

Markku Ojanen 13.2.2012

Masennuksen arvoitus: miksi masennus lisääntyy vai lisääntyykö se?

1. Mikä on masennuksen tehtävä eli funktio - jos sillä sellainen on?
2. Korostuvatko geenit ja biologia liiaksi masennuksen etiologiassa?
3. Tulisiko masennus ja melankolia erottaa toisistaan?
4. Kaatuuko yhteiskunta, jos masennuksen prevalenssi on 20 % tai jopa 30 %?
5. Onko masennus aina ollut vieraanamme?

1. Arvoitus: ihmisten elämäntilanteiden erilaisuus

Romy Schneider 1938-1982.

En pelkää mitään muuta tässä maailmassa kuin itseäni.

Romyn vanhemmat, Magda ja Wolf, olivat kuuluisia näyttelijöitä 1930-luvun Saksassa. He näyttelivät usein yhdessä ajan romanttisissa elokuvissa. Romyn isä jätti perheensä, kun Romy oli kuuden vuoden ikäinen. Äiti Magda toivoi miehensä palaavan kotiin ja oli eron vuoksi ajoittain itsemurhan partaalla.

Kymmenvuotiaana hänet sijoitettiin luostarikouluun, jossa hän oli seitsemän vuotta. Romy oli siellä yksinäinen, sillä äiti kävi vain harvoin häntä katsomassa, isä ei lainkaan. Hän innostui luostarikoulussa näyttelemisestä, josta hän nautti kovasti.

Kun Romy palasi äitinsä luokse, eräs ohjaaja pyysi häntä näyttelemään äitinsä elokuvassa. Jo ensimmäinenokuva oli menestys ja muita seurasi tiheään tahtiin. Suuri läpimurto olivat Sissi-elokuvat, jotka Euroopassa olivat erittäin suosittuja. Romy oli noissa elokuvissa upea kaunotar ja osoittautui myös hyväksi näyttelijäksi. Äiti meni uusiin naimisiin. Isäpuoli halusi hallita Romyn uraa ja teki sen niin perusteellisesti, että onnistui anastamaan häneltä miljoonia euroja. Eräässä elokuvassa hänen vastaanäyttelijänsä oli saksalaisten suursuosikki Horst Bucholtz, johon Romy rakastui. Isäpuoli katkaisi tämän suhteen saadakseen pitää Romyn vallassaan.

Vuonna 1958 Romyn vastaanäyttelijäksi tuli Alain Delon, Ranskan suosituin nuori miesnäyttelijä. Romy muutti Delonin luo Ranskaan, mitä Saksassa paheksuttiin. Romy oli hylännyt oman maansa. Romy sai menestystä myös teatterissa, mutta koska hän koki voimakasta esiintymiskuumetta, hän ei enää esiintynyt teatterissa.

Hollywoodin Columbia-yhtiö houkutteli Romyn seitsemän vuoden sopimuksella vuonna 1962. Jokaisesta elokuvasta Romy sai miljoona dollaria, jota suurempia palkkioita tuolloin saivat vain harvat tähdet. Vain muutamat Romyn elokuvat olivat kelvollisia, vaikka hän itse sai aina hyvät arvostelut. Hän alkoi kyllästyä Hollywoodiin ja kaipasi Alain Delonia. Kuitenkin erään elokuvan filmauksen aikana hän sai tiedon, että Delonilla oli uusi ihastuksen kohde, jonka kanssa hän pian meni naimisiin. Siitä Romy ei koskaan toipunut. Hän joutui turvautumaan rauhoittavaan lääkitykseen selvitäkseen työssään. Hollywoodin elokuvien laatu heikkeni. Romy tapasi Harry Meyen -nimisen elokuvaohjaajan ja meni hänen kanssaan naimisiin vuonna 1966. He saivat Davidiksi nimetyn pojan.

Romyn isä kuoli vähän myöhemmin. Sen jälkeen hänen suhteensa äitiin parani. Avioliitto Meyenin kanssa ei kuitenkaan toiminut, vaan puoliset ajautuivat eroon. ”Emme saa kaikkea elämältä. Menestys vaatii hintansa.” Oltuaan kaksi vuotta poissa elokuvatyöstä, Romyn uusinokuva oli arvostelumenestys. Vastanäyttelijänä oli jälleen Alain Delon. He tulivat hyvin toimeen keskenään, vaikka romanssi ei enää jatkunut. Romy teki Ranskassa useita hyvin menestyneitä elokuvia. Hän oli mukana myös Orson Wellesin elokuvassa Oikeudenkäynti. Welles arvosti suuresti Romya näyttelijänä. Romyn sihteeriksi tuli Daniel Biasini, 10 vuotta häntä nuorempi mies. Eron yhteydessä Romyn oli luovutettava puolet omaisuudestaan entiselle miehelleen, joka koskaan ei toipunut erosta. Ero oli miehelle niin kova, että hän hirtti itsensä. Romy meni Biasinin kanssa naimisiin ja sai hänen kanssaan tyttären. Avioliiton aikana Romylla oli muutamia lyhytaikaisia elokuvanteon

kestäneitä suhteita vastaanäyttelijöiden kanssa. Romy sai Euroopassa useita palkintoja, mm. Ranskan Oscarin eli Cesarin.

Romy koki itsensä rauhattomaksi. ”Elän jatkuvassa pelossa. Urani voi loppua koska tahansa. Haluan tehdä elokuvia niin kauan kuin suinkin kykenen.”

Avioliitto Biasinin kanssa päättyi katkeraan eroon. Romy käytti vähitellen yhä enemmän alkoholia ja lääkkeitä. Hänessä näkyi ajoittain paranoidisia piirteitä. Vuonna 1981 sattui kauhea onnettomuus. David-poika oli kiivennyt muuraidan päälle, mutta horjahtanut ja kaatunut muurin päällä oleviin piikkeihin. Vammat olivat niin vakavia, että David ei niistä enää toipunut. Romy oli lohduton ja epätoivoinen. Miksi tällaista voi tapahtua? Äidin tuskaa pahensivat valokuvaajien salaa ottamat kuvat pojan ruumiista. Kuvat levisivät kaikkialla Keski-Euroopassa. Alkoholien ja pillerien ote Romysta paheni. Hän vietti unettomia öitä surren poikaansa. Hän vaihtoi jatkuvasti asuntoa eikä pystynyt pysymään paikoillaan. Hän alkoi puhua pojalleen ja kirjoitti hänelle kirjeitä. Hän pystyi vaikein filmaamaan yhden elokuvan, mutta pyörtyili filmauksen aikana useita kertoja. Vähitellen hänen elämänhalunsa katosi kokonaan. Muutaman kuukauden kuluttua hän sai asunnossaan sydänkohtauksen ja menehtyi siihen. Hän oli kuollessaan vain 44-vuotias.

Sitten toinen elämäntarina.

Liisa syntyi Karjalan kannaksella. Hän oli nelivuotias, kun isä kaatui talvisodassa. Kun Liisa palasi äitinsä kanssa parin vuoden kuluttua takaisin Karjalaan, äiti kuoli vatsakalvon tulehdukseen. Liisa jäi siis kuusivuotiaana täysin orvoksi. Mummi ja ukki pitivät hänestä hyvää huolta. Liisa meni 16-vuotiaana naimisiin, sai lapsen, mutta mies kuoli liikenneonnettomuudessa. Tämä isku vei Liisalta voimat ja hän meni aivan toimintakyvyttömäksi. Vakava keuhkoputken tulehdus vei hänet seitsemäksi kuukaudeksi sairaalaan. Onneksi tomera mummi hoiti pienen tyttären ja muutkin käytännön asiat. Liisa solmi 20-vuotiaana uuden avioliiton ”varoituksista huolimatta”, kuten hän itse kertoo. Mies osoittautui alkoholistiksi ja pahoinpiteli häntä jatkuvasti. Avioliitosta syntyi kaksi lasta. Liisa sai eron eikä enää solminut uutta avioliittoa.

Noin 20 ikävuoteen mennessä tapahtui siis kuusi traumaattista asiaa, joista jokaisella olisi voinut olla kielteinen vaikutus hänen myöhempään elämäänsä. ”Mutta olen onnellinen.” Lapset ja lapsenlapset ovat kuitenkin olleet hänelle suuri lahja. ”Elämä rullaa pikku hiljaa. Elämä kantaa.” Onnellisuudestaan Liisa antoi lukuarvon 68, joka siis on aivan sama kuin niilläkin, joiden elämässä on ollut ”vain” yksi menetys.

En tiedä mikä diagnoosi Romy Schneiderille pitäisi antaa eikä se ole tässä yhteydessä olennaista. Hän kärsi ahdistuksesta, masennuksesta ja myös oireista, joita on tapana nimittää psykoottisiksi. Hänen kokemuksensa olivat kieltämättä raskaita. Kauneutta, kuuluisuutta, rahaa, menestystä, mutta myös täydellisyyden tavoittelua, hylätyksi joutumista, pettymyksiä rakkaudessa, rakkaan lapsen kuolema ja myös vieraantuneisuuden kokemusta. Ihmisten kokemuksia on vaikea verrata, mutta myös Liisan kokemukset olivat raskaita. Puhumattakaan niistä, jotka ovat selviytyneet keskitysleirien kauheuksista. Monet heistä menettivät kaikki lähiomaisensa. Silti he eivät masentuneet.

Aivan ilmeisesti ihmisten kestäkyky on erilainen. Sen täytyy olla biologinen ominaisuus. Jotkut kestävät aivan käsittämättömän vaikeita asioita, toisille riittää yksi traumaattinen kokemus. Voipa masennus alkaa ilman niitäkin. Asia ei auta, vaikka kaikki tämä paikallistettaisiin geeneihin tai jonnekin aivojen uumeniin. Hoidon kannalta siitä voi olla hyötyä, mutta ihmisen kokemukset ovat sittenkin aina ainutkertaisia. Tiede kuvaa näitä asioita, mutta ei niitä missään lopullisessa mielessä selitä.

Vielä yksi esimerkki:

Psykologi Paul Pearsallin kokemien traumojen luettelo on järkyttävä (xxi-xxiv):

1. Hän koki vaikean syntymän ja hänelle tehtiin useita leikkauksia heti syntymän jälkeen.
2. Koulussa häntä pidettiin erikoisena ja outona.
3. Hän sairastui syöpään ja kärsi voimakkaista kivuista.

4. Hänen pojillaan oli vaikeita kehityshäiriöitä.
5. Poikien kokema syrjintä johti masennukseen.
6. Koki täyden sokeuden silmän verkkokalvon irrotessa.
7. Kaksi ryöstäjää pahoinpitelivät hänen isänsä.
8. Isän äkillinen kuolema sydänkohtaukseen.
9. Vaimon isä löydettiin kuolleen kotoaan.
10. Avuttomuuden kokemus vaimon lohduttamisessa.
11. Vaimon äidin halvaus ja kyvyttömyys puhua.
12. Tieto, että syöpä todennäköisesti johtaa kuolemaan.
13. Monet epäonnistumiset kirjojen julkaisemisessa.

Monet elämäni haasteet ovat opettaneet minulle, että meidän ei tarvitse vain kestää elämän antamia huonoja kortteja. Me olemme myös kykeneviä pelaamaan korteillamme erittäin hyvin ja viisaammin ja voimme nauttia pelistä, vaikka emme voittaisikaan. Olen oppinut että vahvuus ei ole vain niiden käyttöä vaan myös niistä luopumista. Saamme myös antaa periksi ja etsiä uusia tavoitteita. (xxvii)

Ihmisen on mahdollista kehittää psykologinen immunitetti myös elämässä koettuja traumoja ja vastoinkäymisiä vastaan. (xxi)

Pearsall kirjoitti suositun kirjan onnellisuudesta ja kukoistamisesta.

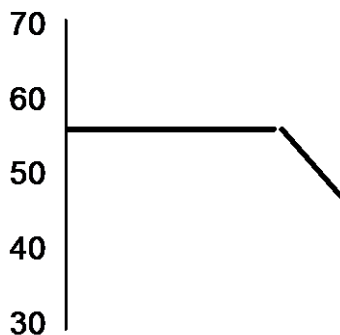
2. Arvoitus: masennukseen on monta tietä. Masennuksen psykososiaalista tyypittelyä.

Alla kuvioissa hyvinvoinnin (onnellisuuden, tyytyväisyyden) asteikko vaihtelee nolasta sataan. Suomalaisten keskiarvo on noin 70. Kriittinen raja on 50, jolloin myös Beckin depressioasteikon arvot ylittävät kriittisen rajan. Tutkimuksissani masentuneiksi diagnostisoitujen arviot 0–100 -asteikoilla ovat useimmiten välillä 30–50. Tätäkin matalampia arvoja annetaan riippuen siitä, miten akuutti vaihe on kyseessä.

Tiedämme, että psyykkisissä ongelmissa, kuten muissakin persoonallisissa ominaisuuksissa, on aina geneillä osuutta. Onnellisuudessa geenien osuudeksi on arvioitu 40 % – 80 %. Masennuksen osalta luvut ovat olleet samanlaisia. Nämä luvut ovat kuitenkin keskiarvoja eli paljonko jossakin tutkitussa ryhmässä arvioidaan geenien osuudeksi. Samalla helposti unohtuu, että sekä onnellisuudessa että masennuksessa kulttuurin osuus on suuri. Joidenkin arvioiden mukaan samaa luokkaa! Yksilötasolla emme tiedä geenien ja ympäristön osuutta. Tiedämme, että jotkut ihmiset kestävät aivan uskomattoman suuria vaikeuksia ja jotkut kokevat masennusta ilman, että heidän elämässään on tapahtunut mitään merkittäviä kielteisiä asioita.

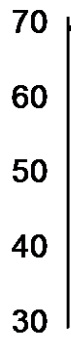
1. HAURAUUS. Taipumusta alakuloon, josta ulkopuolelta arvioiden pienehköt stressit tai kriisit pudottavat hyvinvoinnin masennusalueelle.

Hyvinvointi



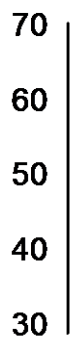
2. KASAUTUMINEN. Lyhelle ajanjaksolle ajoittuvat kasautuvat vaikeudet pudottavat hyvinvoinnin kriittiselle tasolle. Ennuste on silti usein hyvä.

Hyvinvointi



3. UUPUMINEN. Taipumusta pessimismiin, joka vähitellen vahvistuu. Elämästä puuttuvat positiiviset tekijät. Irrallisuutta, yksinäisyyttä.

Hyvinvointi

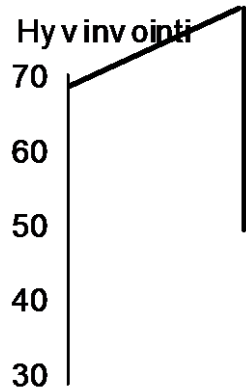


4. YLIKUORMITUS. Liiallisia vaatimuksia ja odotuksia, täydellisyyden tavoittelua. Voimavarat ovat koetteella. Menestystä jatkuu aika pitkään, kunnes jokin epäonnistuminen tai tappio ylittää käytettävissä olevat voimavarat.

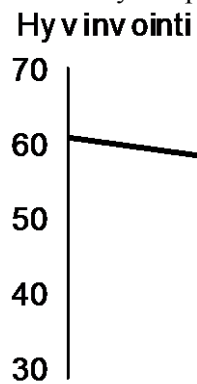
Hyvinvointi



5. ROMAHDUS. Hallitsematon menestys näyttää vievän huipulle, mutta huipulta on helppo pudota. Suhdanteet, muodit ja maut muuttuvat nopeasti. Menestys on tullut helposti tai liian nopeasti.



6. HÄPEÄN KOKEMUS. Häpeän taustalla on yleensä häpeätaipumusta, joka herkistää häpeän kokemuksille. Jokin erityisen paha kokemus johtaa nopeaan hyvinvoinnin laskuun.



7. LUOVUUSKRIISIT. Neroutta lähentelevä luovuus joutuu aina taistelemaan sekä itsensä että ympäristönsä kanssa. Mielialan vaihtelut ovat suuria. Mielialan trendi voi olla laskeva paineiden kasvaessa.



3. Arvoitus: suomalaisten melankolisuus

Tästä ja huonosta itsetunnosta, kateudesta ja sulkeutuneisuudesta saa jatkuvasti kuulla ja lukea tiedotusvälineistä. Pitääkö tämä paikkansa?

4. Arvoitus: muodostaako pahoin- ja hyvinvointi jatkumon?

Mirowsky ja Ross ovat sitä mieltä, että hyvinvointi ja pahoinvointi muodostavat yhden jatkumon, mutta pahoinvoinnilla – ja tietenkin myös hyvinvoinnilla – voi olla erilaisia ilmiäisiä. Hyvinvoinnin ja pahoinvoinnin mittareiden välinen reliabiliteeteilla korjattu korrelaatio on heidän tutkimustensa mukaan –.70.

Suurempi joukko tutkijoita on sitä mieltä, että hyvinvointi (esim. onnellisuus) ja pahoinvointi (ahdistus ja masennus) eivät ole selkeitä vastakohtia, vaan näistä saadaan jopa nelikenttä.

5. Arvoitus: onko masennus lisääntynyt?

Michael Taylor ja Max Fink (J Aff Dis. 2008,105,1-14) arvioivat hyvin kriittisesti masennuksen diagnostiikkaa. ”The major depression construct has poor validity”. Prevalenssiluvut ovat koko ajan nousseet eivätkä enää ole mielekkäitä. 1960-luvulla masennuksen prevalenssiksi arvioitiin 6–8 %, nyt luvut ovat vähintään kaksinkertaisia. Eräässä ruotsalaisessa tutkimuksessa (Rorsman, 1990) miesten prevalenssiksi saatiin 27 % ja naisten 45 %. Nämä luvut ovat katastrofaalisia. Ruotsalaiset ovat tuhoon tuomittu kansa! Tosin vakava masennus todettiin vain 17 henkilöllä 2000:sta! Tässä ei enää ole mitään järkeä. Taylorin ja Finkin mukaan on kuitenkin mahdollista erottaa melankolia (tai melankoliamasennus), jolle on ominaista

- A. Alentunut toimintakyky sekä pelokkuus ja uhan kokemus. Nämä vaikeuttavat merkittävästi päivittäistä toimintaa. Tätä on kestänyt vähintään kaksi viikkoa.
- B. Psykomotorisia häiriöitä (kiihottuneisuutta, taantumista, jopa jähmettymistä tai molempia).
- C. Uniongelmia, ruokahaluttomuutta, libidon heikkenemistä ja kognitiivisia häiriöitä (vähintään kaksi oiretta)
- D. Ainakin yksi seuraavista: DST- ja CRH-testit tai korkea yöllinen kortisolitaso. Alentunut REM-latenssi tai muita unen poikkeavuuksia.

Kirjoittajat nimeäisivät myös maanis-depressiivisyyden melankoliaksi.

Perhe- ja kaksostutkimukset viittaavat lievää depressiota vahvempaan periytymiseen. Mitä enemmän henkilön lähisuvussa on depressiota ja mitä vakavampaa se on ollut, sitä todennäköisemmin hänellä itsellään on depressiodiagnoosi. Riski voi olla nelin-viisinkertainen. Jos äidillä on melankoliatyyppinen (vakava) masennus ennen 20 ikävuotta, lapsilla on 14-kertainen riski sairastua masennukseen ennen 13 ikävuotta.

Seuraavien hoitojen tuloksellisuus todentaa kirjoittajien mukaan melankoliadiagnoosin järkevyyttä:

1. ECT:n tulokset usein parempia kuin lääkityksen.
2. TCA (trisykliset antidepressantit) vaikuttaa paremmin kuin muut antidepressantit. Myös litium toimii tällä ryhmällä.

6. Arvoitus: vaihteleeko masennuksen määrä eri kulttuureissa?

Depression prevalenssit vaihtelevat maittain melkoisesti. Cifuentesin ym. (Soc Sci & Med, 2008) mukaan vähiten depressiota on kehitystasoltaan keskitasoisissa maissa. Vähiten kehittyneissä on hiukan enemmän masennusta kuin kehittyneissä maissa. Kehittyneissä maissa on huomattavia eroja taloudellisen eriarvoisuuden mukaan (Wilkinson & Pickett). Eriarvoisuus lisää kaikenlaisten psyykkisten ongelmien esiintyvyyttä.

Kansojen vertailussa kiinnostavat huomiota valtavan suuret maitten väliset erot (WHS 2002). Kun Vietnamissa masennuksen esiintyvyys on 0,4 sekä Kiinassa 0,9, Laossa 1,2 ja Malesiassa 1,3, niin Marokossa luku on 18,6, Brasiliassa 16,3, Portugalissa 14,8 ja Ruotsissa 9,8 (Suomen luku oli 3,7). Näitä eroja ovat monet antropologit kuvanneet uskottavasti. He ovat löytäneet kulttuureja, joissa masennusta ei tunnettu ja toisia, jossa se tunnistettiin juuri melankoliana.

Lehtinen ym. (Soc Psychiatr & Psychiatr Epidem, 2005) arvioivat vuotuisiksi ilmaantuvuudeksi 2,1 %. Kun mukana ovat uusijat, ilmaantuvuus oli 2,9. Masennusdiagnoosiin olivat vahvimmin yhteydessä elämänmuutokset (kaksi tai enemmän) sekä pessimismi tulevaisuuteen nähden.

7. Arvoitus: millaiset tunnetilat masentuneilla vähenevät?

Bylsma, Morris ja Rottenberg (Clin Psych Rev, 2007) tekivät meta-analyysin depressiivisten tunnereaktioista. Kirjallisuudessa esiintyy tulkintoja, joiden mukaan masentuneille on ominaista (1) alentuneet positiiviset reaktiot, (2) lisääntyneet negatiiviset reaktiot ja (3) sekä positiivisten että negatiivisten reaktioiden väheneminen. Tutkijat kävivät läpi 19 laboratoriotutkimusta, joista saadut tulokset tukivat kolmatta tulkintaa. Positiiviset reaktiot vähenivät selvästi ($d = -.53$) ja jonkin verran myös negatiiviset reaktiot ($d = -.25$).

Tämä on sikäli yllättävää, että masentuneelle ominaisen alakuloisen mielialan luulisi vahvistavan kielteisten tunteiden ilmaistamista, mutta näin ei näytä käyvän.

8. Arvoitus: mikä osuus stressillä on masennuksen synnyssä?

Scott Monroe ja Mark Reid (Curr Dir Psych Sci, 2009) arvioivat stressin merkitystä masennuksessa. Arkihavainnot osoittavat, että vastoinkäymiset alentavat mielialaa. Kun henkilöt kuvaavat puolen vuoden tai vuoden aikana tapahtuneita kielteisiä elämänmuutoksia, niillä on lukuisien tutkimusten mukaan selkeä yhteys sekä hyvin- että pahoinvointiin. Näihin tutkimuksiin liittyy kaksi ongelmaa: stressin tai elämänmuutosten epämääräisyys sekä havainto, että läheskään kaikilla ihmisillä stressi ei johda masennukseen tai muihin psyykkisiin ongelmiin. Kielteiset lämäntapahtumat voivat myös olla masennuksen seurauksia.

Silti valtaosaan masennuksia liittyy jokin merkittävä stressitekijä. Tällainen löytyy yleensä 50 – 80 prosentilta masentuneiksi diagnosoiduilta. Mikä stressin merkitys on depression synnyssä, jää kuitenkin avoimeksi. Usein se on laukaiseva tekijä, mutta aina sellaista ei todeta. On arvioitu, että joka viides niistä, jotka ovat kokeneet jonkin vaikean stressin, masentuu vakavasti. Yksi paljon tutkittu teema ovat lapsuudessa koetut traumat, joilla onkin todettu olevan yhteyttä aikuisiän psyykkisiin ongelmiin. Sosiaalisen tuen puuttuminen on samoin merkittävä riskitekijä. Vihdoin persoonallisilla taipumuksilla (geenit) on oma osuutensa. Geeneillä ja stressillä on havaittu useissa tutkimuksissa yhdysvaikutusta, joskin näissä tutkimuksissa on ollut usein puutteita.

Kirjallisuudessa – sekä myös vanhoissa dokumenteissa – on kuvattu sellaisia tapauksia, joissa stressin tai yleensä ulkoisten tekijöiden vaikutusta on ollut vaikea erottaa. Pitkään on sovellettu jakoa endo- ja eksogeenisiin masennuksiin, joskin kiistely jaon oikeutuksesta jatkuu yhä. Melankolian käsite on alkanut uudestaan saada jalansijaa.

On lisäksi havaittu, että stressi liittyy ensimmäiseen episodiin ja sen jälkeen stressitekijöiden merkitys vähenee.

9. Arvoitus: Jos masennus häiriintyneiden aivojen tauti, miksi yhteiskunnallisilla tekijöillä on niin vahva yhteys masennukseen?

Alla esitetyt tulokset perustuvat Mirowskyn ja Rossin käyttämään ASOC-tutkimukseen, joita Yhdysvalloissa on tehty useita eri kertoja. Kyseessä ovat koko Yhdysvallat kattavat satunnaisotokset, joihin on osallistunut noin 15 000 ihmistä jokaisella haastattelukerralla

Taustatekijöillä oli selvä yhteys depression (D-arvo; kyseessä oli itse ilmoitettu pistemäärä, ei diagnoosi). Koulutus näkyi siten, että jos verrattiin vähemmän kuin high schoolin käyneitä niihin, joilla oli college

degree, miesten ryhmässä edellisillä oli 80 % enemmän depressiota ja naisilla peräti 170 % enemmän. Naisilla oli enemmän depressiota kuin miehillä, mutta koulutuksen myötä ero tasoittuu.

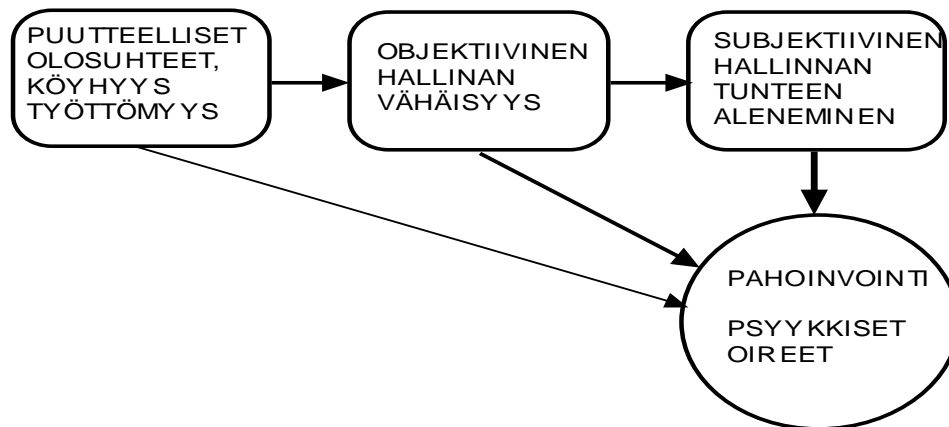
Kun perheen tulot olivat alle 5000 dollaria, D-arvo oli 1,4, mutta yli 85 000 ansaitsevilla 0,7. Jos henkilöllä oli kandidaatin tutkinto eikä hänellä ole koskaan ollut taloudellisia vaikeuksia, D:n arvo oli 0,5, mutta jos koulutusta vähemmän kuin high school ja lisäksi henkilöllä oli taloudellisia vaikeuksia, D-arvo oli 2,5.

Alueen köyhyys ja sosiaaliset ongelmat olivat yhteydessä masennukseen, vaikka omien ongelmien vaikutukset kontrolloitiin. Alueen ongelmia kuvastivat tulotaso, yksinhuoltajien määrä, koulutustaso, työttömyys, omistusasuntojen määrä sekä etnisten vähemmistöryhmien osuus. Näistä kaksi ensimmäistä osoittautui tärkeimmäksi. Vaikka yksilön omien ongelmien osuus pahan olon kokemisesta oli suurempi kuin yhteisön, silläkin on huomattava vaikutus.

Miten tärkeitä sosiaaliset tekijät ovat psykologisten ongelmien synnyssä? Kirjoittajat jakoivat 2592 henkilöä ASOC-tutkimuksessa kymmeneen ryhmään sosiaalisten tekijöiden perusteella, joita olivat sukupuoli, ikä, aviosääty, työssäolo, koulutus, taloudelliset vaikeudet, tuki, luottamus ja kontrollin tunne. Kun henkilö saa näissä kaikissa myönteisen luokituksen, hänen masennusarvonsa on 0,4, mutta jos kaikissa on kielteinen luokitus, masennuksen arvo on 2,2. Kasautuvat kielteiset asiat johtavat siis merkittävään masennuksen tason nousuun.

Lisäksi oli mahdollista tarkastella ympäristöön liittyvien häiriötekijöiden yhteyttä masennukseen. Tällaisia tekijöitä ovat melu, likaisuus, vandalismi, graffitit, huumeiden käyttö ja naapureiden aiheuttamat häiriöt. Näillä oli vahva yhteys D-arvoihin. Kun noista tekijöistä laskettiin indeksi ja sen mukaan muodostettiin 10 ryhmää, alin 10 % eli edullisin ryhmä sai D-arvon 0,4, mutta ylin 10 % 1,4. Ero olisi siis noin 3,5-kertainen.

Vaikutusketju näyttää tällaiselta:



Kuvio 1. Olosuhteiden, vaikutusmahdollisuuksien ja koetun hallinnan yhteys psyykkiseen hyvinvointiin.

10. Arvoitus: onko olemassa depressiolla altistava persoonallisuus?

Persoonallisuuteen perustava alttius on monissa teorioissa keskeinen (Klein, Kotov & Bufferd, Ann Rev Clin Psychol, 2011). Persoonallisuus voi kuitenkin olla hyvin monella tavalla mukana depressiossa:

1. Yhteinen etiologia.
2. Yhteinen etiologia, mutta ennakoii masennuksen puhkeamista.
3. Altistaa, muut tekijät säätelevät lopputulosta.
4. Vaikuttaa depression muotoon ja oireisiin.

5. Muuttuu depression mukana, mutta palaa entiselleen.
6. Muuttuu pysyvästi depressiivisen episodin jälkeen.

Persoonallisuuden piirteiden pysyvyys lisääntyy aina 50 ikävuoteen asti. Lasten temperamentista aikuisiän persoonallisuutta voidaan ennustaa vain karkeasti ($r = .35$). Seuraavat depression yhteydessä olevat piirteet on todettu monissa tutkimuksissa:

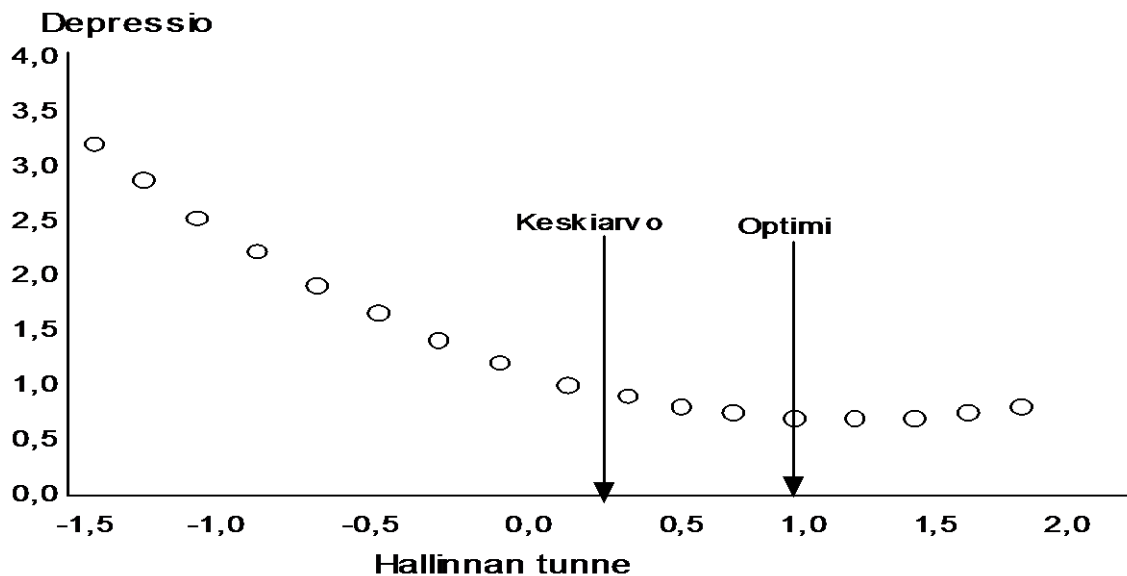
- Introversio, neuroottisuus, passiivisuus, surumielisyyttä, ilottomuus, pessimismi, itsekriittisyys, huolestuneisuus, arvosteleisuus, liiallinen vastuullisuus tai vastuuttomuus. Häpeätaipumus, matala itseluottamus

Seurantatutkimuksissa parhaiten masennusta ennustaa neuroottisuus. Lisäksi juuri neuroottisuuden ja stressitekijöiden yhteisvaikutus ennustaa masennusta. Vastuuttomuus puolestaan altistaa kielteisille elämäntapahtumille, joten tämä muuttuja parantaa ennusteita seurantatutkimuksissa. Myös neuroottisuus yhdessä introversion kanssa on masennuksen riskitekijä. Edelleen kielteisten asioiden hautominen (rumination) on osoittautunut masennuksen riskitekijäksi. Sidney Blatt puolestaan erottaa itsekriittisen ja riippuvan persoonallisuuden masennusta ennakoivina piirteinä. Lasten seurantatutkimuksissa tulokset ovat olleet hyvin samansuuntaisia kuin aikuisilla tehdyissä tutkimuksissa.

Tutkimusten mukaan parhaiten terapiaan reagoivat ne, joiden neuroottisuus on matala ja vastuullisuus korkea. (Näitä tosin voi olla potilaiden joukossa melko vähän.)

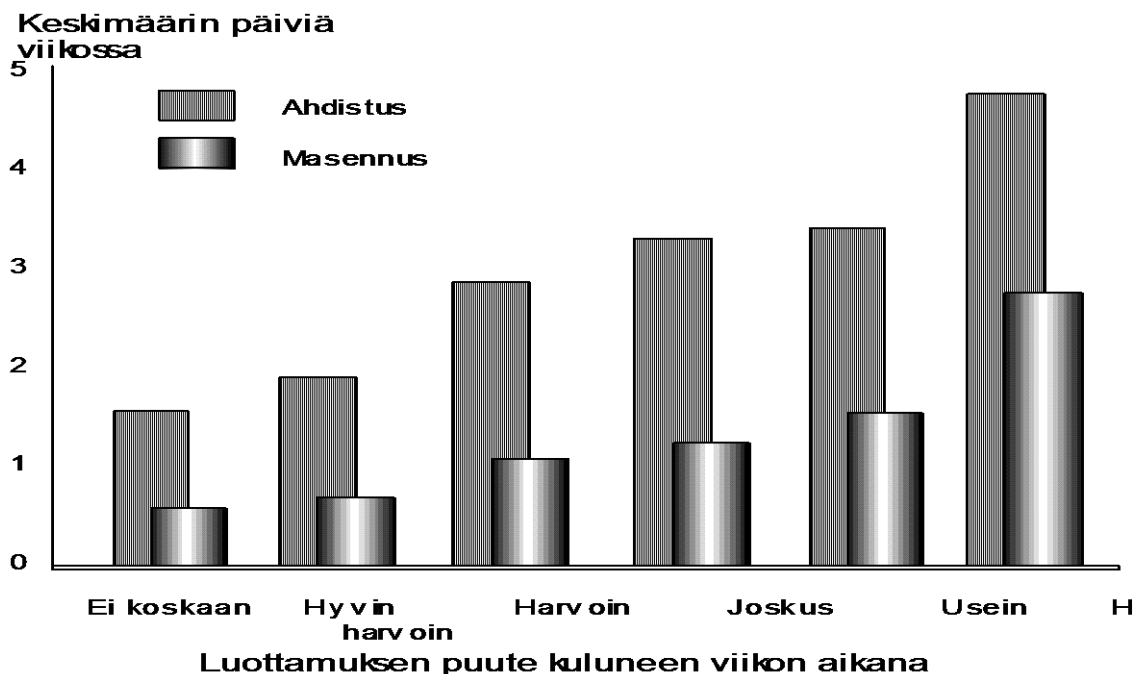
11. Arvoitus: Mikä on kokemuksellisesti (kognitiivisesti) depression ydintä?

Monet asiat kietoutuvat yhteen: avuttomuus, toivottomuus, hallinnan puute. Hallinnan tunne on vahvassa yhteydessä masennukseen, kuten kuviosta 2. nähdään. Voisiko hallinnan tunne olla liiallista? Hallinnan kokemus saa kuitenkin olla aika korkea ennen kuin ongelmia tulee.



Kuvio 2. Hallinnan tunteen ja depression väinen yhteys (N=7,905 henkilöä). Mirowsky ja Ross, 2003, s. 208.

Myös luottamuksen yhteys masennukseen ja ahdistukseen on yllättävän vahva (kuvio 3). Vaikutukset voivat käydä molempiin suuntiin.



Kuvio 3. Ahdistuksen ja masennuksen esiintyminen epäluottamuksen mukaan (N=2482). Mirowsky ja Ross, 2003, 237.

12. Arvoitus: tuleeko kausaalista malleista aina vain mutkikkaampia?

Vaativissa tutkimuksissa malleista tulee hyvin mutkikkaita, kuten Kendlerin, Gardnerin ja Prescottin (Am J Psychiat 2006, 163, 115) kuviot osoittavat. Tässä tutkimuksessa seurattiin 2935 aikuista kaksosta kahdesta neljään vuotta. Tutkimuksessa selvitettiin myös taannehtivasti lapsuuden olosuhteita.

13. Arvoitus: millainen merkitys on traumailla?

Holly Wilcoxin tutkimusryhmä (J. Am Acad Child & Adol Psychiat, 2010) teki Ruotsissa laajan rekisteritietoihin perustuvan tutkimuksen, jonka yhteydessä kerättiin tietoja lähes neljältä miljoonalta henkilöltä. Tavoitteena oli tutkia, miten vanhemman kuolema lapsuudessa ja nuoruudessa (0-25 v.) vaikutti myöhemmin heidän elämässään. Tästä suuresta joukosta joukosta oli mahdollista poimia seuraavia ryhmiä:

1. Vanhempi oli tehnyt itsemurhan (44 397).
2. Vanhempi oli kuollut onnettomuudessa (41 467).
3. Vanhempi oli kuollut muista syistä (417 365).

Tulokset olivat seuraavia. (1) Olipa vanhemman kuolema aiheutunut mistä syystä tahansa, lasten ja nuorten riski aikuisiän ongelmiin (itsemurhat, masennus, väkivaltarikollisuus, huumeiden ja alkoholin käyttö) lisääntyi hiukan kontrolliryhmään verraten. (2) Alkoholi-ongelmia lukuun ottamatta ongelmia oli sitä enemmän, mitä nuorempana vanhempi oli menetetty. (3) Kielteis vaikutus lapseen oli vanhemman itsemurhalla, joka lisäsi myös lasten omia itsemurhia. Tällä ryhmällä oli myös muita ongelmia selvästi eniten muihin ryhmiin verraten.

Ozer ym. (Psychol Trauma, 2008) tekivät meta-analyysin vuonna 2008. He kävivät läpi 2647 stressin vaikutuksiin liittyvä tutkimusta ja löysivät kaikkiaan 68 perusteellista tutkimusta. Näissä tutkimuksissa oli mukana useita tuhansia henkilöitä. Niiden avulla he kävivät läpi seitsemän tekijän vaikutuksia:

1. Aikaisempi trauma – mikä merkitys trauma-oireisiin oli jollakin aikaisemmalla vakavalla traumalla?

2. Aikaisempi psykologinen sopeutuminen – vaikuttaako trauman kokemiseen se psyykkinen kunto, joka trauman kokeneella on ollut ennen traumaa?
3. Perheen psyykkisten häiriöiden historia – onko perheympäristöllä tai yhteisillä perintötekijöillä vaikutusta trauman kokemiseen?
4. Koettu hengenvaara trauman yhteydessä – oliko traumaattinen tilanne niin vaarallinen, että siinä oli kyse hengen säilyttämisestä?
5. Trauman jälkeinen sosiaalinen tuki – saiko trauman kokenut henkilö ympäristöltä tai ammattiauttajilta tukea ja apua?
6. Traumaan liittyvät tunnekokemukset – miten voimakkaasti trauma koettiin?
7. Trauman torjuminen mielestä (dissosiaatio) – missä määrin traumaattiset kokemukset olivat tietoisuuden ulkopuolella?

Kaikki nämä olivat yhteydessä trauman jälkeen tehtyyn psykiatriseen diagnoosiin, jolloin oireet olivat saavuttaneet elämää haittaavan vaikeustason. Vahvimmin diagnoosiin oli yhteydessä trauman torjunta, mutta muitten tekijöiden merkitys oli lähes yhtä suuri. Tuen saaminen luonnollisesti vähensi traumadiagnoosin todennäköisyyttä.

14. Arvoitus: voiko masennusta ennalta ehkäistä?

Tästä jo edell yksi arvio (Klein ym. 2011). Judy Garber (Clin Psychol Sci Prac 2008, 15, 36) esittää oman arvionsa. Hänen mukaansa ennalta ehkäisyssä on kuluneen 10 vuoden aikana edistytty. Silti tärkein kysymys on paljolti avoin: mihin keskitytään? Riskitekijöihin vai suojeleviin tekijöihin? Monia riskitekijöitä on voitu tunnistaa, mutta niiden runsaus on ongelma. Ohjelmissa on sovellettu yleensä kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä jollekin pienehkölle riskiryhmälle. Myös selviytymiskeinoja, ongelmanratkaisua, sosiaalisia taitoja, kommunikaatiotaitoja on opetettu, joskin juuri nämä usein liittyvät kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan. Lisäksi vanhemmille on voitu opettaa hyviä kasvatukseen liittyviä käytäntöjä.

Tulisiko sen sijaan keskittyä stressoreihin? Koulussa tapahtuva kiusaaminen ja epäonnistuminen opinnoissa voivat olla joillekin laukaisevia tekijöitä. Köyhydestä ja syrjäytymisestä puhumattakaan. Olisiko ennalta ehkäisyyn aina lopulta oltava sosiaalipolitiikkaa; tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden edistämistä?

Parhaat ohjelmat ovat olleet hyvin laaja-alaisia, jolloin on vaikea tietää, mikä niissä on tärkeintä. Millainen annos on riittävä? Tarvitaanko peräti vuosien mittaisia ohjelmia? Jos ohjelma ei toimi, miksi se ei toimi? Mikä muuttuu, kun siirrytään huolellisesti toteutetuista käytännöistä arkiseen toteutukseen?

15. Arvoitus: Millaiset keinot toimivat alakulon säätelyssä?

Fichman ym. (Cog Ther Res, 1999) sovelsi aikaotantamentelmää tutkisessaan 95 naisen mielialan säätelyä. Naiset arvoivat keinojaan kahdesti päivässä kahden viikon ajan. Keinojen valikoima oli tällainen:

1. Positiivinen kognitiivinen uudelleenarviointi.
2. Jonkin myönteisen asian ajattelu itsestä.
3. Jonkin tulevan myönteisen asian ajatteleminen.
4. Ongelmaa ratkova toiminta.
5. Kielellinen tai fyysinen tunteen purkaminen.
6. Yksin oleminen.
7. Passiivinen hyväksyminen.
8. Mielitekojen noudattaminen ostamalla jotakin.
9. Passiivinen harhauttaminen (televisio).
10. Mukava, palkitseva toiminta.
11. Ajan viettäminen muiden kanssa.

Mielialaa kohottivat erityisesti 10, 9 ja 11. Huonosti toimivat 5, 6 ja 7.

16. Arvoitus: häpeän merkitys masennuksessa korostuu.

Kimin, Thibodeaun ja Jorgensenin (Psychol Bull, 2011) meta-analyysin mukaan häpeällä on vahvemmat yhteydet masennukseen kuin syyllisyydellä ($r=.43 > r=.28$). Normaali kyky kokea syyllisyyttä on lisäksi muissa tutkimuksissa ollut yhteydessä hyvinvointiin. Yleistynyt syyllisyys muistuttaa häpeän kokemusta ($r=.42$). Erityisen vahvasti masennukseen korreloi ulkoinen häpeä, joka on häpeää muiden silmissä ($r=.56$). Häpeä omissa silmissä ei ole yhtä paha asia ($r=.42$).

17. Arvoitus: Johtaako minuuden kirous psyykkisten ongelmien lisääntymiseen?

Minulla on hyllyssäni Mark Learyn teos *Curse of the Self*. Siinä maalataan pelottavia näköaloja. Jo sitä ennen, vuonna 1987, sosiaalipsykologi Roy Baumeister kirjoitti artikkelin *Why the self became a problem?*

18. Arvoitus: Vievätkö kaikki tiet Roomaan?

Ovatko kaikki terapiat masennuksen hoidossa yhtä hyviä – jopa plasebo?

19. Arvoitus: masennuksen tehtävä eli funktio.

Leon Sloman (J Aff Dis 2008, 106, 219) kuvaa masennuksen evoluutioon perustuvan mallin. Mallin mukaan onnistuminen ja epäonnistuminen kilpailussa synnyttää positiivisia ja negatiivisia kehävaikutuksia. Positiivisuus voidaan päätellä puolison valinnan avulla. Jokainen menestys vahvistaa hallinnan kokemusta. Häviöjä reagoi masennuksella ja ahdistuksella, jotka puolestaan haittaavat tulevaa toimintaa. Tämä menestysero näkyy statuksen kohoamisena, itseluottamuksena ja viehätysvoimana. Tämä ihmiset onnistuivat hävinneitä paremmin jatkamaan sukuaan. - - Tämä ei mielestäni selitä masennuksen jatkuvuutta ellemmme ajattele, että geenit predestinoivat joitakin ihmisiä häviämään jatkuvassa kilpailussa.

Andrews ja Anderson Thomson, Jr (Psychol Bull 2009, 116, 620) esittävät teorian, jonka mukaan masennus on yksi ratkaisu elämän monimutkaisiin ongelmiin. Masennus tarjoaa tavanomaista hitaamman ja harkitumman ratkaisun. Masennus kohdistaa huomion kaikkein keskeisimpiin ongelmiin, vähentää halua kiinnittää huomiota muihin asioihin (anhedonia) ja tuottaa psykomotorisia muutoksia, joiden ansiosta häiritsevät ärsykkeet torjutaan.

Kenties ihmiset menneisyydessä joutuivat kestävänsä pitkiä masennuksen aikoja. Monimutkainen vaikea ongelma ei ratkea nopeasti, vaan vaatii pysähtymistä ja vetäytymistä. Todennäköisesti ”hoito” perustui kehotuksen kestää elämän koettelemukset. Vaikeiden asioiden välttämiseen perustuvat keinot eivät kirjoittajien mukaan toimi odotetulla tavalla. Kenties vain koteloimme masennuksen nopeilla terapioilla tai lääkityksillä.

”Nykyinen terapia korostaa lääkehoitoa ja perustuu haluun saada nopea vaikutus aikaan. Mutta sen oppiminen, kuinka kestäään ja hyödynnetään emotionaalista kipua eli masennuksen evoluutioperintöön kuuluva asia, selittää ne sitkeät filosofiset traditiot, jotka näkevät emotionaalisen kivun kasvun ja oivalluksen lähteenä itsensä tuntemisessa ja elämisen ongelmissa.”

Allen ja Badcock (Psychol Bull 2003, 129, 887-913) kuvaavat sosiaalisten riskien hypoteesin. ”Hypoteesin mukaan masennustilat kehittyivät minimoimaan sosiaalisen vuorovaikutuksen riskejä. Yksilöt havaitsivat, että suhde muiden saaman sosiaalisen hyödyn ja sosiaalisen taakan välillä saavuttaa kriittisen rajan. Kun tämä suhde saavuttaa pisteen, missä soiaalinen hyöty ja sosiaalinen taakka ovat yhtä suuria, yksilö on vaarassa

joutua sosiaalisesti eristetyksi. Sosiaaliset yhteydet ovat olleet selviytymisen edellytys. Monet masennustilojen piirteet voidaan ymmärtää mekanismeina, jotka vähentävät tuollaisissa tilanteissa riskejä, kuten (a) yliherkkyys muilta koituvalla uhalla, (b) sosiaalisia riskejä vähentävien signaalien lähettäminen muille, (c) riskien ottamisen välttäminen (kuten itseluottamusta ja ahneutta)."

Joseph Forgas on tutkinut tunnetilojen vaikutuksia käyttäytymiseen. Positiivinen tunne tuottaa positiivista informaatiota, vahvistaa itseluottamusta, optimismia ja yhteistoimintaa, kun taas negatiivinen tunne tuottaa kielteisiä muistoja, välttämistä, puolustautumista ja epäystävällisyyttä. Erityisen vaativa vuorovaikutuksen taito on vaatimusten esittäminen. Onnelliset ovat suoraviivaisempia ja jopa epäkohteliaampia kuin surulliset, jotka ovat varovaisia, arempia ja perustelevat vaatimuksensa tarkasti. Mitä hankalampi tilanne, sitä selvempiä toimintatyylin erot ovat. Surulliset pystyvät esittämään paremmin perusteltuja ja huolellisempia vaatimuksia kuin onnelliset. Heidän ongelmansa on kuitenkin haluttomuus yhteistoimintaan ja varovaisuus neuvottelussa. He haluavat välttää riskejä. Onnellisten suoraviivaisuus tuottaa parempia tuloksia.

Toinen näkökulma teoriaan liittyy voimakkaan stressin käsittelyyn. Alakulo on luonnollista, mutta stressin pitkittyminen vaatii hyökkäystä, pakoa tai alistumista. Millä näistä välttää eristäytymisen? Jos puolustuskeinot eivät toimi, ongelmat pahenevat. Valituksi tulee huonoin keino eli alistuminen.

Näiden edellä kuvattujen teorioiden lisäksi eräät tutkijat olettavat, että masennuksessa on kyse niukkojen voimavarojen säästämisestä. Kun voimavarat eivät riitä, on järkevää vetäytyä sosiaalisen elämän kilpailusta.

20. Arvoitus: medikalisaatio

Psykkisten häiriöiden määrät ovat epidemiologisten tutkimusten mukaan erittäin korkeita. Tuoreessa yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa 49 prosentille nuorista voitiin asettaa jokin psykiatrinen diagnoosi. Jo yksin masennuksen määräksi arvioidaan +20 prosenttia. Nämä ovat kauhistavia (järjettömiä?) lukuja. Joko nykyaikainen elämä on menossa aivan mahdollittomaan suuntaan ja ihmisten ongelmat koko ajan pahenevat tai sitten olemme vähitellen kehittäneet sellaisen lukuihin perustuvan pelin, joka pitää viheltää poikki. Tätä peliä voidaan nimittää medikalisaatiopeliksi. Koska tuossa pelissä on paljon voittajia, sitä pelataan kunnes kassa tyhjenee. "Voittajia" ovat ainakin

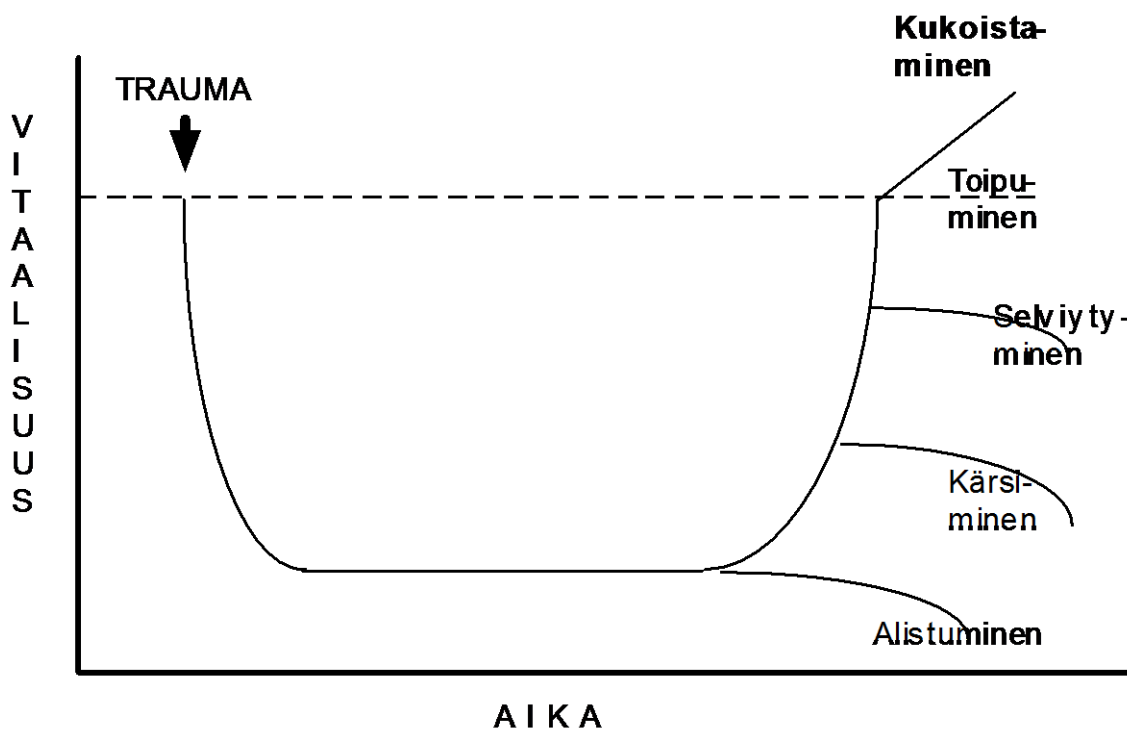
- lääketehaat, joiden voitot kasvavat
- mielenterveysalan ammattikunnat, joiden asema ja työllisyys vahvistuu
- arkielämän ongelmista kärsivät ihmiset saavat selityksen ongelmilleen ja todennäköisemmin apua
- yhteiskuntakriitikot, jotka kauhistelevat länsimaisen elämäntyylin tuhoavuutta
- poliitikot, jotka voivat liittää ihmisten ongelmat yksilön alttiuteen saurastua eikä yhteiskunnallisiin epäkohtiin.

Diagnoosien määrä on laajentunut Yhdysvalloissa vuoden 1918 18:sta lähes neljänsataan DSM IV:ssa. Tämä kuvastaa medikalisaation etenemistä.

21. Arvoitus: kukoistaminen

Paul Pearsall kirjoittaa "kukoistajista", joille on ominaista, että he suurten vaikeuksien jälkeen saavat entistä vahvemman ja syvemmän otteen elämästä. Kyseessä on stressin tuottama henkinen kasvu. Kukoistaminen on vaikeasti määriteltävä ja kuvattava ominaisuus, jolle ei ole ominaista fyysinen terveys ja vahvuus, vaan usein se ilmenee heikossa tai hauraassa kehossa. Kukoistajat eivät suinkaan ole vapaita kivusta ja masennuksesta, vaan ovat oppineet suostumaan niihin elämän olennaisena osana. He eivät vaivu epätoivoon silloinkaan, kun elämä koettelee yhä uudestaan. He ovat tajunneet, että elämässä voi olla samanaikaisesti iloa ja kärsimystä. Tällaisista ihmisistä Paavali kirjoitti näin: "Olemme lähellä kuolemaa mutta silti elossa, pahoinpideltyjä mutta

yhä hengissä, murheellisia mutta aina iloisia. Olemme köyhiä, mutta teemme monia rikkaiksi; meillä ei ole mitään, mutta omistamme kaiken." (2 Kor. 6:10).



Kuvio 4. Trauman jälkeinen psykologinen kehitys: viisi vaihtoehtoa.

Markku Ojansen kirjat

1. Anttinen, E.E. & Ojanen, M. Sopimusvuoren terapeutitset yhteisöt Tampere: Lege Artis. 296 s. 1984. 951-99591-8-1
2. Ojanen, M. & Sariola, E. Skitsofrenia. Laitoskierteestä vapauteen. Keuruu: Otava. 1985. 951-1-08857-2 ja 2p 951-1-14634-3
3. Niskanen, P. & Sorri, P. & Ojanen, M. Auta auttamaan - Käsikirja työnohjauksesta. Helsinki: WSOY, 220 s. 1988. 951-0-14935-7
4. Itsetuntemusta etsimässä. Psykologian sovelluksia arkielämässä. Tampere: Kirjatoimi, 288 s. 1993
5. Mikä minä on? Tampere: Kirjatoimi, 483 s. 1995. 952-90-6079-3
6. Ojanen, M., Anttinen, E.E., Kulju, A., Salmijärvi, L. Jokinen, R., Leppänen, L. & Valmari, P. Sopimusvuoren kaksi vuosikymmentä. Tampere: Sopimusvuori ry., 261 s. 1995. 952-9897-80-4
7. Sariola, E. & Ojanen, M. Hoito vai pakkohoito. Helsinki: Otava, 380 s. 1998. 951-1-14341-7
8. Terapia ja sielunhoito. Helsinki: Uusi Tie. 353 s. 1999. 951-619-234-3
9. Hyvään elämään. Helsinki: Uusi Tie. 370 s. 2000. 951-619-318-8
10. Ojanen, M., Svennevig, H., Nyman, M, Halme, J. Liiku oikein, voi hyvin. Liikunnan merkitys hyvinvoinnille. Helsinki: Liikuntatieteellinen seura. 215 s. 2001. 951-8982-62-7
11. Ilo, onni ja hyvinvointi. Helsinki: Kirjapaja, 380 s. 2001. 951-625-660-0
12. Elämän mieli ja merkitys. Helsinki: Kirjapaja, 247 s. 2002. 951-625-818-2 ja taskukirja 951-607-177-5
13. Ojanen M. ja työryhmä. Terapiastako ratkaisu – NLP:n tuloksellisuustutkimus. Helsinki: Mielikirjat, 101 s. 2004. 952-5146-21-9
14. Ojanen, M. Anttila, R., Lähdesmäki, M., Okasala, E. & Paavilainen, P. Persoona. Persoonallisuuden psykologia. Helsinki: Edita, 175 s. 2004. 951-37-4092-7
15. Onnen etsijät. Helsinki: Aikamedia, 214 s. 2004. 951-606-715-8
16. Onnellisuus. Helsinki: WSOY, 183. s. 2006. 951-0-31214-2
17. Hyvä, paha ihminen. Helsinki: Perussanoma, 300 s. 2006. 978-951-888-424-2
18. Positiivinen psykologia. Helsinki: Edita, 355 s. 2007. 978-951-37-5025-1
19. Hyvinvoinnin käsikirja. Helsinki: Kirjapaja, 220 s. 2009. 978-951-607-904-5 ja taskukirja 978-952-247-127-7
20. Onnellisuusprofessorin päiväkirja. Helsinki: Perussanoma, 330 s. 2009. 978-951-888-503-3
21. Harrar, S., Gordon, D & Ojanen, M. Terveenä kaiken ikää. Helsinki: Valitut Palat, 365 s. 2009. 978-951-584-842-0
22. Minä ja muut. Itsetuntemuksen kirja. Helsinki: Kirjapaja, 231 s. 2011. 978-952-247-145-1
23. Ahdas ateismi. Kauniainen: Perussanoma. 255 s. 2011. 978-951-888-583-5.
24. Uudistava usko. Kauniainen: Perussanoma. 260 s. 2011. 978-951-888-584-2

Viimeisimmät kirjakaupoista tai www.markkuojanen.com

Markku Ojasen kirjat

1. Anttinen, E.E. & Ojanen, M. Sopimusvuoren terapeutit yhteisöt Tampere: Lege Artis. 296 s. 1984
2. Ojanen, M. & Sariola, E. Skitsofrenia. Laitoskierteestä vapauteen. Keuruu: Otava. 1985
3. Niskanen, P. & Sorri, P. & Ojanen, M. Auta auttamaan - Käsikirja työnohjauksesta. Helsinki: WSOY, 220 s. 1988
4. Itsetuntemusta etsimässä. Psykologian sovelluksia arkielämässä. Tampere: Kirjatoimi, 288 s. 1993
5. Mikä minä on? Tampere: Kirjatoimi, 483 s. 1995
6. Ojanen, M., Anttinen, E.E., Kulju, A., Salmijärvi, L. Jokinen, R., Leppänen, L. & Valmari, P. Sopimusvuoren kaksi vuosikymmentä. Tampere: Sopimusvuori ry., 261 s. 1995
7. Sariola, E. & Ojanen, M. Hoito vai pakkohoito. Helsinki: Otava, 380 s. 1998
8. Terapia ja sielunhoito. Helsinki: Uusi Tie. 353 s. 1999
9. Hyvään elämään. Helsinki: Uusi Tie. 370 s. 2000
10. Ojanen, M., Svennevig, H., Nyman, M, Halme, J. Liiku oikein, voi hyvin. Liikunnan merkitys hyvinvoinnille. Helsinki: Liikuntatieteellinen seura. 215 s. 2001
11. Ilo, onni ja hyvinvointi. Helsinki: Kirjapaja, 380 s. 2001
12. Elämän mieli ja merkitys. Helsinki: Kirjapaja, 247 s. 2002
13. Terapiastako ratkaisu – NLP :n tuloksellisuustutkimus. Helsinki: Mielikirjat, 101 s. 2004
14. Ojanen, M. Anttila, R., Lähdesmäki, M., Okasala, E. & Paavilainen, P. Persoonallisuuden psykologia. Helsinki: Edita, 175 s. 2004
15. Onnen etsijät. Helsinki: Aikamedia, 214 s. 2004
16. Onnellisuus. Helsinki: WSOY, 183. s. 2006
17. Hyvä, paha ihminen. Helsinki: Perussanoma, 300 s. 2006
18. Positiivinen psykologia. Helsinki: Edita, 355 s. 2007
19. Hyvinvoinnin käsikirja. Helsinki: Kirjapaja, 220 s. 2009
20. Onnellisuusprofessorin päiväkirja. Helsinki: Perussanoma, 330 s. 2009
21. Harrar, S., Gordon, D & Ojanen, M. Terveenä kaiken ikää. Helsinki: Valitut Palat, 365 s. 2009
22. Minä ja muut. Itsetuntemuksen kirja. Helsinki: Kirjapaja, 231 s. 2011
23. Ahdas ateismi. Kauniainen: Perussanoma. 255 s. 2011..
24. Uudistava usko. Kauniainen: Perussanoma. 260 s. 2011.