



## Tieteiden välistä keskustelua mielen terveyden ja sairauden määrittelystä

### Katsausartikkeli

**Annastiina Mäkilä & Pekka Pietilä**

Keväällä 2021 järjestettiin Turun yliopiston *Kulttuurin ja terveyden tutkimusyksikön* tutkijaseminaarissa keskustelu, johon kutsuttiin neljä viime vuosina väitellyttä tutkijaa keskustelemaan mielen ongelmista ja niiden määrittelystä. Koronapandemia-ajalle tyypillisesti etänä käytyyn keskusteluun osallistuivat filosofian tohtori Anna Ovaska (kirjallisuustiede, Tampereen yliopisto), filosofian tohtori Anna Kinnunen (perinteentutkimus, Itä-Suomen yliopisto), psykologian tohtori Tomi Bergström (psykologia, Jyväskylän yliopisto) ja lääketieteen tohtori Miika Nietola (psykiatria, Turun yliopisto). Paikalla oli useampi kymmenen tutkijaa seuraamassa keskustelua ja esittämässä kysymyksiä. Seminaaritapaamista oli valmisteltu lähettämällä kaikille osallistujille noin sivun mittainen alustus, jossa pyydettiin keskustelijoita pohtimaan ennalta oman tieteenalansa määritelmiä ja käsitteitä sekä mahdollisia näkökulmaeroja muihin tieteenaloihin. Alustuksessa käytiin läpi myös tapoja määritellä sairautta. Tämän tarkoituksena oli herätellä keskustelijoita ajattelemaan omia lähtökohtiaan sekä itsenäisenä tutkijana että tieteenalansa edustajana. Seminaarin puheenjohtajana toimi tutkimusyksikön koordinaattori filosofian maisteri, väitöskirjatutkija Annastiina Mäkilä.

Keskustelun sisältö on kirjattu alle kokonaisuudessaan. Tekstiä on sujuvoitettu karsimalla puhekielisyyttä ja toistoa sekä avaamalla mainittuja käsitteitä. Joiltain osin tekstiä on ryhmitelty hyvin kevyesti uusiksi. Keskustelijat ovat saaneet kommentoida omat puheenvuoronsa jälkikäteen. Keskustelun aluksi jokaista puhujaa oli pyydetty esittelemään itsensä ja tutkimustyönsä. Tämän jälkeen keskustelua käytiin muun muassa terveyden ja normaalin määrittelyistä, resurssien rajallisuudesta, tautiluokkien käytöstä, näyttöön perustuvista käytännöistä, tutkijan kohtaamista eettisistä kysymyksistä, tieteen popularisoinnista ja sairauden sijaan terveyteen keskittymisestä. Keskustelua koskevan osuuden jälkeen tämän tekstin kirjoittajat esittävät lyhyen yhteenvedon käydystä monitieteisestä keskustelusta.



**Tommi Bergström:** Olen viimeiset kahdeksan vuotta työskennellyt psykologina Torniossa Keroputaan psykiatrisessa sairaalassa. Olin aikoinaan kuullut *avoimen dialogin hoitokäytännöstä* tai *Keroputaan mallista*, jota oli kehitetty täällä Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueella ja kiinnostukseni heräsi. Tuolloin hoitokäytännön raportoitiin toimivan erityisesti psykoosin hoidossa, mutta alkuperäisten tutkimushankkeiden jälkeen aihetta tutkittiin vähän erityisesti Suomessa ja tutkimuksessa on ollut puutteita. *Avoimen dialogin malli* sai pohtimaan ylipäättään mielenterveyskenttää, ilmiöiden määrittelyä ja kohtaamista sekä sitä, miten tietyt ilmiöt muuttuvat lääketieteellisiksi ongelmiksi jonkin rajan jälkeen. Tämä kiinnostus sai minut muuttamaan Tornioon, ja psykologin työn lomassa aloin tutkimaan tätä hoitokäytäntöä ja käymään läpi alkuperäisiä tutkimusaineistoja. Olin kiinnostunut, miten tietynlainen tapa organisoida mielenterveyspalveluita on yhteydessä vaikeiden mielenterveysongelmien hoitotuloksiin.

Avoin dialogi hoitokäytäntönä pohjautuu Suomessa 1980-luvulla valtakunnallisessa skitsofreniaprojektissa kehitettyyn *tarpeenmukaisen hoidon malliin*, missä pyrittiin yksilöllisesti lähestymään vaikeita mielenterveysongelmia, lähinnä psykoositiloja. Hoitoa ei suunniteltu niinkään diagnoosin perusteella, vaan sitä räätälöitiin ihmisen elämäntilanteen mukaan osallistamalla hoitoon myös perhettä ja lähiverkostoa. Länsi-Pohjan alueella heräsi mielenkiinto tätä hoitokäytäntöä kohtaan ja sitä alettiin kehittämään systemaattisesti 1980-luvulla osana perheterapiatutkimuskenttää sekä arjen työtä. 1990-luvulla Länsi-Pohjan alueella palvelujärjestelmä toimi hoitomallin periaatteiden mukaisesti eli oli luovuttu hoidon porrastuksesta ja häivytetty ammattihierarkioita, ja sen sijaan yksilön hakiessa apua hänelle räätälöidään nopeasti moniammatillinen kriisihoitokokonaisuus, johon kutsutaan mukaan myös yksilön lähipiiri sekä muut hoitokontekstiin liittyvät henkilöt ja samalla otetaan mukaan hoitoprosessiin asiaan liittyviä viranomaisia yli organisaatorajojen. Yksilön sijaan hoidetaan ennemminkin verkostoa ja tavoitteena on päästä käsiksi elämän ongelmiin, joita ratkotaan yhdessä. 1990-luvulla tämä käytäntö kattoi alueen psykiatrian palvelujärjestelmän ja yksiköt. Kyse oli suht pienestä alueesta, mikä osaltaan mahdollisti aivan tietynlaisen organisoitumisen.

Itse olen selvittänyt hoidon vaikuttavuuteen liittyviä tekijöitä tutkimalla valtakunnallisia viranomaisrekistereitä. Toisin sanoen olen katsonut, miten 1990-luvulla muun muassa psykoosiin hoitoa saaneet ovat voineet akuutin kriisin jälkeen. Olen myös tavannut näitä ihmisiä ja keskustellut heidän omista kokemuksistaan. Keskustelimme muun muassa siitä, mistä heidän mielessään psykoosissa oli kysymys ja mikä saadussa hoidossa auttoi. Väitöskirjassani yhdistin näitä kahta aineistoa.

Tutkimuksessani osoitin, että ryhmätasolla tarkasteltuna kriisiorientoitunut toimintatapa hoidon alkuvaiheessa on yhteydessä suotuisaan tulokseen ja erityisesti ihmisen sosiaalisen toimijuuden säilymiseen. Tästä oli myös poikkeuksia ja tutkimusaineistossani oli myös yksilöitä, jotka tarvitsivat toisenlaista hoitotapaa. Ihmiset itse eivät avoimen dialogin mallia sinänsä kehuneet, vaan nostivat muita asioita tärkeämmiksi psykoosista toipumisessa tai kriisistä selviytymisessä. Sen sijaan korostui läheisten merkitys ja se, että jokin kuormittavassa elämäntilanteessa lähti muuttumaan ja lisäksi oman toimijuuden merkitys. Tämä heijasti sitä, että yksilöt eivät tulkinneet kokemaansa kriisiä mielenterveyshäiriön oireena ja monet eivät edes kuvanneet sitä

psykoosiksi, vaan puhuivat hankalasta elämäntilanteesta, johon liittyi hankalia kokemuksia, kuten unettomuutta, pitkittynyttä sosiaalista kuormitusta ja pettymyksiä elämässä. Monella oli myös traumakokemuksia lapsuudesta. Ihmiset kuvasivat, kuinka ongelmat kumuloituivat ja alkoivat aiheuttaa levotonta ja sekavaa oloa ja jossain vaiheessa päädyttiin hoitoon, jolloin tilaa alettiin kutsumaan psykoosiksi. Auttavat elementit löytyivät kuitenkin muusta elämästä. Kun katson näitä tuloksia rinnakkain, niin tietynlainen tapa kohdata ihminen akuutissa kriisissä voi olla yhteydessä hoitotulokseen, jossa ihmisen oma toimijuus ja merkityksenantoprosessit säilyvät. Tällä hetkellä jatkan edelleen potilastyössä ja olen tutkijatohtorina Jyväskylän yliopistossa.

**Anna Kinnunen:** Olen joensuulainen perinteen ja kulttuurin tutkija. Väittelin muutama kuukausi sitten ja väitöskirjani nimi on *Johtolankoja hulluuteen: Tutkimus mielen sairastamiseen kytkeytyvistä kulttuurisista käsityksistä*. Tutkin kulttuurista ajattelua ja minulle ominaisin näkökulma on tarkastella arkisia ajattelumalleja, kerronnan konventioita ja maallikkokäsityksiä. Tutkin, miten ymmärretään esimerkiksi terveys ja sairaus, mieli ja ruumis. Olen kiinnostunut myös esimerkiksi siitä, mihin mielen sairastumiseen liittyvä häpeä ja poikkeavuuden mielikuvat juontavat juurensa. Työssäni on siis kyse syvien ja piiloisten kulttuuristen merkitysrakenteiden hahmottamisesta.

Väitöskirjatutkimukseni liikuin ajallisesti 1900-luvun alun ja 2000-luvun alun välillä. Tutkimukseni tavoitteena oli syventää ymmärrystämme mielen sairastamista koskevasta ajattelusta ja siitä, miten käsityksemme ovat rakentuneet nykyisen kaltaisiksi. Kun tulemme tietoisiksi näistä, voimme keskustella käsityksistämme kriittisesti ja mahdollisesti myös purkaa niitä. Halusin tutkimuksessani tehdä mielenterveyttä ja poikkeavuutta koskevat nykykeskustelut ymmärrettävämmiksi tuomalla esiin, millaisia käsityksiä on aiemmin esitetty, kuka niitä on esittänyt ja kenellä on ollut valtaa näiden suhteen. Ajattelumme kerrostuu ajallisesti verkottuen toisina aikoina ja toisissa yhteyksissä esitettyihin käsityksiin.

Tutkimuksessani tarkastelin vanhoja kansankertomuksia, 1930-luvun psykiatrisia sairaskertomuksia, muistelukerrontaa ja elokuvaa eli audiovisuaalista kerrontaa. Koen tällaisen moniaineistaisen tai moniäänisen tutkimuksen ominaiseksi perinteentutkijalle, joka analysoi arkisia ajattelumalleja yhdistelemällä hyvinkin erityyppisiä ja eriaikaisia ääniä. Tarkoituksena on hahmottaa dialogisia verkottumia, joiden pohjalle kulttuurinen ajattelumme rakentuu.

Olen tutkijana kiinnostunut rajankäynneistä liittyen käsitteisiin, kuten terve ja sairas, normaali ja poikkeava, hyvä ja paha. Kiinnostavaa on, miten mielen sairastamiseen liittyvät käsitykset viestivät esimerkiksi siitä, millainen on kulloinkin ollut hyvä ja kunnollinen ihminen. Väitöskirjassa esille nousi esimerkiksi työkykyisyys ja aktiivisuus terveenä ja normaalina pidetyn yksilön kulttuurisena määritelmänä. Suunnittelen tällä hetkellä post doc -tutkimusta, jossa olen kiinnostunut tällä vuosituhanella arkipuheeseen omaksutusta diagnostisesta kielestä ja siitä, miten se toimii tapana määrittää käyttäytymistä. On kiinnostavaa, missä määrin tällaisessa diagnostisessa puheessa on kyse yksilöön kohdistuvista vaatimuksista ja ihanteellisen ja ei-toivotun välisestä rajankäynnistä.

Tiivistetysti lähtökohtani mielen ongelmien tarkastelulle on se, että niitä määriteltäessä luodaan rajoja terveyden ja sairauden, normaalin ja poikkeavan ja oikean ja väärän välille. Minulle perinteen ja kulttuurin tutkijana nämä käsitteet ovat arvolatautuneita, ja koen tehtäväkseni tuoda esille ja näkyväksi, että mitä nämä käsitykset kertovat meistä, kenellä on oikeus esittää näitä käsityksiä ja minkälaisia vaikutuksia näillä on ihmisten itseymmärrykseen ja suhtautumiseen niitä kohtaan, joiden katsotaan sairastavan mielenterveyshäiriötä.

**Miika Nietola:** Olen psykoterapeutti ja psykiatrian erikoislääkäri ja työskentelen Turussa. Väittelin viime vuoden lopulla ja tutkimukseni liittyi psykoottiseen masennukseen. Se on vakavan masennuksen muoto, jossa ihmisellä on myös harhaluuloja tai hallusinaatioita. Ihminen saattaa esimerkiksi kokea niin poikkeuksellista syyllisyyttä, että menee tunnustamaan poliisille rikoksia, joihin ei edes olisi voinut syyllistyä tai lopettaa syömisen, koska uskoo maailmanlopun tulevan. Nämä voivat olla hyvin dramaattisia tilanteita ja osittain siitä syystä kiinnostuin tästä ilmiöstä aloitellessani erikoistumistani psykiatriaan. Tätä mielenterveyden häiriötä oli myös tutkittu vähän.

Tutkimukseni kohdistui Pohjois-Suomessa vuonna 1966 syntyneisiin ja antoi tietoa pitkäaikaisennusteista ja riskitekijöistä. Käytännön psykiatriassa psykoottista masennustilaa on yleensä pidetty lievempänä ja kertaluontoisempana ilmiönä verrattuna esimerkiksi skitsofreniaan ja kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön. Tutkimuksessa selvisi aiempaa pitkäaikaisemman tuen tarve.

Itselleni psykiatria ei näyttäydä yhtenä tieteenä, vaan katsoisin, että tämä on monitieteinen ala. Jos esimerkiksi katsoo psykiatrian alan julkaisuja, niin kirjoittajia on hyvin monista eri tieteenaloista. Psykiatria yhdistää kaksi asiaa, jotka kumpikin ovat kohdanneet myös kritiikkiä. Ensinnäkin yhteistä on lääketieteellisen paradigman mukainen psykiatrian linssi, minkä läpi asioita katsotaan. Tässä keskeistä on biopsykososiaalinen malli, jossa on nämä kaikki kolme puolta aina mukana. Toiseksi psykiatriaan kuuluu oleellisesti diagnostinen luokitusjärjestelmä, joka on kuvaileva ja pääosin kategorinen. Välillä tuntuu, että tämä on kaikille muille kuin psykiatreille paljon tärkeämpi asia. Se on syntynyt vastaamaan moniin eri tarpeisiin, joista hallinnon tarpeet eivät ole vähäisimmät. Tiede etenee kuitenkin ennemmin dimensionaalisen käsitteellistämisen kautta. Diagnostinen luokitusjärjestelmä on eräänlainen kartta monimutkaiseen maastoon. Kun maastossa liikutaan, niin silmiäänhän siinä uskotaan eikä karttaa. Samalla jos lähtee liikkeelle täysin ilman karttaa, niin eksyy. Toki on muunkinlaisia karttoja, mutta tämä nyt käytössä oleva on se, mikä viimeisen sadan vuoden aikana on jalostunut.

Olin jokin aika sitten töissä psykiatrina Nottinghamissa, Isossa-Britanniassa. Ennen saapumistani avoimen dialogin mallia oli yritetty ottaa käyttöön siinä kuitenkin onnistumatta. Siellä kaikki tunsivat hoitomallin erittäin hyvin ja tiesivät sen olevan Suomesta peräisin. Vaikuttaisikin siltä, että malli on maailmalla selvästi enemmän tunnettu kuin Suomessa.

**Anna Ovaska:** Olen kirjallisuudentutkija ja työskentelen tällä hetkellä post doc - tutkijana Tampereen yliopistossa: tutkin sitä, miten kaunokirjalliset tekstit tuottavat

kivun kokemuksia ja miten lukijan ja tekstin vuorovaikutus tapahtuu. Vuonna 2020 julkaistussa väitöskirjassani olin kiinnostunut siitä, miten fiktiiviset ja omaelämäkerralliset kertomukset esittävät ja välittävät lukijoilleen erityisesti mielen särkymisen kokemuksia. Aineistonani oli modernistista suomalaista ensimmäisen persoonan näkökulmasta kirjoitettua kirjallisuutta. Tutkin, miten kaunokirjallisissa kertomuksissa luodaan epätavallisia, kivuliaita ja poikkeuksellisia kokemusmaailmoja. Analysoin toisin sanoen sitä, miten näissä teksteissä kuvataan kokemuksia, joita psykiatrian, psykologian tai fenomenologian termein voitaisiin kutsua esimerkiksi psykoosiksi, dissosiaatioksi tai hallusinaatioiksi. Olen tarkastellut muun muassa kerrontatekniikoita, joilla kaunokirjallisessa tekstissä luodaan maailma, johon lukija kutsutaan sisään refleктоimaan särkymisen tai sairauden kokemuksia. Tällaisia tekniikoita ovat esimerkiksi ensimmäisen persoonan kerronta, poikkeuksellisen tilan tai ajan kokemuksen kuvaus ja ruumiilliset metaforat.

Olen kiinnostunut myös siitä, mitä eettisiä kysymyksiä mielen sairauden kokemuksista kertomiseen ja niistä lukemiseen liittyy. Tämä kytkeytyy myös siihen, millaisia kulttuurisia malleja ja merkityksiä lukijoina heijastamme poikkeuksellisiin, epätavallisiin tai kipeisiin kokemuksiin. Tutkimuksessani kysyin lisäksi minkälaista tietoa ja ymmärrystä fiktiiviset ja omaelämäkerralliset kertomukset tuottavat mielen ongelmista ja sairauden kokemuksista. Tutkin väitöskirjassa rinnakkain puhtaasti fiktiivisiä modernistisia tekstejä ja yhtä autofiktiivistä kaunokirjallista teosta, joka perustui kirjailijan omiin psykoosikokemuksiin. Olin kiinnostunut siitä, mitä lukijalle merkitsee se, että myös tämä omaelämäkerrallinen teos oli kehystetty fiktioksi. Vapauttaako se lukijaa paremmin refleктоimaan ja mahdollisesti muuttamaan käsityksiään mielen sairastamisesta?

Väitöstutkimuksessani oli kaksi laajempaa kehystä eli yhtäältä se, miten kaunokirjalliset kokemukset kertomukset hyödyntävät kulttuurisia ja lääketieteellisiä malleja sairaudesta, ja toisaalta, miten ne pystyvät kerronnallisia keinoilla välittämään kokemusta siitä, miltä tuntuu, kun kokemus omasta fyysisestä olemisesta ajassa ja paikassa muuttuu. Tässä mielessä hyvin yksityiskohtaisia kuvauksia sisältävät kaunokirjalliset teokset voivat lähestyä sairauden fenomenologiaa, jossa kuvataan tarkasti sairauden kokemuksellisia piirteitä. Erityistä tutkimilleni teksteille on kuitenkin se, että ne ovat esteettisiä tuotoksia. Kirjoitukset ovat siis tarkkaan mietittyjä tekstejä, jotka on editoitu ja julkaistu eivätkä siis tarjoa samanlaista tietoa kuin esimerkiksi haastattelut. Kaunokirjallisuutta määrittää usein se, että se on monimerkityksistä ja kompleksisista ja sallii epävarmuutta ja tietämättömyyttä. Mielestäni tästä syystä kaunokirjallisuuden avulla voidaan luoda tiloja, joissa lukijat pääsevät refleктоimaan kokemuksia, joihin heillä itsellään ei välttämättä ole kosketuspintaa. Kirjallisuus tarjoaa tätä kautta aivan tietynlaisen affektiivisen ja ruumiillisen ympäristön.

Muutama vuosi sitten olin Columbian yliopistossa New Yorkissa vierailemassa *Narrative Medicine* -ohjelmassa, jossa koulutetaan lääkäreitä kaunokirjallisen lähilukemisen avulla tunnistamaan eri kerrontatekniikoita ja havaitsemaan kertomuksissa rakentuvia valtasuhteita, ja siten sekä refleктоimaan omia kokemuksiaan että kohtaamaan potilaiden kokemukset. Kun kävi ilmi, että olen suomalainen, myös he nostivat esiin Suomesta aiempien keskustelijoiden mainitseman avoimen dialogin mallin.

## Tautiluokat ja niiden käyttö

**Annastiina Mäkilä:** Kiitos esittelyistänne. Kiinnitin huomiota siihen, että kansalliset ja kansainväliset tautiluokitukset vaikuttaisivat olevan ongelma lähinnä muille kuin psykiatreille. Miten näette, että onko siitä enemmän hyötyä vai haittaa, että samoja tautiluokkia käytetään tieteessä, hallinnossa kuin arjessakin?

**Anna Kinnunen:** Minä olen kulttuurin tutkijana ollut kiinnostunut siitä, miten diagnoosit leviävät meidän arkikieleemme. Jossain määrin se voi lisätä itseymmärrystä tai ymmärrystä toisten käyttäytymistä kohtaan, mutta samalla diagnostisen kielen omaksuminen arkeen kaventaa normaaliuden skaalaa antamalla välineet käyttäytymisen patologisoimiseen. Tässäkin on kyse normaalin ja poikkeavan määrittämisestä.

**Tomi Bergström:** Olen samaa mieltä Anna Kinnusen kanssa ja tilanne näyttää aika samalta tässä käytännön potilastyössä. Toisaalta olen Miikan kanssa samaa mieltä, että jonkinlaisia hallinnollisia järjestelmiä tarvitsemme, jotta voimme organisoida monimutkaisia systeemejä. Ongelma onkin siinä, että nämä hallinnosta tulevat termit alkavat määrittää sitä, miten ilmiöitä ymmärretään. Termien mukana tulee ennakkokäsityksiä sekä tapoja tulkita ja ennakoida ilmiöitä ja nämä eivät ole täysin valideja, koska nämä ovat sopimuksen varaisia luokkia ja laajoja käsitteitä. Näen sen haasteena ja jossain määrin ongelmallisena, että rakennamme ymmärrystä sellaisten luokkien kautta, jotka on tarkoitettu alun perin hallinnolliseen päätöksentekoon ja lääketieteen käytäntöjen yhtenäistämiseen. Käsitteet leviävät kliinisessä työssä siihen, miten potilaat, heidän omaisensa ja jopa työntekijät tulkitsevat tilanteita. Joissain tilanteissa tämä voi olla hyvinkin tilanne, mutta useimmiten tämä ei palvele alkuperäisen ongelman ratkeamista.

**Miika Nietola:** Tautiluokkien käyttäminen on haaste käytännön potilastyössä ja hallinnossa, sillä ne ovat aina jäljessä ilmiöiden uusimmasta tieteellisestä ymmärryksestä. Olisi toivottavaa, että tautiluokitukset muuttuisivat muotoon, joka auttaisi meitä paremmin toteuttamaan itse hoitoa. Tautiluokituksissa ongelmallista on yhdysvaltalaisen järjestelmän dominoiva asema, joka esimerkiksi vakuutus pohjaisen korvausjärjestelmänsä tähden vaatii hyvin tarkkoja diagnostisia luokitteluja, ja tämä onkin lisännyt diagnoosien määrää uusimmassa *DSM 5*:ssä.

Toinen juttu on tämä arkikieli ja itsensä ymmärtäminen näiden käsitteiden kautta, ja sen näen ongelmalliseksi monellakin tavoin. Toisaalta diagnoosit antavat ihmisille joissain elämäntilanteissa pohjaa, josta ottaa tukea ja ponnistaa eteenpäin, ja tästä syystä moni ihminen näitä tautiluokkia kaipaa.

**Tomi Bergström:** Tämä on totta ja yhteiskunta tavallaan vaatii, että tällaisia inhimillisiä ilmiöitä kuvataan tällä tavoin. Tämä näkyy käytännön työssä, jossa ihmiset kaipaavat diagnoosia ja sen kautta ymmärrystä, joka auttaa poistamaan häpeää ja syyllisyyttä siitä ympäriltä, mikä puolestaan heijastaa yhteiskunnan asenteita.

**Anna Kinnunen:** Arkeen omaksutulla diagnostisella kielellä on kaksi puolta: toisaalta se kaventaa normaaliuden skaalaa ja toisaalta tekee asioista ymmärrettävämpiä. Perinteen tutkijana katson, että ihmiselle on aina ollut tärkeää, että sairauksia on jollain

tavalla selitetty ja luokiteltu. Näin on haettu järjestystä maailmaan. Ennen esimerkiksi uskottiin, että sairauden syy täytyy saada selville ennen kuin sitä edes voidaan parantaa.

**Miika Nietola:** Mielestäni mielenterveydenhäiriöt saavat osakseen suhteettoman paljon medikalisaatiokritiikkiä, kun sama ilmiö on kuitenkin kaikkialla muuallakin ihmisen terveyden ymmärtämisessä. Aivan samalla tavalla suurin osa niin sanotuista ruumiillisista sairauksista – kuten osteoporoosi, aikuistyyppin diabetes tai jopa luunmurtumat – ovat jatkumolta, jossa meidän kehittynyt ymmärrys on tuonut vasta sen, että niistä ylipäättään puhutaan sairauksina ja nyt asetetaan sopimuksen varaisesti se raja, että tässä kohtaa on kyseessä osteoporoosi ja ennen tätä ei ole vielä kyse siitä. Ihmisessä on aika vähän joko–tai-asioita, jolloin sairauksissa on useimmiten kyse jatkumoista myös somaattisella puolella. Rajan vetäminen on aina omalla tavallaan vallan käyttöä, mutta kyse on monisyisistä ilmiöistä.

**Anna Ovaska:** Kertomuksen tutkijan näkökulmasta diagnoosit ovat samankaltaisia kuin kertomukset. Ne ovat selitys- ja tulkintamalleja, jotka voivat auttaa hahmottamaan ja tuottamaan itseymmärrystä. Samalla ne voivat tukahduttaa normatiivisuudellaan ja tuottaa häpeän kokemuksia. Tämä riippuu siitä, millaisia kulttuurisia kertomuksia diagnooseihin ja diagnoosin saamiseen on yhdistetty.

**Anna Kinnunen:** Kun puhutaan mielenterveydestä, niin nämä kulttuuriset kertomukset ovat jossain määrin ahtaita sen suhteen, että mitä voidaan kertoa. Olisi kiinnostava tietää voidaanko näitä kertomuksia haastaa ja esittää vastakertomuksia.

**Anna Ovaska:** On hyvin tyypillistä, että ainakin tutkimassani modernistisessa kirjallisuudessa syntyy yksilön kokemuksesta kumpuavia vastakertomuksia. Näissä korostuu varsinkin se, miten mielen ongelmat ovat sidoksissa esimerkiksi ympäröivään yhteiskuntaan ja traumaattisiin kokemuksiin. Esiin piirtyy yksilön ruumiillinen kokemus ja sen tuottamat hauraat, murtuvat kertomukset, joita vastassa ovat laajemmat kulttuuriset kertomukset, jotka saattavat kietoutua yhteen diagnoosien kanssa ja leimata, stigmatisoida ja tuottaa häpeää.

Kirjallisuudentutkijan näkökulmasta on kiinnostavaa, miten mielen ongelmia kuvaavat kaunokirjalliset tekstit yhtäältä nimenomaan kutsuvat diagnosoimaan ja käyttämään tautiluokkia. Toisaalta samat tekstit pyrkivät usein myös hajottamaan diagnooseja ja niihin liittyviä kulttuurisia merkityksiä. Olen tutkinut esimerkiksi oululaista kirjailija Maria Vaaraa, joka aloittaa omat teoksensa määrittelemällä päähenkilön skitsofrenia-diagnoosin avulla, mutta sitten lähtee myös purkamaan tätä diagnoosia.

**Yleisökysymys (FM Jani Tanskanen, JY):** Kuten Miika huomioi, medikalisaatiokritiikki suuntautuu usein juuri mielenterveyskeskusteluihin, vaikka medikalisaatiota tapahtuu laajemminkin. Esimerkiksi professori Kari Tikkinen on tutkinut laajemmin yli diagnosointia ylipäättään – jopa urologian osalta. Miksi kuitenkin esimerkiksi mediassa diagnosoidaan kaunokirjallisuuden henkilöitä juuri psykiatrisin diagnoosein eikä somaattisiin sairauksiin viittaavin diagnoosein?

**Miika Nietola:** Jokin näissä ilmiöissä on sellaista, joka saa ihmiset kiinnostumaan. Ehkä näiden ilmiöiden edelleen kantama stigma ja näihin liitetty häpeä kokemus saa aikaan sen, että näistä kiinnostutaan eri tavalla.

Tuokin on totta, että Suomessa on tehty todella urauurtavaa tutkimusta liittyen ylimedikalisaation ajatukseen eli siihen, että joitain ilmiöitä hoidetaan ja tutkitaan liikaa.

**Anna Kinnunen:** Kun pohditaan, miksi mielenterveydenhäiriöt keräävät enemmän huomiota ja medikalisaatiokritiikkiä, niin katsoisin tämän liittyvän myös ruumis–mieli- tai ruumis–sielu-erotteluun. Meidän on ollut helpompi ymmärtää niin sanotusti ruumiilliset sairaudet kuin sielun tai mielen sairaudet, jotka ovat kulttuurisesti latautuneempia. Ajatellaan, että ihmisen sielu tai mieli erottaa ihmisen luonnosta ja eläimestä, ja silloin kun sielu sairastuu, niin ihminen tavallaan menettää osan ihmisyytään. Samalla ruumiista on ajateltu, että vaikka se kuolisi, niin sielu ei välttämättä kuole. Tämäkin kertoo, kuinka kulttuurisesti latautuneita sielu ja mieli käsitteinä ovat. Mielen tai sielun sairastuessa emme myöskään näe sairautta samanlaisina fyysisinä merkkeinä kehossa kuin niin sanotuissa ruumiillisissa sairauksissa.

**Tomi Bergström:** Psykologian edustajana voin sanoa, että aika kepeästi me oletetaan mielen olemassa olo, kun puhutaan mielenterveydestä. Samalla unohdetaan, että ajatus mielestä on suuri filosofinen mysteeri edelleen eikä mieltä ole onnistuttu määrittelemään oikein millään tavalla. Dualismin vaarahan tässä on psykiatriassa ja mielenterveystyön kentässä. Kun palvelujärjestelmässä mennään yhteiskunnan asettamien tiettyjen rajojen yli ja täytetään tietyt kriteerit, niin ilmiö muuttuu yhtäkkiä kytkeytyneeksi mieli-entiteettiin. Tällöin aletaan helposti tulkitsemaan, että tämä mieli-entiteetti tai diagnoosi itsessään aiheuttaa ihmisen kohtaaman ongelman tai haasteet, vaikka ne hyvin suurella todennäköisyydellä kytkeytyvät muihin asioihin. Toki nämä saatetaan huomioida, mutta herkästi ne jäävät palvelujärjestelmässä pimentoon ja tällaisen dualistisen ajattelun varjoon. Luulen, että tämä selittää laadullisia eroja ja sen, miksi medikalisaatiokritiikki suuntautuu lääketieteen aloista juuri psykiatriaan. Olen Miikan kanssa samaa mieltä, että lääketieteellä olisi muilta tieteenaloilta paljon opittavaa kokonaisvaltaisesta lähestymistavasta ja minusta on hyvä asia, että tällaista keskustelua pystytään psykiatrian sisällä käymään.

**Miika Nietola:** Reifikaatio-termiä on käytetty kuvaamaan ajatusta, jossa kuvailevia diagnooseja käytetäänkin aivan kuin ne selittäisivät löydettävissä olevia entiteettejä. Ja tämä on todella tärkeä huomio ja tätä on käsitelty psykiatrian merkittävimmissä lehdissä. Psykiatrian peruskoulutuksessa olisi painotettava, mihin käsitteillä tarkalleen ottaen viitataan, jottei kukaan erehtyisi selittämään jonkin ilmiön olemassaoloa asialla, joka on pelkkä kuvailu kyseisestä ilmiöstä.

**Tomi Bergström:** Psykiatrit ovatkin tänä päivänä hyvin valveutuneita. Näitä käsitellään alan isoimmista lehdissä ja viime aikoina on julkaista tästä näkökulmasta useitakin artikkeleita. Arjen työn osalta isompi haaste on tuo, kun kieli leviää yhteiskuntaan ja kulttuuriin ja tieteen ulkopuoliset ihmiset alkavat ylläpitää tällaista aivan tietynlaista ajattelutapaa. Ajoittain on vaikea lähteä puhumaan oikeista asioista, kun tällainen tietynlainen kieli peittää ne alleen.

**Annastiina Mäkilä:** Oma väitöskirja-aineistoni on 1980- ja 1990-lukujen Turun yliopiston psykiatrian ja psykologian opinnoista, ja jo siellä näkyy turhautuneisuus



siitä, kuinka DSM-luokitus alkaa valtaamaan tilaa ja pakottaa käyttämään tiettyjä käsitteitä. Tuolloin psykologia ja psykiatria olivat avoimia rajallisen tiedon ja liukuvien käsitteiden suhteen. Vuosituhannen loppua lähestyttäessä vaikuttaa siltä, että hallinnossa ja arjessa ihmiset alkoivat vaatia essentialistisia käsitteitä. Mitä mieltä olette tällaisesta epävarmuuden siedon vähentymisestä?

**Tommi Bergström:** Tuon muutoksen seuraukset näkyvät vahvasti käytännön työssä.

**Miika Nietola:** On huomioitava, että 1980- ja 1990-lukujen Turussa on ollut voimissaan juuri avoimen dialogin edeltäjä eli tarpeenmukaisen hoidon malli, jota kehitti professori Yrjö Alanen kollegoineen. Turku on Suomen mittakaavassa ollut hieman erilainen paikka ja täällä on ehkä ollut muita hankalampaa sopeutua näiden diagnoosijärjestelmien tuloon.

**Tommi Bergström:** Muuallahan vakiinnutettiin tietynlaista *näyttöön perustuvaa praktiikkaa* (*Evidence Based Practise, EBP*). Myös tämän praktiikan orjallinen seuraaminen on kyseenalaista. Näyttöön perustuvan praktiikan painottaminen näkyy nykyään myös täällä Tornionjokilaaksossa työntekijöiden sukupolven vaihdoksen myötä siinä, ettei täälläkään enää hyödynnetä samassa määrin avoimen dialogin mallia ja tarpeenmukaisia käytäntöjä. Tänne on omaksuttu uudenlaisia ajattelumalleja ja kuten toitte jo esiin, on avoimen dialogin malli lähtenyt elämään omaa elämäänsä muualle. Isossa-Britanniassa ja Yhdysvalloissa on tällä hetkellä meneillään isoja malliin liittyviä projekteja.

## Näyttöön perustuvista käytännöistä ja kertomisen etiikasta

**Annastiina Mäkilä:** Mitä mieltä olette siitä, että voidaanko samaan aikaan vaatia kaikessa näyttöön perustuvaa lääketiedettä ja näyttöön perustuvaa hoitotyötä, jos ihminen nähdään psykofyysissosiaalisena kokonaisuutena?

**Miika Nietola:** Olen näyttöön perustuvien käytäntöjen vahva kannattaja erityisesti päätöksenteossa, mutta samalla on ymmärrettävä sen rajat esimerkiksi psykoterapian tutkimisen osalta. Eli tähän liittyy myös vaikeuksia ja haasteita.

**Tommi Bergström:** Olen samaa mieltä ja arvostan tällaista tutkimusta. Katsoisin kuitenkin, että *näyttöön perustuvat käytännöt (EBP)* nähdään liian kapeasti metodologisesti eikä siinä huomioida tarpeeksi eri tieteenaloja. Kun vaaditaan vain aivan tietynlaista näyttöä, kuten satunnaistettuja kokeita, se omalla tavallaan vaikeuttaa tieteen edistymistä.

**Miika Nietola:** Samaa mieltä. Viime vuosina onkin esimerkiksi latenttien luokkien analyysien pohjalta yritetty ymmärtää ilmiöitä, missä ei oleteta mitään kategorioita. On totta, että *satunnaistetut kliiniset kokeet (Randomized Clinical Trial, RCT)* ovat kultainen standardi ja niitä kritisoidaan juuri siitä, miten iso hajonta niiden sisällä on liittyen joidenkin diagnoosien heikkoon validiteettiin. Tämä johtaa siihen, että osa hyötyy paljon ja osa ei yhtään ja tästä vedetään lopputulos, ettei hoidolla ole mitään vaikutusta. Tästä syystä tarvitaan yksilöllisempää lääketiedettä myös tutkimuksessa. Voisiko Anna Ovaska kertoa lisää aiemmin mainitsemiensa potilaskertomuksien käytön eettisyydestä?

**Anna Ovaska:** Tässä on kiinnostava ero ”todellisten” kertomusten kuten potilaskertomusten ja fiktiivisten kertomusten välillä. Fiktiohan on siitä turvallista, että se vapauttaa meidät osasta eettisiä kysymyksiä, mutta ei suinkaan kaikista. Fiktionkin sisällä on tärkeä katsoa valtasuhteita eli esimerkiksi sitä, kuka saa äänen – kuka saa puhua ja kertoa ja kenestä. Samat kysymykset ovat myös ei-fiktion puolella. Jos esimerkiksi kuvaisin toisen ihmisen kokemusta, niin millaisen valta-aseman ottaisin suhteessa toiseen ihmiseen ja toisinko esiin, että kyseessä on tulkinta vai annanko lukijan tai kuulijan uskoa, että pystyisin kuvaamaan toisen kokemuksia? Kertomuksentutkimus tarjoaa meille käsitteitä, joilla voimme analysoida tätä ja pohtia millaiset kerronnan muodot voivat luoda eettisiä suhteita. Kertomiseen liittyvien valtasuhteiden tunnistaminen on tärkeää, kun mietitään esimerkiksi sitä, miten potilaiden kokemuksia omasta sairaudesta ja hoidon vaikutuksista kuunnellaan, tulkitaan ja välitetään: kuulemmeko me potilaan yksilöllisen äänen?

**Miika Nietola:** Kertoja käyttää siis paljon valtaa siinä, miten toisen ihmisen mielen ilmiötä ymmärretään. Julkisuudessa on nykyään paljon kertomuksia ihmisistä, joilla on mielenterveysongelmia. Usein on sankaritarinoita, joissa hankalien vaiheiden jälkeen aivan yksittäisen diagnoosin, lääkärin tai jonkin tempun kautta on vihdoinkin löydetty ratkaisu. Ajoittain kertomukset puolestaan idealisoivat psykoterapiaa aivan suhteettomasti ja esittävät sen ratkaisuna kaikille ja kaikkeen.

**Anna Ovaska:** Näissä toimittajat käyttävät kertojan valtaa ja voivat kuvata menevänsä ikään kuin lääkärin tai potilaan pään sisään. Lisäksi meillä on erilaisia tarinamalleja tai mallitarinoita, esimerkiksi ”muutostarina”, ”selviytymistarina” tai juuri ”sankaritarina”, joiden tarjoamaan muottiin kertomuksia helposti kirjoitetaan varsinkin mediassa.

**Tomi Bergström:** Ammattilaiset tykkävät kuulla näitä sankaritarinoita. Kun vuosien varrella muodostin väitöskirja-aineistoani, niin välillä tuntui hankalalta, kun kukaan ei kehunut hoitoa tai ammattilaisia. Sinänsähän se on tietenkin hyvä tulos, että ihmiset antavat itselleen meriitin tilanteen muutoksesta. Tietyllä tavallahan mielenterveydenhoito on keinotekoinen instituutio ja tavoitteena pitäisikin olla itsensä tarpeettomaksi tekeminen.

**Anna Ovaska:** Kiinnitin huomiota, kun aiemmin mainitsit ihmisten nostaneen toipumiselleen keskeiseksi esimerkiksi perheen tuen ja oman toimijuuden. Eivätkö nämä ole samalla juuri niitä asioita, joita avoimen dialogin malli on pyrkinytkin tukemaan? Eli siinä on tavallaan pyritty tähän ”hoidon tarpeettomaksi tekemiseen”.

**Tomi Bergström:** Kyllä, se on alkuperäinen tavoite ollut tällä mallilla. Tästä syystä näen sen haasteeksi, että maailmalla avoimen dialogin malli nähdään herkästi interventiomenetelmänä, jolla pyritään vaikuttamaan ihmiseen ja sitä kautta muuttamaan hänen elämäntilannettaan. Alkuperäinen ajatus oli tosiaan se, että tasa-arvoisessa keskustelussa määritetään mihin kontekstiin ongelmat kytkeytyvät ja näin tuetaan yksilön toimijuutta. Tämä jäsenyi itselleni konkreettisesti väitöskirjatutkimusta tehdessäni ja samalla ilmeni, miten marginaalinen hoidon rooli kertomuksissa oli.

**Miika Nietola:** Ajattelen, että tuo krediitin itselleen ottaminen on todella hienoa ja sitä kautta autonomian tunne ja pystyvyys kasvaa. Kuitenkin näissä mediassa olevissa

tarinoissa nimenomaan idealisoidaan ihmisen ulkopuolella olevia asioita, kuten erilaisia interventioita ja hoitomuotoja. Tämä on siis täysin päinvastainen malli, jota tarjotaan ja se vaikuttaa myös siihen, millä asenteella ihmiset tulevat hoitoon. Ehkä tässä on olemassa tällainen kulttuurinen hoidon kohteen malli.

**Anna Ovaska:** Tämä kytkeytyy kiinnostavasti jälleen laajempaan kulttuuriseen kertomukseen, jossa mielen sairaus on jotakin ei-ruumiillista ja ei-relaationaalista. Meidän kulttuurissamme helposti sivuutetaan mielen ongelmien kytkeytyminen ympäristöön ja konteksteihin, ja tämä ohjaa myös tällaisiin täsmäinterventioihin. Muodostuu kehä.

**Annastiina Mäkilä:** Miten ajattelette eri tieteenalojen roolit. Suunnilleen 1970-luvulla alkoi muutos, jossa hoidon piiriin ajatellaan kuuluvan jatkuvasti laajemmin myös lieviä tiloja. Näissä voisi auttaa, jos yhteiskunta ja kulttuuri jo alun perin tukisi ihmisen mielen hyvinvointia. Voisiko ajatella, että tässä humanistisella ja yhteiskuntatieteellisellä tutkimuksella olisi annettavaa hoitoon pyrkivien tieteiden rinnalla?

**Miika Nietola:** Mielelläni näkisin poikkitieteellistä tutkimusta. Hakisin laajempaa ja tarkempaa ymmärrystä näistä ilmiöistä esimerkiksi fenomenologian kautta.

**Tomi Bergström:** Poikkitieteellinen näkökulma integroituna ihan tähän käytännön työhön olisi hedelmällistä. Järjestelmät ovat tällä hetkellä hyvin institutionaalisia ja tietyt professiot saavat yhteiskunnassa position, jotka pääsevät työskentelemään esimerkiksi sairaanhoitopiirin psykiatrian erikoissairaanhoidon organisaatiossa. Olisi äärimmäisen arvokasta ja rikastuttavaa tuoda arjen työhön poikkitieteellisyyttä ja samalla se normalisoisi näitä ilmiöitä ja osoittaisi, etteivät ilmiöt ole todellisuudessa niin mystisiä tai meidän käyttämämme hoidot niin erikoisia kuin mediassa joskus annetaan ymmärtää.

**Miika Nietola:** Mieleen tulevat myös kirjallisuus- ja taideterapiat, joiden rooli on jäänyt valitettavan pieneksi.

**Anna Kinnunen:** Itsekin kaipaen monitieteistä keskustelua, ja itse pyrin oman tieteenalan kautta rikastuttamaan ymmärrystä siitä, mistä kulttuuriset käsitykset juontavat juurensa.

Yksi seikka, mitä pohdin tutkimusta tehdessäni, oli käsitteiden käyttö. Tutkin pitkää ajanjaksoa, jonka aikana käsitteet muuttuivat paljonkin. Käytin lopulta pääasiassa termiä ”mielen sairaus”, koska halusin välttää liiallisen lääketieteellisen diskurssin käyttöä.

Nykyään arjessa ei enää mielellään puhuta mielisairaista, sillä se koetaan leimaavana terminä. Kiinnostaisi tietää, käytetäänkö termiä mielisairaus kuitenkin vielä lääketieteessä vai puhutaanko esimerkiksi vakavista mielenterveyshäiriöistä? Muistan yhden psykiatrin haastattelun, jossa hän käytti skitsofreniasta ja psykoosista edelleen termiä mielisairaus.

**Anna Ovaska:** Tärkeä huomio! Olen samaten joutunut miettimään hyvin paljon näitä käsitteitä ja pyrkinyt käyttämään esimerkiksi sanoja, jotka korostavat yksilön

kokemusta ja sen kipua ja ahdistavuutta. Olen käyttänyt sanoja kuten ”poikkeukselliset” tai ”epätavalliset” kokemukset. Nämä voivat toisaalta kuvata myös harhoja tai hallusinaatioita, joita yksilö ei itse koe häiritseviksi tai ahdistaviksi. Sanat ja niiden käyttö liittyy myös tutkimuseetiikkaan.

**Anna Kinnunen:** Sanojen valinta oli myös minulle tutkimuseettinen kysymys. En voi muuttaa käsitteitä, joita käytettiin esimerkiksi sata vuotta sitten, koska se olisi anakronistista. Mutta samalla minun oli silti huomioitava se, että jotkin aikalaiskäsitteet koetaan nykyään hyvin leimaavina ja loukkaavina.

**Miika Nietola:** Sanat ovat keskeisiä siinä, miten näistä usein herkistä aiheista puhutaan. Lainsäädännössä mielisairaus terminä kytkeytyy edelleen tahdosta riippumattomaan hoitoon. Tässäkin kolikolla on kaksi puolta ja näiden termien poistamisessa on ongelmansa. Ihmiset, joilla on vaikea pitkäaikainen toimintakyvyn lasku eivät hyödy siitä, että yritetään häivyttää sairauden aiheuttama invaliditeetti tai jopa kieltää sairauden olemassaolo. Samalla termejä kaihtamalla vakavasti sairaat voidaan jo käsitteiden kautta samaistaa ihmisiin, joilla on hyvinkin tavanomaisia elämän ongelmia. Kyse on harvinaisemmista ilmiöistä, mutta olisi tärkeää, ettei niitä yritettäisi puheen tasolla poistaa.

**Annastiina Mäkilä:** Tässäkin tulee esille, että olisiko hyödyllistä erottaa selkeämmin tieteen, hallinnon ja arjen kieli.

**Yleisökysymys (FM Pekka Pietilä, JY):** Mitä nähdään isoimmiksi sokeiksi pisteiksi mielenterveyden ymmärtämisessä psykologien tai psykiatrien omissa kahvipöytäkeskusteluissa?

**Tommi Bergström:** Täytyy sanoa, että aika vähän psykologian ammattikunnan sisällä käyn näitä keskusteluja. Yksi ihan todellinen ongelma on se, että työntekijät kokevat olevansa niin tupella, ettei tällaisia filosofisia keskusteluja ehditä työn lomassa käymään. On todella iso haaste, ettei työn sisältöön ja ilmiöiden ymmärtämiseen liittyviä asioita hirveästi avata. Tämä on yksi sokea piste, eikä ainoastaan psykologin tai psykiatrin, vaan myös muun hoitohenkilöstön näkökulmasta.

**Miika Nietola:** Tämentyypisiä yleisluontoisia keskusteluja ei tosiaankaan kauheasti käydä, vaan puhe liittyy kuormitukseen, suuriin potilasmääriin ja näiden kautta hyvin käytännöllisiin asioihin.

Mikä ajoittain nousee keskusteluun, on osaoptimointi, mikä näkyy rahoitusjärjestelmässä. Toisin sanoen Kela maksaa joitain asioita, kuten kuntoutuspsykoterapian ja vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen, ja kunnat sairaanhoitopiirien kautta maksavat jotain. Tähän liittyy jonkin verran osaoptimointia, mikä on ongelma.

## Tieteen popularisoinnista

**Annastiina Mäkilä:** Koska arkeen joka tapauksessa omaksutaan lääketieteen ja psykologian kieltä, niin onko teillä ajatuksia, miten popularisoida psyykeä koskevaa tutkimusta, niin että se tulisi ihan ontologian tasolla ymmärretyksi eikä jäisi

pinnallisesti tautiluokkien nimien tasolle? Olen itse käynyt julkista keskustelua *Mad in Finland* -sivustolla ja huomasi, kuinka haastavaa sekä oman että tutkimieni tieteiden popularisointi lopulta on [1].

**Anna Ovaska:** Minulla on mielikuva, että Suomessa varsinkin mediassa popularisoiduksi tulee ja esille nousee erityisesti neurotieteellinen mielen sairauksien tutkimus. Meillä ei ole suuria aktiivisia monitieteisiä ja tieteestä viestiviä tahoja. Esimerkiksi Isossa Britanniassa äänen kuulemista tutkivassa *Hearing the Voice* -ryhmässä on mukana tutkijoita monilta eri aloilta, kokemusasiantuntijoita, järjestötoimijoita ja taiteilijoita, ja he julkaisevat jatkuvasti tutkimusta popularisoivia artikkeleita ja järjestävät esimerkiksi näyttelyitä [2]. Lisäksi siellä on ruumiillisen ja enaktiivisen mielen teorioista ja fenomenologiasta ammentavia monitieteisiä ryhmiä, jotka tuovat esiin erityisesti mielen relationaalisuuden kysymyksiä.

**Miika Nietola:** Suomessa järjestöpuolen toiminta on aika hiljaista ja rauhallista näissä asioissa. Kun olin itse Isossa-Britanniassa, niin järjestökentällä on hurjasti enemmän toimintaa. Tällä hetkellä *NHS (National Health Service, julkinen terveydenhuolto)* on ongelmissa ja nojaa paljolti näihin järjestöihin.

**Yleisökysymys (VTM Suvi Puttonen, TY):** Voisitko Miika avata sitä, miten osaoptimointi aiheuttaa ongelmia?

**Miika Nietola:** Eri tahot siis maksavat erityyppisistä hoidoista. Kun on tilanne, että hoitoon olisi tulossa enemmän ihmisiä kuin mitä hoitojärjestelmä voi ottaa vastaan, niin hoitopäätöksissä saatetaan suosia toisen tahon maksamia hoitomenetelmiä, sillä muutoin hoidon kustannukset olisivat pois oman yksikön toiminnasta.

**Yleisökysymys (VTM Suvi Puttonen, TY):** Miten kirjallisuudessa, kulttuurisissa käsityksissä ja arkikielessä näkyy monialainen yhteistyö ja holistinen ihmiskäsitys?

**Anna Ovaska:** Varsinkin kompleksinen monitahoinen kaunokirjallisuus itsessään tuottaa holistista ihmiskäsitystä ja kokemukset esitetään uppoutuneena ympäristöön. Toisaalta kirjallisuus ottaa vaikutteita tieteestä ja kulttuurista ja muokkaa niitä stereotyypeiksi, eli kiertoa on moneen suuntaan.

**Yleisökysymys (FM Kerttu Lehto, (TaY):** Palatakseni järjestökenttään, niin onhan Suomessakin mielenterveysjärjestöjä, jotka tekevät tärkeää työtä. Samalla meillä vaikuttaa kuitenkin olevan yhä vahva vaikenemisen ja hyssyttelyn kulttuuri.

**Annastiina Mäkilä:** Tämä on totta, että meillä on pitkäikäisiä ja vahvoja mielenterveysjärjestöjä, mutta ainakaan itse en ole nähnyt Suomessa samanlaista avointa ja aktiivista keskustelua kuin esimerkiksi Isossa-Britanniassa tai Yhdysvalloissa.

**Tomi Bergström:** Itse olen hieman tahtomattanikin sotkeutuneena *Mad in America* -liikkeen toimintaan, koska he ovat olleet kiinnostuneita omasta tutkimustyöstäni. Sehän on valtava ja vaikuttava ilmiö siellä. [3] Varsinkin psykiatrien keskuudessa voidaan tällainen näkyvyys kokea myös uhkaavana. Itse olen nyt tuore *Nouseva mieli ry:n* hallituksen jäsen. Kyse on entisestä *Suomen skitsofreniayhdistyksestä*, joka stigman

vuoksi poisti nimestään sanan skitsofrenia. Minun toivotaan mahdollistavan moniäänisyyttä siten, että heidän kokemuksiin jäsennetään muulla tavoin kuin ainoastaan sairauden oireina. Heillä on kokemus, etteivät he ole tulleet kuulluiksi ja että keskustelua on käyty suljetuissa ympyröissä. [4] Suomalainen keskustelukulttuuri on siis hyvin erityyppinen kuin Isossa-Britanniassa ja Yhdysvalloissa.

**Miika Nietola:** Suomessa on paljon järjestöjä, jotka tekevät todella tärkeää työtä. Näkyvyydessä on kuitenkin iso ero. Kun työskentelin Isossa-Britanniassa, olivat järjestöt enemmän läsnä, mutta siihen liittyy myös se, kuinka vastaanottavia pystytään olemaan. Suomessa kansalaisyhteiskuntaa ei ehkä oteta niin vahvasti mukaan ja vaikenemista tapahtuu.

## Terveyteen keskittymisestä

**Yleisökysymys (FM Pekka Pietilä, JY):** Käsitteisiin liittyen. Koetteko, että joihinkin mielenterveyden häiriöihin ei osattaisikaan enää suhtautua tarpeen vaatimalla vakavuudella sen myötä, kun tieteellisiä käsitteitä omaksutaan osaksi yleistä keskustelua?

**Tomi Bergström:** Itse olen ihmetellyt sitä, että miksi jokin asia on kuvattava sairautena, jotta me voimme suhtautua siihen vakavasti. Sairauden määrittely on kuitenkin enemmän hallintoon liittyvä asia. Ihmisillä on monenlaisia haasteita ja ongelmia ja mielestäni ne lähtökohtaisesti pitäisi ottaa tosissaan. Tämä heijastaa yhteiskunnan tämänhetkistä mentaliteettia, että saadakseen apua, on ilmiö määriteltävä sairaudeksi.

**Anna Kinnunen:** Julkista keskustelua seurattessani olen ollut huolissani siitä, että keskitymme lieviin mielenterveyshäiriöihin ja puhumme paljon mielenterveydestä. Olen pohtinut, marginalisoiko tällainen puhe vakavaa mielen sairautta ja tällaisen sairauden kokijoita. Toki en halua tehdä jyrkkää eroa lievien ja vakavien mielenterveyshäiriöiden välille, koska sekin voi toiseuttaa vakavia mielenterveyshäiriöitä ja niiden kokijoita. Kulttuurin tutkijana olen kuitenkin huomannut, että keskustelu on niin voimakkaasti terveyteen ja sen ylläpitämiseen keskittynyttä, että tämä herättää kysymyksen, jääkö sairaudelle tilaa. Kun korostamme terveyttä kulttuurisena arvona, niin sen väistämättömänä vastakohtana ja ei-toivottuna tilana on sairaus.

**Anna Ovaska:** Juuri tämän takia tarvitsemme representaatioita ja tarkkoja kuvauksia näistä poikkeuksellisimmista kokemuksista myös julkisuudessa. Tomi toi esiin, kuinka hänen väitöskirjatutkimuksessaan haastatellut ihmiset käyttivät kokemustensa kuvaamiseen muuta kuin lääketieteen sanastoa. On tärkeää, että esimerkiksi psykoottiseksi leimaamisen sijaan normalisoidaan kokemuksia ja kuvataan niitä fenomenologisesti, jotta ihmisillä on parempi käsitys siitä, mistä todella on kyse.

**Tomi Bergström:** Psykoosin käsitteessä on se haaste, että sen alle luokituu hyvin laaja kirjo erilaisia kokemuksia, joita yhdistää lähinnä se, että tietyssä tilanteessa ja kontekstissa koemme ne vaikeina ymmärtää. Psykoosin kaltaiset termit jyräävät herkästi alleen muun ymmärryksen ja käsityksen tilanteen etiologiasta varsinkin terveydenhuollon kontekstissa. Näkisin tärkeänä, että termeistä huolimatta

pystyisimme ottamaan vakavasti ihmisen kärsimyksen ja auttamaan monialaisesti niissä ongelmissa, joita ihmisellä on.

Terveyden korostaminen voi tehdä vaikeaksi puhua ihmiseloon kuuluvista pettymyksistä ja epäonnistumisista. Näin nämä normaalit asiat yhdistetään helposti ”mielen”, mikä on ongelmallista, koska mieli itsessään on määrittelemätön ja kiistanalainen kategoria.

**Annastiina Mäkilä:** Teologian tohtori Karoliina Ahonen toteaa väitöskirjatutkimuksessaan, että 1970-luvulla alkaneen uudenlaisen mielenterveyspolitiikan myötä vakavat mielenterveysongelmat ovat jääneet vähemmälle huomiolle (Ahonen 2020). Mitä mieltä olette tästä?

**Miika Nietola:** Olen Ahosen kanssa samoista asioista huolissani. Olen myös samaa mieltä aiempien puheenvuorojen kanssa moninaisuuden sietämisestä ja termien ongelmallisuudesta. Samaan aikaan tietynlaisen terminologian välttely voi jättää vaille apua he, joilla on kaikista eniten mielenterveyden haasteita. Näitä termejä tarvitaan, jotta järjestelmään saadaan betonoiduksi palvelut ja selväksi se, kenellä on niihin oikeus.

**Anna Ovaska:** Aivan, tarvitsemme kokemusten normalisointia ja ymmärrystä siitä, että myös hyvin poikkeukselliset ja vaikeat kokemukset kuuluvat osaksi elämää, mutta samaan aikaan ei voida unohtaa hoidon tarvetta ja sitä järjestelmää, jonka tarkoitus on pitää ihmisistä huolta.

**Tomi Bergström:** Tästä päästään siihen, miten järjestelmä toimii, miten se on lähtökohtaisesti organisoitu ja millaisiin periaatteisiin se nojaa. Palvelujärjestelmät ovat ihmisten luomia ja ihmiset ovat myös luoneet kriteerit ja päättänyt ne sanat, jotka oikeuttavat tiettyihin etuuksiin ja hoitomuotoihin. Minunkin mielestäni terveyteen keskittyminen jättää herkästi tietyn ihmisryhmän palveluiden ulkopuolelle, mikä voi pahimmillaan johtaa syrjäytymiseen.

**Miika Nietola:** Itse kaipaaisin julkiseen keskusteluun enemmän sävyjä siitä, kuinka monenlaista ihmisen mielenterveys ja elämä ylipäättään voi olla. Suuri osa ihmisistä elää psykiatrian näkökulmasta oireiden kanssa suurimman osan elämänsä ja silti elämä voi olla hyvää. Tällä hetkellä median välittämä kuva mielenterveydestä on kovin epärealistinen ja naiivi.

**Anna Kinnunen:** Yksi humanististen tieteenalojen tehtävä on luoda kerronnan malleja kärsimyksestä ja vakavasta sairastamisesta.

**Anna Ovaska:** Kyllä. Samalla olen joskus huolissani siitä, että esimerkiksi kaunokirjallisuus (eli oma tutkimusalani) voidaan nähdä hyvin elitistisenä kokemusten kuvausten paikkana. Toisaalta on asioita, joita yksilön – tai toimittajan, lääkärin tai psykoterapeutin – on vaikea kuvata, jolloin kirjallisuus ja sen tutkimus voivat tarjota tilan ilmaisulle ja mallien tai esimerkkien luomiselle. Kun kokemuksista kerrotaan, on aina myös se riski, että vahingossa päädytään toistamaan stereotyyppioita. Siksi on tärkeää katsoa esimerkiksi kaunokirjallisuutta kulttuurissa toistuvien kertomuksien ja vaikkapa journalismin rinnalla.

**Tomi Bergström:** Tähän kaikkeen liittyy myös se, kuinka paljon jää kertomatta ja pimentoon. Palvelujärjestelmässä kohdataan se mitä tulkitaan mielenterveysongelman oireiksi, mutta taustalla on usein hyvinkin vaikeita elämäntilanteita ja elinolosuhteita. Järjestelmä ei osakaan tukea ihmisiä elämän ongelmissa. Sen sijaan meillä on poteroita ja erikoistuneita aloja, jolloin hoidon jatkuvuus ja moniammatillisuus mahdollisesti yli organisaatorajojen ei toteudu. Tämä liittyy osittain Miikan mainitsemaan osaoptimointiin. Kun sitten kokonaiskuva jää hahmottumatta nähdään helposti tilanteen johtuvan mielenterveysongelmista, vaikka syyt saattavat olla hyvinkin moninaisia. Kyse on siis isoista teemoista, kuten siitä, miten rakennamme ja organisoimme palvelujärjestelmiä.

**Annastiina Mäkilä:** Palvelujärjestelmä vaikuttaa vaativan hyvin essentialistisia ja kategorisia sairausluokkia. Miten palvelujärjestelmää itsessään voisi lähteä muuttamaan?

**Tomi Bergström:** Alankomaalainen psykiatri Jim van Os on kuvannut hyvin, miten voimme kehittää mielenterveyspalveluita käyttämättä lainkaan diagnooseja, ja kuinka voisimme muuttaa *näyttöön perustuvaa näkökulmaa (EBP)* lähemmäs yksilöllistä näkökulmaa. Hän lähtee siitä, että mielenterveyden hoidosta liikuttaisiin enemmän elämäntilanteiden hoitoon. Tietyntilaisissa hoidollisissa yhteisöissä lähdetäisiin ratkomaan yhdessä tilannetta ja räätälöimään hoitojärjestelmää huomioiden myös konteksti ja toimimalla yli organisaatorajojen kutsumalla prosessiin mukaan eri toimijoita. (van Os et al. 2019.) Tämähän on Suomessa utopiaa, mutta maailmalla tällaista kehitetään arjen työhön integroidun tutkimustoiminnan kautta. Esimerkiksi Alankomaissa ja Isossa-Britanniassa on meneillään isoja hankkeita. Ajattelin, että yksi tapa lähteä kehittämään palvelujärjestelmää alhaalta ylöspäin on kytkemällä tutkimus arjen työhön ja ottamalla mukaan sekä moniammatillisuus että poikkitieteellisyys.

**Miika Nietola:** Tässä palataan tavallaan viisikymmentä vuotta sitten pinnalla olleisiin ajatuksiin eli haetaan hoitoyhteisöjä, joissa ei ole hierarkioita. Mielenterveydenhoidossa tuntuu toistuvan tällaiset syklit. Olen itse optimistinen sen suhteen, että tieteet kehittyvät ja näitä ilmiöitä ymmärretään koko ajan paremmin. Näin ollen järjestelmän on pakko mukautua siihen, että saamme evidenssiä siitä, miten mielenterveyden ongelmia tulisi parhaalla tavalla hoitaa. Samalla uudet tautiluokitukset, kuten DSM-5, tuovat esimerkiksi jo mukanaan dimensionaalisuutta tautiluokkiin.

**Yleisökysymys (FM Jani Tanskanen, JY):** Nietola toi esiin, että median olisi syytä monipuolistaa tapaansa puhua mielenterveydestä. Kinnunen ja Ovaska lisäsivät tähän, että kulttuuristen mallien tutkimus tarjoaa tähän medialle välineitä tai ainakin reflektion paikan. Voisimmeko me tutkijoina konkreettisesti tarjota apuvälineitä toimittajille?

**Yleisökysymys (FT Saara Jantti, JY):** Eikä pelkästään toimittajille vaan myös terveyden- ja sairaanhoidon sisällä? Olen itse toiminut tutkijana mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa ja yksi haaste on aiemmin keskustelussa mainittu kiire ja ajan puute näiden moninaisten elämän kohtaloiden ja tilanteiden ja



toisaalta sairauksien kulttuuristen mallien pohtimiseen. Onko taiteilla ja taiteentutkimuksella tässä sijaa?

**Miika Nietola:** Ajattelisin, että sijaa täytyy tietoisesti tehdä ja tutkijan on itse aktiivisesti tarjottava tapoja selittää.

**Anna Ovaska:** Kiire ja ajan puute on vaikea kysymys. Esimerkiksi narratiivisen lääketieteen ohjelmissa hoitoa pyritään parantamaan taiteen ja kirjallisuuden avulla: ajatellaan, että ne tarjoavat paikan reflektiolle. Tähän liittyy myös ajatus, että taiteiden mahdollistama reflektio voi ehkäistä terveydenhuollon ammattilaisten työuupumusta ja väsymystä. Tässä on kuitenkin samalla hyvin uusliberalistinen pohjavire ja katsoisin, että aika taiteen ja tutkimuksen hyödyntämiseen työelämässä täytyisi löytyä työajasta eikä jäädä ihmisten omalle vastuulle. Mahdollisuuksia dialogiin tutkimuksen, taiteiden, järjestötoimijoiden, toimittajien ja terveydenhuollon välille onkin todella tärkeä luoda yhteiskunnan rakenteiden tasolla.

**Annastiina Mäkilä:** Kiitos keskustelijoille.

**Miika Nietola:** Kiitokset omasta puolestani.

**Anna Ovaska:** Kiitos paljon.

**Anna Kinnunen:** Kiitos myös minun puolestani.

**Tomi Bergström:** Kiitos. Tärkeä aihe ja mukavaa, että pystyy tällä tavalla poikkitieteellisesti miettimään näitä aiheita. Tässäkin keskustelussa näimme, että tieteiden rajat eivät ole tarkkoja ja jokainen toimii omista lähtökohdista käsin.

## Keskustelua tarvitaan

Samojen teemojen ympärillä pyörivien tieteiden keskinäinen keskustelu on tärkeää. Samalla se vaatii aikaa ja resursseja, joiden puutteeseen törmätään yli tieteenalarajojen. Kun puhutaan mieleen liittyvistä asioista, on ainakin humanistisen ja yhteiskuntatieteellisen alan tutkija jo lähtökohtaisesti kiinnostunut tutustumaan myös muiden tieteenalojen julkaisuihin. Kirjoitettu teksti ei kuitenkaan anna mahdollisuutta pyytää tarkennuksia, kysyä ennestään tuntemattomista teorioista tai kehottaa avaamaan hämäräksi jääneitä virkkeitä. Hyväkään artikkeli harvoin antaa myöskään kattavaa kuvaa kaikesta siitä taustatiedosta, jolle se on rakennettu. Oman tieteenalan tutkija täyttää aukot asiantuntijuutensa avulla, mutta tieteenalojen eriydyttyä ja jo tutkimustraditioiden määrän myötä on mahdotonta enää olla *Uomo Universale*, kaikkien edes omalle tutkimuskohteelle oleellisten tieteenalojen asiantuntija.

Keskustelu on siis tärkeää jo tiedon tehokkaan välittymisen tähden, mutta keskustelua tarvitaan muistakin syistä. Kommunikoitaessa oman tieteenalan sisällä peruskäsitteet ja tavat ajatella muuttuvat nopeasti itsestäänselvyyksiksi. Tieteenalojen välinen keskustelu pakottaa pysähtymään näihin perusteisiin, pohtimaan omia ja tieteenalansa osittain artikuloimattomiakin lähtökohtia. Edellä Tomi Bergström huomautti kuinka ongelmallinen ja määrittelyjä pakeneva jo itse termi ”mieli” on ja se on kuitenkin termi,

joka määrittää niin palvelujärjestelmien rakentamista, että yhä useampia tutkimuskysymyksiä.

Määrittelyä pakenemisen lisäksi moni termi on niin sanotusti hyvin tiheä. Yksittäiset tieteenalat tai koulukunnat voivat käyttää jotakin terminologiaa hyvin tietoisena taustoista, termien historiallisesta rakentumisesta ja niihin mahdollisesti sidotusta ontologiasta. Tämä kaikki informaatio ei välttämättä siirry toisille tieteenoiloille ja toisaalta termit voivat saada uusia merkityksiä uuden tieteenalan omaksuessa sitä omaan käyttöön. Teemaan liittyen tällaisia termejä ovat esimerkiksi tautiluokat, joista jokainen omaa aivan tietyn kulttuurisen ja historiallisen taustan ja sitoutuu usein samalla johonkin erityiseen sairauskäsitykseen. Toivottavasti saamme tulevaisuudessa kuulla ja lukea lisää yllä olevan kaltaisia keskusteluja, joissa tutkijat ovat aidosti kiinnostuneita toistensa näkökulmista ja samalla valmiita refleктоimaan ja avaamaan omaa ajatteluaan.

**Annastiina Mäkilä, FM, kulttuurihistorian väitöskirjatutkija, Kulttuurin ja terveyden tutkimusyksikön koordinaattori, Turun yliopisto.**

**Pekka Pietilä, FM, yleisen historian väitöskirjatutkija, Historian ja etnologian laitos, Jyväskylän yliopisto.**

## Viitteet

- [1] *Hulluna Suomessa – ja vähän muuallakin*, <https://madinfinland.org/>. [Haettu 12.8.2021]
- [2] *Hearing the Voice*, *Centre for Medical Humanities, Durham University*, <https://www.dur.ac.uk/cmh/htv/>. [Haettu 12.8.2021]
- [3] *Mad in America*, <https://www.madinamerica.com/>. [Haettu 12.8.2021]
- [4] *Nouseva mieli – Suomen skitsofreniayhdistys ry*, <https://nousevamieli.fi/>. [Haettu 12.8.2021]

## Kirjallisuus

Ahonen, Karoliina. 2020. *Suomalainen mielenterveyspolitiikka: Julkisen vallan ohjaus mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmisoikeuksien turvaamiseksi*. Helsinki: Helsingin yliopisto, <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-5671-6>. [Haettu 12.8.2021]

Bergström, Tomi. 2020. *Life after Integrated and Dialogical Treatment of First-Episode Psychosis: Long-Term Outcomes at the Group and Individual level*. JYU

dissertations 207. Jyväskylä: University of Jyväskylä, <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-8119-8>.

Kinnunen, Anna. 2020. *Johtolankoja hulluuteen. Tutkimus mielen sairastamiseen kytkeytyvistä kulttuurisista käsityksistä*. Kultaneito XX. Väitöskirja. Joensuu: Suomen Kansantietouden Tutkijain Seura.

Nietola, Miika. 2020. *The Risk factors, clinical characteristics and outcomes of psychotic depression: The Northern Finland Birth Cohort 1966*. Annales Universitatis Turkuensis, Ser D, Medica-Odontologica 1504. Turku: University of Turku, <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-8166-3>. [Haettu 12.8.2021]

van Os, Jim, Sinan Guloksuz, Thomas Willem Vijn, Anton Hafkenscheid & Philippe Delespaul. 2019. The evidence-based group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: time for change? *World Psychiatry* 18, 1: 88–96, <https://doi.org/10.1002/wps.20609>. [Haettu 12.8.2021]

Ovaska, Anna. 2020. *Fictions of Madness. Shattering Minds and Worlds in Modernist Finnish Literature*. Helsinki: University of Helsinki, <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-5743-0>. [Haettu 12.8.2021]