkimukset olivat joutuneet adaptoimaan me-

<sup>1453</sup> ”6-39” 1990.

<sup>1454</sup> Laitinen 1994, 115.

todeja lääketutkimuksilta. Toisaalta käytännön tasolla potilaiden sosiaalista ja psykososiaalista tukea ei nähty enää yhtä tärkeänä kuin aiemmin.<sup>1455</sup> Psykologi Tom Strong katsoo kehityksen liittyvän 1990-luvulla kasvaneeseen vaatimukseen näyttöön perustuvasta tieteestä, minkä Strong näkee ongelmallisena kehityksenä.<sup>1456</sup>

DSM-III- ja DSM-III-R-tautiluokitukset otettiin opinnoissa muiden luokitusten rinnalle, mutta ne herättivät myös kritiikkiä. Sosiaalipsykiatrian vuonna 1989 julkaistussa oppikirjassa käsiteltiin tuolloin suht tuoretta DSM-III-R-tautiluokitusta. Oppikirja kritisoi luokitusta mielenterveyden häiriöiden operationalisoinnista ja liiallisesta yksilökeskeisyydestä:

Sosiaalipsykiatrian kannalta DSM-III-R:n määritelmää on pidettävä liian yksilökeskeisenä. Mielenterveydessä ja mielenterveyden häiriössä on aina mukana myös yhteisöllinen ja vuorovaikutuksellinen näkökulma. Mielenterveyden häiriö ei voi esiintyä ikään kuin sosiaalisessa tyhjiössä, vaan se liittyy aina osana johonkin sosiaaliseen järjestelmään. Keskeisin sosiaalinen järjestelmä tässä yhteydessä on potilaan perhe, mutta tärkeitä ovat myös potilaan muut ihmissuhteet: sukulaiset, ystävät, työtoverit jne.<sup>1457</sup>

DSM-III muutti diagnosoinnin aikaulottuvuutta keskittyen vain kyseiseen hetkeen ja sitä edeltäneeseen rajattuun, lähinnä muutaman viikon pitkäan ja joka tapauksessa yleensä alle vuoden ajanjaksoon. Poistamalla aikaulottuvuuden ja kiinnittämällä huomion sairauteen ja oireisiin, DSM-III teki tautiluokista yksittäisistä oireista koostuvia sairauksia, jotka voitaisiin parantaa poistamalla kyseiset oireet. Masennuksista tuli oireyhtymiä, ja vakava masennustila -tautiluokasta tunnetuin masennus. Brinkmann huomauttaa, että DSM-III-tautiluokituksessa oireet eivät ole oireita, vaan itse sairaus, mikä on aivan oma sairauskäsityksensä. Brinkmann havainnollistaa käsitystä kuvaamalla, kuinka somaattisissa sairauksissa oire on vain merkki sairaudesta.<sup>1458</sup> Tällainen sairauskäsitys ei kuitenkaan syntynyt ensimmäistä kertaa DSM-III:n myötä, vaan siitä oli puhuttu aiemminkin. Psykiatrian vuonna 1994 julkaistussa väitöskirjassa sairauskäsityksen historiaa pohdittiin näin:

Mielenkiintoisesti analogisella tavalla näiden 1600–1700-luvun tautiluokitusten rasitteena oli sama virhepäätelmä, joka [– –] vaivaa myös nykyistä DSM-III-

<sup>1455</sup> Lehtinen 1993, 43.

<sup>1456</sup> Strong 2012, 55–56.

<sup>1457</sup> Lääketieteen liseniaatin opintojen psykiatrian opintojakson oppikirja lukuvuosina 1989–1993. Sosiaalipsykiatrian oppikirjan vuonna 1989 julkaistu uusi painos. Psykiatrian opintojaksolla lukuvuosina 1979–1987 oli käytössä saman oppikirjan aiempi vuonna 1978 julkaistu versio. Lehtinen et al. 1989, 172.

<sup>1458</sup> Brinkmann 2016, 31.



pohjaista psykiatrista tautiluokitusta. [– –] Jos lääkäri olisi pelkästään oireiden ja löydösten havainnoinnin varassa, hänellä olisi vain vähän, jos lainkaan mahdollisuuksia välttää [ontologiselta] virhepäätelmältä. Sairauden ilmiänsua koskevia kuvauksia olisi hyvin vaikea erottaa etiologisiksi selityspenusteiksi postuloituista käsitteellisistä konstruktioista, so. erillisistä sairausentiteeteistä.<sup>1459</sup>

Kansainvälisesti käyttöön otettujen tautiluokitusten taustalla olleet sairauskäsitykset olivat jopa oppikirjatasolla herättäneet huolta jo aiemminkin. 1980-luvulla psykiatrian oppikirjassa Turun yliopiston psykiatrian professori Yrjö Alanen pohti tautiluokituksia. Hän analysoi ICD-8-tautiluokitusta, joka oli Suomessa tullut Lääkintöhallituksen hyväksymänä voimaan vuonna 1969:

Kansainvälinen tautiluokitus pohjautuu perinteiseen lääketieteelliseen sairauskäsitykseen, jota on pidettävä *liian ahtaana* ja *vanhentuneena* erityisesti mielen-terveyden häiriöiden tarkastelussa. Yksilökeskeinen häiriöiden luokitus ei jätä tilaa yksilön ja ympäristön välisten vuorovaikutustilanteiden luonnehtimiseen, ei esim. suhteellisen normaaleillakin henkilöillä tavattaville kriisireaktioille (ks. Cullberg 1977). Kärjistyneimminkin tulevat tautiluokituksen rajoitukset esiin *lasten ja nuorten mielen-terveyden häiriöissä*, joiden ymmärtämisessä ja hoidollisessa lähestymisessä painopiste on siirtynyt yksilökeskeisestä näkemyksestä perheensisäisten ja muiden vuorovaikutustilanteiden tarkasteluun. Mutta myös aikuisikäisten kohdalla johtaa ahtaasti häiriöiden luokituksen pohjautuva jaottelu auttamatta *liian yksilökeskeiseen näkemykseen, joka täydennyksekseen vaatii myös muita tarkastelukulmia*.<sup>1460</sup>

Alanen kritisoi kansainvälisen tautiluokituksen yksilökeskeisyyttä jo ennen DSM-III-tautiluokitusta. Yksilöä ei haluttu irrottaa ympäristöstään – oli se sitten lapsuuden tapahtumat, elämänhistoria, perhe tai paikka yhteiskunnassa. Yksilökeskeisyys ei psykiatriassa ja psykologiassa tarkoittanut itsensä sivistämistä ja kultivoimista tai muuta yksilöllisten hyveiden kehittämistä. Yksilökeskeisyys oli vuosien 1980–1995 opinnoissa kommentaari pitkäikäiseen ”ympäristö vai perimä” -keskusteluun. Yksilöllä viitattiin ympäristöstä riippumattomaan sairauteen ja oireiluun. Esimerkiksi psykologian opinnoissa vuonna 1984 kerrottiin persoonallisuuden kuvauksessa yksilökeskeisyyden tarkoittavan keskittymistä ”yksilön ominaisuuksiin, oppimistuloksiin ja sisäisiin ristiriitoihin”.<sup>1461</sup> Ajattelutapaan viittaa myös tutkimuskirjal-

<sup>1459</sup> Laitinen 1994, 11.

<sup>1460</sup> Lääketieteen lisensiaatin opintojen psykiatrian opintojaksolla lukuvuosina 1979–1987 käytössä ollut suomalainen sosiaalipsykiatrian oppikirja. Alanen 1978, 38.

<sup>1461</sup> Niemi, Nurmi ja Vauras 1984, 55.

lisuudessa usein toistuva tätä vuosituhatta koskeva huoli ongelmien näkemisestä ensisijaisesti tai puhtaasti yksilökeskeisinä yhä laajenevan patologisoinnin seurauksena.<sup>1462</sup> 1980-luvun ja 2000-luvun Suomessa julkaistujen tekstien masennuskäsityksiä pro gradu -työssään tutkinut Jenni Santaholma huomioi, että 2000-luvulla käsitys sairaudesta on ollut biologinen ja mielen ongelmat nähdään yksilöllisinä, kun taas 1980-luvulla sairauskäsitykset olivat normatiivisia, sosiaalisia ja funktionaalisia, ja mielen ongelmia lähestyttiin laajemmasta näkökulmasta.<sup>1463</sup>

Psykologi Svend Brinkmann katsoo tautiluokakeskeisyyden kasvun ja psykiatrisen ja psykologisen puhetavan leviämisen olleen psykiatrien intressi. Arjen tieto vain seurasi ammattilaisten esimerkkiä.<sup>1464</sup> Turun yliopiston opinnoissa ei tällaista intressiä ollut. Tarve normatiiviseen ja oirekeskeiseen luokitteluun, tautiluokkien näkemiseen luonnollisina ja kategorisina luokkina ja kaikista lähestymistavoista juuri biopsykiatrisen korostamiseen yli muiden ei tullut Turun yliopiston opintoihin tieteestä, vaan hallinnon ja arjen tiedon piireistä. Muutos oli paradigmaattinen ja se tiedostettiin Turun yliopistossa. Paradigmaattisuus näyttäytyi opinnoissa totaalisuutena. Siinä missä aiemmin opinnoissa ja opinnäytteissä saattoi elää useita näkökulmia, teorioita ja käsitteitä rinnakkain, uudenlaiset käsitykset oli joko omaksuttava tai oltava niitä vastaan. Muutos vaati luokkien käytännöllisyyden unohtamista. Psykiatristen tautiluokkien luonnollistaminen ei ole palvellut tieteen tietoa. Vuosina 1980–1995 tautiluokat olivat tieteessä kommunikaatiota helpottava työväline. Tautiluokkien ympärille ei rakennettu ymmärrystä potilaasta eikä potilas itse rakentanut potilaidentiteettiään yksittäisen tautiluokan varaan.

\*

Tässä luvussa olen analysoinut opiskelijoiden, väitöskirjatutkijoiden ja erikoistuvien lääkäreiden masennuskäsitysten muodostumista osana tieteen, hallinnon ja arjen tietoa. Olen osoittanut, että kaikki tiedon piirit olivat läsnä opinnoissa ja opiskelijoiden elämässä. Tiedon piireistä omaksutut masennuskäsitykset elivät rinnan ja lomittain toistensa kanssa, mutta näin tekivät myös tieteen sisäisten useiden koulukuntien, teoria-perinteiden ja tieteenalojen masennuskäsitykset. Vuosien 1980–1995 opinnoissa päällimmäisenä oli halu ymmärtää ihmistä – ihmisen käytöstä, ajattelua, toimintaa – silloinkin kun se oli normaalista poikkeavaa. Ymmärrystä haettiin yksilön kehon toimintojen lisäksi laajemmalta keskittyen muun muassa elämässä tapahtuneisiin muutoksiin, lapsuuteen ja sosiaalisiin suhteisiin. Psykiatriset tautiluokat olivat työkalu muiden joukossa, eikä niille haluttu opinnoissa antaa liiallista valtaa.

<sup>1462</sup> Ks. esim. Brinkmann 2017a, 171.

<sup>1463</sup> Santaholma 2006, Tiivistelmä.

<sup>1464</sup> Brinkmann 2017a, 175–177.

## 4 Masennuksista tautiluokkakeskisyyteen

Tutkimuksessani olen kulttuurihistoriallisesta viitekehyksestä vastannut kysymyksen, millaisia ryhmäkohtaisia masennuskäsityksiä Turun yliopiston psykologian laitoksen ja lääketieteellisen tiedekunnan opiskelijoilla, erikoistuvilla ja väitöskirjatutkijoilla oli vuosina 1980–1995. Tutkimukseni kohteena on ollut masennuksien tulkinnat ja määrittelyt sekä näiden keskinäiset yhteydet ja eroavaisuudet. Olen tarkastellut masennuskäsitysten muotoutumista tieteen, hallinnon ja arjen tiedon piiriin kautta ja niiden yhteisvaikutuksessa.

Tutkimuksessani olen osoittanut, että vuosina 1980–1995 Turun yliopiston psykologian laitoksella ja psykiatrian ja lastenpsykiatrian oppiaineissa siedettiin tieteen epävarmuutta ja tietämättömyyttä. Tieteenalat, koulukunnat ja teoriat elivät rinnakkain. Mahdollisista ristiriitaisuuksista huolimatta mieltä ja mielen toimintaa lähestyttiin useiden tieteellisten näkökulmien kautta. Opinnoissa tunnistettiin hallinnon ja arjen näkökulmat ja masennuskäsitykset. Tutkimukseni perusteella masennus on samassa paikassa ja ajassa saattanut käyttöyhteydestä, käyttötarkoituksesta ja näkökulmasta riippuen merkitä terveyttä, sairautta, normaalia ja epänormaalia tai jotakin näiden väliltä.

Tutkimuksessani olen analysoinut masennusta koskevan tiedon rakentumista tulevien tai jo työelämässä olleiden mielenterveyden ammattilaisten opinnoissa, erikoistumisessa ja tutkimustyössä. Olen rajannut tutkimukseni Turun yliopiston psykologian laitokseen ja lääketieteelliseen tiedekuntaan. Väitöstutkimukseni avaa uusia näkökulmia ajankohtaisiin keskusteluihin masennuksesta ja mielenterveyden ammattilaisten käsityksistä. Moni vuosina 1980–1995 opiskellut, erikoistunut tai väitöskirjatutkimusta tehnyt toimii edelleen hankkimassaan ammatissa ja osallistuu työssään ja vapaa-ajallaan keskusteluihin masennuksen määrittelystä. Osa saattaa vuosina 1980–1995 vallalla olleen käsityksen tavoin kyseenalaistaa vain yhteen tautiluokitukseen nojaamisen. Tutkimukseni sanoittaa ja valaisee muun muassa näiden ajatusmallien historiaa.

Väitöskirjassani olen analysoinut opiskelijoita, väitöskirjatutkijoita ja erikoistuvia lääkäreitä yksittäisistä toimijoista koostuvana ryhmänä, joka omaksuu, tulkitsee, toisintaa ja tuottaa masennuskäsityksiä. Olen analysoinut ryhmäkohtaisia masennus-

käsityksiä huomioiden opiskelijoilla olleen opintojen lisäksi ja edeltävästi myös muualta omaksuttuja masennuskäsityksiä. Tutkimuksessani olen korostanut opiskelijoiden aktiivista toimijuutta masennuskäsitysten tulkitsijoina.

Jokaista tarjolla ollutta masennusmääritelmää ei ole omaksuttu sellaisenaan eikä kaikesta ole muodostunut pysyvää tietoa. Tutkimuksessani olen analysoinut merkitystihentymiä eli hakenut toistuvia määritelmiä. Olen hyödyntänyt kehittämäni masennusattribuutin käsitettä, jolla olen viitannut kaikkeen masennukseen liitettyyn, kuten sukupuoli, tunteet, ajatusmallit, ikä tai elämään ja työhön liittyvät haasteet. Merkitystihentymän olen tulkinnut sitä vakaammaksi, mitä useammin ja varioidummin masennusattribuutti on esiintynyt. Esimerkiksi itseen kohdistuva negatiivisuus esiintyi useissa erilaisissa muodoissa ja se liitettiin useisiin toisistaan poikkeaviin masennusmääritelmiin. Merkitystihentymiä olen hakenut myös ristiinlukemalla erityyppisiä aineistoja. Esimerkiksi hidastuminen liitettiin masennukseen oppimateriaalien ja opiskelijoiden omien kirjoitusten lisäksi tautiluokituksissa ja arjessa tuotetuissa ja luetuissa teksteissä.

Opiskelijoista, väitöskirjatutkijoista ja erikoistuvista muodostuneen ryhmän masennuskäsityksiä ja tiedonmuodostusta olen analysoinut tarkastelemalla niitä osana tieteen, hallinnon ja arjen tiedon piirejä. Tiedon piirit olivat läsnä opinnoissa, mutta myös vapaa-ajassa ja mahdollisessa työelämässä. Jokaisessa tiedon piirissä oli omat masennuskäsityksensä. Muutokset masennuskäsityksissä tapahtuivat tiedon piireissä eri tavoin ja eriaikaisesti.

Tutkimuksessani olen hyödyntänyt aineistoja kaikista kolmesta tiedon piiristä. Opintoihin ja opetushenkilökuntaan liittyvät materiaalit rakentavat kuvaa tieteen tiedosta. Kansalliset ja kansainväliset tautiluokitukset sekä opintojen osana luetut lait ja säädökset ovat mahdollistaneet hallinnon tiedon masennuskäsitysten analysoinnin. Arjen tiedon piiristä olen hyödyntänyt mielenterveysjärjestöjen julkaisuja, laajalevikkistä naistenlehteä sekä kahta muistitietokeruuta, joista toinen oli suunnattu naisille. Väitän näiden mahdollistaneen arjen jaettujen masennuskäsitysten analysoinnin. Tutkimani opiskelijaryhmä on jakanut tai vähintään tunnistanut analysoimani arjen ajattelutavat. Arjen aineistojen osalta ristiinlukemisen merkitys on korostunut eli olen analysoinut tekstistä ja aineistosta toiseen toistuneita käsityksiä. Kun sama ajatus toistui eri ikäisten kirjoittamisissa ja eri tarkoituksiin kirjoitetuissa teksteissä, oli kyseessä laajemmin jaettu käsitys. Käyttämäni aineisto on antanut mahdollisuuden analysoida ryhmäkohtaisia masennuskäsityksiä ja niiden muutoksia osana ryhmän jakamia kolmea tiedon piiriä.

Kontekstoidakseni masennuskäsityksiä olen muun aineiston lisäksi hyödyntänyt haastattelujen kautta saamaani muistitietoaineistoa. Tutkimuskohteenani olevat masennuskäsitykset ovat olleet monitahoisia ja osittain tiedostamattomia ontologioineen ja konnotaatioineen. Tästä syystä en ole muistitietoaineistosta analysoinut muu-

taman vuosikymmenen takaisia ja mahdollisesti jo monin tavoin muuttuneita ja myöhemmän historian värittämiä ajatusmalleja.

Väitöskirjassani olen lähestynyt masennuskäsitysten muotoutumista kahdesta eri näkökulmasta lähtöisin ja nämä ovat muodostaneet tutkimukseni kaksi käsittelyluokkaa. Ensimmäisessä käsittelyluvussa olen analysoinut mitä masennukseen attribuoiitiin vuosina 1980–1995. Käsittelyluvussa aineisto keskittyy lähinnä tieteen ja hallinnon tiedon piireihin, sillä arjen masennuskäsityksillä ei tuohon aikaan ollut suuremmin omia erillisiä masennusattribuuttejaan. Arjessa sanalla masennus viitattiin usein normaalia ja tervettä kuvanneeseen ohimenevään tunteeseen, pidempiaikaiseen olotilaan tai vallitsevaan ilmapiiriin. Nämä olivat omanlaisiaan masennuksia ja tästä syystä analysoin näitä erikseen käsittelyluvun alussa. 1990-luvulla arjen tietoon alkoi laajemmin vakiintua erityisesti hallinnon tiedosta tuttu tautiluokkakeskeinen masennus. Väitän, ettei arjessa kuitenkaan vielä tuolloin omaehtoisesti tuotettu tautiluokkakeskeistä masennuspuhetta. Tutkimuksessani olen tästä syystä analysoinut arjen tekstien tautiluokkakeskeisiä masennusmääritelmiä tieteen ja hallinnon tiedosta lähtöisin olevina ja dynaamisesti arkeen omaksuttuina.

Toisessa käsittelyluvussa olen sitonut masennuskäsitykset osaksi toisaalta kolmea tiedon piiriä ja toisaalta tieteenaloja ja koulukuntia. Olen analysoinut masennuskäsitysten tiedonpiirikohtaisia ja tieteenalakohtaisia eroja ja samankaltaisuuksia sekä käsitysten ajallista muutosta ja muuttumattomuutta. Tässä käsittelyluvussa olen kirjoittanut auki masennuskäsityksissä tapahtuneiden muutosten historiallisia taustoja.

Kummassakin käsittelyluvussa on keskiössä ollut opiskelijoiden ryhmätietoon vaikuttaneet käsitykset ja niiden kontekstit. Masennuskäsityksiä omaksuttiin tiedon piireistä ja tieteen tiedon sisäisistä koulukunnista, teorioista ja tutkimuksista. Käsitysten taustalla saattoi olla toisistaan suurestikin eroavia epistemologioita ja sairautontologioita. Väitän opiskelijoiden oppineen hyödyntämään moninaisuutta.

## 4.1 Monista näkökulmista siirryttiin yhteen luonnontieteelliseen totuuteen

Masennusta psykiatrisena tautiluokkana osana historiallista muutosta analysoivat tutkimukset sijoittuvat usein hallinnon tiedon alueelle ja sitovat muutoksen *medikalisaatioon*<sup>1465</sup>, *biomedikalisaatioon*<sup>1466</sup> ja *psykofarmakolisaatioon*<sup>1467</sup>. Medikalisaatio voidaan suomentaa elämän lääketieteellistymiseksi. Sosiologi Ilpo Helén kirjoitti

<sup>1465</sup> Medikalisaatio-käsite on peräisin Irving Zolan julkaisusta vuodelta 1972. Rintala 1995, 16; Tuomainen et al. 1999, 15.

<sup>1466</sup> Ks. esim. Clarke et al. 2003.

<sup>1467</sup> Ks. esim. Ban 2013.

taa medikalisaation olevan ihmisten alistamisen ja syrjimisen mahdollistamaa professionaalista ylivaltaa sekä tieteen ja ammattiaseman väärinkäyttöä. Psykofarmakolisaatio viittaa psykiatriisiin sairauksiin tarkoitettujen lääkkeiden näkemiseen ratkaisuna yhä moninaisempiin asioihin yksinäisyydestä suruun. 1980-luvulta lähtien voidaan sanoa länsimaisten yhteiskuntien vahvasti biomedikalisoituneen, mikä tarkoittaa laajalti yhteiskunnassa jaettua uskoa aina uusiin biolääketieteellisiin teknologioihin. Psykologisten teorioiden ja käsitteiden omaksumiseen arjen tietoon voidaan sanoa olevan *psykokulttuurin* leviämistä. Tämä on suomalaisen psykologi Janne Kivivuoren 1990-luvulla lanseeraama käsite. Pitkälti vastaava teoria on *terapiakulttuurin* kasvu, jolla viitataan yksilön ja yhteiskunnan vaikeuksien ja ongelmien tarkasteluun ”(psykykkisen) terveyden ja sairauden näkökulmasta, ja ongelmien ratkaisuksi tarjotaan lääkityksen ohella ennaltaehkäisevää valistusta”.<sup>1468</sup> Vaikka jokainen näistä lähestyy kulttuurissa ja yhteiskunnassa tapahtuneiden muutosten selittämistä eri tavoin, on kaikille yhteistä tieteestä tulevan terminologian ja ajatusmallien omaksuminen ja muuntaminen osaksi hallinnon ja arjen tietoa. Medikalisaatiotutkijat lähestyvät lääketiedettä valtaansa laajentamaan pyrkivänä yhteiskunnallisena instituutiona. Sosiologi Elina Oinaan mukaan osa tutkijoista muistuttaa, ettei lääketiede voisi vahvistaa valta-asemaansa, jollei suomalaisessa tai länsimaisessa kulttuurissa olisi sitä suosivia mekanismeja. Lääketieteelliset ja farmakologiset ratkaisut asettuvat osaksi kapitalistista ja yksilökeskeistä kulttuuria.<sup>1469</sup> Huomion arvoista on myös se, että medikalisaatio ei tarkastele ainoastaan sairauden vaan myös terveyden leiman lyömistä aina uusiin ilmiöihin.<sup>1470</sup>

Osa hallinnon tiedon muutosta on psykologi Tom Strongin mukaan ollut, kuinka näyttöön perustuvan hoitotyön (evidence based practice) ja näyttöön perustuvan lääketieteen (evidence based medicine) vaatimus 1990-luvulta lähtöisin on kulkenut käsi kädessä DSM-pohjaisten sairaus- ja masennuskäsitysten yleistymisen kanssa. Helén toteaa vuonna 2010 kirjoittamassaan artikkelissa, että tuolloin psykiatriassa oli jo itsestään selvä vaatimus näyttöön perustuvista hoitokäytännöistä. Tautiluokakeskeisyys on osa mittaamisen keskeisyyttä. Strong huomauttaa, että patologisoidulla tiloilla, niistä tehdään lääketieteellisiä ongelmia. Kun kyseessä on lääketieteellinen ongelma, voidaan ongelma nimetä ja luokitella, josta seuraa, että ongelmaa voidaan lähteä ennalta määritellyin keinoin parantamaan ja poistamaan. Samalla DSM-III ja sen myöhemmät editiot ovat antaneet selkeät mittayksiköt hoitotyön tuloksellisuuden mittaamiselle: Oireet joko vähenevät tai eivät.<sup>1471</sup> Oireperustaisuus on

<sup>1468</sup> Komulainen, Rätty ja Silvonen 2006, 6. Ks. myös Kivivuori 1992; Helén 2002, 104–105.

<sup>1469</sup> Oinas 2011, 160–161.

<sup>1470</sup> Rintala 1995, 16.

<sup>1471</sup> Helén 2010, 45–46; Strong 2012, 55–56. Ks. myös esim. Louhiala ja Hemilä 2005.

yksi merkittävimmistä DSM-luokituksen määrittelemän masennuksen rakennuspalikoista. Hallinnon tiedon järjestelmien kannalta on hyödyllistä redusoida monimutkaiset asiat yksilön ongelmiksi siten, että ongelmien määrittely ja hoito on annettu muutaman rajatun tieteenalan tehtäväksi. Samoja ajattelutapoja on omaksuttu arjen tietoon, jossa mielenterveyskansalaiset ovat omaksuneet käsityksiä, määritelmiä ja vastuita. Sosiologi Lotta Hautamäen DSM-psykiatriaksi kuvaama ajattelutapa on levinnyt suomalaiseen hallintoon ja arkeen ja homogenisoinut masennuskäsityksiä.<sup>1472</sup> Suomessa yksi merkittävimmistä valtiollisista tekijöistä tässä kehityskulussa ovat mielestäni olleet Käypä hoito -suositukset, joista ensimmäinen masennusta koskeva suositus julkaistiin vuonna 2004.<sup>1473</sup> Väite vaatisi tuekseen jatkotutkimusta. Samoin jatkotutkimuksen kohde ovat terveydenhuollon tietojärjestelmien käyttöönotto. Olisi tärkeä kysyä, mikä merkitys muun muassa potilastietojärjestelmien vaatimilla tiedoilla ja tautiluokakohtaisilla koodeilla on ollut diagnostiikkaan yleisesti sekä yksittäisten potilaiden ja asiakkaiden avun ja hoidon tarpeen määrittelyyn.

Opiskelijat, erikoistuvat ja väitöskirjatutkijat olivat tekemisissä hallinnon tiedon kanssa osana opintoja sekä harjoittelujaksolla ja työelämässä. He oppivat toimimaan hallinnon tiedon piirissä potilaan tai asiakkaan kannalta eettisellä tavalla, ja he ymmärsivät hallinnon ja tieteen masennuskäsitysten eroja. Hallinnon tiedon masennuskäsityksiin vaikuttivat muun muassa kansalliset ja kansainväliset tautiluokitukset, mielenterveyspalveluissa työskenteleville suunnatut koulutukset sekä masennuseulojen kaltaiset työvälineet.

Vuosina 1980–1995 hallinnon tiedon masennuskäsitysten muutokset näkyivät tutkimuksessani erityisesti kansallisten ja kansainvälisten tautiluokitusten kautta. Kansainvälisten tautiluokitusten lisäksi yhdysvaltalaisen DSM-III-tautiluokituksen vaikutukset Suomessa käytetyissä epävirallisissa ja virallisissa tautiluokituksissa olivat selkeät ja eksplisiittiset. Näiden lisäksi hallinnon tiedon muutokset näkyivät tieteen tiedossa. Uudenlaista paradigmaa kommentoitiin ja siihen suhtauduttiin kah-tiajakoisesti. DSM-III ja sen edustama ajattelutapa sai tieteen tiedon piirissä osakseen sekä toiveikasta bio-optimismia että kriittisyyttä ja jopa vastustusta. Hallinnon tiedon masennuskäsitysten muutokset näkyivät myös arjessa. Hallinnon masennuskäsityksiä kuvattiin *Anna*-lehden ja mielenterveysjärjestöjen lehtien palstoilla muun muassa mielenterveyden ammattilaisten haastatteluisia tai omissa kirjoituksissa esimerkiksi lääkäripalstan muodossa. Hallinnon tiedosta arkeen dynaamisesti kiertäneet masennuskäsitykset olivat läsnä omakohtaista tai läheisen mielenterveyspalveluiden käyttöä kuvaavissa teksteissä.

<sup>1472</sup> Hautamäki 2006b, 25, 33.

<sup>1473</sup> Duodecim: Käypä hoito -sivusto. Depressio, Käypä hoito -suosituksen historiatiedot.

## 4.2 Uusi mielenterveyskansalainen kaipasi tautiluokkia

Hallinnon tiedon tavoin arjen tieto oli läsnä lääketieteen ja psykologian opinnoissa. Opiskelijat, väitöskirjatutkijat ja erikoistuvat olivat tietoisia mielenterveyspotiluu-teen liittyvistä haasteista ja mahdollisesta häpeästä. Arjen tietoa omaksuttiin opintojen ulkopuolisesta elämästä ja työelämästä sekä osana opintoja muun muassa oppimateriaalien potilas- ja asiakaskuvauksissa tai opiskelijoiden tekemissä haastatte- luissa ja harjoitustöissä.

Vuoden 1995 jälkeen tieteen, hallinnon ja arjen masennuskäsitykset ovat lähentyneet toisiaan. Edelleen tieto kiertää dynaamisesti, mikä tarkoittaa tiedon tulkitsemista ja omaksumista kunkin tiedon piirin omista lähtökohdista käsin. Moni tutkija on kuitenkin huolissaan muutoksesta. Psykologi Svend Brinkmann on 2010-luvulla vakiinnuttanut käsitettä *diagnostiset kulttuurit*, jolla hän viittaa siihen, kuinka ihmisen ongelmat ja kärsimys tulkitaan enenevässä määrin psykiatristen tautiluokkien kautta. Tämä ei ole vain tapa ajatella asioita, vaan medikalisaation ja muiden trendien tavoin yhä konkreettisemmin osa nyky-yhteiskunnan toimintaa. Ymmärtämisen ja tulkitsemisen lisäksi tautiluokkia tarvitaan kasvavassa määrin käytännön elä- mässä. Svend Brinkmann on sosiologi Nikolas Rosea mukailleen koonnut listaa tau- tiluokkien käyttötavoista tällä vuosituhanella. Nykyään hoitoa ei saa ilman tauti- luokkaa sisältävää diagnoosia, ja toisaalta diagnosoitu tautiluokka voi mahdollistaa tahdosta riippumattoman psykiatrisen hoidon. Vakuutus ei kata diagnosoimatto- masta sairaudesta aiheutuvia kuluja eikä ilman diagnoosia voi välttämättä olla poissa töistä. Yksilön kannalta tärkeiden sosiaalietuksien saanti voi riippua diagnoosiin merkitystä tautiluokasta samoin kuin koulumaailmassa oppilaan erityisopetus. Sai- raaloiden ja muiden terveydenhuollon laitosten rahoitus perustuu osittain sille, mitä potilaita niissä hoidetaan eli mitä psykiatrisia tautiluokkia niissä on merkitty hoidet- tavan. Hoitopalveluiden suunnittelu puolestaan perustuu epidemiologisiin arvioihin ja ennustuksiin, ja näiden tutkimusten pohjana toimivat tautiluokkiin perustuvat ti- lastot. Lisäksi tieteellinen tutkimus on tällä vuosituhanella tautiluokkakeskeistä, sillä rahoitusta saadakseen on perusteltava mitä psykiatrista tautiluokkaa tutki- taan.<sup>1474</sup> Diagnosoitavissa olevien tautiluokkien kanssa operoidaan nyky-yhteiskun- nassa monilla tasoilla ja monissa yhteyksissä. Diagnostisten kulttuurien merkittävä kasvu on tässä loppuluvussa kuvaamistani trendeistä hiljattaisin. Huomion arvoista on, ettei Brinkmannin teoria diagnostisista kulttuureista ota kantaa onko kärsimys tai masennus todella lisääntynyt vai ei. Se ei myöskään ota kantaa teorioihin masennuk- sen mahdollisen lisääntymisen syistä. Sen sijaan se tarjoaa vaihtoehdoisen näkökul- man tarkastella ihmisten ongelmien ja kärsimyksen käsittämistä kulttuurin sisällä.

<sup>1474</sup> Brinkmann 2016, 1, 14. Ks. myös esim. Strong 2012, 57.



Se keskittyy analysoimaan sitä, kuinka ihmisten kärsimystä ja ongelmia yhä enenevässä määrin ymmärretään diagnosoitujen tautiluokkien kautta.<sup>1475</sup>

Medikalisaation ja terapiakulttuurin kaltaisia trendejä koskevat teoriat sisältävät oletuksen vallankäytöstä, kussakin eri mekanismein.<sup>1476</sup> Valtatematiikkaa ei voi välttää tutkittaessa tiedettä osana yhteiskuntaa. Teoriat lähtevät ajatuksesta, jossa tieteen avulla legitimoidaan jotakin aiemmin tieteen ulkopuolista. Tiedettä käytetään aiempaa laajemmin ja useammissa tilanteissa, ja samalla tieteellisesti koulutettujen ammattilaisten yhteiskunnallinen valta kasvaa.<sup>1477</sup> Teoriat ovatkin käytännöllisiä kuvaamaan yhteiskunnassa tapahtuneita hallinnon ja arjen tiedon muutoksia, mutta eivät niinkään tieteen tiedon piirin sisäisen historian tutkimiseen. Laajimmin ja kauimmin käytössä olleen medikalisaatio-teorian ovat sosiologit Peter Conrad ja Joseph Schneider jakaneet vuonna 1980 kolmeen tasoon, jotka neljä suomalaista medikalisaatiotutkijaa tiivistää seuraavasti: ”[K]äsitteellisellä tasolla lääketiede määrittelee yhä enemmän jokapäiväistä elämää ja poikkeavuutta; järjestelmätasolla lääketiede kohentaa valta-asemaansa; yksilötasolla lääkärin arvovalta suhteessa maallikkoon kohoo entisestään.”<sup>1478</sup> Tasoihin ei kuulu tieteen sisäinen analyysi eikä se medikalisaation kohdalla tuntuisikaan loogiselta, sillä lääketieteellisen vallan kasvu lääketieteen sisällä on paradoksi.

Myös ajatus diagnostisista kulttuureista on lähtökohtaisesti yhteiskuntatieteellinen. Brinkmann kirjoittaa diagnostisista kulttuureista monikossa, millä hän viittaa siihen, että useat yhteiskunnan toimijat ovat muokanneet diagnostisen kulttuurin omakseen ja käyttävät sitä omiin tarkoituksiinsa.<sup>1479</sup> Käsite diagnostinen kulttuuri ei itsessään ole uusi, vaan sitä on käytetty 1960-luvulta alkaen ja käsitteen lanseeraajana pidetään norjalaista sosiologia Yngvar Løchenia ja hänet mainitaan ajoittain myös 1980- ja 1990-lukujen Turun yliopiston opinnoissa. Vuonna 1981 pidetyllä psykologian kurssilla opetettiin, että ”diagnostinen kulttuuri (Yngvar Løchen) tavoitteena saada diagnoosi aikaan. Arvo sinänsä ja lopullinen leima.”<sup>1480</sup> Tuolloin käsitteeseen liitettiin vahva valta-aspekti. Ydinajatus on pysynyt samana – ainakin, jos vertaa vuonna 1989 julkaistuun suomalaisen sosiaalipsykiatrian oppikirjan määritelmään: ”Diagnostinen kulttuuri yksilöllistää myös sellaiset ilmiöt, joiden luonne on yhteisöllinen ja joissa selvästi näkyvät yhteisölliset piirteet. Suhtautuminen poikkeavuuksiin, kulttuurieroihin tai arvoihin voi vääristyä.”<sup>1481</sup> Olennaista onkin huomioida, että diagnostinen kulttuuri edellyttää tietynlaista sairausontologiaa. Omatak-

<sup>1475</sup> Brinkmann 2017b, 2.

<sup>1476</sup> Ks. esim. Komulainen, Rätty ja Silvonon 2006, 7.

<sup>1477</sup> Ks. esim. Tuomainen et al. 1999, 15–16.

<sup>1478</sup> Tuomainen et al. 1999, 15–16.

<sup>1479</sup> Ks. esim. Brinkmann 2016, 1–2.

<sup>1480</sup> ”2-1” 1981, 15.

<sup>1481</sup> Lehtinen et al. 1989, 73.

seen valtaa ja merkitystä, on tautiluokat nähtävä neo-Kraepelinilaisittain kategorisina ja luonnollisina luokkina.

Brinkmann on huolissaan normaalin kaventumisesta. Brinkmann toteaa ihmisten käsitteellistävän aiemmin normaaliin ihmisyyteen pidettyjä tiloja – kuten kärsimystä – nykyisin psykiatristen tautiluokkien kautta. Normaalin kaventumisesta on kirjoittanut myös yhdysvaltalainen psykiatri Allen Frances, joka osallistui aikanaan DSM-III- ja DSM-IV-tautiluokitusten kirjoittamiseen. Vuonna 2013 Frances julkaisi teoksen osuvasti otsikolla *Saving normal*. Sosiologi Allan V. Horwitz ja psykologi Jerome Wakefield ovat kirjoittaneet yhdysvaltalaisen psykiatristen tautiluokitusten patologisoineen surun masennustautiluokan alle. Ranskalainen sosiologi Alain Ehrenberg katsoo, että aiemmin normaaleina pidettyjä tiloja on patologisoitu masennussairaudeksi, koska ne edustavat täydellistä vastakohtaa nyky-yhteiskunnan normeille.<sup>1482</sup>

Tieteen tietoa on dynaamisesti kiertänyt hallintoon ja arkeen. Tieteen masennusta koskevia teorioita ja käsitteitä on tulkittu hallinnon ja arjen tiedon piirien lähtökohdista käsin ja näin ne ovat tarjonneet yksilöille teknologioita eli minäteknikoita yhteiskunnan silmissä oikeanlaiseen oman elämän hallintaan ja hyvään kansalaisuuteen gouvernementalismen nimissä ja biopolitiikan ehdoilla. Näillä viitataan valtion vallan käyttöön yksilön sisäistämisen tiedostetun ja tiedostamattoman itsenäisen kansalaisvastuunkannon kautta. Helén kirjoittaakin kärjistäen, että hallinnossa lääketieteellinen tieto kiinnostaa ainoastaan siinä määrin kuin se soveltuu biopolitiittisen vallan käyttöön.<sup>1483</sup>

Rose ja Brinkmann katsovat, että biolääketieteellä ja neurotieteillä on kasvava merkitys länsimaisessa käsityksessä ihmisestä ja ihmisyydestä. Rose kirjoittaa ihmiskäsityksen kulkevan kohti ajatusta neurokemiallisesta minuudesta. Rose ja Brinkmann kirjoittavat yhä uusien elämän alueiden hakevan toisaalta itseymmärrystä ja toisaalta käytäntöjen oikeutusta kansallisista ja kansainvälisistä psykiatrisista tautiluokituksista. Sosiologi Peter Conrad on korostanut psyykenlääketeollisuuden merkitystä ihmisyyden uudenaikaisessa määrittelyssä.<sup>1484</sup> Helén kirjoittaa Nikolas Rosea lainaten nykylääketieteen molekyylibiologisesta käänteestä. Tieteestä haetaan itsensä hallinnan välineitä molekyylylitasoa myöten.<sup>1485</sup> David Healy katsoo muutosten muuttavan ihmisenä olemisen kokemusta. Kun aiemmin elämän uhista ja vaaroista puhuttiin laajemmassa kontekstissa muun muassa uskonnollisissa tai kansanparantajien näkemyksissä, nyt uhat ovat yksilöiden itsensä sisällä. Healyn mukaan biome-

<sup>1482</sup> Horwitz ja Wakefield 2007, 6; Ehrenberg 2010, 233; Frances 2013; Brinkmann 2016; Brinkmann 2017a, 169–170; Brinkmann 2017b; Petersen ja Madsen 2017, 20.

<sup>1483</sup> Helén 2002, 107, 110; Helén 2010, 46.

<sup>1484</sup> Brinkmann 2014, 631. Rosen ajattelusta ks. esim. Rose 1999, 2003 ja 2019.

<sup>1485</sup> Rose 2001, 90–93; Helén 2002, 110.

dikalisaatio ja farmakolisaatio tyypistävät aiemmin moniulotteisen elämän kaksiulotteiseksi.<sup>1486</sup> Brinkmann huomioi itsensä tarkkailun teknistymisen ja älylaitteistumisen. Kärsimystä diagnosoiva kieli sivuuttaa ihmisen laadullisen itseymmärryksen ja lupaa vakautta tarjoamalla mitattavaa subjektiivisuutta.<sup>1487</sup>

Erityisesti yhteiskuntatieteiden tutkijat – kuten Helén, Rose ja sosiologi Lotta Hautamäki – katsovat vastuun kansalaisen terveydestä siirtyneen 1900-luvun toisella puoliskolla yksilölle itselleen. Ihmisten elämän ongelmia oli 1960- ja 1970-luvuilla alettu aiempaa laajemmin ”normalisoimaan” osaksi somaattista lääketieteellistä hoitoa, jolloin Suomen julkinen terveystaloustalouden järjestelmä oli juuri muotoutumassa vuoden 1964 yleisen sairausvakuutuksen voimaan astumisen ja vuoden 1972 kansanterveyslain myötä. Helén ja sosiologi Mikko Jauho puhuvat tässä yhteydessä terveyskansalaisuudesta.<sup>1488</sup> Väitän, että mielenterveyttä koskevista kysymyksistä voidaan puhua vastaavasti mielenterveyskansalaisuudesta. Katson, että muutos mielenterveyskansalaisuuteen tapahtui somaattista terveyskansalaisuutta myöhemmin vasta 1980- ja 1990-luvuilla. Vastuun siirtyminen hallinnon ammattilaisilta arkeen kansalaisille itselleen näkyi mielenterveyspalveluissa muun muassa pakkohoidon osuuden vähentymisenä 1960-luvulta eteenpäin. Vuosituhannen vaihdetta lähestyttäessä hallinnon ja arjen tiedon piireissä yksilön oletettiin itse tarkkailevan itseään, olotilojaan, mielialojaan, hakevan tarvittaessa oikeanlaista apua, ottavan lääkkeensä itsenäisesti ja osallistuvan aktiivisesti keskusteluterapiaan. Jo sanatasollakin potilas korvautui termeillä asiakas ja kuluttaja.

Ennen 1970-lukua mielen sairastuessa tai voitaessa muutoin pahoin apua haettiin lähinnä raskaasta laitoshoidosta, joka oli fyysisesti erillään sekä arjen tiloista että somaattisesta terveydenhoidosta. 1970-luvulta lähtien laitoshoidon rinnalle rakennettiin avohoitoa – alkuun hallitusti ja 1990-luvun taloudellisen laman myötä myös hallitsemattomasti. Yhteiskunnallisten muutosten seurauksena yksilöiltä vaadittiin aiempaa enemmän itseohjautuvuutta ja rationaalista toimintaa omien mielenterveyden haasteiden osalta. Diagnoosina saadut psykiatriset tautiluokat antoivat yksinkertaiselta vaikuttavan välineen vastata näihin vaatimuksiin. Väitän 1980- ja 1990-luvuilla mielenterveyspotiluiden siirtyneen mielenterveyspalveluiden tiloista psykiatrisiin tautiluokkiin. Mielenterveyspotiluus ei nivoutunut enää niinkään siirtymiseen fyysisesti esimerkiksi mielisairaalaan tai mielenterveystoimistoon. Potiluus rakentui näiden sijaan diagnosoidun psykiatrisen tautiluokan kautta. Keskustelussa tai itse omista papereista luettaessa tapahtunut nimeämistilanne teki yksilön olotilasta sairauden tai häiriön. Tautiluokat itsessään saattoivat olla voimakkaita tulkinnan ja itsetulkinnan välineitä. Ammattilaisen tekemä nimeäminen saattoi muuttaa potilaaksi

<sup>1486</sup> Healy 2012, 176; Brinkmann 2014, 631.

<sup>1487</sup> Brinkmann 2016, 75–79.

<sup>1488</sup> Helén ja Jauho 2003b.

mielletyn identiteettiä – hyvässä ja pahassa. Se saattoi antaa luvan omille kokemuksille, mutta pahimmillaan yksilön elämä kutistui sairauskertomukseksi.

Uusi mielenterveyskansalainen ei ollut mielisairas, vaan oman tautiluokkansa edustaja. Kun ”hulluus” ei arjessa liittynyt enää materiaalisiin tiloihin, vaan yksittäisiin psykiatrisiin tautiluokkiin, tautiluokkien valta kasvoi ja häpeästä saatettiin käydä aiempaa monisyisempää kulttuurista neuvottelua. Pitkin 1900-lukua mielen sairastaminen oli arvoasteikolla ollut somaattista sairastamista alempana arjen, hallinnon ja tieteen tiedossa. Tautiluokkakakeskeisyys antoi uusia välineitä psykiatristen tautiluokkien välisen arvoasteikon rakentamiselle. Masennusta saatettiin verrata somaattiseen sairauteen ja korostaa näin sen olevan ”todellinen sairaus” eikä ”hulluutta”. Samalla ”hulluuden” häpeää siirrettiin muille tautiluokille, lähinnä skitsofrenialle.

Väitöstutkimuksessani en ole käyttänyt aineistoina populaarikulttuurin teoksia, kuten elokuvia, televisiosarjoja tai kaunokirjallisuutta. Tämä olisi vaatinut aivan omanlaistaan metodologiaa, jossa otetaan huomioon muun muassa vaikutushistoriallinen ulottuvuus. Väitän arjen ja hallinnon tiedon joka tapauksessa vaikuttaneen myös taiteeseen. Aihe vaatii jatkotutkimusta, mutta näyttää siltä, että tautiluokkakakeskeisyyden kasvua voi seurata myös populaarikulttuurin teoksissa. Mielen järkkymistä ja masennusta käsiteltiin populaarikulttuurissa monin tavoin myös ennen tautiluokkakakeskeistä ajattelutapaa. Esimerkiksi vuonna 1986 Anu Kaipainen julkaisi teoksen, jossa kuvasi miehensä kuoleman aiheuttamaa surua ja mielenterveyden haasteita.<sup>1489</sup> Tutkimuksessani lainaama toimittaja Anna-Kaisa Hermunen kertoi vuonna 1992 antamassaan haastattelussa saaneensa masennukseen sairastuttuaan lohtua juuri tästä teoksesta.<sup>1490</sup> Teos ei kuitenkaan lähde liikkeelle masennustautiluokasta. Näyttäisi siltä, että ensimmäiset suomalaiset tautiluokkakakeskeiset masennuskuvaukset julkaistiin 1990-luvun puolivälissä ja lopulla.<sup>1491</sup> Joitain vuosia näitä ennen oli Yhdysvalloissa julkaistu paljon julkisuutta saaneita masennustautiluokkakuvauksia.<sup>1492</sup> 1990-luvulta lähtien myös akateemisessa maailmassa näkyi maailman tulkitseminen psykiatrisen tautiluokan kautta. Sekä kansainväliset että suomalaiset tutkijat hyödynsivät omakohtaista diagnoosia tutkimusta tehdessään ja siitä kirjoittaes-

<sup>1489</sup> Anu Kaipainen (1986) *Kun on rakastanut paljon*. Porvoo, Helsinki, Juva: WSOY.

<sup>1490</sup> Salovaara 1992, 20–21.

<sup>1491</sup> Ks. esim: Yrsa Stenius (1994) *Valta ja naiseus*. Alkuteos *Makten och kvinnligheten* (1993). Kääntänyt Kaarina Ripatti. Helsinki: Kirjayhtymä; Neil Hardwick (1999) *Hullun lailla*. Alkuperäinen käsikirjoitus *I'm still here. An unsuccessful suicide note*. Kääntänyt Juhani Lindholm. Helsinki: Otava; Tellervo Koivisto (1999) *Päiväkirjan uudet sivut*. Helsinki: Otava.

<sup>1492</sup> Ks. William Styron (1995) *Pimeän kuva. Muistelma hulluudesta*. Alkuteos *Darkness visible. A memoir of madness* (1989). Kääntänyt Mirja Rutanen. Helsinki: Otava; Elizabeth Wurtzel (1994) *Prozac Nation. Young and Depressed in America*. New York: Penguin.

saan.<sup>1493</sup> Nämä esimerkit puhuvat tautiluokakeskeisyyden kasvusta läpi suomalaisen ja länsimaisen kulttuurin. Arjen tiedon tautiluokakeskeisyyden vakiintumista vuosituhanen vaihteessa kuvaa hyvin Helsingin Sanomien NYT-liitteen vuonna 2002 tekemä niin sanottu masennuskysely, joka oli suunnattu masennuksesta kärsiville lukijoille. Tautiluokkaan identifioituminen oli vakiintunut jo siinä määrin, että kyselyyn vastasi noin 900 henkilöä.<sup>1494</sup>

Väitän mielenterveyskansalaisuuden myötä arjessa kasvaneen tarve arjessa ymmärrettävälle, yksinkertaiselle ja bio-optimismia heijastavalle luonnontieteelliselle tiedolle. Tämän tiedon avulla haettiin kokemusta oman mielen terveyden itsenäisestä huollosta. Tässä voidaan nähdä heiluriliikettä 1800–1900- ja 1900–2000-vuosisatojen vaihteiden välillä, sillä yksilökeskeinen mielisairauskäsitys keskustelee 1900-luvun alun biologisen ja internalistisen mielisairauskäsityksen kanssa. Perinteentutkija Anna Kinnunen huomioi, kuinka käsitys ihmisestä huokoisena oli Suomessa hylätty 1900-luvun alussa, mikä merkitsi sairauksien näkemistä lähtökohtaisesti sisäsyntyisinä. Modernisoituvan Suomen myötä ihmiskehosta oli tullut yksilöllinen ja selvärajainen – kuin myös kehon sisällä sijaitsevasta mielestä.<sup>1495</sup> Tilastojen mukaan myös Suomessa psykofarmakologialla on ollut suuri merkitys masennuksen hoitosuosituksissa tällä vuosituhanella. Muitakin hoitomuotoja, kuten keskusteluterapiaa suositellaan, mutta ei ilman psykofarmakologian hyödyntämistä.<sup>1496</sup> Biologiaan keskittyminen näkyy nykyään myös Turun yliopiston psykiatrian tutkimuksen painopisteiden siirtymisessä pois yksilön kehon ulkopuolisesta maailmasta kohti neurologiaa. Vuonna 2004 Turun yliopiston sosiaalipsykiatria muuttui yleispsykiatriaksi ja psykiatrian pitkäaikaisen professorin Raimo Salokankaan jäädessä eläkkeelle vuonna 2012 professuuri muutettiin pelkästä psykiatriasta integratiiviseksi neurotieteeksi ja psykiatriaksi. Historiallisesta näkökannasta integratiivinen neurotiede palaa hermo- ja mielitautien aikaan siinä mielessä, että siinä pyritään lähentämään mielen ja aivojen tutkimusta jälleen toisiaan kohti.<sup>1497</sup>

<sup>1493</sup> Kansainvälisessä tutkimuksessa tunnettu esimerkki oli David Karp (1997) *Speaking of sadness. Depression, disconnection, and the meanings of illness*. New York: Oxford University Press. Suomessa yhteiskuntatutkija Klaus Weckroth kirjoitti omasta masennuksestaan osana tutkimustaan vuonna 2000. Ks. Klaus Weckroth (2000) Miten minusta tuli hullu? *Yhteiskuntapolitiikka* 65 (5), 434–439.

<sup>1494</sup> Ks. Reetta Rätty (Helsingin Sanomat): *Elämä masentuneena 2002* [sähköinen tietoaisteisto]. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [jakaja]. <https://urn.fi/urn:nbn:fi:fsd:T-FSD1296> [Haettu 15.7.2024].

<sup>1495</sup> Diagnoosien vallasta ks. esim. Lääkintöhallitus 1980, 76:172; Äijälä 1996, 5, 7; Helén ja Jauho 2003a, 7, 11; Kangas 2003, 73–74; Hautamäki 2006b, 36, 50, 53, 56; Johannisson 2007, 30; Kinnunen 2015, 44. Mesuksen tutkimus uuden elämän tuottamiseen liittyvien puhetapojen muutoksesta on havainnollinen kuvaus vastuun siirtymisestä yhteiskunnalta kansalaiselle. Meskus 2009.

<sup>1496</sup> Hautamäki 2006b, 75.

<sup>1497</sup> Psykiatria. Turun yliopiston verkkosivusto.

### 4.3 Tieteessä siedettiin epävarmuutta ja ristiriitaisuuksia vielä vuosina 1980–1995

Olen tutkimuksessani erottanut toisistaan tieteen, hallinnon ja arjen tiedon piirit. Olen lähestynyt masennuskäsityksiä opiskelijoiden ja väitöskirjatutkijoiden itsensä kautta ja analysoinut sitä käsitysmaailmaa, jonka he jakoivat opinnoissaan sekä muussa elämässään vapaa-ajallaan tai ammattia harjoittaessaan harjoitteluissa tai vaikiintuneemmassa työelämässä. Tiedon piirien erottaminen toisistaan on antanut minulle välineitä tarkastella oppimateriaaleja ja opintojen aikana tuotettuja tekstejä eri tahoilta tulleiden käsitysten samanaikaisena ja samanpaikkaisena rinnakkaiselona. Opiskelijat, väitöskirjatutkijat ja erikoistuvat lääkärit tunnistivat ja hyödynsivät kaikkien kolmen tiedon piirin masennuskäsityksiä.

1980- ja 1990-luvuilla Suomeen oli saapumassa erityisesti hallinnon tiedon kautta homogeeninen tapa lähestyä mielenterveyden haasteita ja masennusta. Yhdysvaltalaisen psykiatrisen tautiluokituksen ja sen taustalla olleen sairausontologian valta kasvoi ja väitän, että muutos otettiin vastaan ristiriitaisin tuntein Turun yliopiston psykologian laitoksella ja lääketieteellisessä tiedekunnassa. Aiemman monista suunnista ammentavan ja integroivan lähestymistavan sijaan vaatimus tautiluokakeskeisestä ja yhteen ainoaan tautiluokitukseen keskittyvästä lähestymistavasta koettiin tiedettä rajoittavaksi ja uhaksi tieteen autonomialle erityisesti lääketieteellisessä tiedekunnassa.

Uusinta tutkimusta seurattiin ja hallinnon tiedon muutokset vaikuttivat, mutta tieteen tiedossa ei masennuskäsitysten osalta tapahtunut suuria muutoksia Turun yliopiston opinnoissa vuosina 1980–1995. Jatkotutkimukselle jää muutosprosessin analysointi kokonaisuudessaan ja esimerkiksi kysymys siitä, miten niin sanottu DSM-psykiatria lopulta vaikutti ja vaikuttaa psykologian ja lääketieteen opinnoissa. Tutkimanani aikana muutos oli vasta aluillaan, ja opintojen sisällöt näyttävät muuttuneen laajemmin vasta 1990-luvun lopulla ja 2000-luvun alussa. Väitöstutkimukseni valottaa näiden myöhempien muutosten taustoja. Samalla tutkimukseni rakentaa kuvan nykikäsitteistä poikkeavasta tavasta lähestyä mieltä, hyödyntää tautiluokitusta ja määritellä masennuksia.

Vuosina 1980–1995 tieteessä siedettiin epävarmuutta. Masennusten kaltaisten monimutkaisten tilojen yhteydessä tiede on vielä tänäkin päivänä kaukana jäännöksettömästä selittämisestä. Tutkimanani aikana tämä tiedostettiin eikä tiedon aukkoja nähty lähtökohtaisesti negatiivisesti, vaan normaalina osana tiedettä. Ymmärtääkseen on tärkeää hahmottaa tiedetyn lisäksi myös kaikki se, mitä ei vielä tiedetä tai mikä on vielä epävarmaa. Epävarmuuden lisäksi siedettiin ristiriitaisuuksia niiltä osin, kuin se tarkoitti asioiden tarkastelua useammasta ja mahdollisesti toisiaan täydentävästä näkökulmasta. Tieteen alat ja niiden opiskelijat saattoivat tarkastella omaa tieteenalaansa kriittisesti ja tuoda esiin epäkohtia tai kehittämistä vaativia asioita. Vuosina 1980–1995 elettiin vielä näiden osalta maailmansotien jälkeistä ajatus-

maailmaa, joka oli syntynyt vastareaktiona totalitaarisille yhtä totuutta vaativille ideologioille. Vielä 1980-luvulla ja jossain määrin yhä 1990-luvullakin ihmisen mielen toimintaan keskittyneillä tieteenoilla oli arjen ja hallinnon tiedon edessä lupa tuoda esiin asioiden epävarmuutta ja monimutkaisuutta.

Opinnoissa näkyi, että tieteen masennuskäsitykset olivat joiltain osin niin sanotusti luonnontieteellistymässä eli nojaamassa aiempaa vahvemmin biopsykiatrisiin teorioihin. Tämä ei kuitenkaan tarkoittanut, että tieteen masennuskäsitykset olisivat olleet väistämättä homogenisoitumassa. Vaatimus vain yhteen tautiluokitukseen ja sen edustamiin käsityksiin nojaamisesta tuli tieteen ulkopuolelta eikä Turun yliopistossa tähän vaatimukseen suhtauduttu varauksetta positiivisesti. Monimutkaiset tilat tuli hallinnon tietoa varten redusoida biopsykiatrisiksi oireyhtymiksi. Samalla aiemmin normaalina tiedettä eteenpäin vievänä keskusteluna pidetty kriittinen ja tiedon aukkoja esiintuova puhe ja kirjoitus alettiin nähdä negatiivisessa valossa. Tieteen tieto on kuitenkin mahdollisuuksien mukaan pitänyt kiinni autonomiasta. Esimerkiksi käsitys psykiatrisista tautiluokista luonnollisina luokkina ei tieteessä ole yhtä vallitseva kuin muissa tiedon piireissä. Tälläkin vuosituohannella on tieteessä huomioitu psykiatristen tautiluokkien asettamat haasteet ja moni suhtautuu niihin edelleen ensisijaisesti käytännöllisinä työkaluina.<sup>1498</sup>

Tutkimuksessani olen analysoinut opetusta useammalla tieteenalalla, joista tärkeimmät ovat olleet psykologia ja psykiatria. Psykiatrian sisällä olen analysoinut yleisen psykiatrian lisäksi myös erityisesti lastenpsykiatriaa, mutta myös nuorisopsykiatriaa ja geropsykiatriaa. Lääketieteen lisensiaatin opintojen kautta on tutkimuksessani osittain myös muuta lääketiedettä, kuten oikeuslääketiedettä ja kansanterveystiedettä. Tutkimusta aloittaessani oletin psykologian ja psykiatrian masennuskäsitysten eroavan selkeästi toisistaan. Näin ei kuitenkaan ollut, vaan masennusten osalta kummassakin tunnettiin samoja selitysmalleja ja sairausontologioita. Lähtökohtaisesti sekä psykologian laitoksella että psykiatrian ja lastenpsykiatrian oppiaineissa tunnettiin muun muassa psykodynaamiset, biopsykiatriset ja sosiaalipsykiatriset selitysmallit. Psykologian laitoksen opinnoissa seurattiin jonkin verran psykiatrian henkilökunnan antamaa opetusta ja samalla psykologian henkilökunta antoi jonkin verran opetusta lääketieteellisessä tiedekunnassa. Sekä psykologian että psykiatrian opiskelijat oppivat ikäkausikohtaisia masennuksia, erilaisia teorioita masennuksista reaktioina ja esimerkiksi ajatuksen sisä- ja ulkosyntyisistä masennuksista. Erot masennuksia koskevassa tiedossa syntyivät ennemmin tiedon syvyydessä ja laadussa. Psykologian opiskelijat syventyivät lääketieteen opiskelijoita tarkemmin masennusten psykologisiin malleihin ja mikä merkittävämpää, yhdistivät niitä muihin

<sup>1498</sup> Ks. esim. Mäkilä ja Pietilä 2021. Psykiatri Jyrki Korkeila toteaa, etteivät psykiatriset tautiluokat ole luonnollisia luokkia, vaan polyteettisiä. Jyrki Korkeilan sähköposti 20.10.2015.

psykologian tieteenalalle oleellisiin kysymyksiin, kuten elämänkaaripsykologiaan tai persoonallisuuden psykologiaan. Lääketieteen opiskelijat puolestaan syventyivät tarkemmin muun muassa masennusten suhteeseen muihin sairauksiin, mukaan lukien somaattiset sairaudet sekä masennusten lääketieteelliseen diagnosointiin ja erotusdiagnooseihin. Lääketieteen opiskelijat syventyivät myös tarkemmin esimerkiksi psykofarmakologiaan, mutta jonkin verran lääkehoitoa sivuttiin myös psykologian opinnoissa.

#### 4.4 Masennusten moninaisuus korvautui mielialaa kuvaavalla oireyhtymällä

Tällä vuosituhanella masennuksia lähestytään ja diagnosointia tehdään niin sanotusti ylhäältä alaspäin eli lähdetään liikkeelle oireista, tunnistamalla niihin sopiva psykiatrinen tautiluokka ja katsomalla yksilön tilannetta tästä tautiluokasta käsin tavoitteena vähentää tai poistaa mainittuja oireita. Vuosien 1980–1995 Turun yliopiston opinnoissa masennuksia lähestyttiin sen sijaan niin sanotusti alhaalta ylöspäin. Oleellisinta eivät olleet tautiluokka tai oireet, vaan ihmisen tilanne ja laajempi kuva siitä, miksi apua tai tukea haetaan. Kummassakin lähestymistavassa tautiluokkia hyödynnetään ja oireita kartoitetaan, mutta kyse on siitä, mistä lähdetään liikkeelle. Tutkimanani aikana psykiatriset tautiluokat elivät rinnan muiden teorioiden ja näkökulmien kanssa ja ne miellettiin työkaluiksi. Masennuksia ei nähty samana asiana kuin oireensa eli oireet itsessään eivät olleet sairaus tai mielenterveyden häiriö. Oireita kuvailtiin ja niitä listattiin, mutta itse tilan katsottiin olevan muuta tai muutakin kuin oireensa. Tila vaati tarkempaa määrittelyä, jossa otettiin huomioon muun muassa masennusten syntymekanismit. Normaalina reaktionakin alkanut masennus saattoi patologisoida, eli tärkeää oli kartoittaa yksilön historiaa ja vuorovaikutussuhteita laajemmin kuin edellisen kahden viikon ajalta. Masennus oli osa tilan määrittelyä – ei määrittelyn lähtökohta.

Tutkimuksessani olen osoittanut masennusten moninaisuuden lisäksi masennusten määrittelyn moninaisuutta. Masennuksia määriteltiin oireiden lisäksi muun muassa elämänkaareen liittyvien vaiheiden kautta, syntymekanismiensa perusteella ja suhteessa kokijan kehollisiin tai ajallisiin kokemuksiin. Masennusten määrittelyssä olivat mukana ajatukset ideaalista kansalaisesta sekä ideaalista lisääntymiskykyisestä naisesta. Masennukset asettuivat janoille suhteessa normaaliin ja epänormaaliin sekä terveeseen ja sairaaseen. Masennuksia tarkasteltiin suhteessa muihin janoille asetettuihin tiloihin lähtien mielen ja sooman sairauksista aina surun kaltaisiin terveisiin ja normaaleihin reaktioihin ja tiloihin. Olen kutsunut näitä masennukseen liitettyjä asioita masennusattribuuteiksi ja väitöskirjassani olen analysoinut masennusattribuuttien jatkumoa ja muutoksia tai muutosten alkuvaiheita.



Vaikka masennusmääritelmiä oli monia vuosina 1980–1995, niin määritelmissä oli myös suhteellisen kattavia yhtäläisyyksiä. Kun vuosina 1980–1995 tieteen tiedossa masennusta määriteltiin ohimenevää tunnetta pidempiaikaisena olotilana, painottuivat itseen kohdistuva negatiivisuus monissa muodoissaan. Itseä vihattiin, syytettiin ja itseen oltiin pettynyttä. Tilan vakavoituessa negatiivisuus saattoi saada epätodellisia ulottuvuuksia ja negatiiviset ajatukset muuttuivat itsetuhoisuudeksi. Kaikkea itsetuhoisuutta ei patologisoitu ja muun muassa itsemurhapyrkimysten lääketieteellistämistä myös kyseenalaistettiin. Samalla negatiivisten kokemusten kohteen siirtymistä itsestä kohti itsen ulkopuolista maailmaa pidettiin merkinä yksilön tervehtymisestä ja ajattelun normalisoitumisesta. Itseen kohdistuva negatiivisuus toimi masennusattribuuttina pääasiassa tieteen tiedossa. Arjessa masennus ei ollut yhtä korostuneesti negatiivista suhtautumista itseen. Arjessa itseä ei nähty negatiivisessa valossa aina edes masennussairauskuvauksissa. Tämä saattoi liittyä siihen, että arjessa eli masennussairauskäsityksen rinnalla toisenlainen masennusmääritelmä, joka viittasi normaaliin ja terveeseen elämän suvantovaiheeseen. Tämä vaihe nähtiin ohimenevänä, vaikkakin pahimmillaan vuosia kestäväenä, reaktiona johonkin elämäntapahutumaan tai pettymykseen elämässä. Tähän arjen normaaliin masennukseen saattoi sekoittua myös surua esimerkiksi puolison tai muun läheisen kuoleman tähden. Tieteen tiedossa suru ja sureminen sen sijaan pidettiin tarkkaan erillään masennuksen määritelmästä. Tieteen tiedossa masennusmääritelmät olivat yleensä vähintään jännällä kohti sairautta tai häiriötä, ja tästä syystä suru haluttiin tarkkaan rajata ainoastaan terveen ja normaalin alueelle.

Normaaliin elämään kuuluivat ikäkausikohtaiset psykologiset prosessit. Lapsuudessa haettiin oman itsen rajoja, nuoruudessa luovuttiin lapsuudesta, aikuisuudessa haettiin parisuhdetta ja yritettiin pärjätä työelämässä, ehtymisiässä surtiin muutoksia omassa elinvoimassa ja seksuaalisuudessa ja vanhuudessa kohdattiin elämän rajallisuus. Näihin kaikkiin liittyi omanlaisiaan masennuksia, joista osa oli merkki epäonnistuneesta prosessista tai vakavastakin patologisesta tilasta, ja osa puolestaan auttoi ikäkausikohtaisen prosessin läpikäymisessä. Masennus saattoi näyttäytyä myös eri tavoin eri ikäisillä. Aikuiset saattoivat masentuneina passivoitua ja vetäytyä, mutta lasten ja nuorten masennus saattoi tulla ilmi päinvastoin häiriökäyttäytymisenä tulkittavana aktiivisuutena.

Masennusten taustatekijät olivat tärkeä osa masennusten määrittelyä. Monesti masennus nähtiin reaktiona johonkin, kuten yllä ikäkausikohtaisissa masennuksissa. Reaktiivinen masennus oli aivan oma terminsä tutkimana aikana. Tilan etiologia kiinnosti niissäkin tapauksissa, joissa selkeää syytä masennukselle ei ihmisen elämästä löytynyt. Tällöin taustatekijöitä haettiin ihmisen kehosta, soomasta ja puhuttiin esimerkiksi sisäsyntyisestä masennuksesta. Oleellista oli ilmaista sekin, jos masennuksen etiologia jäi epäselväksi eikä voitu selvästi osoittaa syyn löytyvän esimerkiksi elämänhistoriasta tai aivosairaudesta. Tärkeää oli asemoida masennus elämän-

historian lisäksi yksilön muihin somaattisiin tai psyykkisiin sairauksiin tai mielen-terveyden häiriöihin. Masennus saattoi olla näiden syy tai seuraus ja myös tällaisille tiloille oli omia termejään, kuten sekundaarinen masennus. Somaattinen sairaus, erityisesti kivut saattoivat olla masennuksen ainoa oire, jolloin puhuttiin muun muassa somatisoinnista ja piilodepressiosta.

Vuosina 1980–1995 masennukset olivat liikkeessä psyyken ja sooman välillä. Masennukset olivat sekä kehollisia että ajatusmalleja ja vääristynyttä minäkuvaa. Psyyken ja sooman välinen arvoasetelma oli monin tavoin läsnä sekä masennusten määrittelyissä että masennuksiin liittyvissä käytännöissä lähtien potiluudesta aina terveystalveluiden ja tieteen sisäisiin arvostuksiin. Opintoissa masennuksia pyrittiin ymmärtämään, mutta erityisesti oppikirjallisuudessa ajoittain myös kyseenalaistettiin muun muassa masennusten somatisoinnin todenperäisyyttä leimaten tällaisia potilaita huomionhakuiksi.

Vaikuttaisi, että 1980- ja 1990-luvuilla masennusmääritelmät muuttuivat hiljalleen vähemmän kehollisiksi. Muutos oli hienovarainen ja vaatii myös tämän vuosituhannen masennuskäsitysten huomioon ottamista. Kyse voi olla siitä, että kehollinen oireilu on osittain tiedostamatonta ja vaatii ammattilaisen havainnointia. 1900-luvun viimeisinä vuosikymmeninä hallinnon tiedossa vastuu oireiden tarkkailusta siirtyi mielen-terveyden ammattilaisilta monin tavoin yksilölle itselleen. Näin ollen on loogista, että yksilön sisäiset kokemukset korostuvat ja ulkopuolisen havainnoinnin tarve vähenee. Tämä vaatii jatkotutkimusta ja pidemmän aikavälin masennusmääritelmien analyysia.

Muuttumattomana sen sijaan vaikuttaa pysyneen masennuksen suhde toisaalta kansalaisuuteen ja toisaalta naisen sukupuolielimitykseen. Vuosina 1980–1995 masennuksista kirjoitettiin harvoin suoraan naisten sairautena. Yhteys tehtiin muilla tavoin yhdistämällä masennuksia muun muassa kuukautisiin, raskausaikaan, synnytykseen, synnytyksen jälkeiseen aikaan ja äitiyteen aina siihen saakka, että nainen masentui lasten muuttaessa pois kotoa. Jos potentiaalinen tai aktuaalinen äitiys altisti masennuksille, niin samoin teki kansalaisuudessa epäonnistuminen. Yksilön oletettiin huolehtivan itsestään ja olevan aktiivinen osa yhteiskuntaa. Masennus esti kunnollisen kansalaisuuden toteutumisen.

\*

Masennus on tällä vuosituhannella rakentunut mysteeriksi, jonka lisääntymisestä ollaan huolissaan kansallisesti ja kansainvälisesti. Masennus koetaan inhimillisen kärsimyksen lisäksi jatkuvasti kasvavaksi taloudelliseksi taakaksi. Väitän olevan lähtökohtaisesti väärin jäädä kiinni psykiatriin tautiluokkiin sidottuihin tilastoihin ja kysyä, miksi niin moni sairastuu masennukseen. Väitöskirjassani olen osoittanut masennuksen kattavan laajan joukon löyhästi toisiaan muistuttavia ja ajoittain risti-riitaisia tiloja. Väljyys toimii, jos määrittely tapahtuu vuosien 1980–1995 tavoin ih-

misestä eikä tautiluokasta lähtöisin ottaen huomioon kattavasti eri näkökulmia. Näin ei ole 2000-luvulla.

Tällä hetkellä ahdamme saman tautiluokan alle muun muassa huonosta johtamisesta aiheutuneen uupumisen, läheisen menetyksestä seuranneen lamaantumisen, yhteiskunnan järjestelmien toimimattomuudesta aiheutuneen voimattomuuden, kulttuurin ylläpitämisen syrjinnän myötä syntyneen pahoinvoinnin ja kehosta itsestään peräisin olevan sairauden. Kun nimeämme kaiken yksilön pahoinvoinnin masennukseksi, niin sanommeko enää mitään relevanttia maailmasta? Masennus kadottaa merkityksensä nykyisenkaltaisessa roskakorimaisessa masennustila-tautiluokassa, joka redusoi ihmisen ja ihmiselämän oirelistaksi.

Väitöskirjassani kirjoitan masennuksista monikossa ja väitän, että näin tulee tehdä edelleen. Masennus tarkoittaa harvoin täysin samaa asiaa tieteellisessä tutkimuksessa ja opetuksessa, terveydenhuollon tietojärjestelmissä ja arkeaan elävien ihmisten puheissa. Samaan aikaan masennuksella viitataan moninasiin tunteisiin ja tiloihin. Ajoittain masennuksen sijaan on puhuttava esimerkiksi väsymyksestä tai itsensä vihaamisesta. Tarvittaessa on pohdittava antaako työ- ja opiskeluelämä tilaa elämän suvantovaiheille. Aivan erityisesti keskustelua on käytävä tilanteista, joissa yhteiskunnan ja kulttuurin epäkohdat aiheuttavat niin suurta psyykkistä kärsimystä, että niiden seurauksena yksilöille diagnosoidaan psykiatrisia tautiluokkia.

# Lähdeluettelo

## Alkuperäisaineisto

### Yksityinen arkistokokoelma: Jill Bäckström

- Appelberg, Björn (1991) Psykoottiset ja depressiiviset unihäiriöt. Teoksessa Markku Partinen (toim.) *Unettomuus ja sen hoito*. Kouvola: Kouvolan painotalo, 100–107.
- Bäckström, Jill (1995) *Förlopp och prognos för anorexia nervosa: en studie av 141 kvinnliga anorexia nervosa patienter på Åbo universitets centralsjukhus*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Psykiatria. Turku: Turun yliopisto.
- Hervonen, Antti ja Walter Nienstedt (1988) *Lääketieteen ammattisanasto*. 7. korjattu painos. Tampere: Lääketieteellinen oppimateriaalikustantamo.
- Luukkanen, Markku ja Ari Ristimäki (toim.) (1991) *Therapia Fennica*. 7. painos. Forssa: Kandidaattikustannus oy; Lääketieteenkandidaattiseura ry.
- Moilanen, Irma, Eila Räsänen, Tuula Tamminen, Fredrik Almqvist, Jorma Piha ja Kirsti Kumpulainen (toim.) (2004) *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. 3. painos. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim.
- Niemelä, Pirkko ja Jan-Erik Ruth (1989) *Ihmisen elämäankaari*. 2. painos. Helsinki: Otava.
- Palo, Jorma, Matti Jokelainen, Markku Kaste, Heikki Teräväinen ja Olli Waltimo (1992) *Neurologia*. Porvoo: WSOY.
- Partinen, Markku (1991a) Unettomuuden lääkehoito. Teoksessa Markku Partinen (toim.) *Unettomuus ja sen hoito*. Kouvola: Kouvolan painotalo, 190–196.
- Partinen, Markku (1991b) Unettomuuden syyt. Teoksessa Markku Partinen (toim.) *Unettomuus ja sen hoito*. Kouvola: Kouvolan painotalo, 37–60.
- Tuomisto, Jouko ja Matti K. Paasonen (toim.) (1988) *Farmakologia ja toksikologia*. Kuopio: Medicina kustannusosakeyhtiö.

### Yksityinen arkistokokoelma: Anna-Stina Renqvist-Korhonen

- ”1-1” (1987) Kirjallisiin lähteisiin perustuva tutkimus -kurssin harjoitustyö *Mustasukkaisuus ja itseintunto*. 8.4.1987. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”1-2” (1987) Tutkimusmenetelmät-kurssin harjoitustyö *Psykologinen tutkimus kuntoutusta varten*. Syksy 1987. Turun yliopisto: Psykologian laitos.

### Yksityinen arkistokokoelma: Tiina Vidqvist

- ”2-1” (1981) Muistiinpanoja. Psykodiagnostiikka-kurssi. Opettaja Leena-Maria Blinnikka. Syysluku-kausi 1981. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”2-3” (1981) Konekirjoitettu monistenippu otsikolla Leena-Maria Blinnikka ja Juhani Laakso: Psykodiagnostiikan kurssi Syksy 1981. Turun yliopisto: Psykologian laitos.

- ”2-8” (1981) Syksy 1981. Psykodiagnostiikan kurssin harjoitustyö *Psykoterapian tarpeen ja edellytysten arviointi*. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”2-12” (ei pvm) Harjoitustöitä koehenkilöistä (testituloksia, arviointeja). Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”2-13” (1981) Syksy 1981. Psykodiagnostiikan kurssin harjoitustyö *Sydäntautien erikoislääkäri Lasse Lääkäri – Turun yliopistollisen keskussairaalan sisätautiosasto*. Turun yliopisto: Psykologian laitos.

### Yksityinen arkistokokoelma: Eva Ora

- ”3-2” (1985) Muistiinpanot kurssilta *Psykologin ammatilliset tehtävät*. Opettaja Päivi Miettinen. Syyslukukausi 1985. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”3-3” (1990) Harjoittelukertomus työvoimatoimistossa. 3.1.1990. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”3-4” (1987) Päivi Miettisen kirjoittama muistio: *Psykologian kandidaatin tutkintoon kuuluva harjoittelu*. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”3-5” (1989) Harjoitusaine *Työn psyykkinen kuormitus ja psyykkinen kuormittuneisuus*. Huhtikuu 1989. Hyväksynyt Kirsti Lagerspetz 9.5.1989. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”3-6” (1985) Psykologin ammatilliset tehtävät -kurssin harjoitustyö *Turun yliopistollisen keskussairaalan kriisikeskus*. 11.11.1985. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”3-9” (1986) Haastattelu ja observointi -kurssin harjoitustyö *Käsityksiä psykologin ammatista ja koulutuksesta*. 6.5.1986. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”3-10” (1987) Persoonallisuuden häiriöt -kurssin harjoitustyö *Neuroosit*. 19.2.1987. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”3-11” (1987) Kirjallisiin lähteisiin perustuva tutkimus -kurssin harjoitustyö *Tunne ja kognitio – yhdessä vai erikseen?* 18.3.1987. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”3-13” (1988) Ihmiskäsitys psykologiassa -kurssin harjoitustyö *Kasvatuksen merkitys – Alice Millerin ajatuksia*. 26.5.1988. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”3-14” (1989) Tieteellinen tutkimus ammattikäytännössä -kurssilla opiskelijatyönä tehty tutkimus *Psykologian opiskelijoiden käsityksiä psykologian ammatista*. Toukokuu 1989. Turun yliopisto: Psykologian laitos.

### Yksityinen arkistokokoelma: Hannu Tonteri

- ”4-3” (1980) Lapsipsykologiakurssin muistiinpanot. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”4-4” (1980) Psykometriikkakurssin muistiinpanot. Syyslukukausi 1980. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”4-5” (1981) Fysiologiakurssin muistiinpanot. Kevätlukukausi 1981. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”4-7” (1984) Avohoidon koulutuspäivä. *Isetunto self-psykologiassa*. 18.9.1984. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”4-11” (1984) Lausuntoluonnos ja esittelylista 27.9.1984. Mielenterveystyön komitean mietintö (17/1984). Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Tdk-neuvosto 3.10.1984. LIITE 1/14A/84. Turun yliopisto.
- ”4-12” (1984) Asetus psykologin tutkinnoista. Annettu Helsingissä 4. päivänä toukokuuta 1979. Tdk-neuvosto 23.5.1984. Liite. Turun yliopisto.
- ”4-13” (1984) Paikallistoimikunnan ja tukihenkilötoiminnan yhteistyötä pohtivan työryhmän raportti. Mielenterveyden keskusliitto. Kevätlukukausi 1984.
- ”4-14” (1985) Ammattiyhdistyskoulutus. Suomen psykologiliitto ry. Akava. Suomen psykologiliitto ry. Koulutusmateriaali. Syksy 1985. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”4-15” (ei pvm) Kuntoutuskoti Kurkelan toimintasuunnitelma.

- "4-17" (1984) Lääkintöhallituksen ohjekirje no 4/84. Psykoterapian kehittäminen julkisessa terveydenhuollossa. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "4-20" (1981) Psykologian proseminaarityö *Itsemurha*. 23.2.1981. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "4-21" (1981) Psykologian proseminaarityö *Sairaus ja kuolema sairaalaympäristössä*. 16.3.1981. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "4-22" (ei pvm) *The H-T-P Clinical Research Manual*. Oulun lääninsairaala. Lastentautien klinikka.
- "4-28" (1983) Konekirjoitettua ja kopioitua tekstiä. Väliotsikkoja "4.1. Aikaperspektiivi toiminnan suuntautumisessa ja säätelyssä" ja "5. Itsearvostuksen käsitteen alustava uudelleen määrittely". Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "4-29" (1980) Fysiologinen psykologia -kurssin muistiinpanot. Syyslukukausi 1980. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "4-30" (1978) Fysiologinen psykologia -kurssin muistiinpanot. Syyslukukausi 1978. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "4-31" (ei pvm) *Vaihtoehto-opiskelua psykologia-piirissä*. Päiväämätön A4 luultavasti vuodelta 1983. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "4-32" (ei pvm) *Suomen psykologien ammattietikan säännöt* -moniste. Turun yliopisto: Psykologian laitos.

## Yksityinen arkistokokoelma: Jukka Hyönä

- Virtanen, Lasse (1990) *Silmätkö sielun peili? Yliopistotiedot*, 19. maaliskuuta 1990.
- "5-1" (1988) Kognitiivisen psykologian sovellutukset -kurssin harjoitustyö *Puheen tuottamiseen liittyvät vaikeudet ja virheet*. 24.11.1988. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "5-2" (1989) Kognitiivisen psykologian sovellukset -kurssin harjoitustyö *Copingprosessi vaikeassa stressitilanteessa*. 8.12.1989. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "5-5" (1996) Kirjallinen katsaus -kurssin harjoitustyö *Klasssinen [sic.] homeopatia – peruseräaarteet ja psykkeen hoidon mahdollisuudet*. 15.5.1996. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "5-6" (1996) Kirjallinen katsaus -kurssin harjoitustyö *Erilaisten leikkausten jälkeinen psykoosi*. 15.5.1996. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "5-8" (1995) Kirjallinen katsaus -kurssin harjoitustyö *Ruumiinkuva – vertailua syömishäiriöiden ja normaalien naisten välillä*. 5.5.1995. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "5-11" (1996) Psykometriikkakurssin harjoitustyö *Oletko pahassa JAMASSA? JAMA-testi testaa psykosomaattista oireilua*. Syyslukukausi 1996. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "5-12" (1995) Kirjalliset lähteet -kurssin harjoitustyö *YK-sotilaiden stressi*. 5.5.1995. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "5-13" (1995) Kirjallinen katsaus -kurssin harjoitustyö *Onko Stroop-testi hyvä syömishäiriöiden mittari?* 2.5.1995. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "5-14" (1995) Kirjallinen katsaus -kurssin harjoitustyö *Koulukiusaamisen uhrit: Keitä koulussa kiusataan ja mitä seurauksia kiusaamisesta on?* Kevätlukukausi 1995. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "5-15" (1996) Kirjallinen katsaus -kurssin harjoitustyö *Miksi uneksimme – Teorioita unien funktioista*. Kevätlukukausi 1996. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "5-16" (1982) WAIS metodikurssin harjoitustyö *Kokoamistehtävä*. Kevätlukukausi 1982. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "5-17" (1982) Psykologian historia -kurssin harjoitustyö *Psykologian yleisen teorian kehitys vuoteen 2000*. Kevätlukukausi 1982. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "5-18" (1980) WISC-pöytäkirjalomake, lasten työt ja tekijän muistiinpanot. Ei pvm, mutta luultavasti 1980-luvun alku. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "5-19" (1988) Psykologian historia -kurssin tenttikysymykset. 8.12.1988. Turun yliopisto: Psykologian laitos.

- ”5-20” (1988) Psykologian historia -kurssin materiaaleja, kuten aikataulu, muistiinpanoja ja kalvoja. Syyslukukausi 1988. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”5-21” (1986) Psykologian historia -kurssin harjoitustyö *Psykologian historia*. Syksy 1986. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”5-22” (1986) Psykologian historia -kurssin muistiinpanoja vuodelta 1986, 1987 tai 1988. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”5-24” (1996) Psykologian historia -kurssin harjoitustyö *Essee: Wundt vs. Titchener ja muut vastustajat*. Syyslukukausi 1996. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”5-25” (1988) Psykologian historia -kurssin muistiinpanot. Syyslukukausi 1988. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”5-26” (1989) Tutkimusprojektien määräraha-anomus vuodeksi 1990. Kognitiiviset prosessit simultaanitulkinnassa tutkimussuunnitelma 30.11.1989. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”5-27” (ei pvm) Artikkelikäsitkirjoitus. Jukka Hyönä, Pekka Niemi ja Geoffrey Underwood: *Reading long words embedded in sentences: Evidence for an immediate influence on eye movements from the components of words*. Turun yliopisto: Psykologian laitos.

### Yksityinen arkistokokoelma: Minna Tapojärvi

- Ylikoski, Matti ja Heikki Saarnio (1989) Psykkinen työsuojelu työterveyshuollon toimintamuotona. *Suomen lääkärilehti* 8 (44), 768–776.
- ”6-3” (1990) Psykodiagnostiikkakurssin materiaaleja. Opettajat Päivi Miettinen, Raija Oja-Koski ja Matti Laine. Kevätlukukausi 1990. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”6-4” (1990) Psykologin ammatilliset tehtävät -kurssin materiaaleja. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”6-6” (1990) Psykoterapian perusteet -kurssin materiaaleja. Syyslukukausi 1990. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”6-7” (1990) Psykodiagnostiikkakurssin materiaaleja. Monistenippu *Psykologiliiton ammattietisten [sic.] sääntöjen kuudes kappale. Lausunnon antaminen*. 15.3.1990. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”6-8” (1990) Psykodiagnostiikkakurssin materiaaleja. Monistenippu *Ro-keittokirjaa Klopfer-Davidsonista*. 1.3.1990. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”6-9” (ei pvm) Psykodiagnostiikkakurssin materiaaleja. Monistenippu ”Ro:n tutkimuskohteita voidaan jaotella mm. seuraavasti:” Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”6-10” (1990) Psykodiagnostiikkakurssin materiaaleja. Monistenippu useammanlaista materiaalia. Ensimmäinen sivu sivunumerolla 23 otsikolla *XII Projektiiiviset menetelmät*. 22.2.1990. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”6-11” (1990) Psykodiagnostiikkakurssin materiaaleja. Muistiinpanosivu otsikolla *WAIS*. 8.2.1990. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”6-12” (1990) Psykodiagnostiikkakurssin materiaaleja. Käsinkirjoitetut muistiinpanot *Neuropsykologin diagnostiikka. Erikoiskoulutus HKI:ssä*. 15.2.1990. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”6-13” (1990) Psykodiagnostiikkakurssin materiaaleja. Konekirjoitettuja sivuja otsikolla *Neuropsykologian peruskäsitteitä ja -termejä*. Ylhäällä teksti *Matti Laine/TYKS 1989*. 15.2.1990. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”6-14” (1982) Psykodiagnostiikkakurssin materiaaleja. Konekirjoitettu monistenippu otsikolla *Psykologin orientoituminen diagnostisessa haastattelussa*. Lopussa teksti ”Leiman 1982. Tiivistelmä lis. työstä”. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”6-15” (ei pvm) Psykodiagnostiikkakurssin materiaaleja. Monistenippu otsikolla *Ihmisen psyyke psykanalyttisen ajattelun mukaan*. Kevätlukukausi 1990. Turun yliopisto: Psykologian laitos.

- "6-16" (ei pvm) Psykodiagnostiikkakurssin materiaaleja. Alun perin käsin kirjoitettu monistenippu otsikolla *Observointi ja haastattelu psykodiagnostisina menetelminä*. Kevätlukukausi 1990. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "6-17" (1990) Psykodiagnostiikkakurssin aikataulunomiste. Opettajat: Päivi Miettinen, Raija Oja-Koski ja Matti Laine. Kevätlukukausi 1990. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "6-18" (1990) Psykologin ammatilliset tehtävät -kurssi. Moniste: Anita Keskinen (1990) Erikoistumiskoulutusta pohdittu 70-luvun lopulta. *Psykologiuutiset* 7, 8. Kevätlukukausi 1990. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "6-19" (1990) Monistenippu otsikolla *Psykologien ammattieettiset säännöt*. Päivätty käsin 6.2.1990. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "6-20" (1988) Kokeellinen menetelmä -kurssin käsikirjoitettuja muistiinpanoja. Opettajat Jukka Hyönä ja Riitta Kinnunen. Syyslukukausi 1988. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "6-21" (ei pvm) Muistiinpanoja sisältävä moniste otsikolla "Ryhmätyön kurssi". Käsikirjoitettuja muistiinpanoja otsikolla "Lappvik 16.1.–20.1.1989". Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "6-22" (1989) Haastattelu ja observointi -kurssin monistenippu ja käsikirjoitettuja sekä kopioituja muistiinpanoja. Kevätlukukausi 1989. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "6-23" (1987) Yleinen psykologia -kurssin käsikirjoitetut muistiinpanot. Opettaja Esko Keskinen. Syyslukukausi 1987. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "6-24" (1988) Kehityspsykologiakurssin luentorunko ja konekirjoitettuja töitä. Kevätlukukausi 1988. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "6-25" (1988) Kehityspsykologiakurssin moniste otsikolla *Avioero*. Kevätlukukausi 1988. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "6-26" (1988) Kehityspsykologiakurssin moniste otsikolla Kauko Vahkonen: *Rakkaus ja mustasukkaisuus*. Kevätlukukausi 1988. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "6-27" (1988) Kehityspsykologiakurssin moniste Pirkko Niemelä: *Äidiksi tuleminen elämän käännekohtana*. Kevätlukukausi 1988. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "6-28" (1988) Kehityspsykologiakurssin moniste Juhani Myyrä: *Keski-ikäen kehitystehtävät*. Kevätlukukausi 1988. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "6-29" (1988) Kehityspsykologiakurssin moniste Pirjo-Leena Malassu, Jan-Erik Ruth ja Marja Saarenheimo: *Vanhuus kehitysvaiheena*. Kevätlukukausi 1988. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "6-30" (1988) Kehityspsykologiakurssin moniste Jan-Erik Ruth ja Pirkko Siltala: *Kuoleman kohtaaminen*. Kevätlukukausi 1988. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "6-31" (1988) Persoonallisuuden psykologian peruskurssi. Käsikirjoitetut muistiinpanot. Kevätlukukausi 1988. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "6-32" (1988) Opiskelu elämänvaiheena -kurssin käsikirjoitetut muistiinpanot. Kevätlukukausi 1988. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "6-33" (1988) Fysiologinen psykologia -kurssin käsikirjoitetut muistiinpanot. Opettaja Soile Tikkanen. Kevätlukukausi 1988. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "6-34" (1990) Psykoterapian perusteet -kurssi. Aikataulu. Käsikirjoitetut kurssimuistiinpanot. Kopioituja kurssimateriaaleja. Syyslukukausi 1990. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "6-35" (1990) Lapsen kehityspsykologia ja diagnostiikka -kurssin materiaaleja. Syyslukukausi 1990. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "6-36" (1990) Psykosomaattikka ja neuropsykologia -kurssin materiaaleja. Syyslukukausi 1990. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "6-37" (1990) Lakikurssin materiaaleja. Syyslukukausi 1990. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "6-38" (1990) Monistenippu sivut 201–223 otsikolla Riitta Rostila "Yksilöterapian peruskäsitteet". Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "6-39" (1990) Lastenterapeutti Raija Nyqvistin luento *Lapsen psyykkiseen kehitykseen/häiriintymiseen vaikuttavista tekijöistä*. 11.9.1990. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- "6-40" (1990) Kirjalliset lähteet -kurssin harjoitustyö *Skitsofreniaan sairastuneen kuntoutus työkykyiseksi*. Turun yliopisto: Psykologian laitos.



”6-41” (1990) Kirjalliset lähteet -kurssin harjoitustyö *Henkilövalintojen testimenetelmien validiteetti*. Turun yliopisto: Psykologian laitos.

## Yksityinen arkistokokoelma: Taina Tegelstén

- ”7-1” (ei pvm) Monistenippu "Maila Upanne – psykologi, tutkimussihteeri – Suomen Mielenterveysseura – Väsyminen ja virkistyminen”. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”7-2” (ei pvm) Kehitypsykologiakurssin ja Psykiatrian / psykoterapian kehitys Suomessa -kurssin materiaaleja. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”7-4” (1988) Persoonallisuuden häiriöt -kurssin harjoitustyö *Affektihäiriöt*. Syyslukukausi 1988. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”7-5” (1986) Kehitypsykologiakurssin muistiinpanot. Opettaja Pirkko Niemelä. Kevätlukukausi 1986. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”7-6” (ei pvm) Sivuaineopintojen kurssikohtaisia muistiinpanoja vuosilta 1979–1982. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”7-7” (1989) Kirjalliset lähteet -kurssin harjoitustyö *Alkoholi ja persoonallisuus*. 1.3.1989. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”7-8” (1989) Kirjalliset lähteet -kurssin harjoitustyö *Esikoisen syntymää perheen kriisinä*. 19.4.1989. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”7-9” (1989) Kirjalliset lähteet -kurssin harjoitustyö *Nuorten itsemurhiin ja itsemurhayrityksiin vaikuttavat tekijät*. 3.4.1989. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”7-10” (1990) Psykologitoimintaan liittyvä lainsäädäntö -kurssin kurssiaikataulu ja Käsinkirjoitettuja sekä monistettuja muistiinpanoja. Kevätlukukausi 1990. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”7-11” (1989) Neuropsykologian kurssi. Opettaja Matti Laine. Kevätlukukausi 1989. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”7-12” (1989) Psykiatrian kurssin muistiinpanot. Syyslukukausi 1989. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”7-13” (1989) Kehityshäiriöt ja kehity diagnostiikka -kurssin muistiinpanoja. Syyslukukausi 1989. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”7-14” (1989) Psykoterapian perusteet -kurssin harjoitustyö *Reijo Pehunen (MTT): lyhytterapia*. 5.10.1989. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”7-15” (1989) Psykoterapian perusteet -kurssin harjoitustyö *Roolimalli*. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”7-16” (1989) Psykoterapian perusteet -kurssi. Monistenippu *otsikolla Psykologiliiton ammattietisten [sic] sääntöjen kuudes kappale*. Syyslukukausi 1989. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”7-17” (1988) Persoonallisuuden häiriöt -kurssin harjoitustyö *Nuorisorikollisuus, rikollisuus, alkoholismi ja huumeiden väärinkäyttö*. Syyslukukausi 1988. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”7-18” (1990) Mielenterveysongelmien ehkäisy -kurssi. Kurssimoniste *otsikolla Mielenterveys*. Kevätlukukausi 1990. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”7-19” (1990) Mielenterveysongelmien ehkäisy -kurssin muistiinpanot. Kevätlukukausi 1990. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”7-20” (1988) Persoonallisuuden häiriöt -kurssin harjoitustyö *Narsismi ja rajatilat*. 26.10.1988. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”7-21” (1988) Persoonallisuuden häiriöt -kurssin harjoitustyö *Neuroosit*. 12.10.1988. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”7-22” (1988) Persoonallisuuden häiriöt -kurssin harjoitustyö *Lapsuuden psyykkiset häiriöt ja kehitysvammaisuus*. 22.11.1988. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”7-24” (1989) Psykodiagnostiikkakurssin materiaaleja. Kevätlukukausi 1989. Turun yliopisto: Psykologian laitos.

- ”7-25” (1988) Persoonallisuuden häiriöt -kurssin materiaaleja. Syyslukukausi 1988. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”7-26” (1990) Mielenterveysongelmien ehkäisy -kurssin moniste *Vanhuuden masennuksesta*. Kevätlukukausi 1990. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”7-27” (1989) Psykoterapian perusteet -kurssi. Syyslukukausi 1989. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”7-28” (1989) Psykoterapian perusteet -kurssin harjoitustyö *Kuinka neuroottinen saa psykoanalyttikolla? (analyttinen näkemys)*. Syyslukukausi 1989. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”7-29” (1989) Psykoterapian perusteet -kurssin harjoitustyö *Acting out – ajeeraus*. 24.10.1989. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”7-30” (1988) Psykometriikka ja psykologisen arvioinnin perusteet -kurssi. Opettajat Seija Karppinen ja Marja Uusitalo. Syyslukukausi 1988. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”7-31” (1988) Psykometriikka ja psykologisen arvioinnin perusteet -kurssin harjoitustyö *Naisen abortin kokeminen*. Syyslukukausi 1988. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”7-32” (1988) Psykometriikka ja psykologisen arvioinnin perusteet -kurssin harjoitustyö *Persoonallisuuden arvioinnissa käytettävät itsearviotestit*. Syyslukukausi 1988. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”7-33” (1989) Kirjalliset lähteet -kurssin harjoitustyö *Perheterapia. Katsaus*. 24.4.1989. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”7-34” (1989) Psykoterapian perusteet -kurssin harjoitustyö *Terapeutin persoonallisuus*. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”7-35” (1989) Psykoterapian perusteet -kurssin harjoitustyö *Terapian väärinkäyttö*. 31.10.1989. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- ”7-36” (1989) Psykoterapian perusteet -kurssin harjoitustyö *Huonosti motivoituneet asiakkaat*. Turun yliopisto: Psykologian laitos.

## Oppikirjallisuus

- Achté, Kalle (1970) XVI Itsemurhista. Teoksessa Unto Uotila, Matti Käkimäki ja Kalle Achté (toim.) *Oikeuslääketiede*. 2. uud. painos. Suomen oikeuslääketieteellisen yhdistyksen julkaisuja 1. Porvoo; Helsinki: WSOY, 209–213.
- Achté, Kalle (1975) Psykiatristen sairauksien esiintymistiheys ja kuntoutuksen tarve. Teoksessa Kalle Achté, Pirkko Kilpiö, Liisa Ollikainen, Toivo Pihkanen, Irja Rantanen ja Matti Rinne (toim.) *Psykiatrinen kuntoutus*. 2. uud. painos. Porvoo; Helsinki: WSOY, 7–19.
- Achté, Kalle (1990a) 1 Psykiatrian historiaa. Teoksessa Yrjö O. Alanen, Kalle Achté ja Pekka Tienari (toim.) *Psykiatria*. 1. 6. uud. painos. Porvoo; Helsinki; Juva: WSOY, 11–30.
- Achté, Kalle (1990b) 2 Psykiatrian kenttä. Teoksessa Yrjö O. Alanen, Kalle Achté ja Pekka Tienari (toim.) *Psykiatria*. 1. 6. uud. painos. Porvoo; Helsinki; Juva: WSOY, 31–60.
- Achté, Kalle (1990c) 6 Psykiatrinen tutkimus, haastattelu ja anamneesi. Teoksessa Yrjö O. Alanen, Kalle Achté ja Pekka Tienari (toim.) *Psykiatria*. 1. 6. uud. painos. Porvoo; Helsinki; Juva: WSOY, 187–229.
- Achté, Kalle, Yrjö O. Alanen ja Pekka Tienari (toim.) (1973) *Psykiatria*. 2. uud. painos. Porvoo; Helsinki: WSOY.
- Achté, Kalle ja Erkki Kivalo (1989) Mielenterveystyö terveyspolitiikan toteuttajana. Teoksessa Kyllikki Kauttu, Pirkko Lahti, Tytti Vuoripalo, Kalle Achté ja Erkki Kivalo (toim.) *Suomen Mielen-terveysseura 1897–1987: yhdeksän vuosikymmentä mielen-terveystyötä*. Helsinki: Suomen mielen-terveysseura, 10–23.
- Achté, Kalle ja Kimmo Kuoppasalmi (1990) *Moderni psykosomatiikka*. WSOY kurssikirjat. Porvoo; Helsinki; Juva: WSOY.

- Achté, Kalle, Antti Pakaslahti ja Ranan Rimón (toim.) (1984) *Psykosomatiikka. Nykynäkemyksiä ja kliinistä sovellutuksia*. Helsinki: Otava.
- Alanen, Yrjö O. (1990a) 5 Persoonallisuuden psykodynamiikka ja perhedynamiikka. Teoksessa Yrjö O. Alanen, Kalle Achté ja Pekka Tienari (toim.) *Psykiatria. 1*. 6. uud. painos. Porvoo; Helsinki; Juva: WSOY, 121–186.
- Alanen, Yrjö O. (1990b) 7 Neuroosit. Teoksessa Yrjö O. Alanen, Kalle Achté ja Pekka Tienari (toim.) *Psykiatria. 1*. 6. uud. painos. Porvoo; Helsinki; Juva: WSOY, 233–286.
- Alanen, Yrjö O. (1990c) 11 Paranoidiset ja reaktiiviset psykoosit. Teoksessa Yrjö O. Alanen, Kalle Achté ja Pekka Tienari (toim.) *Psykiatria. 1*. 6. uud. painos. Porvoo; Helsinki; Juva: WSOY, 465–477.
- Alanen, Yrjö O. (1975) Psykoterapia ja kuntoutus. Teoksessa Kalle Achté, Pirkko Kilpiö, Liisa Ollikainen, Toivo Pihkanen, Irja Rantanen ja Matti Rinne (toim.) *Psykiatrinen kuntoutus. 2*. uud. painos. Porvoo; Helsinki: WSOY, 163–176.
- Alanen, Yrjö O. (1978) I luku, 2. Mielenterveyden häiriöiden syyt ja niiden nykyinen luokitus. Teoksessa Yrjö O. Alanen, Erik E. Anttinen, Jarkko Eskola, Raimo Miettinen, Jaakko Suominen ja Vappu Taipale (toim.) *Sosiaalipsykiatria*. Forum-kansanterveys. Helsinki: Tammi, 30–42.
- Alanen, Yrjö O. (1983) Psykiatrian kehitys Turussa. Teoksessa Kalle Achté, Jaakko Suominen ja Tapani Tamminen (toim.) *Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatriaa*. Helsinki: Suomen Psykiatriyhdistys r.y., 181–186.
- Alanen, Yrjö O., Kalle Achté ja Pekka Tienari (toim.) (1981) *Psykiatria. 2*. 4. painos. Porvoo; Helsinki; Juva: WSOY.
- Alanen, Yrjö O., Kalle Achté ja Pekka Tienari (toim.) (1990) *Psykiatria. 1*. 6. uud. painos. Porvoo; Helsinki; Juva: WSOY.
- Alanen, Yrjö O., Erik E. Anttinen, Jarkko Eskola, Raimo Miettinen, Jaakko Suominen ja Vappu Taipale (toim.) (1978) *Sosiaalipsykiatria*. Forum-kansanterveys. Helsinki: Tammi.
- Arajärvi, Terttu (1984a) 8.1.2. Diagnostiset ongelmat. Teoksessa Terttu Arajärvi ja Esko Varilo (toim.) *Lastenpsykiatria*. Prisma-tietokirjasto. Psykiatria. Espoo: Weilin + Göös, 107–108.
- Arajärvi, Terttu (1984b) 8.4.4. Lapsuusiän depressiot. Teoksessa Terttu Arajärvi ja Esko Varilo (toim.) *Lastenpsykiatria*. Prisma-tietokirjasto. Psykiatria. Espoo: Weilin + Göös, 133–138.
- Arajärvi, Terttu (1984c) 11.7. Lääkehoito. Teoksessa Terttu Arajärvi ja Esko Varilo (toim.) *Lastenpsykiatria*. Prisma-tietokirjasto. Psykiatria. Espoo: Weilin + Göös, 272–279.
- Arajärvi, Terttu (1987a) 8.3.4. Lapsuusiän depressiot. Teoksessa Terttu Arajärvi ja Esko Varilo (toim.) *Lastenpsykiatria tänään. 2*. uud. painos. Prisma-tietokirjasto. Psykiatria. Espoo: Weilin + Göös, 160–165.
- Arajärvi, Terttu (1987b) 12.7. Lääkehoito. Teoksessa Terttu Arajärvi ja Esko Varilo (toim.) *Lastenpsykiatria tänään. 2*. uud. painos. Prisma-tietokirjasto. Psykiatria. Espoo: Weilin + Göös, 318–326.
- Arajärvi, Terttu ja Esko Varilo (toim.) (1984) *Lastenpsykiatria*. Prisma-tietokirjasto. Psykiatria. Espoo: Weilin + Göös.
- Arajärvi, Terttu ja Esko Varilo (toim.) (1987) *Lastenpsykiatria tänään. 2*. uud. painos. Prisma-tietokirjasto. Psykiatria. Espoo: Weilin + Göös.
- Crain, William C. (1980) *Theories of Development: Concepts and Applications*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Cronbach, Lee J. (1964) *Essentials of Psychological Testing. 2*. painos. London: Harper & Row.
- Cullberg, Johan ja Mirja Rutanen (1977) *Tasapainon järkkyyessä. Psykoanalyttinen ja sosiaalipsykiatrinen tutkielma*. Helsinki: Otava.
- Eerola, Kaija ja Raimo Miettinen (1989) 4.8. Alkoholin käyttö. Teoksessa Ville Lehtinen, Yrjö O. Alanen, Erik E. Anttinen, Kaija Eerola, Jouko Lönnqvist, Kari Pylkkänen ja Vappu Taipale (toim.) *Sosiaalipsykiatria*. Helsinki: Tammi, 231–243.
- Eerola, Kaija, Kari Pylkkänen ja Raimo Miettinen (1989) 4.4. Vammaisten ongelmat. Teoksessa Ville Lehtinen, Yrjö O. Alanen, Erik E. Anttinen, Kaija Eerola, Jouko Lönnqvist, Kari Pylkkänen ja Vappu Taipale (toim.) *Sosiaalipsykiatria*. Helsinki: Tammi, 231–243.

- Elosuo, Reino (1975) Skitsofrenia ja muut psykoosit. Teoksessa Kalle Achté, Pirkko Kilpiö, Liisa Ollikainen, Toivo Pihkanen, Irja Rantanen ja Matti Rinne (toim.) *Psykiatrinen kuntoutus*. 2. uud. painos. Porvoo; Helsinki: WSOY, 321–327.
- Elosuo, Reino (1983) Katseet kuntoutukseen. Teoksessa Karl Aimo Achté, Jaakko Suominen ja Tapani Tamminen (toim.) *Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatria*. Helsinki: Suomen Psykiatrisyhdistys, 281–283.
- Erikson, Erik Homburger (1982) *Lapsuus ja yhteiskunta*. Alkuteos *Childhood and society* (1950) Kääntänyt Esko Huttunen. 2. tark. painos. Jyväskylä: Gummerus.
- Fiske, Susan T. ja Shelley E. Taylor (1984) *Social Cognition*. Topics in Social Psychology. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Forsius, Harriet (1984) Lastenpsykiatrian historiaa. Teoksessa Terttu Arajärvi ja Esko Varilo (toim.) *Lastenpsykiatria*. Prisma-tietokirjasto. Psykiatria. Espoo: Weilin + Göös, 13–22.
- Fraiberg, Selma H. (1977) *Lapsen salaperäinen maailma*. Alkuteos *The Magic Years* (1959). Kääntänyt Mirja Rutanen. Helsinki: Otava.
- Furman, Ben (1984) 8.1.3. DSM-III, amerikkalainen psykiatrinen häiriöluokitus. Teoksessa Terttu Arajärvi ja Esko Varilo (toim.) *Lastenpsykiatria*. Prisma-tietokirjasto. Psykiatria. Espoo: Weilin + Göös, 109–110.
- Furman, Ben, Matti Huttunen ja Jouko Lönnqvist (toim.) (1983) *Psykiatrinen diagnostiikka, DSM-III*. 2. uud. painos. Helsinki: Lääketehtas Orion.
- Furman, Ben, Matti Huttunen ja Jouko Lönnqvist (1985) Psykiatrisen diagnostiikan kehittäminen. *Duo-decim* 101, 1645–1653.
- Gergen, Kenneth J. ja Mary M. Gergen (1986) *Social Psychology*. 2. painos. New York: Springer.
- Glass, Arnold Lewis ja Keith James Holyoak (1986) *Cognition*. 2. painos. New York: Random House.
- Gleitman, Henry (1986) *Psychology*. 2. painos. New York: Norton.
- Graham, Philip (1991) *Child Psychiatry. A Developmental Approach*. 2. painos. Oxford Medical Publications. Oxford: Oxford University Press.
- Harenko, A. (1975) Näkökohtia ikääntyvien mielenterveyden säilyttämisestä. Teoksessa Kalle Achté, Pirkko Kilpiö, Liisa Ollikainen, Toivo Pihkanen, Irja Rantanen ja Matti Rinne (toim.) *Psykiatrinen kuntoutus*. 2. uud. painos. Porvoo; Helsinki: WSOY, 340–346.
- Harmatz, Morton G. (1978) *Abnormal psychology*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- Haugsgjerd, Svein, Eira Stenberg ja Antti Pakaslahti (1975) *Psykiatria ja yhteiskunta*. Helsinki: Weilin + Göös.
- Hilgard, Ernest Ropiequet, Richard C. Atkinson ja Rita L. Atkinson (1971) *Introduction to Psychology*. 5. painos. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Hoppu, Kalle (1984) Lasten tapaturmat ja niiden ehkäisy. Teoksessa Olli Simell (toim.) *Neuvolakirja*. 2. uud. painos. Helsinki: Chymos: Lääketehtas Orion: Lääketehtas Remeda, 252–259.
- Horowitz, Mardi Jon (1989) *Introduction to Psychodynamics. A New Synthesis*. London: Routledge.
- Hägglund, Tor-Björn (1973) 17 luku. Nuorisopsykiatria. Teoksessa Kalle Achté, Yrjö O. Alanen ja Pekka Tienari (toim.) *Psykiatria*. 2. uud. painos. Porvoo; Helsinki: WSOY, 472–496.
- Hägglund, Tor-Björn (1985) Depressiot nuoruusiässä. Teoksessa Tor-Björn Hägglund (toim.) *Nuoruusiän psykiatria*. Helsinki: Tammi, 157–160.
- Hägglund, Tor-Björn, Kari Pylkkänen ja Vappu Taipale (1978) *Nuoruusiän kriisit*. Jyväskylä: Gummerus.
- Kaila, Kai ja Lauri Mäkinen (1985) *Hermoston ja käyttäytymisen biologiaa*. Helsinki: Otava.
- Kaila, Martti ja Kalle Achté (1970) II Psykiatriset häiriöt ja sairaudet. Teoksessa Unto Uotila, Matti Käkimäki ja Kalle Achté (toim.) *Oikeuslääketiede* 2. uud. laitos. Suomen oikeuslääketieteellisen yhdistyksen julkaisuja 1. Porvoo; Helsinki: WSOY, 104–124.
- Kalat, James W. (1995) *Biological Psychology*. 5. painos. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Kinnunen, Ulla (1993) Stressi ja sen hallinta. Teoksessa Kirsti-Liisa Kuusinen (toim.) *Terveyspsykologia*. Helsinki: WSOY, 64–81.

- Koski, Maija-Liisa (1973) 16 luku. Lastenpsykiatria. Teoksessa Kalle Achté, Yrjö O. Alanen ja Pekka Tienari (toim.) *Psykiatria*. 2. uud. painos. Porvoo; Helsinki: WSOY, 431–471.
- Laufer, Moses ja M. Eglé Laufer (1984) *Adolescence and Developmental Breakdown. A Psychoanalytic View*. New Haven (Conn.): Yale University Press.
- Lehtinen, Ville, Yrjö O. Alanen, Erik E. Anttinen, Kaija Eerola, Jouko Lönnqvist, Kari Pylkkänen ja Vappu Taipale (toim.) (1989) *Sosiaalipsykiatria*. Helsinki: Tammi.
- Lönnqvist, Jouko ja Jarkko Eskola (1978) II luku, 7. Transkulturaalinen psykiatria. Teoksessa Yrjö O. Alanen, Erik E. Anttinen, Jarkko Eskola, Raimo Miettinen, Jaakko Suominen ja Vappu Taipale (toim.) *Sosiaalipsykiatria*. Helsinki: Tammi, 90–97.
- Magnusson, David ja Arne Öhman (toim.) (1987) *Psychopathology. An Interactional Perspective*. Personality, Psychopathology, and Psychotherapy: A Series of Monographs, Texts, and Treatises. Orlando, Fla: Academic Press.
- Mangs, Karin ja Barbro Martell (1982) *0–20 år i psykoanalytiskt perspektiv*. 3. painos. Lund: Studentlitteratur.
- Murphy, Kevin R. ja Charles O. Davidshofer (1988) *Psychological Testing. Principles and Applications*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Mussen, Paul Henry, John Janeway Conger, Jerome Kagan, John Janeway Conger ja Jerome Kagan (1979) *Child Development and Personality*. 5. painos. New York: Harper & Row.
- Neuvonen, Pertti J. (toim.) (1994) *Kliininen farmakologia*. Helsinki: Kandidaattikustannus.
- Niemi, Pekka, Jari-Erik Nurmi ja Marja Vauras (1984) *Johdatus persoonallisuuden psykologiaan*. Psykologian opintomonisteita. Turun yliopisto 1984, 4. Turku: Turun yliopiston filosofian, psykologian ja menetelmätieteiden laitos.
- Noro, Leo (1975) Alkusanat toiseen painokseen. Teoksessa Kalle Achté, Pirkko Kilpiö, Liisa Ollikainen, Toivo Pihkanen, Irja Rantanen ja Matti Rinne (toim.) *Psykiatrinen kuntoutus*. 2. uud. painos. Porvoo; Helsinki: WSOY.
- Nummenmaa, Tapio, Martti Takala ja Johan von Wright (1983) *Yleinen psykologia kokeellisen tutkimuksen näkökulmasta*. Helsinki: Otava.
- Paavilainen, Erkki (1975) Perhehoito. Teoksessa Kalle Achté, Pirkko Kilpiö, Liisa Ollikainen, Toivo Pihkanen, Irja Rantanen ja Matti Rinne (toim.) *Psykiatrinen kuntoutus*. 2. uud. painos. Porvoo; Helsinki: WSOY, 247–249.
- Palo, Jorma (1969) *Vajaamielisyys*. Sairaanhoidtajien koulutussäätiön julkaisu. Porvoo; Helsinki: WSOY.
- Peck, David ja David Whitlow (1978) *Personlighetspsykologi. Teorier och tillämpningsområden: en översikt*. Alma-serien 82. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Pervin, Lawrence A. (1980) *Personality. Theory, Assessment, and Research*. 3. painos. New York: Wiley.
- Pincus, Lily ja Christopher Dare (1980) *Secrets in the Family*. London: Faber & Faber.
- Pulkkinen, Lea (1977) *Kotikasvatuksen psykologia*. Jyväskylä: Gummerus.
- Rimón, Ranan (1976) 7 Antidepressiivit. Teoksessa Kalle Achté ja Mauri Mattila (toim.) *Psykiatrinen lääkehoito*. Otavan korkeakoulukirjasto. Helsinki: Otava, 107–123.
- Rinne, H. J. (1975) Somaattisesti sairas – psyykkisesti häiriintynyt. Teoksessa Kalle Achté, Pirkko Kilpiö, Liisa Ollikainen, Toivo Pihkanen, Irja Rantanen ja Matti Rinne (toim.) *Psykiatrinen kuntoutus*. 2. uud. painos. Porvoo; Helsinki: WSOY, 385–389.
- Rosen, Ephraim, Ronald E. Fox ja Ian Gregory (1972) *Abnormal psychology*. 2. painos. Philadelphia: Saunders.
- Ruikka, Ilmari, Leif Sourander, Leif B. Sourander ja Reijo Tilvis (1992) *Vanheneminen ja sairaudet*. Sairaanhoidtajien koulutussäätiön julkaisu. Helsinki: WSOY.
- Räsänen, Eila (1991) 12.7. Lääkehoito. Teoksessa Terttu Arajärvi ja Esko Varilo (toim.) *Lastenpsykiatria tänään*. 3. uud. painos. Espoo: Weilin + Göös, 484–498.
- Solso, Robert L. ja Homer H. Johnson (1989) *An Introduction to Experimental Design in Psychology. A Case Approach*. 4. painos. New York: Harper & Row.

- Sourander, Leif ja Reijo Tilvis (toim.) (1993) *Geriatría*. Helsinki: Duodecim.
- Springer, Sally P. ja Georg Deutsch (1985) *Left Brain, Right Brain*. Uud. painos. New York: Freeman.
- Sweeney, Donald R., David C. Tinling ja Arthur H. Schmale (1970) Differentiation of the Giving-Up Affects—Helplessness and Hopelessness. *Archives of General Psychiatry* 23 (4): 378–382.
- Syvänne, Sirkka (1975) Kuntoutus nuorisopsykiatriassa. Teoksessa Kalle Achté, Pirkko Kilpiö, Liisa Ollikainen, Toivo Pihkanen, Irja Rantanen ja Matti Rinne (toim.) *Psykiatrinen kuntoutus*. 2. uud. painos. Porvoo; Helsinki: WSOY, 335–339.
- Taipale, Vappu (1984) Lapsen psyykinen kehitys ja kehityksen pulmatilanteita. Teoksessa Olli Simell (toim.) *Neuvolakirja* 2. uud. painos. Helsinki: Chymos: Lääketehtas Orion: Lääketehtas Remeda, 139–148.
- Taipale, Vappu (1992) *Lasten mielenterveys*. Sairaanhoidajien koulutussäätiön julkaisu. Porvoo; Helsinki; Juva: WSOY.
- Tamminen, Antti (1975) Psykologin osuus kuntoutuksessa. Teoksessa Kalle Achté, Pirkko Kilpiö, Liisa Ollikainen, Toivo Pihkanen, Irja Rantanen ja Matti Rinne (toim.) *Psykiatrinen kuntoutus*. 2. uud. painos. Porvoo; Helsinki: WSOY, 142–145.
- Tienari, Pekka (1975) Neuroosit. Teoksessa Kalle Achté, Pirkko Kilpiö, Liisa Ollikainen, Toivo Pihkanen, Irja Rantanen ja Matti Rinne (toim.) *Psykiatrinen kuntoutus*. 2. uud. painos. Porvoo; Helsinki: WSOY, 328–330.
- Tienari, Pekka (1990) 3 Biologiset tekijät. Teoksessa Yrjö O. Alanen, Kalle Achté ja Pekka Tienari (toim.) *Psykiatria*. 1. 6. uud. painos. Porvoo; Helsinki; Juva: WSOY, 61–94.
- Tähkä, Veikko (1972) *Psyko terapian perusteet psykoanalyttisen teorian pohjalta*. 2. painos. Porvoo; Helsinki: WSOY.
- Tähkä, Veikko (1977) *Potilas-lääkärisuhde*. Helsinki: Suomen lääkäriliitto.
- Ude, Anneliese (1978) *Betty: kertomus erään lapsen psykoterapiasta*. Alkuteos *Betty, Protokoll einer Kinderpsychotherapie* (1975). Kääntänyt Mirja Rutanen. Helsinki: Otava.
- Verkasalo, Matti (1984) Lapsen pahoinpity ja laiminlyönti. Teoksessa Olli Simell (toim.) *Neuvolakirja*. 2. uud. painos. Helsinki: Chymos: Lääketehtas Orion: Lääketehtas Remeda, 250–251.
- Vilksa, Jussi (1984) Lasten myrkytystapaturmat ja niiden ehkäisy. Teoksessa Olli Simell (toim.) *Neuvolakirja*. 2. uud. painos. Helsinki: Chymos: Lääketehtas Orion: Lääketehtas Remeda, 260–263.

## Lääketieteellisen tiedekunnan väitöskirjat (TY)

- Bondestam, Sixten (1985) *The Manic-Depressive Interaction in Families: A Study of Fifteen Cases of Manic Depressive Illness*. Turun Yliopiston Julkaisuja. Sarja D, Medica - Odontologica 18. Turku: Turun yliopisto.
- Erkolahti, Ritva (1987) *Luova ajattelu pitkäaikaissairailta lapsilla: vertaileva tutkimus reumaa, diabetesta ja neuroosia sairastavien lasten luovan ajattelun ilmenemisestä 8-11 vuoden iässä = Creative thinking in chronically ill children: a comparative study of the forms of creative thinking in children aged eight to eleven with rheumatic disease, diabetes mellitus or neurotic disturbances*. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C, Scripta lingua Fennica edita, osa 61. Turku: Turun yliopisto.
- Johansson, Allan (1985) *Skitsofrenian analyttisen psykoterapian ongelma*. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C, Scripta lingua Fennica edita, osa 53. Turku: Turun yliopisto.
- Joukamaa, Matti (1986) *Alaselän kipu ja psyykkiset tekijät: työikäiseen väestöön kohdistuva sosiaalipsykiatrinen tutkimus = Low back pain and psychological factors: a social-psychiatric study of the population of working age*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja. AL 28. Turku: Kansaneläkelaitoksen kuntoutustutkimuskeskus: Turun yliopiston psykiatrian klinikka.
- Lahti, Ilpo A. (1991) *Adoptiolapsi nuoruusiässä: 90 adoptiolapsen ja heidän perheensä psykiatrinen tutkimus*. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C, Scripta lingua Fennica edita, osa 84. Turku: Turun yliopisto.

- Laitinen, Jorma (1994) *Lääketieteen mallit psykiatriassa: skitsofrenia tieteenfilosofisessa katsannossa*. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C, Scripta lingua Fennica edita, osa 105. Turku: Turun yliopisto.
- Lauerma, Hannu (1994) *Lateralization of Motor Activity during Normal and Disturbed Sleep*. Turun Yliopiston Julkaisuja. Sarja D, Medica - Odontologica, osa 153. Turku: Turun yliopisto.
- Lehtinen, Klaus (1993) *Family Therapy and Schizophrenia in Public Mental Health Care*. Turun Yliopiston Julkaisuja. Sarja D, Medica - Odontologica 106. Turku: Turun yliopisto.
- Mattila, Vilho (1984) *Onset of Functional Psychoses in Later Middle Age: A Social-Psychiatric, Psychodynamic and Family-Dynamic Study*. Turun Yliopiston Julkaisuja. Sarja D, Medica - Odontologica 16. Turku: Turun yliopisto.
- Piha, Jorma (1984) *Lastenpsykiatriset potilaat varusmiehinä: vertaileva seuranta tutkimus psykososiaalisesta selviytymisestä = Child psychiatric patients as conscripts: a comparative follow up study on psychosocial coping*. Helsinki: Suomen lääkintäupseeriliitto.
- Saarijärvi, Simo (1991) *Selkäpotilaan perhekeskeinen kuntoutus: kontrolloitu tutkimus pariterapian vaikutuksesta alaselkäpotilaiden kuntoutumiseen*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja. ML 104. Turku: Kansaneläkelaitoksen kuntoutustutkimuskeskus.
- Salminen, Jouko K. (1985a) *Psykososiaaliset tekijät astmassa: tutkimus 50 vastasairastuneesta ja 31 pitkäaikaisesta aikuispotilaasta*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja. AL 27. Turku: Kansaneläkelaitoksen kuntoutustutkimuskeskus.
- Salonen, Simo (1979) *Psychotherapeutic studies in schizophrenia*. Kääntänyt Jaakko Railo. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja D, Medica - Odontologica 12. Turku: Turun yliopisto.
- Sourander, André (1995) *Child Psychiatric Short-Term Inpatient Treatment: A Prospective Study on Content and Outcome*. Turun Yliopiston Julkaisuja. Sarja D, Medica - Odontologica 205. Turku: Turun yliopisto.
- Taiminen, Tero (1993) *Suicide among Psychiatric Inpatients*. Turun Yliopiston Julkaisuja. Sarja D, Medica - Odontologica 107. Turku: Turun yliopisto.
- Tuori, Timo (1987) *Naimisissa olevien skitsofreniapotilaiden systeeminen perheterapia: vertailukohdeena naimisissa olevien ei-psykoottisten potilaiden systeeminen perheterapia = The systemic family therapy of married schizophrenic patients*. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C, Scripta lingua Fennica edita, osa 62. Turku: Turun yliopisto.
- Virtanen, Hilikka (1991) *Vanhusten perhe- ja ympäristökeskeinen psykiatrinen hoito*. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C, Scripta lingua Fennica edita, osa 85. Turku: Turun yliopisto.

## Muut opinnäytetyöt (TY)

- Heinisuo, Anna-Maria (1994) *Lastenpsykiatriseen hoitoon tulleiden lasten perherakenne ja perheen vuorovaikutus*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Lastenpsykiatria. Turku: Turun yliopisto.
- Huhti, Tarja (1989) *Radioligandin resptoriinsitoutumiskoe aivojen dopamiinireseptorien tutkimisessa*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Turku: Turun yliopisto.
- Häkkinen, Maria (1993) *Kognitiivinen psykoterapia depression hoidossa*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Psykiatria. Turku: Turun yliopisto.
- Järvinen, Patrik (1995) *Genetiikka ja mielen terveyden häiriöt*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Oikeuslääketiede. Turku: Turun yliopisto.
- Karhunen, Ulla (1998) *Lasten ja nuorten hukkumiskuolemat Suomessa vuosina 1987–1994*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Oikeuslääketiede. Turku: Turun yliopisto.
- Kari, Liisa (1988) *Tehohoitopotilaan psyykkiset reaktiot*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Anestesiologia, Kliininen laitos. Turku: Turun yliopisto.

- Korhonen, Jukka (1986) *Opettajan arvio lasten psyykkisten häiriöiden seulontainstrumenttina*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Lastenpsykiatria. Turku: Turun yliopisto.
- Korhonen, Pekka (1990) *Vanhusten masennuksen hoito*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Kansanterveystiede. Turku: Turun yliopisto.
- Korkeila, Jyrki, Antero Lassila, Päivi Pynttari, Tero Taiminen ja Juha Välimäki (1984) *Lapsuuden autisismi, seurantatutkimus*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Lastentautioppi. Turku: Turun yliopisto.
- Koskinen, Minna, ja Timo Salmisaari (1989) *Lastenpsykiatrisen osastohoidon toimintamuodot*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Lastentautioppi/lastenpsykiatria. Turku: Turun yliopisto.
- Lauerma, Hannu (1985) *Psykoottisten potilaiden nukkumisesta, kirjallisuuskatsaus ja empiirisiä havaintoja*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Psykiatria. Turku: Turun yliopisto.
- Laurila, Johanna (1996) *Sukupuolierot skitsofreniassa*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Psykiatria. Turku: Turun yliopisto.
- Lavonius, Mikko (1989) *Lasten dehydraatiotiloihin liittyvät osmolaliteettihäiriöt ja niiden parenteraalinen hoito*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Lastentautioppi/lastenpsykiatria. Turku: Turun yliopisto.
- Lehtinen, Jaana (1992)  *Holding-terapia ja Daniel Sternin teoria*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Lastenpsykiatria. Turku: Turun yliopisto.
- Lehto, Minna, ja Kirsi-Marja Leinonen (1991) *Psykiatrisessa sairaalahoidossa olevien potilaiden itsemurha-alttiuden arviointi*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Psykiatria. Turku: Turun yliopisto.
- Lehtonen, Aarno (1984) *Lääketieteen opiskelijoiden persoonallisuuden piirteet. Oppimistyylin perusteella tehty tutkimus*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Psykiatria. Turku: Turun yliopisto.
- Lintunen, Pirkko (1986) *Lapsuusiän psykoosi ja rajatilapsykoosi: taudinkuvan ja hoitotulosten tarkastelu*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Lastenpsykiatria. Turku: Turun yliopisto.
- Lipponen, Kristiina (1992) *Sydäninfarktipotilaan kuntoutus – Psykososiaalinen näkökulma*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Kansanterveystiede. Turku: Turun yliopisto.
- Lipsanen, Laura (1986) *Lasten ja nuorten itsemurhat ja itsemurhayritykset*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Lastenpsykiatria. Turku: Turun yliopisto.
- Louhi, Katri (1993) *Päivähoito ja lapsen terveys*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Kansanterveystiede. Turku: Turun yliopisto.
- Manninen, Anneli (1991) *Perhepiirroksen merkityksestä lastenpsykiatrisessa arvioinnissa*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Lastenpsykiatria. Turku: Turun yliopisto.
- Martin-Punnonen, Tanja (1989) *Lastenpsykiatrisen osastohoitoprosessi tapaustutkimusmenetelmällä kuvattuna*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Lastentautioppi/lastenpsykiatria. Turku: Turun yliopisto.
- Merenheimo, Ulla (1991) *Anorexia nervosan hoito ja ennuste*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Psykiatria. Turku: Turun yliopisto.
- Mäkinen, Antti (1991) *Syventävät opinnot Turun lääketieteen koulutusohjelmassa vuosina 1985–1989*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Turku: Turun yliopisto.
- Nuorikkala, Kirsi (1997) *Lapsen psyykkisen kehityksen seuranta ja tukeminen neuvolassa*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Kansanterveystiede. Turku: Turun yliopisto.



- Pihlajamäki, Marja (1997) *Vuodenaikamasennus lapsilla ja nuorilla*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Psykiatria. Turku: Turun yliopisto.
- Ponkilainen, Riitta (1989) *Vastasyntyneen immunosaaatio*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Lastentautioppi/lastenpsykiatria. Turku: Turun yliopisto.
- Pälvimäki, Esa-Pekka (1997) *Selektiivisten serotoniinin takaisinoton estäjien vaikutus aivojen 5-HT2C-serotoniinireseptoreihin*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Farmakologia ja kliininen farmakologia. Turku: Turun yliopisto.
- Rantanen, Irja (1985) *Lasten pelot ja sodan pelko*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Lastentaudit. Turku: Turun yliopisto.
- Reinikka, Kenneth (1988) *Depression ennusteeseen vaikuttavat tekijät*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Psykiatria. Turku: Turun yliopisto.
- Riikonen, Esa (1996) *Psykoanalyttisiä ja neurobiologisia näkemyksiä unista – vertailua ja yhdistämisistä*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Psykiatria. Turku: Turun yliopisto.
- Ruohola, Juha-Petri (1996) *Kuolemaan johtaneet ampuma-asetapaturmat Suomessa vuosina 1987–1995*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Oikeuslääketiede. Turku: Turun yliopisto.
- Saarinen, Markku (1990) *Alkoholiongelmaisten itsearvostuksen, depressiivisyyden, alkoholinkäyttöön liittyvien tavoitteiden ja hoidon tarpeen kokemisen muutos laitoshoidon aikana*. Pro gradu -tutkielma. Psykologian laitos. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Turku: Turun yliopisto.
- Sainio, Johanna (1993) *Sosiaalinen fobia eli sosiaalisten tilanteiden pelko*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Psykiatria. Turku: Turun yliopisto.
- Salmenperä, Tuuli (1989) *Werther-efekti. Kirjallisuuskatsaus ja tutkimus Turun psykiatrian klinikassa ja Kupittaa sairaalassa v. 1971–1987 tehtyjen itsemurhien kasautumisesta*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Psykiatria. Turku: Turun yliopisto.
- Santalahti, Päivi (1987) *Psykyenlääkkeiden käyttö ja siihen vaikuttavia tekijöitä*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Psykiatria. Turku: Turun yliopisto.
- Takki, Tuulikki (1994) *Raskaudenaikaiset itsemurhat*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Oikeuslääketiede. Turku: Turun yliopisto.
- Tikkanen-Mäki, Marketta (1985) *Sukupuolieroista lapsuusiän psyykkisessä sairastamisessa*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Turku: Turun yliopisto.
- Tuomola, Merja (1987) *20–34-vuotiaiden mielenterveystoimiston asiakkaiden elämisen ongelmista*. Pro gradu -tutkielma. Psykologian laitos. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Turku: Turun yliopisto.
- Vilponen, Riitta (1988) *Itsemurhat psykiatrisessa sairaalahoidossa. Kirjallisuuskatsaus ja kuvaileva tutkimus Turun yliopistollisen keskussairaalan psykiatrian klinikassa v. 1984–1985 tehdyistä itsemurhista*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Psykiatria. Turku: Turun yliopisto.
- Äijälä, Aki (1996) *Psykiatrinen tahdosta riippumaton hoito Suomessa*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteellinen tiedekunta. Psykiatria. Turku: Turun yliopisto.

## Lääketieteellisen tiedekunnan ja psykologian laitoksen tutkimusjulkaisut (TY)

- Aalto, Pirkko (1991) *Läsnäolo ja läheisyys*. Psykologian opintomonisteita. Turun yliopisto 6. Turku: Turun yliopiston psykologian laitos.
- Aaltonen, Jukka (1982) *Perhekeskeisen hoitoprosessin lähtökohdat psykiatrisessa avohoidossa =: Basis for family-centred treatment process in psychiatric outpatient care*. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C, Scripta lingua Fennica edita, osa 35. Turku: Turun yliopisto.

- Antila, Ritva, Riitta Englund, Pekka Niemi, Elisa Poskiparta ja Tiina Suomela (1993) *Kielellisen tietoisuuden harjaannuttaminen kahdessa turkulaisessa päiväkodissa: kasvatus- ja perheneuvolan tutkimuksia*. Turun kaupungin sosiaalikeskus 7. Turku: Turun kaupungin sosiaalikeskus.
- Blinnikka, Leena-Maria (1986) Viiden minuutin ilo ja iankaikkinen riesa. *Perheterapia* 3, 32–33.
- Blinnikka, Leena-Maria ja Marja Uusitalo (1988a) *Differences in Body Image between Psychosomatics and Non-Psychosomatics*. Psychological Research Reports. University of Turku 63. Turku: University of Turku. Department of Psychology.
- Blinnikka, Leena-Maria ja Marja Uusitalo (1988b) *Ruumiinkuva aikuisiällä: vertaileva tutkimus ammatin, sukupuolen ja iän mukaan*. Psykologian tutkimuksia. Turun yliopisto 85. Turku: Turun yliopiston psykologian laitos.
- Hakanen, Armi (1992) *Perustietoa persoonallisuuden psykologiasta*. Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja. A 6. Turku: Turun yliopisto.
- Hakanen, Armi ja Leena-Maria Blinnikka (1990) *Psykosomaattisen ja psykiatrisen potilaan ruumiinkuvan keskinäiset erot sekä poikkeavuudet normaaliruumiinkuvasta*. Psykologian tutkimuksia. Turun yliopisto 90. Turku: Turun yliopiston psykologian laitos.
- Keskinen, Soili (1985) *Päiväkotihenkilöstön työtyytyväisyys ja psyykinen hyvinvointi*. Psykologian tutkimuksia. Turun yliopisto 76. Turku: Turun yliopiston psykologian laitos.
- Kinnunen, Outi, Päivi Niemi ja Aila Järvikoski (1975) *Aviollisen vuorovaikutuksen laatuun vaikuttavista tekijöistä*. Turun yliopiston psykologian laitoksen tutkimuksia. Turku: Turun yliopiston psykologian laitos.
- Lagerspetz, Kirsti (1992) Psykoterapioiden ristiriita. *Psykologia* 27, 100–108.
- Lahtela, Kari (1982) *Varsinaissuomalaisen maanviljelijäväestön koettuun työkykyisyyteen liittyvät tekijät*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja. ML 26. Turku: Kansaneläkelaitoksen kuntoutustutkimuskeskus: Turun yliopiston sosiologian laitos.
- Lahtela, Kari (1983) *Työ- ja toimintakyvyn sekä kuntoutumisen psyykkisten edellytysten arviointi*. Lisensiaatintyö. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- Lahtela, Kari ja Erkki Alanen (1988) *Kuntoutumisennusteiden kehittäminen: tilastollinen analyysi psykologien kliinisten arviointien tutkimisessa = The development of prediction in rehabilitation: a study of clinical evaluation by statistical analyses*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja. ML 77. Turku: Kansaneläkelaitos.
- Lahtela, Kari ja Eeva Karttunen (1985) *Nivelreumapotilaan persoonallisuus, sairauteen sopeutumistyylit ja mielenterveys sairauden varhaisvaiheessa =: Personality, adaptation to illness and mental health in patients with non-chronic rheumatoid arthritis*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja. ML 47. Turku: Kansaneläkelaitos.
- Lahtela, Kari ja Risto Lahti (1982) *Kuntoutustutkimusasiakkaiden mielenterveys. Osa 1, Kansaneläkelaitoksen kuntoutustutkimuskeskuksessa vuonna 1975 tutkittujen asiakkaiden kuvaus ja mielenterveysoirekyselyn validiteetin tarkastelu*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja. ML 24. Turku: Kansaneläkelaitoksen kuntoutustutkimuskeskus.
- Myyrä, Johannes (1994) *Avioeron jälkeen. Tutkimus avioeroon liittyvistä kriiseistä*. Lisensiaatintyö. Psykologian laitos. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Turku: Turun yliopisto.
- Niemelä, Pirkko (1964) *Moraalikriteerien dimensionaali*. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto: Psykologian laitos.
- Niemelä, Pirkko (1973) *Coping Processes in the Anticipation of Stress*. Väitöskirja. Stockholms universitet.
- Niemelä, Pirkko (1976) Effects of short-term preparation on unexpected film stress. *Scandinavian Journal of Psychology* 17 (1), 115–121.
- Niemi, Pekka, Elisa Poskiparta ja Jukka Hyönä (1986) *Lukemishäiriön kognitiivinen tutkimus ja diagnoosi*. Psykologian tutkimuksia. Turun yliopisto 78. Turku: Turun yliopiston Psykologian laitos.
- Niemi, Päivi (1979) *Nuorten käsityksiä avioliitosta*. Lisensiaatintyö. Turun yliopisto, psykologian laitos.

- Niemi, Päivi (1988) *Adolescents and the family. Images and experiences of family life in Finland*. Turun yliopiston julkaisuja. Väitöskirja. Turun yliopisto.
- Niemi, Päivi ja Majjaliisa Rauste-von Wright (1980) *Nuorison ihmis- ja maailmankuva. Tyttöjen ja poikien käsityksiä avioliitosta*. Psykologian tutkimuksia. Turun yliopisto. Turku: Turun yliopisto.
- Piha, Jorma (1997) Lastenpsykiatria. Teoksessa Risto Lahesmaa (toim.) *TYKS. Keskussairaalon aika 1958–1990*. Turku: Turun yliopistollinen keskussairaala, 123–126.
- Poskiparta, Elisa, Pekka Niemi, Janne Lepola ja Turun yliopisto (toim.) (1994) *Diagnostiset testit. 1, Lukeminen ja kirjoittaminen*. Turku: Oppimistutkimuksen keskus, Turun yliopisto.
- Rauste-von Wright, Majjaliisa, Leila Kauri ja Päivi Niemi (1975) *Nuorison ihmis- ja maailmankuva. 3, Nuorten käsityksiä maailmasta*. Turun yliopiston psykologian laitoksen tutkimuksia. Turun yliopisto, psykologian laitos.
- Rauste-von Wright, Majjaliisa, Päivi Niemi ja Jari-Erik Nurmi (1985) *Arvojen empiirisen tutkimuksen problematiikkaa: eri menetelmien vertailua*. Psykologian tutkimuksia. Turun yliopisto. Turun yliopiston filosofian, psykologian ja menetelmätieteiden laitos.
- Salminen, Soili (1985b) *Maanis-depressiivisten potilaiden ja heidän puolisoidensa persoonallisuus ja puolisoiden välinen vuorovaikutus*. Lisensiaatintutkimus. Psykologian laitos. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Turku: Turun yliopisto.
- Stenfors-Laajala, Tiina ja Soili Keskinen (1988) *Päiväkotihenkilöstön burn out*. Psykologian tutkimuksia / Turun yliopisto 82. Turku: Turun yliopiston psykologian laitos.

## Arkistoaineisto

Suomalaisen Kirjallisuuden Seura (Helsinki)

Kansanrunousarkisto (KRA)

Satasärmäinen nainen -omaelämäkertakeruu 1990–1991 (SATA).

Työttömän tarina -kirjoituskilpailu 1993 (Työtön).

Turun yliopiston arkisto (Turku)

Turun yliopiston hallinto- ja talousarkisto

Henkilökunnan nimikirjat

Palvelussuhdekortisto

## Lehdet

- Alanen, Yrjö O. (1982) Mielenterveys huomioon ihmistä koskevassa päätöksenteossa. *Mielenterveys* 5–6, 4–5.
- Heiskanen, Tarja (1993) Itsemurha viimeisenä selviytymiskeinona. *Mielenterveys* 6, 18–20.
- Helminen, Anna-Maria (1984) Imetyksen ihanuus ja kurjuus. *Anna* 29, 80–83.
- Ilaskari, Heli (1994) Sisukas ja rohkea Elsa Karvonen on kulissien kaataja. *Käsi kädessä* 2, 31–33.
- Jaakkola, Anna-Mari (1992) Uutta apua synnytyksen jälkeiseen masennukseen. *Anna* 30, 16.
- Jokitaipale, Eeva Helena ja Kari Hautala (1980) Mielen vaivat 2. Heikko itsetunto on suomalaisten kansantauti. *Anna* 8, 52–55.
- Jokitaipale, Eeva-Helena ja Kari Hautala (1980) Älä suojele alkoholiongelmaista. Mitä varhemmin hoitoon, sitä varmemmin kuiville. *Anna* 5, 41–45.
- Kauhanen, Kaarina (1986) Mielisairaalassa. *Mielenterveys* 5, 36.
- Kiviniemi, Eeva (1992) Kuka lohduttaisi masentuneita isiä? *Anna* 3, 74–75.
- Kiviniemi, Eeva ja Jukka Pakarinen (1994) Kun psyyke järkkyy, on uskallettava etsiä ja tarjota apua. Rikki mennyt mieli. *Anna* 7, 39–45.
- Kämäräinen, Eila (1994) Eila Taskila: ”Olen löytänyt oman tapani olla vapaa ihmisten kahleista ja karsinoista”. *Käsi kädessä* 2, 7–8.
- Lehto, Pia (1995) ”Nuorta voimaa” -palstan kirjoitus. *Helmi* 3, 15.

- Lindroos, Veikko (1994) Kenellä on elämisen oikeus. *Mielenterveys* 3, 6–8.
- Lintala, Arto (1994) Otteita pilleristin muisteloista. *Labyrintti* 12, 12.
- Mehtä, Orvokki (1994) Toipuneen viesti hoitajille: Ruusut te olette ansainneet. *Käsi kädessä* 3, 30.
- Nimimerkki "Terveesti itserakas, elämän erityisluokkalainen" (1994) Kannanotto "hulluudesta". *Helmi* 3, 10–11.
- Nurminen, Marjatta (1994) Selviytymisen tiellä. *Helmi* 2, 12.
- Ollila, Kirsti (1987) Taavi Takaperoinen. *Mielenterveys* 3, 31–32.
- Peltovuori, Timo (1994) Ihmisarvoinen kohtelu on tärkeintä. *Käsi kädessä* 2, 16–17.
- Peltovuori, Timo (1994) Björn Nyman: Tosi masenuksessa sukellaan syvällä... *Käsi kädessä* 5, 24–25.
- Porola, Erkki (1994) Tuulimylyjä vastaan. *Mielenterveys* 2, 33–34.
- Puusaari, Hille (1993) Uupuminen voi olla kuin toinen syntymä. *Mielenterveys* 5, 20–22.
- Raippa, Ritva (1995) Kaija kertoo avoimesti itsemurhayrityksestään. "Tahdon auttaa!" *Käsi kädessä* 6, 6–7.
- Saavalainen, Teuvo (1993) Psykkisen sairauden syyllisyys ja häpeä. *Labyrintti* 2, 6 ja 8.
- Salonen, Kristina (1987) Turhilta uhreilta voitaisiin välttyä. *Mielenterveys* 4, 20–22.
- Salovaara, Inkeri (1992) Anna-Kaisa Hermunen: "Olen hallitun kaoksen kuningatar". *Käsi kädessä* 3, 20–21.
- Synnytyksen jälkeen (1982) *Anna* 33, 6–8.

## Julkaisematon haastatteluaineisto ja sähköpostikirjeenvaihto

- Korkeila, Jyrki; Psykiatrian professori, psykiatrian erikoislääkäri. Sähköposti. "Re: KT-seminaaripaperin kommentteista" 20.10.2015.
- Kärkkäinen, Jukka; Psykiatrian erikoislääkäri. Haast. Annastiina Mäkilä 19.12.2017.
- Larmo, Anneli; Psykiatrian erikoislääkäri, psykoanalyttikko. Haast. Annastiina Mäkilä 18.12.2018.
- Niemelä, Pirkko; Psykologian professori emerita. Epävirallinen keskustelu. Haast. Annastiina Mäkilä 2014.
- Salokangas, Soili; Psykologi. Haast. Annastiina Mäkilä 18.4.2018.
- Niemi, Pekka; Psykologian professori. Sähköposti 8.4.2014 klo 9:22. Keskustelut Pekka Niemen kanssa 2014.
- Tuomola, Merja, Leena Helelä-Alhopuro, Tiina Vidqvist, Anna-Liisa Vitie ja Annukka Tuokko; Psykologeja. Haast. Annastiina Mäkilä 7.6.2018.

## Tautiluokitukset ja aikalaisjulkaisut

- Alanen, Yrjö O. (2009a) Kohti humanistisempaa psykiatria. Skitsofreniaryhmän psykoosien tarpeenmukaisen hoidon kehittäminen. *Psykoteraapia* 28 (3), 226–240.
- Alanen, Yrjö O. (2009b) Tervehdys 25-vuotiaalle yhdistykselle. Teoksessa Mirjam Lohi ja Päivi Rintala (toim.) *En ollut yksin. Omaiset mielenterveystyön tukena. Lounais-Suomen yhdistys ry 1984–2009*. Turku: Omaiset mielenterveystyön tukena. Lounais-Suomen yhdistys ry., 7–9.
- American Psychiatric Association (toim.) (1952) *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders*. Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (toim.) (1968) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-II*. 2. uud. editio. Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (toim.) (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III*. 3. uud. editio. Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, (toim.) (1998) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. 4. uud. editio. Washington, D. C.: American Psychiatric Association.

- American Psychiatric Association (toim.) (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5. uud. editio. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association -sivusto. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm> [haettu 28.1.2018].
- Avento, Veli-Pekka (toim.) (1986) *Suomen psykiatriyhdistyksen kevään 1986 koulutuspäivien luentojulkaisu: teema: "Mielenterveyshäiriöiden suomalainen tautiluokitus"*. Psychiatria Fennica julkaisusarja 72. Helsinki: Psykiatrian tutkimussäätiö.
- Beck, Aaron T., C. H. Ward, M. Mendelson, J. Mock ja J. Erbaugh (1961) An Inventory for Measuring Depression. *Archives of general psychiatry* 4 (June), 562–571.
- Bowlby, John (1951) *Maternal care and mental health*. Geneva: World Health Organization.
- Duodecim: Käypä hoito -sivusto. Depressio, Käypä hoito -suosituksen historiatiedot. <https://www.kaypahoito.fi/nix01393> [haettu 30.11.2020].
- Emil Kraepelin, Allen Ross Diefendorf (1902) *Clinical Psychiatry: A Text-Book for Students and Physicians*. Macmillan.
- Feighner, John P., Eli Robins, Samuel B. Guze, Robert A. Woodruff, George Winokur ja Rodrigo Munoz (1972) Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of general psychiatry* 26 (1), 57–63.
- Freud, Sigmund (1964) *Johdatus psykoanalyysiin*. Alkuteokset Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse ja Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Kääntänyt Erkki Puranen. Jyväskylä: Gummerus.
- Freud, Sigmund (2000) Mourning and Melancholia 1917 [1915]. Teoksessa Ivan Smith (toim.) *Freud – Complete Works*. 3041–3053. e-book.
- Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevaksi lainsäädännöksi (1994) <https://www.edilex.fi/he/19940033> [haettu 16.12.2023].
- Huttunen, Matti (ei pvm) Synnytyksen jälkeinen masennus. Lääkärikirja Duodecim. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00505](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00505) [haettu 10.9.2017].
- Isometsä, Erkki, Markus Henriksson, Hillevi Aro, Martti Heikkinen, Kimmo Kuoppasalmi ja Jouko Lönnqvist (1993) Itsemurhaa edeltänyt vakava masennustila ja sen hoito. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Hillevi Aro ja Mauri Marttunen (toim.) *Itsemurhat Suomessa 1987 -projekti: toteutus, aineisto ja tutkimustuloksia*. Tutkimuksia / Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus 25. Helsinki: Stakes, 86–89.
- Joffe, W. G. ja J. Sandler (1967) On the concept of pain, with special reference to depression and psychogenic pain. *Journal of Psychosomatic Research* 11 (1), 69–75.
- Keltinkangas-Järvinen, Liisa ja Ranan Rimon (1987) Rimon's brief depression scale, a rapid method for screening depression. *Psychological Reports* 60, 111–119.
- Laki lääkärintoimen harjoittamisesta (562/1978) 4§.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940559> [haettu 16.12.2023].
- Lehtinen, Ville, Juha Veijola, Tomi Lindholm, Erkki Väisänen, Juha Moring ja Pauli Puukka (1993) *Mielenterveyden pysyvyys ja muutokset suomalaisilla aikuisilla: UKKI-tutkimuksen 16-vuotisseurannan päätulokset*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja. AL 36. Turku: Kansaneläkelaitoksen tutkimus- ja kehitysyksikkö.
- Leonhard, Karl ja Helmut Beckmann (1957) *Classification of Endogenous Psychoses and Their Differentiated Etiology*. Vienna: Springer Vienna. <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-7091-6371-9>.
- Lääkintöhallitus (toim.) (1969) *Classificatio morborum et causarum mortis = Tauti- ja kuolinsyyluokitus = Klassifikation av sjukdomar och dödsorsaker: Lääkintöhallituksen hyväksymä otettavaksi käyttöön 1 päivänä tammikuuta v. 1969: av Medicinalstyrelsen godkänd att tagas i bruk den 1 januari 1969*. Helsinki: Lääkintöhallitus - Medicinalstyrelsen.
- Lääkintöhallitus (toim.) (1978) *Lääkintöhallituksen vuosikirja 1971–1977*. Vsk. 74. Suomen virallinen tilasto 11. Helsinki: Lääkintöhallitus.

- Lääkintöhallitus (toim.) (1980) *Lääkintöhallituksen vuosikirja 1978–1979*. Vsk. 76. Suomen virallinen tilasto 11. Helsinki: Lääkintöhallitus.
- Lääkintöhallitus (toim.) (1981) *Lääkintöhallituksen vuosikirja 1979–1980*. Vsk. 77. Suomen virallinen tilasto 11. Helsinki: Lääkintöhallitus.
- Lääkintöhallitus (toim.) (1983) *Lääkintöhallituksen vuosikirja 1981–1982*. Vsk. 78. Suomen virallinen tilasto 11. Helsinki: Lääkintöhallitus.
- Lääkintöhallitus (toim.) (1986) *Tautiluokitus 1987 = Klassifikation av sjukdomar 1987. Osa 1 = Del I*. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Lönnqvist, Jouko, Hillevi Aro ja Mauri Marttunen (1993) IMS-87-projekti: yhteenvetoa, kokemuksia ja keskeisiä näkökohtia. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Hillevi Aro ja Mauri Marttunen (toim.) *Itsemurhat Suomessa 1987 -projekti: toteutus, aineisto ja tutkimustuloksia*. Tutkimuksia / Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 25. Helsinki: Stakes, 161–170.
- Lönnqvist, Jouko, Matti Huttunen, Kimmo Kuoppasalmi ja Ben Furman (1986) Mielenterveyden häiriöt uudessa tautiluokituksessa. Teoksessa Veli-Pekka Avento (toim.) *Suomen psykiatriyhdistyksen kevään 1986 koulutuspäivien luento-julkaisu: teema: ”Mielenterveyshäiriöiden suomalainen tautiluokitus”*. Psychiatria Fennica julkaisusarja 72. Helsinki: Psykiatrian tutkimussäätiö, 1–12.
- Psykiatria. Turun yliopiston verkkosivusto. <http://www.utu.fi/fi/yksikot/med/yksikot/psykiatria/Sivut/home.aspx> [haettu 11.9.2017].
- Rimon, R., L. Keltinkangas-Järvinen, S. Söderlund ja A. Itäpuro (1984) *Lyhyt kartoittava depressioasteikko, LKDA*. Vsk. 59. Reports of Psychiatria Fennica. Helsinki: Psykiatrian tutkimussäätiö.
- Rosenhan, D. L. (1973) On Being Sane in Insane Places. *Science* 179 (4070), 250–258.
- Salokangas, Raimo, Eija Stengård ja Outi Poutanen (1994) DEPS – uusi väline depression seulontaan. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 110 (12), 1141–1150.
- Sosiaali- ja terveysministeriön vahvistama M3-lomake. *Sosiaali- ja terveysministeriön* sivusto. [https://stm.fi/documents/1271139/4940005/Hoitoonm%C3%A4%C3%A4r%C3%A4misp%C3%A4%C3%A4t%C3%B6s\\_fi.pdf/](https://stm.fi/documents/1271139/4940005/Hoitoonm%C3%A4%C3%A4r%C3%A4misp%C3%A4%C3%A4t%C3%B6s_fi.pdf/) [haettu 16.11.2023].
- Sourander, André, Lotta Lempinen ja Anat Brunstein Klomek (2016) Changes in Mental Health, Bullying Behavior, and Service Use Among Eight-Year-Old Children Over 24 Years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 55 (8), 717–725.
- Spitz, René A. (1946) Hospitalism. *The Psychoanalytic Study of the Child* 2 (1), 113–117.
- Tamminen, Tapani (1995) *Depression tunnistaminen: kliininen diagnostiikka ja hoidon arviointia*. Espoo: Novo Nordisk.
- Tamminen, Tuula (1990) *Äidin masennus, imetys ja varhainen vuorovaikutus*. Acta Universitatis Tampereensis. Ser. A, vol. 304. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2012) *Psykiatrian luokituskäsikirja Suomalaisen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 1/2012*. 2. painos. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos* -verkkosivusto. Neuvolatyön lomakkeet. EPDS, mielialalomake raskausajan ja synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamiseksi. <https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/sote-palvelut/aitiys-ja-lastenneuvola/neuvolatyon-lomakkeet#EPDS,%20mielialalomake%20synnytyksen%20j%C3%A4lkeisen%20masennuksen%20tunnistamiseksi> [haettu 16.12.2023].

## Opinto-oppaat ja tutkimustiivistelmät

- Elholm, Erja (toim.) (1979) *Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan opinto-opas 1979–1980*. Turku: Turun yliopisto.
- Elholm, Erja (toim.) (1980) *Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan opinto-opas 1980–1981*. Turku: Turun yliopisto.

- Erikoislääkärin tutkinto. Lääketieteellinen tiedekunta. Turun yliopisto. Opinto-opas 1986-87.* (1986) Turku: Turun yliopiston offsetpaino.
- Koskinen, Kaarina (toim.) (1981) *Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan opinto-opas 1981–1982.* Turku: Turun yliopisto.
- Koskinen, Kaarina ja Jyrki Tuominen (toim.) (1985) *Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan opinto-opas 1985–1986.* Turku: Turun yliopisto.
- Toivola, Anita (toim.) (1991) *Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan opinto-opas 1991–1992 ja 1992–1993.* Turku: Turun yliopisto.
- Toivola, Anita ja Pirjo Vilola (toim.) (1994) *Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Lääketieteiden lisensiaatin tutkinto. Opinto-opas 1994–1995.* Turku: Turun yliopisto.
- Toivola, Anita ja Pirjo Vilola (toim.) (1995) *Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Lääketieteiden lisensiaatin tutkinto. Opinto-opas 1995–1996.* Turku: Turun yliopisto.
- Turun yliopisto (1979) *Turun yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan opinto-opas 1979–1980.* (toim.) Heikki Putus. Turku: Turun yliopisto.
- Turun yliopisto (1980) *Turun yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan opinto-opas 1980-81.* (toim.) Liisa Santti. Turku: Turun yliopisto.
- Turun yliopisto (1981) *Turun yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan opinto-opas 1981-82.* (toim.) Liisa Santti. Turku: Turun yliopisto.
- Turun yliopisto (1983) *Turun yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan opinto-opas 1983-84.* (toim.) Liisa Santti. Turku: Turun yliopisto.
- Turun yliopisto (1984) *Turun yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan opinto-opas 1984–85.* (toim.) Erkki Pakola. Turku: Turun yliopisto.
- Turun yliopisto (toim.) (1985a) *Lääketieteellinen tiedekunta. Tutkimustiivistelmät 1984–85.* Turku: Turun yliopisto.
- Turun yliopisto (1985b) *Turun yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan opinto-opas 1985–86.* (toim.) Raija Roslakka. Turku: Turun yliopisto.
- Turun yliopisto (toim.) (1986a) *Lääketieteellinen tiedekunta. Tutkimustiivistelmät 1985–86.* Turku: Turun yliopisto.
- Turun yliopisto (1986b) *Turun yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan opinto-opas 1986–87.* (toim.) Raija Roslakka ja Tiina Paulaharju. Turku: Turun yliopisto.
- Turun yliopisto (toim.) (1987a) *Lääketieteellinen tiedekunta. Tutkimustiivistelmät 1986–87.* Turku: Turun yliopisto.
- Turun yliopisto (1987b) *Turun yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan opinto-opas 1987–88.* (toim.) Raija Roslakka. Turku: Turun yliopisto.
- Turun yliopisto (toim.) (1988a) *Lääketieteellinen tiedekunta. Tutkimustiivistelmät 1987–88.* Turku: Turun yliopisto.
- Turun yliopisto (1988b) *Turun yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan opinto-opas 1988–89.* (toim.) Raija Roslakka. Turku: Turun yliopisto.
- Turun yliopisto (toim.) (1989a) *Lääketieteellinen tiedekunta. Tutkimustiivistelmät 1988–89.* Turku: Turun yliopisto.
- Turun yliopisto (1989b) *Turun yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan opinto-opas 1989–1990, 1990–1991.* (toim.) Raija Roslakka. Turku: Turun yliopisto.
- Turun yliopisto (toim.) (1990) *Lääketieteellinen tiedekunta. Tutkimustiivistelmät 1989–90.* Turku: Turun yliopisto.
- Turun yliopisto (toim.) (1991) *Lääketieteellinen tiedekunta. Tutkimustiivistelmät 1990–91.* Turku: Turun yliopisto.
- Turun yliopisto (toim.) (1992) *Lääketieteellinen tiedekunta. Tutkimustiivistelmät 1991–92.* Turku: Turun yliopisto.
- Turun yliopisto (toim.) (1993) *Lääketieteellinen tiedekunta. Tutkimustiivistelmät 1992–93.* Turku: Turun yliopisto.

- Turun yliopisto (toim.) (1994) *Lääketieteellinen tiedekunta. Tutkimustiivistelmät 1993–94*. Turku: Turun yliopisto.
- Turun yliopisto (toim.) (1995a) *Lääketieteellinen tiedekunta. Tutkimustiivistelmät 1994–95*. Turku: Turun yliopisto.
- Turun yliopisto (1995b) *Turun yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan opinto-opas 1995–1996*. (toim.) Raija Roslakka. Turku: Turun yliopisto.
- Turun yliopisto (toim.) (1996) *Lääketieteellinen tiedekunta. Tutkimustiivistelmät 1995–96*. Turku: Turun yliopisto.
- Turun yliopisto (toim.) (1997) *Lääketieteellinen tiedekunta. Tutkimustiivistelmät 1996–97*. Turku: Turun yliopisto.
- Tutkimustiivistelmät 1987-88*. (1987) Turku: Turun yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.
- Vainikainen, Tuula (toim.) (1982) *Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan opinto-opas 1982–1983*. Turku: Turun yliopisto.
- Vainikainen, Tuula (toim.) (1983) *Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan opinto-opas 1983–1984*. Turku: Turun yliopisto.
- Vainikainen, Tuula (toim.) (1984) *Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan opinto-opas 1984–1985*. Turku: Turun yliopisto.
- Vainikainen, Tuula (toim.) (1989) *Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan opinto-opas 1989–1990 ja 1990–1991*. Turku: Turun yliopisto.

## Opinto-opaat, tutkimustiivistelmät ja yliopiston vuosikirjat julkaisuväleillä

- Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan opinto-opaat* lukuvuodesta 1979–1980 lukuvuoteen 1992–1993.
- Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan lääketieteen lisensiaatin tutkinnon opinto-opaat* lukuvuodesta 1993–1994 lukuvuoteen 1995–1996.
- Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan tieteellisen jatkokoulutuksen opinto-opaat* lukuvuodesta 1984–1985 lukuvuoteen 1996–1997.
- Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan erikoislääkärin tutkinnon opinto-opaat* lukuvuodesta 1986–1987 lukuvuoteen 1994–1995.
- Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan erikoislääkärikoulutuksen opinto-opas* lukuvuosina 1995–1996 ja 1996–1997.
- Turun yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan opinto-opaat* lukuvuodesta 1979–1980 lukuvuoteen 1995–1996.
- Turun yliopiston vuosikirja* vuosilta 1989–1994. Julkaisut. Turku: Turun yliopisto.
- Turun yliopiston vuosikirja* vuosilta 1995–1996. Julkaisut. Vantaa: Turun yliopisto.
- Tutkimustiivistelmät* lukuvuodesta 1983–1984 lukuvuoteen 1996–1997. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Turku: Turun yliopisto.
- Tutkimustiivistelmät* lukuvuodesta 1984–1985 lukuvuoteen 1996–1997. Lääketieteellinen tiedekunta. Turku: Turun yliopisto.

## Muistelmat

- Achté, Kalle (1999) *Optimistisen psykiatrin muistelmat*. Porvoo; Helsinki; Juva: WSOY.

## Tutkimuskirjallisuus

- Adityanjee, Y. A. Aderibigbe, D. Theodoridis ja V. R. Vieweg (1999) Dementia praecox to schizophrenia: The first 100 years. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 53, 437–448.



- Ahlbeck, Jutta (2015) Ratkaisuna sterilisaatio. Kansakunnan parasitit ja naisruumiin uhka. Teoksessa Jutta Ahlbeck, Päivi Lappalainen, Kati Launis, Kirsi Tuohela ja Jasmine Westerlund (toim.) *Kipupisteissä: sairaus, kulttuuri ja modernisoituva Suomi*. Turku: Utukirjat 8., 233–259.
- Ahlbeck-Rehn, Jutta (2006) *Diagnostisering och disciplinering: medicinsk diskurs och kvinnligt vansinne på Själö hospital 1889–1944*. Turku: Åbo Akademi.
- Ahlbeck-Rehn, Jutta (2007) Skitsofrenia, tylsämielisyyks vai huono elämä? Esimerkkejä 1900-luvun alun suomalaisesta psykiatriasta. *Hippokrates, Suomen Lääketieteen Historian Seuran vuosikirja* 24, 85–120.
- Aho, Jouko (1993) *Sieluun piirretty viiva: psykologisia perinteitä suomenmielisestä selutieteestä koelliseen kasvatukseen*. Prometheus. Pohjoinen.
- Ahola, Kirsi, Katinka Tuisku ja Helena Rossi (2018) Työuupumus (burnout). *Lääkärikirja Duodecim*. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00681> [haettu 1.6.2018].
- Ahola, Teija (2015) *Terveyttä kaikille. B-mielisiraalat 1950-luvulta 1970-luvulle*. Museovirasto. [https://rakennettuhyvinvointiing.blob.core.windows.net/uploads/Terveysdenhuollon-rakennukset/RHY\\_Terveyttä%CC%88-Kaikille\\_B-mielisiraalat-1950-luvulta-1970-luvulle.pdf](https://rakennettuhyvinvointiing.blob.core.windows.net/uploads/Terveysdenhuollon-rakennukset/RHY_Terveyttä%CC%88-Kaikille_B-mielisiraalat-1950-luvulta-1970-luvulle.pdf) [haettu 16.12.2023].
- Ahonen, Karoliina (2020) *Suomalainen mielenterveyspolitiikka – Julkisen vallan ohjaus mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmisoikeuksien turvaamiseksi*. Väitöskirja. Helsingin yliopisto: Teologinen tiedekunta.
- Andersson, Peter K. (2020) My Grandmother's Recipe Book and the History of Knowledge. Teoksessa Johan Östling, David Larsson Heidenblad ja Anna Nilsson Hammar (toim.) *Forms of Knowledge. Developing the History of Knowledge*. Falun, Sweden: IPG-ACADEMIC, 59–71.
- Arendt, Hannah (1978) *The life of the mind*. 1st ed. Vsk. 1 Thinking. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Ban, Thomas A. (2013) *Neuropsychopharmacology and the forgotten language of psychiatry. Madness: From Psychiatry to Neurology*. International Network for the History of Neuropsychopharmacology.
- Bates, Victoria, Alan Bleakley ja Sam Goodman (2014) *Medicine, Health and the Arts: Approaches to the Medical Humanities*. Routledge Advances in the Medical Humanities. Abingdon, Oxon: Routledge.
- Bondolfi, Guido, Viridiana Mazzola ja Giampiero Arciero (2015) In Between Ordinary Sadness and Clinical Depression. *Emotion Review* 7 (3), 216–222.
- Brinkmann, Svend (2014) Languages of Suffering. *Theory & Psychology* 24 (5), 630–648.
- Brinkmann, Svend (2016) *Diagnostic Cultures*. Taylor and Francis.
- Brinkmann, Svend (2017a) Mad or normal? Paradoxes of contemporary diagnostic cultures. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund* 26, 169–183.
- Brinkmann, Svend (2017b) Perspectives on diagnosed suffering. *Nordic Psychology* 69 (1), 1–4.
- Bschor, T., M. Ising, M. Bauer, U. Lewitzka, M. Skerstupeit, B. Müller-Oerlinghausen ja C. Baethge (2004) Time Experience and Time Judgment in Major Depression, Mania and Healthy Subjects. A Controlled Study of 93 Subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 109 (3), 222–229.
- Burke, Peter (2015) *What Is the History of Knowledge?* Oxford: Polity Press.
- Campbell, E. A., S. J. Cope ja J. D. Teasdale (1983) Social Factors and Affective Disorder: An Investigation of Brown and Harris's Model. *The British Journal of Psychiatry* 143 (6), 548–553.
- Clarke, Adele, Janet K. Shim, Laura Mamo, Jennifer Ruth Fosket ja Jennifer R. Fishman (2003) Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review* 68 (2), 161–194.
- Dantchev, Nicolas ja Daniel J. Widlöcher (1998) The Measurement of Retardation in Depression. *The Journal of Clinical Psychiatry* 59 (14), 19–25.
- Daston, Lorraine (2017) The History of Science and the History of Knowledge. *KNOW: A Journal on the Formation of Knowledge* 1 (1), 131–154.

- Davies, James (2017) How Voting and Consensus Created the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (*DSM-III*). *Anthropology & Medicine* 24 (1), 32–46.
- Day, R. K (1999) Psychomotor agitation: poorly defined and badly measured. *Journal of Affective Disorders* 55 (2–3), 89–98.
- Decker, Hannah (2007) How Kraepelinian was Kraepelin? How Kraepelinian are the neo-Kraepelinians? – from Emil Kraepelin to *DSM-III*. *History of Psychiatry* 18 (3), 337–360.
- Depressive position. *Melanie Klein Trust* -sivusto. <https://melanie-klein-trust.org.uk/theory/depressive-position/> [haettu 16.12.2023].
- Deter, Hans-Christian, Johannes Kruse ja Stephan Zipfel (2018) History, aims and present structure of psychosomatic medicine in Germany. *Biopsychosocial Medicine* 12 (tammikuu).
- Ehrenberg, Alain (2007) Itseksi tulemiseen uupuminen. Yhteiskunnallis-historiallinen näkökulma masennukseen. *Tiede ja edistys* 32 (2), 89–102.
- Ehrenberg, Alain (2010) *The weariness of the self: Diagnosing the history of depression in the contemporary age*. Montreal; Ithaca: McGill-Queen's University Press.
- Eskola, Jarkko (2007) Mielenterveystyö ja yhteiskunnan muutos. Teoksessa Jarkko Eskola ja Antti Karila (toim.) *Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön*. Helsinki: Edita, 14–44.
- Eskola, Jarkko ja Antti Karila (2007) Kiteytyksiä. Teoksessa Jarkko Eskola ja Antti Karila (toim.) *Mielekäs Suomi: näkökulmia mielenterveystyöhön*. Helsinki: Edita, 205–207.
- Eskola, Jarkko, Antti Karila ja Jukka Aaltonen (2007) Vaikeat mielenterveyshäiriöt yhteiskunnan kuvastajina. Teoksessa Jarkko Eskola ja Antti Karila (toim.) *Mielekäs Suomi: näkökulmia mielenterveystyöhön*. Helsinki: Edita, 64–85.
- Frances, Allen (2013) *Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the medicalization of ordinary life*. First edition. New York, NY: William Morrow, an imprint of Harper Collins publishers.
- Gorwood, P. (2010) Depressed patients and their notion of time. *Medicographia* 32 (2), 133–138.
- Gould, Raija, Harri Grönlund, Riitta Korpiluoma, Heidi Nyman, Kristiina Tuominen ja Työkyvyttömyysasiain neuvottelukunta (2007) *Miksi masennus vie eläkkeelle?* Eläketurvakeskuksen raportteja 2007:1. Helsinki: Eläketurvakeskus.
- Haapa-aho, Jussi ja Frejvid Gustafsson (1986) *Työkyvyttömyyseläkkeiden lukumäärät ja väestöosuudet 1970–1984*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja. T9 28. Helsinki: Kansaneläkelaitoksen laskenta ja tilasto-osasto.
- Hacimusalar, Yunus, ja Ertuğrul Eşel (2018) Suggested Biomarkers for Major Depressive Disorder. *Nöropsikiyatri arşivi* 3 (55), 280–290.
- Hacking, Ian (2009) *Mitä sosiaalinen konstruktionismi on?* Tampere: Vastapaino.
- Hacking, Ian (2013) Eksyksissä metsässä. *niin & näin* 4, 13–17.
- Hagfors, Carl ja Mikko Korhokangas (1987) Johdanto. Teoksessa Mikko Korhokangas (toim.) *Puoli vuosisataa psykologian tutkimusta ja opetusta Jyväskylässä*. Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja 289. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 3–6.
- Hakkarainen, Pekka (1984) *Turun yliopiston Psykologian laitoksen historia, 1922–1972*. Psykologian tutkimuksia 71. Turku: Turun yliopiston Filosofian, psykologian ja menetelmätieteiden laitos.
- Hakosalo, Heini (2012) Lääketieteellisten käsitteiden historia – esimerkkitapaus 1800-luvun aivotutkimuksesta. Teoksessa Marja-Liisa Honkasalo ja Hannu Salmi (toim.) *Terveyttä kulttuurin ehdoilla – Näkökulmia kulttuuriseen terveystutkimukseen*. Turku: k&h, 27–57.
- Harjajärvi, Minna, Sami Pirkola ja Kristian Wahlbeck (2006) *Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa: Merttu-tutkimuksen palvelukatsaus*. Acta / Suomen kuntaliitto, nro 187. Helsinki: Stakes: Suomen kuntaliitto.
- Harrington, Anne (2019) *Mind fixers: psychiatry's troubled search for the biology of mental illness*. First Edition. New York: W.W. Norton & Company.
- Hautamäki, Lotta (2006a) Mahdollinen masennus. Tunnistamisen ja tarkkailun välineitä. Teoksessa Katri Komulainen, Hannu Rätty ja Jussi Silvonen (toim.) *Hulluudesta itsehallintaa. Uuden histo-*

- rian näkökulmia psyykkisiin ilmiöihin ja ammattikäytäntöihin. Psykologian tutkimuksia / Joensuun yliopisto. Yhteiskunta- ja aluetieteiden tiedekunta 25. Joensuu: Joensuun yliopisto, 207–225.
- Hautamäki, Lotta (2006b) *Mahdollinen masennus. Eettinen työ valitusteksteissä*. Pro gradu -tutkielma. Sosiologia. Valtiotieteellinen tiedekunta. Helsingin yliopisto.
- Hautamäki, Lotta (2007) Kenen tahansa masennus. *Tiede ja edistys* 2, 119–134.
- Hautamäki, Lotta (2011) Psykiatrisen diagnoosi sosiaalisena ilmiönä. *Suuntaaja* 1.
- Hautamäki, Lotta (2016a) Psykiatrisen diagnostiikan epävarmuus. *Sic!* 2, 11–13. <http://www.julkari.fi/handle/10024/130678> [haettu 25.7.2024].
- Hautamäki, Lotta (2016b) *Movements of Moods: Interplay Between Science, Clinical Practice and Patient in Psychiatry*. Väitöskirja. Sosiologia. Helsingin yliopisto.
- Hautamäki, Lotta, Ilpo Helén ja Saara Kanula (2011) Mielenterveyden hoidon lääkkeellistyminen Suomessa. Teoksessa Ilpo Helén (toim.) *Reformin pirstaleet: mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen*. Jyväskylä: Vastapaino, 70–110.
- Healy, David (1997) *The Antidepressant Era*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Healy, David (2012) *Pharmageddon*. University of California Press.
- Heimo, Anne (2010) *Kapina Sammatissa: vuoden 1918 paikalliset tulkinnat osana historian yhteiskunnallisen rakentamisen prosessia*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran toimituksia 1275. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Helakorpi, Satu (toim.) (2007) *Aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys maakunnissa 1978–2005*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja. B 15/2007. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Helén, Ilpo (2001) Elämä, riski ja ahdistus. *Tiede ja edistys* 2 (2), 102–117.
- Helén, Ilpo (2002) Lääketieteen lupaus ja elämän politiikka. *Sosiologia* 39 (2), 104–115.
- Helén, Ilpo (2007a) Masennuksen historiat. *Psykologia* 42 (3), 196–210.
- Helén, Ilpo (2007b) Masennus massamitassa. Epidemiologinen välineistö ja psykiatrian muodonmuutos. *Tiede ja Edistys* 32 (2), 103–118.
- Helén, Ilpo (2007c) Multiple Depression. Making Mood Manageable. *Journal of Medical Humanities* 28 (3), 149–172.
- Helén, Ilpo (2010) Psykiatrian muodonmuutos ja depression nousu kansantaudiksi. Historiallis-sosiologinen interventio. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 47, 45–58.
- Helén, Ilpo (toim.) (2011) *Reformin pirstaleet: mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen*. Tampere: Vastapaino.
- Helén, Ilpo (2016) *Elämän politiikat: yhteiskuntatutkimus Foucault'n jälkeen*. Paradeigma-sarja. Tutkijaliitto.
- Helén, Ilpo, Pertti Hämäläinen ja Anna Metteri (2011) Komplekseja ja katkoksia – Psykiatrian hajaantuminen suomalaiseen sosiaalivaltioon. Teoksessa Ilpo Helén (toim.) *Reformin pirstaleet: mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen*. Jyväskylä: Vastapaino, 11–69.
- Helén, Ilpo ja Mikko Jauho (2003a) Johdanto. Teoksessa *Kansalaisuus ja kansanterveys*. Helsinki: Gaudeamus, 7–12.
- Helén, Ilpo ja Mikko Jauho (2003b) Terveyskansalaisuus ja elämän politiikka. Teoksessa Ilpo Helén ja Mikko Jauho (toim.) *Kansalaisuus ja kansanterveys*. Helsinki: Gaudeamus, 13–32.
- Hess, Volker ja Benoît Majerus (2011) Writing the History of Psychiatry in the 20th Century. *History of Psychiatry* 22 (2), 139–145.
- History of the development of the ICD.doc - HistoryOfICD.pdf. WHO-sivusto. <http://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf> [haettu 15.7.2015].
- Hokkanen, Markku ja Kalle Kananoja (2017) Kiistellyt tiet terveyteen. Parantamisen monimuotoisuus ja lääkinnällinen hybridisaatio globaalihistoriassa. Teoksessa Markku Hokkanen ja Kalle Kananoja (toim.) *Kiistellyt tiet terveyteen. Parantamisen monimuotoisuus globaalihistoriassa*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 7–82.
- Honkasalo, Marja-Liisa (2008) *Reikä sydämessä: Sairaus pohjoiskarjalaisessa maisemassa*. Tampere: Vastapaino.

- Honkasalo, Marja-Liisa ja Reea Hinkkanen (2003) Sairaaksi syöttämällä tai säikähtämällä. Teoksessa Marja-Liisa Honkasalo (toim.) *Sairas, potilas, omainen: näkökulmia sairauden kokemiseen*. Tietolipas 189. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 13–45.
- Honkasalo, Marja-Liisa, Hannu Salmi ja Veikko Launis (2012) Johdanto. Teoksessa Marja-Liisa Honkasalo ja Hannu Salmi (toim.) *Terveyttä kulttuurin ehdoilla – Näkökulmia kulttuuriseen terveys-tutkimukseen*. Turku: k&h, 7–24.
- Horwitz, Allan V. (1982) *The Social Control of Mental Illness*. Studies on Law and Social Control. New York: Acad. P.
- Horwitz, Allan V. ja Jerome C. Wakefield (2007) *The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Hyväri, Susanna (2011) Kamppailu stigmaa ja syrjäytymistä vastaan – kaksi potilastarinaa. Teoksessa Ilpo Helén (toim.) *Reformin pirstaleet: mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen*. Jyväskylä: Vastapaino, 231–258.
- Hyvönen, Juha (2008) *Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta = the finnish psychiatric health services in the 1990's from the point of view of historical continuity*. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja. D, Lääketiede 440. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Hänninen, Vilma ja Senni Timonen (2004) ”Huoli” ja ”masennus”. Kärsimyksiä ennen ja nyt. Teoksessa Marja-Liisa Honkasalo, Terhi Utriainen ja Anna Leppo (toim.) *Arki satuttaa. Kärsimyksiä suomalaisessa nykypäivässä*. Tampere: Vastapaino, 226–252.
- Ihanus, Juhani (1994) *Vietit vai henki: Psykoanalyysin varhaisvaiheet Suomessa*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Ihanus, Juhani (2009) *Sanat että hoitaisimme: terapeutin kirjoittaminen*. Helsinki: Duodecim.
- Immonen, Kari (2001) Uusi kulttuurihistoria. Teoksessa Kari Immonen ja Maarit Leskelä-Kärki (toim.) *Kulttuurihistoria: Johdatus tutkimukseen*. Tietolipas 175. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 11–25.
- Impiö, Pekka (2004) Psykoanalyttikko tunnettiin myös kirjailijana. Professori Tor-Björn Hägglundin muistokirjoitus. *Helsingin Sanomat*, 19. marraskuuta 2004.
- Jablensky, Assen (2007) Living in a Kraepelinian world: Kraepelin’s impact on modern psychiatry. *History of Psychiatry* 18 (3), 381–388.
- Jackson, Stanley W. (1986) *Melancholia and depression: from Hippocratic times to modern times*. New Haven: Yale U.P.
- Jansson, Åsa (2011) Mood Disorders and the Brain: Depression, Melancholia, and the Historiography of Psychiatry. *Medical History* 55 (3), 393–399.
- Johannisson, Karin (1998) *Kroppens tunna skal: sex essäer om kropp, historia och kultur*. Stockholm: Pan.
- Johannisson, Karin (2007) Hur skapas en diagnos? Ett historiskt perspektiv. Teoksessa Gunilla Hallerstedt (toim.) *Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande*. Uddevalla: Daidalos, 29–41.
- Joukamaa, Matti, Teela Jyrkinen, Ville Lehtinen, Kari Lahtela, Raimo Raitasalo, Jouni Maatela ja Arpo Aromaa (1991) *Suomalaisten aikuisten mielenterveys ja mielenterveyden häiriöt*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja. AL 33. Turku; Helsinki: Kansaneläkelaitoksen kuntoutustutkimuskeskus: Kansaneläkelaitoksen sosiaaliturvan tutkimuslaitos.
- Julkunen, Raija (2001) *Suunnanmuutos: 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa*. Tampere: Vastapaino.
- Juppi, Mia (2016) *Päihdepalveluiden laatua etsimässä. Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätien asiakkaiden kokemuksia päihdepalveluista*. Opinnäytetyö. Savonia-ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen tutkinto-ohjelma.
- Jääntti, Saara (2006) Diagnostin paikka. Naisten kertomuksia psykiatrian potilaiksi tulemisesta. Teoksessa Katri Komulainen, Hannu Rätty ja Jussi Silvonen (toim.) *Hulluudesta itsehallintaan. Uuden historian näkökulmia psykikkisiin ilmiöihin ja ammattikäytäntöihin*. Psykologian tutkimuksia / Jo-

- ensuun yliopisto. Yhteiskunta- ja aluetieteiden tiedekunta 25. Joensuu: Joensuun yliopisto, 248–272.
- Jäntti, Saara, Kirsi Heimonen, Sari Kuuva ja Annastiina Mäkilä (2019) Hulluus kulttuurisena kysymyksenä. Teoksessa Saara Jäntti, Kirsi Heimonen, Sari Kuuva ja Annastiina Mäkilä (toim.) *Hulluus ja kulttuurinen mielenterveystutkimus*. Nykykulttuurin tutkimuskeskuksen julkaisuja 125. Jyväskylän yliopisto: Nykykulttuurin tutkimuskeskus, 9–45.
- Kainulainen, Siru ja Viola Parente-Čapková (2011) Häpeän latautunut toiminta. Esipuhe. Teoksessa Siru Kainulainen ja Viola Parente-Čapková (toim.) *Häpeä vähän! Kriittisiä tutkimuksia häpeästä*. Turku: Utukirjat, 6–24.
- Kangas, Ilka (2003) Sairaalan asiantuntijuus – tieto ja kokemus sairastamisen arjessa. Teoksessa Marja-Liisa Honkasalo (toim.) *Sairas, potilas, omainen. Näkökulmia sairauden kokemiseen*. Tietolipas 189. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 73–95.
- Kansaneläkelaitos, Lääkeinformaation ja -tilastoinnin yhteistyötoimikunta, Lääkelaitos, Suomi ja Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea (toim.) (1989) *Suomen lääketilasto*. Helsinki: Lääkintöhallitus.
- Kansaneläkelaitos, Lääkeinformaation ja -tilastoinnin yhteistyötoimikunta, Lääkelaitos, Suomi ja Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea (toim.) (1993) *Suomen lääketilasto*. Helsinki: Lääkintöhallitus.
- Kansaneläkelaitos, Lääkeinformaation ja -tilastoinnin yhteistyötoimikunta, Lääkelaitos, Suomi ja Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea (toim.) (1998) *Suomen lääketilasto*. Helsinki: Lääkintöhallitus.
- Karila, Antti (2007) Asukkaiden hyvinvointi muuttoliikkeen pyörteissä. Teoksessa Jarkko Eskola ja Antti Karila (toim.) *Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön*. Helsinki: Edita, 142–62.
- Kansaneläkelaitos (ei pvm) Palvelukuvaus. Kelan määräämät toimintakyvyn arviointitutkimukset. SVL 15 luku 13 § ja KEL 61 §. 2022-2023. Etuuspalvelujen lakiyksikkö. Työ- ja toimintakykyetuksien osaamiskeskus. <https://www.kela.fi/documents/20124/410372/palvelukuvaus-kelan-maaraamat-toimintakyvyn-arviointitutkimukset-2022-2023.pdf/40fc9984-3006-daef-e663-9fc7e813252b?t=1663762165711> [haettu 16.12.2023].
- Kinnunen, Anna (2015) ”Mutta niille ei voi mitään, joilla on aivoissa vika”. Mielisairauden kansanomaiset tulkinat 1900-luvun alkuvuosikymmenten modernisoituvassa Suomessa. *J@rgonia*, 13 (26), 30–53.
- Kirsch, Irving, Brett J Deacon, Tania B Huedo-Medina, Alan Scoboria, Thomas J Moore ja Blair T Johnson (2008) Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. (toim.) Phillipa Hay. *PLoS Medicine* 5 (2), 45.
- Kivimäki, Ville (2006) Sotapsykiatria ja koettu todellisuus. Teoksessa Katri Komulainen, Hannu Rätty ja Jussi Silvonon (toim.) *Hulluudesta itsehallintaan. Uuden historian näkökulmia psykkisiin ilmiöihin ja ammattikäytäntöihin*. Psykologian tutkimuksia / Joensuun yliopisto. Yhteiskunta- ja aluetieteiden tiedekunta 25. Joensuu: Joensuun yliopisto, 52–74.
- Kivimäki, Ville (2013) *Murtuneet mielet. Taistelu suomalaissotilaiden hermoista 1939–1945*. Helsinki: WSOY.
- Kivivuori, Janne (1992) *Psykokulttuuri. Sosiologinen näkökulma arjen psykologisoitumisen prosessiin*. Helsinki: Hanki ja jää.
- Komulainen, Katri, Hannu Rätty ja Jussi Silvonon (2006) Johdanto: psykologian historian kahdet kasvot. Teoksessa Katri Komulainen, Hannu Rätty ja Jussi Silvonon (toim.) *Hulluudesta itsehallintaan. Uuden historian näkökulmia psykkisiin ilmiöihin ja ammattikäytäntöihin*. Psykologian tutkimuksia / Joensuun yliopisto. Yhteiskunta- ja aluetieteiden tiedekunta 25. Joensuu: Joensuun yliopisto, 5–9.
- Kopakkala, Aku (2015) *Masennus. Suuri serotoniinihuujaus*. Helsinki: Basam books.
- Kylli, Ritva (2014) Kolmen pitäjän kuolinsyyt paikallisyhteisön kuvastajina 1700- ja 1800-luvun Pohjois-Suomessa. *Ennen ja nyt* 14 (4).

- Kärkkäinen, Jukka (2004) *Onnistuiko psykiatrian yhdyntymisen somaattiseen hoitojärjestelmään?* Tutkimuksia / Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 138. Saarijärvi: Stakes.
- Lahti, Pirkko ja Tytti Vuoripalo (1989) Suomen Mielenveysseura 1897–1987. Teoksessa Kyllikki Kauttu, Pirkko Lahti, Tytti Vuoripalo, Kalle Achté ja Erkki Kivalo (toim.) *Suomen Mielenveysseura 1897–1987. Yhdeksän vuosikymmentä mielenveysystyötä*. Helsinki: Suomen mielenveysseura, 42–117.
- Laitinen, Riitta (2010) Kokeva ihminen käytäntöjen maailmassa. Teoksessa Heli Rantala ja Sakari Ollitervo (toim.) *Kulttuurihistoriallinen kaise*. Turku: K&h, 98–117.
- Lavonen, Petri (2013) *Kupittaan sairaala 100 vuotta*. Turku, hyvinvointitoimiala.
- Lemelin, S. ja P. Baruch (1998) Clinical psychomotor retardation and attention in depression. *Journal of Psychiatric Research* 32 (2), 81–88.
- Lipsitt, Don R. (2006) Psychosomatic Medicine: History of a “new” Speciality. Teoksessa Michael Blumenfeld ja James J. Strain (toim.) *Psychosomatic Medicine*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. [http://turkpsikiyatri.org/arsiv/History\\_of\\_Psychosomatic\\_Medicine\\_Blumenfeld.pdf](http://turkpsikiyatri.org/arsiv/History_of_Psychosomatic_Medicine_Blumenfeld.pdf) [haettu 23.7.2024].
- Louhiala, Pekka ja Harri Hemilä (2005) Näyttöön perustuva lääketiede – hyvä renki mutta huono isäntä. *Läketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 121 (12), 1317–1325.
- Malinen, Antti (2019) Järkkyvä arki. Aikuisten psyykinen oireilu lapsuuden tunnemuistoissa toisen maailmansodan jälkeen. Teoksessa Saara Jäntti, Kirsi Heimonen, Sari Kuuva ja Annastiina Mäkilä (toim.) *Hulluus ja kulttuurinen mielenveysstudium*. Nykykulttuurin tutkimuskeskuksen julkaisuja 125. Jyväskylän yliopisto: Nykykulttuurin tutkimuskeskus, 183–205.
- Malinen, Antti ja Tuomo Tamminen (2017) *Jälleenrakentajien lapset. Sotienjälkeinen Suomi lapsen silmin*. Tallinna: Gaudeamus.
- Mannevuori, Mona (2015) *Affektitehdas. Työn rationalisoinnin historiallisia jatkumia*. Väitöskirja. Suokupuolentutkimus. Turku: Turun yliopisto.
- Manninen, Juha, Juhani Ihanus, Marja Jalava ja Ilkka Niiniluoto (2021) *History of Philosophy and Psychology in Finland 1809–1917*. Helsinki: Finska Vetenskaps-Societeten – Suomen Tiedeseura.
- McHugh, Paul R. ja Phillip R. Slavney (2012) Mental Illness — Comprehensive Evaluation or Checklist? *New England Journal of Medicine* 366 (20), 1853–1855.
- Meretoja, Hanna (2003) Itseymmärryksen kulttuuris-historiallinen välittyneisyys Gadamerin ja Ricoeurin hermeneutiikassa. Teoksessa Sakari Ollitervo, Jussi Parikka ja Timo Väntsi (toim.) *Kohtaamisia ajassa. Kulttuurihistoria ja tulkinnan teoria*. Turku: k&h, 58–86.
- Meri, Veijo (2002) *Sanojen synty*. 5. painos. Helsinki: Gummerus.
- Meskus, Mianna (2009) *Elämän tiede: tutkimus lääketieteellisestä teknologiasta, vanhemmuudesta ja perimän hallinnasta*. Tampere: Vastapaino.
- Mitzy, Kennis, Lotte Gerritsen, Marije van Dalen, Alishia Williams, Pim Cuijpers ja Claudi Bockting (2020) Prospective biomarkers of major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Molecular Psychiatry* 25, 321–338.
- Mukherjee, Siddhartha (2012) Post-Prozac Nation. *The New York Times Magazine* huhtikuu, 48–54.
- Myllykangas, Mikko (2014) *Rappeutuminen, tiedostamaton vai yhteiskunta? Lääketieteellinen itsemurhatutkimus Suomessa vuoteen 1985*. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis B Humaniora 120. Oulu.
- Myllyntausta, Mikko, Annastiina Mäkilä ja Johanna Skurnik (2023) Lähtökohtia tiedonhistoriaan. Teoksessa Mikko Myllyntausta, Annastiina Mäkilä, Johanna Skurnik ja Veli Virmajoki (toim.) *Tiedonhistoria*. Tampere: Vastapaino, 7–60.
- Myllyntausta, Mikko, Johanna Skurnik ja Annastiina Mäkilä (ei pvm.) *What is knowledge in the history of knowledge? An actor-oriented approach*. Artikkelikäsikirjoitus.
- Mäkilä, Annastiina (2014) *Pohdintoja ihmisen henkisten ominaisuuksien muodostumisesta Tieteessä tapahtuu-lehden kirjoituksissa vuosina 1998–1999 ja 2004–2005*. Pro gradu -tutkielma. Kulttuurihistoria. Turun yliopisto.

- Mäkilä, Annastiina (2019) Käsitteitä masennuksesta ja itseän kohdistuvasta negatiivisuudesta 1900-luvun lopun psykologian opinnoissa. Teoksessa Saara Jäntti, Kirsi Heimonen, Sari Kuuva ja Annastiina Mäkilä (toim.) *Hulluus ja kulttuurinen mielenterveystutkimus*. Nykykulttuurin tutkimuskeskuksen julkaisuja 125. Jyväskylän yliopisto: Nykykulttuurin tutkimuskeskus, 283–304.
- Mäkilä, Annastiina (2021) Diagnoosina työtön. Masennusta ja työelämän ulkopuolisuutta kuvaavat kirjoitukset 1900-luvun lopun suomalaisessa arkikulttuurissa. *Historiallinen aikakauskirja* 119 (2), 238–251.
- Mäkilä, Annastiina (2023) Tieteestä tietoon. Masennuskäsite tutkimuskohteena ja tiedon tuottajana. Teoksessa Mikko Myllyntausta, Annastiina Mäkilä, Johanna Skurnik ja Veli Virmajoki (toim.) *Tiedonhistoria*. Tampere: Vastapaino, 113–137.
- Mäkilä, Annastiina ja Pekka Pietilä (2021) Tieteiden välistä keskustelua mielen terveyden ja sairauden määrittelystä. *J@rgonia* 19 (37), 143–161.
- Nenonen, Mikko T., Simo Pelanteri ja Jouni Rasilainen (2000) *Mielenterveyden häiriöiden hoito Suomessa 1978-1998 =: Vården av psykiska störningar i Finland 1978-1998 = Treatment of mental disorders in Finland 1978-1998*. Tilastoraportti / Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus 3/2000. Helsinki: Stakes, tilastot ja rekisterit -yksikkö.
- Niemi, Pekka (2021) *Rohkea ja utelias. Turun yliopiston psykologian laitos 1922–2022*. Psykologian ja logopedian laitos. Turku: Turun yliopisto.
- Niiranen, Anna (2020) “The health and happiness of the expectant mother”. *Constructions of pregnancy and childbirth in British medical writings, 1840–1902*. Väitöskirja. Humanistis-yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Niitemaa, Timo ja Saara Uotila (2013) *Tieteen ja terveyden Kiinanmylly. Turun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta 1943–2013*. Turku: Turun yliopisto.
- Nummenmaa, Tapio (1983) *Psykologian tutkimus ja opetus Tampereen yliopistossa*. Tampereen yliopiston psykologian laitoksen tutkimuksia 132. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Oinas, Elina (2011) Häpeä, arki ja ruumiillisuus. Teoksessa Siru Kainulainen ja Viola Parente-Čapková (toim.) *Häpeä vähän! Kriittisiä tutkimuksia häpeästä*. Turku: Utukirjat, 151–182.
- Ollila, Anne (2010) Yksilö ja yhteisö: kiista kontekstualisoimisesta. Teoksessa Heli Rantala ja Sakari Ollitervo (toim.) *Kulttuurihistoriallinen katse*. Turku: k&h, 63–79.
- Ollitervo, Sakari (2003) Vaikutusten historia. Teoksessa Sakari Ollitervo, Jussi Parikka ja Timo Väntsi (toim.) *Kohtaamisia ajassa: kulttuurihistoria ja tulkinnan teoria*. Turku: k&h, 33–57.
- Parhi, Katariina (2018) *Born to Be Deviant. Histories of the Diagnosis of Psychopathy in Finland*. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto.
- Parhi, Katariina ja Petteri Pietikäinen (2017) Socialising the Anti-Social: Psychopathy, Psychiatry and Social Engineering in Finland, 1945–1968. *Social History of Medicine* 30 (3), 637–660.
- Parpola, Antti (2013) *Toivo | häpeä. Psykiatria modernissa Suomessa*. Suomen psykiatriyhdistys.
- Petersen, Anders ja Ole Jacob Madsen (2017) Depression: Diagnosis and suffering as process. *Nordic Psychology* 69 (1), 19–32.
- Pies, Ronald W (2014) The Bereavement Exclusion and DSM-5: An Update and Commentary. *Innovations in Clinical Neuroscience* 11 (7–8), 19–22.
- Pietikäinen, Petteri (2013) *Hulluuden historia*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Pietilä, Pekka (2019) *Embrace the Inevitable. A Paradigm Shift in History of Psychiatry during the Decade of the Brain*. Pro gradu -tutkielma, Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Piha, Jorma (2006) *Lastenpsykiatrian palvelujärjestelmän kehityksestä*. PowerPoint, Kokkola 17.11. <https://docplayer.fi/9276220-Lastenpsykiatrian-palvelujarjestelman-kehityksesta.html> [haettu 25.7.2024].
- Porter, Roy (2002) *Madness. A Brief History*. Oxford; New York: Oxford University Press.
- Psykonet käynnistää uudet erikoispsykologikoulutukset* (2019) Turun yliopiston verkkosivusto. 1.8.2019. <https://www.utu.fi/fi/ajankohtaista/uutinen/psykonet-kaynnistaa-uudet-erikoispsykologikoulutukset> [haettu 16.12.2023].

- Pylkkänen, Kari (2002) Erikoislääkäriprofession sata järjestäytymisen vuotta. *Suomen Lääkärilehti* 57 (16), 1819–1823.
- Radden, Jennifer (2009a) Love and Loss in Freud's "Mourning and Melancholia". Teoksessa Radden, Jennifer (toim.) *Moody minds distempered. Essays on melancholy and depression*. Oxford; New York: Oxford University Press, 147–165.
- Radden, Jennifer (toim.) (2009b) *Moody minds distempered: essays on melancholy and depression*. Oxford; New York: Oxford University Press.
- Rantala, Päivi (2009) *Erlaisia tapoja käyttää kylähullua: Kalkkimaan pappi aatteiden ja mentaliteettien tulkkina 1800-luvulta 2000-luvulle*. Väitöskirja. Turku: k&h.
- Rasku, Eve (2018) *Masennuslääkkeet ja kritiikki Suomen Lääkärilehdessä 2008–2014*. Pro gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Rautanen, Mika (2014) *Hullun paperit. Tyrvääläinen lääkärikirja elämän iloista ja suruista hoito-ohjeineen*. Tyrvääläisen kirjallisuuden seuran tutkimuksia. Warelia.
- Rikalala, Sanna (2006) Sinnitellen ja salailten. Sukupuolinäkökulmia työelämässä koettuun masennukseen. Teoksessa Katri Komulainen, Hannu Rätty ja Jussi Silvonen (toim.) *Hulluudesta itsehallintaan. Uuden historian näkökulmia psyykkisiin ilmiöihin ja ammattikäytäntöihin*. Psykologian tutkimuksia / Joensuun yliopisto. Yhteiskunta- ja aluetieteiden tiedekunta 25. Joensuu: Joensuun yliopisto, 226–247.
- Rikalala, Sanna (2013) *Työssä uupuvat naiset ja masennus*. Väitöskirja. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1334. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Rintala, Taina (1995) *Medikalisaatio ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakentuminen 1946–1991*. Tutkimuksia / Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 54. Helsinki: Stakes.
- Rissanen, Anu (2018) Silmitön ja väkivaltainen. Erään mielisairaalapotilaan ura 1900-luvulla. *J@rgonia* 16 (31), 41–66.
- Riving, Cecilia (2020) Phronesis as Therapy and Cure. Practical Knowledge in Early Twentieth-Century Psychotherapy. Teoksessa Johan Östling, David Larsson Heidenblad ja Anna Nilsson Hammar (toim.) *Forms of Knowledge. Developing the History of Knowledge*. Falun, Sweden: IPG-ACADEMIC, 123–140.
- Robertson, David (2018) Databases, Diagnoses, and the History of Psychiatry. *Synopsis – a Health Humanities Journal*, 2.11.2018. <https://medicalhealthhumanities.com/2018/11/02/databases-diagnoses-and-the-history-of-psychiatry/> [haettu 25.7.2024].
- Rønberg, Mette (2014a) *The depressed body*. PDF-dokumentti konferenssisitelmästä. The 5th Qualitative Research in Mental Health Conference. Chania, Greece. [http://vbn.aau.dk/files/206777299/The\\_Depressed\\_Body.pdf](http://vbn.aau.dk/files/206777299/The_Depressed_Body.pdf) [haettu 3.5.2015].
- Rønberg, Mette (2014b) *The Lack of Future in Depression*. PDF-dokumentti konferenssisitelmästä. 5th International Congress of Social Pathologies in Contemporary Civilization. Rotterdam, Netherlands.
- Rose, Nikolas (2001) Elämän itsensä politiikka. *Tiede ja edistys* 2 (2), 81–101.
- Rose, Nikolas (1999) *Governing the soul. The shaping of the private self*. 2. p. London: Free Association Books.
- Rose, Nikolas (2003) Neurochemical Selves. *Society* 41 (marraskuu), 46–59.
- Rose, Nikolas (2019) *Our psychiatric future. The politics of mental health*. Cambridge (UK), Medford (MA): Polity Press.
- Saarinen, Samuli (2014) *TYKS - Turun yliopistollisen keskussairaalan ja Kupittaaan vanhan rautatieaseman rakennettu kulttuuriympäristö. Rakennushistoriaselvitys*. Turun kaupunki, kaupunkisuunnittelu, kaavoitus. [https://www.turku.fi/sites/default/files/atoms/files//tyks\\_rakennushistoriaselvitys.pdf](https://www.turku.fi/sites/default/files/atoms/files//tyks_rakennushistoriaselvitys.pdf) [haettu 25.7.2024].
- Salmela, Anu (2011) *"Varjele taivas – itsemurhanko hän tekisi?" Naisten itsemurhiin suhtautuminen Suomessa vuosina 1880–1900*. Pro gradu -tutkielma. Kulttuurihistoria. Turku: Turun yliopisto.



- Salmela, Anu (2015) Hulluuden vallassa. Neuvottelu itsemurhan sairausluonteesta 1800-luvun jälki-puolen tuomioistuimissa. Teoksessa Jutta Ahlbeck, Päivi Lappalainen, Kati Launis, Kirsi Tuohela ja Jasmine Westerlund (toim.) *Kipupisteissä. Sairaus, kulttuuri ja modernisoituva Suomi*. Turku: Utukirjat 8., 105–131.
- Salmi, Hannu (2010) Kulttuurihistoria, mahdollinen ja runsauden periaate. Teoksessa Heli Rantala ja Sakari Ollitervo (toim.) *Kulttuurihistoriallinen katse*. Turku: k&h, 338–359.
- Santaholma, Jenni (2006) *Tervekin masentuu. Masennuksen merkityksistä aikakauslehdissä 1980- ja 2000-luvuilla*. Pro gradu -tutkielma. Sosiologia. Turku: Turun yliopisto.
- Scull, Andrew (2015) *Madness in civilization. A cultural history of insanity, from the Bible to Freud, from the madhouse to modern medicine*. Princeton University Press.
- Seligman, Martin E. P. (1991) *Learned optimism*. New York: A.A. Knopf.
- Seligman, Martin E. P. ja Mihaly Csikszentmihalyi (2000) Positive Psychology. An Introduction. *American Psychologist* 55 (1), 5–14.
- Sell, Maria (2003) Perspektiivisyys ja tulkinta. Teoksessa Sakari Ollitervo, Jussi Parikka ja Timo Väntsi (toim.) *Kohtaamisia ajassa: kulttuurihistoria ja tulkinnan teoria*. Turku: k&h, 87–109.
- Shorter, Edward (2005) *A Historical Dictionary of Psychiatry*. New York: Oxford University Press.
- Shorter, Edward (2009) *Before Prozac: The Troubled History of Mood Disorders in Psychiatry*. Oxford; New York: Oxford University Press.
- Shorter, Edward (2012) Bipolar disorder in historical perspective. Teoksessa Gordon Parker (toim.) *Bipolar II disorder: modelling, measuring and managing*. 2. painos. Cambridge, UK; New York: Cambridge University Press, 1–9.
- Shorter, Edward (2013a) Chapter 1. The History of DSM. Teoksessa J. Paris ja J. Phillips (toim.) *Making the DSM-5: Concepts and Controversies*. New York: Springer Science+Business Media, 3–19.
- Shorter, Edward (2013b) *How everyone became depressed: the rise and fall of the nervous breakdown*. Oxford: Oxford University Press.
- Sigurdson, Kristjan J (2019) *Explaining depression. A discourse analysis of family physicians' and neuroscientists' accounts of explanatory models and the chemical imbalance hypothesis of depression*. University of Saskatchewan.
- Sigurdson, Kristjan ja Linda McMullen (2018) *Explaining Depression: Neuroscientists' Accounts of Explanatory Models and the Chemical Imbalance Hypothesis of Depression*. PowerPoint konferenssiesitelmästä 21.9.2018. The Qualitative Research on Mental Health conference. Berliini, Saksa.
- Silfverberg, Anu (2017) Rajaseutu. *Long Play* Lokakuu.
- Silvonen, Jussi (2006) Psykologian uuden historian näkökulmia. Teoksessa Katri Komulainen, Hannu Rätty ja Jussi Silvonen (toim.) *Hulluudesta itsehallintaan. Uuden historian näkökulmia psyykkisiin ilmiöihin ja ammattikäytäntöihin*. Psykologian tutkimuksia / Joensuun yliopisto. Yhteiskunta- ja aluetieteiden tiedekunta 25. Joensuu: Joensuun yliopisto, 10–33.
- Silvonen, Jussi (2017) Sielutieteestä psykologiaan. Suomalaisen psykologiahistorian haasteita. *Psykologia* 52 (2–3), 84–94.
- Sinkkonen, Mirja (2005) Masennuksen arviointia ja diagnostiikkaa. Teoksessa Marja Lindqvist, Terttu Kuvaja, Arja Rasilainen ja Matti Huttunen (toim.) *Masennus. Mustaa ja valkoista*. Helsinki: Terapia-säätiö, 135–150.
- Strawbridge, Rebecca, Allan H. Young ja Anthony J. Cleare (2017) Biomarkers for depression: recent insights, current challenges and future prospects. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 13, 1245–1262.
- Strong, Tom (2012) Talking about the DSM-V. *International Journal of Narrative Therapy & Community Work* 2 (kesäkuu), 54–64.
- Suris, Alina, Ryan Holliday ja Carol S. North (2016) The Evolution of the Classification of Psychiatric Disorders. *Behavioral Sciences* 6 (1). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4810039/> [haettu 21.12.2023].

- Szasz, Thomas (2010a) *The Myth of mental illness*. Teoksessa Greg Eghigian (toim.) *From madness to mental health: psychiatric disorder and its treatment in Western civilization*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press, 346–351.
- Szasz, Thomas (2010b) *Psychiatry, Anti-Psychiatry, Critical Psychiatry: What Do These Terms Mean? Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 17 (3), 229–232.
- Tarmio, Timo (1993) *Tiedekunta hyvinvointivaltiossa. Turun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta 1943–1993*. Turku: Turun yliopisto.
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos* -verkkosivusto. Historia. <https://thl.fi/fi/thl/mika-on-thl/historia> [haettu 6.8.2018].
- Tiitinen, Hannu ja Heikki Hämäläinen (toim.) (1992) *Psykologian perus- ja jatkokoulutus Suomessa*. Suomen psykologisen seuran julkaisuja, n:o 6. Helsinki: Suomen psykologinen seura.
- Toivonen, Yrjö Henrik, Aulis Johannes Joki, Y. H. Toivonen, Erkki Itkonen ja Aulis J. Joki (toim.) (1976) *Suomen kielen etymologinen sanakirja*. 2. 2. painos. Lexica Societatis Fenno-Urgicae 12, 2. Helsinki: Suomalais-ugrilainen seura.
- Tuohela, Kirsi (2008) *Huhtikuun tekstit. Kolmen naisen koettu ja kirjoitettu melankolia 1870–1900*. Väitöskirja. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Tuohela, Kirsi (2012) Mitä on melankolia? Psykkinen sairastaminen kulttuurihistorian näkökulmasta. Teoksessa Marja-Liisa Honkasalo ja Hannu Salmi (toim.) *Terveyttä kulttuurin ehdoilla. Näkökulmia kulttuuriseen terveystutkimukseen*. Turku: k&h, 58–82.
- Tuohela, Kirsi (2013) Mitä Linné sanoi mielisairauksista? Kirja-arvostelu teoksesta: Uddenberg, Nils: *Linné och mentalsjukdomarna*. Atlantis, Stockholm, 2012. *Agricolan kirja-arvostelut*. helmikuu. <http://agricola.utu.fi/julkaisut/kirja-arvostelut/index.php?id=3308> [haettu 8.10.2017].
- Tuohela, Kirsi (2015) Sielun ja mielen sairaus. Varhaiset psyykkisen sairastamisen omaelämäkerrat Suomessa. Teoksessa Jutta Ahlbeck, Päivi Lappalainen, Kati Launis, Kirsi Tuohela ja Jasmine Westerlund (toim.) *Kipusteissä. Sairaus, kulttuuri ja modernisoituva Suomi*. Turku: Utukirjat 8, 195–232.
- Tuomainen, Raimo, Markku Myllykangas, Jyrki Elo ja Olli-Pekka Ryytänen (toim.) (1999) *Medikalisatio: aikamme sairaus*. Tampere: Vastapaino.
- Uimonen, Minna (2003) Perheenäiti ja heikkohermoinen nainen. Hermoterveystieto naiskansalaisuuden tuottajana 1800- ja 1900-lukujen vaihteessa. Teoksessa Ilpo Helén ja Mikko Jauho (toim.) *Kansalaisuus ja kansanterveys*. Helsinki: Gaudeamus, 196–210.
- Vaden, Totte (2007) Opiskelijajhteisöjen mielenterveystyö. Teoksessa Jarkko Eskola ja Antti Karila (toim.) *Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön*. Helsinki: Edita, 126–141.
- Vares, Vesa (2020a) *Turun yliopiston historia. Kansallinen tehtävä 1920–1974*. Turku: Turun yliopisto.
- Vares, Vesa (2020b) *Turun yliopiston historia. Osa 2, Monimuotoisena maailmalle 1974–2020*. Turku: Turun yliopisto.
- Vesterinen, Tuomas (2014) Mielenterveyshäiriöt luonnollisina luokkina. *niin & näin* 4, 63–66.
- Viljavuori, Kalle ja Frejvid Gustafsson (1975) *Kansaneläkelaitoksen tilastollisia vuosikatsauksia 1973. Sairaustilastot*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T3:C Sairaustilastot 2. Helsinki: Kansaneläkelaitoksen laskenta ja tilasto-osasto.
- Vuolanto, Pia, Laura Kempainen, Teemu Kempainen, Johanna Nurmi (2020) Täydentävien ja vaihtoehdoisten (CAM) hoitojen käyttö Suomessa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 57 (1), 44–56.
- Widlöcher, Daniel J. (1983) Psychomotor retardation. Clinical, theoretical, and psychometric aspects. *Psychiatric Clinics of North America* 6, 27–40.
- Wilson, Elizabeth A. (2015) *Gut feminism. Next wave. New directions in women's studies*. Durham: Duke University Press.
- Zachar, Peter ja Kenneth S. Kendler (2007) Psychiatric Disorders: A Conceptual Taxonomy. *The American Journal of Psychiatry* 164, 557–565.
- Zetterqvist Nelson, Karin (2017) The Changing Construction of Child Figure in Literature on Child Psychotherapy in Sweden 1945–1975. Teoksessa Jutta Ahlbeck, Päivi Lappalainen, Kati Launis ja

- Kirsi Tuohela (toim.) *Childhood, Literature, and Science: Fragile Subjects*. Taylor and Francis, 73–84.
- Östling, Johan, David Larsson Heidenblad ja Anna Nilsson Hammar (toim.) (2020) *Forms of Knowledge. Developing the History of Knowledge*. Falun, Sweden: IPG-ACADEMIC.



**TURUN  
YLIOPISTO**  
UNIVERSITY  
OF TURKU

ISBN 978-951-29-9843-2 (PRINT)  
ISBN 978-951-29-9844-9 (PDF)  
ISSN 0082-6987 (Print)  
ISSN 2343-3191 (Online)