

Sisällys

Esipuhe.....	7
Johdanto.....	11

OSA I PSYKIATRIAN ONGELMA

Miksi jotkin asiat ovat mielenterveysongelmia?.....	21
Miksi ja miten asioita luokitellaan?.....	21
Miten joistakin asioista tuli mielenterveysongelmia?.....	29
Mitä haasteita liittyy käytetyimpiin psykiatriisiin hoitomenetelmiin?.....	37
Psykiatrian lähtökohtaiset ongelmat.....	49
Psykiatrian ongelmien lyhyt historia.....	50
Ei vain yksilön ongelma.....	55
Psykiatrinen diagnostiikka jättää tulkinnanvaraa.....	63
Tautien tehtailua.....	70
Psykiatrian lähtökohtaisten ongelmien vaikutukset hoitokäytäntöön.....	78
Miksi psykiatriaa ei korjata?.....	87
Itsekritiikki uupuu.....	89
Ammattirooleista pidetään kiinni.....	95
Taloutta ja tiedepolitiikkaa.....	99
Kurssi muuttuu.....	110

OSA 2

PSYKIATRIAN ONGELMAN RATKAISU

Mielelön psykiatria.....	117
Mikä meitä erottaa?.....	118
Mikä meitä yhdistää?.....	126
Stigma ja ihmisoikeusnäkökulma.....	132
Mielenterveyshoito uusiksi.....	141
Mielettömät palvelut.....	141
Mielenterveyspalveluiden uudistaminen tieteen keinoin.....	145
Tarpeenmukaiset hoitokäytännöt.....	148
Psykiatria peräpohjalaiseen tyyliin.....	154
Avoimen dialogin hoitomalli.....	161
Dialogisen hoitomallin tutkimus.....	164
Mitä sanoo tiede?.....	170
Miksi hoitokäytäntö ei muutu?.....	175
Kuva mielenterveysongelmista on vääristynyt.....	176
Intressit eivät kohtaa.....	179
Mielenterveyshoidosta puuttuvat resurssit.....	184
Väärinkäsityksiä.....	186
Lopuksi.....	189
Lähteet.....	193

Esipuhe



Hulluus on nuoresta asti kiehtonut minua. Hulluus on hämmentävä ja pelottava, mutta samalla äärimmäisen kiinnostava mysteeri. Se varjostaa meistä jokaista, mutta silti emme tiedä siitä oikeastaan mitään. Hulluudessa on jotain perin juurin inhimillistä, mutta silti se haastaa käsityksemme ihmisenä olemisesta.

Jossakin vaiheessa uteliaisuuteni hulluutta ja rappioromantiikkaa kohtaan jalostui kiinnostukseksi filosofiaan ja psykologiaan. Psykologian opiskelijana viimein opin, että olin ajatellut aina väärin. Hulluudessa ei ole mitään kiehtovaa ja romanttista. Itse asiassa koko hulluus-sana on leimaava. Oikeasti kyse on hengenvaarallisia sairauksia sairastavista ihmisistä, jotka tarvitsevat mielenterveyshoitoa. Mielenterveyshoitoa taas voivat toteuttaa ainoastaan koulutetut ammattilaiset ennalta määriteltyjen roolijakojen ja menetelmien mukaan. Me psykologit voimme tarjota erityisasiantuntemustamme muille ammattilaisille. Voimme esimerkiksi tehdä psykologisia tutkimuksia, joita lääkäri voi käyttää diagnostiikan tukena. Diagnoosin avulla lääkäri määrittää ongelman ja siihen oikean hoitomuodon. Sen jälkeen diagnosoidun ongelman hoitamiseen erikoistuneet hoitajat ja terapeutit toteuttavat määrätyn hoidon.

Nielin sen kaiken. Olihan minusta tulossa yksi niistä sankareista, jotka pelastavat mielenterveysongelmista kärsiviä.

Opintojeni loppuvaiheessa kuulin, että pienessä lappilaisessa sairaalassa mielenterveysongelmia oli pyritty jo vuosikausia lähestymään toisenlaisella tavalla. Siellä mielenterveyshäiriöitä ei pidetty vain yksilön ongelmana, jonka joku ulkopuolinen voisi diagnosoida, vaan laajemmin koko yhteisön haasteena – jonakin, mitä ei voida tarkkaan määritellä tai suoraan hoitaakaan mutta mitä voidaan yhteistyössä lähteä pohtimaan ja ratkaisemaan. Kaiken lisäksi lappilaiset väittivät, että tällä tavoin työskentelemällä he olivat onnistuneet saamaan koko psykiatrian historian parhaita hoitotuloksia skitsofrenian hoidosta.

Lappilaisten lähestymistapa kuulosti heti tutulta. Ennen kaikkea se muistutti kaikkea siitä, mitä olin ennen opiskeluaikojani tottunut inhimillisestä kärsimyksestä ja laajemmin ihmisenä olemisesta ajattelemaan. Silti moni mielenterveysalan ammattilaisista tuntui jostakin syystä suhtautuvan Keroputaan sairaalassa kehitettyyn avoimen dialogin hoitomalliin kuin eettisesti kyseenalaiseen ja potentiaalisesti vaaralliseen puuhasteluun, josta ei oikein uskalla ääneen puhua. Tietenkin minun täytyi saada nähdä se kaikki omin silmin.

Tutustumiskäyntini Keroputaan sairaalalla venyi lopulta työuraksi psykiatrisen erikoissairaanhoidon psykologina ja väitöskirjaksi, jossa käsittelin avoimen dialogin hoitomallin pitkän aikavälin vaikuttavuutta sekä yksilö- että ryhmätasolla. Sairaala toimi myös ponnahduslautana maailmalle: pääsin mukaan kansainvälisiin tutkimushankkeisiin ja lopulta päädyin Maailman terveysjärjestö WHO:n työryhmään, jonka tavoitteena oli laatia uudet kansainväliset ohjeistukset mielenterveyshoidon kehittämiseksi. Näin pääsin aitiopaikalta seuraamaan, millaisia haasteita mielenterveyshoidon järjestämiseen maailmanlaajuisesti liittyy, mistä nämä haasteet kumpuavat ja miten niitä voitaisiin ratkaista.

Matkan varrella minulle vahvistui entisestään ajatus, ettemme osaa kunnolla auttaa niitä ihmisiä, joiden määrittelemme kärsivän asiasta nimeltä mielenterveysongelma, mielenterveyshäiriö tai mielisairaus.

Länsimainen psykiatrinen hoito ei toimi. Juurisyitä tähän on haettu palvelujärjestelmän rakenteesta, resursseista, hoitomenetelmistä ja siitä, miten tieteelliseen näyttöön perustuvat hoitomenetelmät ovat siirrettävissä mielenterveystyöhön. Todennäköisesti asiaan vaikuttavat samanaikaisesti nämä kaikki ja monet muutkin asiat – ei vähiten se, mistä pohjimmitaan ajattelemme mielenterveysongelmissa olevan kyse.

Poden silti hieman huonoa omatuntoa siitä, että olen ottanut juuri psykiatrian kohteeksi. Osoittava sormi olisi nimittäin sellaiseen suunnattavissa kehen tahansa mielenterveysalalla työskentelevään ja oikeastaan yhteiskuntaan laajemminkin. Samaan aikaan olen kuitenkin vakuuttunut, että voimme todella vaikuttaa käytäntöihin ainoastaan psykiatrian kautta. Ensinnäkin psykiatria ja tarkemmin psykiatrian erikoislääkärit ovat asemassa, jossa heillä on sekä mielipide- että hallinnollinen valta vaikuttaa suoraan niin yksittäisen potilaan hoitoon kuin palvelujärjestelmänkin toimintaan. Toiseksi monet nykyajan mielenterveystyön haasteista kietoutuvat erottamattomasti nimenomaan psykiatrian historiaan ja etenkin siihen, miten tietynlaiset ajatustavat ovat psykiatrian kautta levinneet laajemmin yhteiskuntaan ja kulttuuriin.

Samalla on kuitenkin muistettava, että psykiatria on aina pyrkinyt vastaamaan nimenomaan yhteiskunnan tilaukseen. Ne hankaluudet, joita kohtaamme palvelujärjestelmässämme, eivät ole suoranaisesti kenenkään syytä vaan monien eri asioiden summa. Näin olen pyrkinyt aiheita myös tässä kirjassa lähestymään, ja siksi tämä kirja ei ole suunnattu vain psykiatreille tai muille mielenterveystyön ammattilaisille vaan ihmisille yleensä: maailmalla muutos on kyllä tapahtunut psykiatrian kautta, mutta liikkeelle paneva voima on aina ollut palveluita käyttävät ja heidän läheisensä.

Joka tapauksessa mielenterveystyö ja psykiatrin työ eritoten ovat äärimmäisen kiehtovaa, mutta samalla myös haastavaa hommaa.

Työnkuvahan koostuu pitkälti pyrkimyksestä saada kaaos ja ihmisten hätä hallintaan tilanteessa, jossa niitä ei kerta kaikkiaan voi kunnolla hallita. Palveluita käyttävät ja heidän läheisensä taas joutuvat tätä kaaosta ja kärsimystä elämään. Siksi on ymmärrettävää, että mielen-terveydestä ja sen hoidosta on haastavaa käydä keskustelua ilman, että asiat menevät jollakin tavoin tunteisiin.

Toki tunteisiin meneminen on kehityksen kannalta suotavaakin, mutta toivoisin sen tapahtuvan tämän kirjan äärellä niin, etteivät ihmiset samaistaisi mielenterveyshoidon ja -tutkimuksen kritiikkiä esimerkiksi tiedevastaisuuden kanssa. Esimerkiksi psyykenlääkehoidon kritisoiminen on terveydenhuollossa edelleen tabu, ja se saatetaan siksi herkästi tulkita lääke- tai lääketiedevastaisuudeksi. Todellisuudessa näissä ei kuitenkaan ole kyse joko- tai -asetelmista: psykiatrisesta diagnoosista riippumatta jotkut hyötyvät psyykenlääke- ja muustakin mielenterveyshoidosta, joillekin hoidosta on haittaa ja joihinkin se ei vaikuta mitenkään. Kyse ei ole aate- tai arvokysymyksestä eikä siten tiede- tai lääkevastaisuudestakaan. Päinvastoin.

Kritiikki ja erilaisten näkökulmien pyörittely on tieteellisten hypoteesien muodostamisen, niiden koettelun ja näin myös tieteen edistymisen kannalta välttämätöntä. Siksi toivon, että lukija voisi tämän kirjan parissa hetkeksi päästää irti erilaisista rooleista ja niihin liittyvistä odotuksista, olipa kyse psykiatrin, muun ammattilaisen, potilaan, asiakkaan, omaisen tai vain kanssaihminen roolista. Näin voimme avoimin mielin pohtia ihmisenä olemisen eri puolia ja ennen kaikkea sitä, miten me voisimme toisiamme paremmin auttaa. Ollaan yhdessä uteliaita.

Torniossa 25.9.2021

Tomi Bergström

Johdanto



Mielenterveys on muodissa. Maailma pullottaa terveysneuvoja, joilla omaa mielenterveyttä voi vaalia. Paljon on puhetta sekä mielen hyvinvoinnista että sen pahoinvoinnista. Elämme psykokulttuurin kulta-aikaa, jossa omaa ja toisten oloa kuvataan psykiatrisilla diagnooseilla ja muilla tieteellisillä käsitteillä. Näillä käsitteillä me määrittelemme ongelman, johon voidaan ryhtyä etsimään tutkitusti toimivia ratkaisuja.

Media esittää päivittäin tosielämän selviytymistarinoita, joissa tavalliset ihmiset tuovat mielenterveysongelmansa avoimesti esille. Myös julkisuuden henkilöt astuvat vuoroin näyttämölle kertomaan, miten he ovat erilaisista mielenterveysongelmista kärsineet ja myös saaneet niihin apua. Terapiasta keskustellaan toisinaan kuin parturilla tai kuntosalilla käymisestä; mieltä täytyy aktiivisesti huoltaa ja kehittää samaan tapaan kuin itsestä muutenkin huolehditaan.

Etenkin lieviin mielenterveysongelmiin liittyvä stigma on hälvennyt, eikä mielenterveyshoitokaan ole enää aiemman kaltainen tabu. Monelle psykoterapeuttisen avun vastaanottaminen on suorastaan merkki siitä, että itsestään välittää. Monelle mielenterveysdiagnoosit, mielenterveyshoito ja kaikki tähän liittyvä ovat muodostuneet osaksi omaa identiteettiä. Niiden avulla ihminen määrittelee, kuka on ja miksi toimii niin kuin toimii.

Mielenterveysalan ammattilaiset ja järjestöt ovat osaltaan vauhdittaneet asennemuutosta. Yksi kulminaatiopiste oli sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema mielenterveysstrategia (Vorma ym., 2020), jolla valtiovalta otti virallisesti osaa keskusteluun. Mielenterveys on meidän kaikkien pääomaa, jota tulee vaalia ja joka tulee huomioida yhteiskunnallisessa päätöksenteossa.

Samaan aikaan kun mielenterveyttä on pidetty yhteiskunnassamme aktiivisesti esillä, on mielenterveyspalveluiden kuormitus kasvanut, eikä julkinen palvelujärjestelmä ole aikoihin kyennyt vastaamaan kansalaisten ja eritoten lasten ja nuorten alati kasvavaan avuntarpeeseen (esim. Äijö, 2019; Ranta ym., 2017). Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon vastuualueet ja työnjako mielenterveyshoidon organisoinnissa ovat monella alueella olleet vuosikausia epäselviä (Niemelä & Blanco-Sequeiros, 2015; Ranta ym., 2017; STM, 2004). Ennalta ehkäisevät ja muut perustason mielenterveyspalvelut voivat olla puutteellisia ja paikoin puuttua jopa kokonaan. Psykososiaalinen hoito aina tuetusta asumisesta psykoterapiaan on monessa paikassa ulkoistettu yksityisille toimijoille (ks. Kela, 2021; THL, 2021).

Palvelut ovat sirpaloituneet, alueelliset erot ovat suuria, eikä kokonaisuutta enää kukaan kykene kunnolla hahmottamaan, saati hallitsemaan. Jotta tällaisessa sirpaloituneessa palvelujärjestelmässä pärjää, tulee apua tarvitsevan olla aktiivinen ja jaksava. Itselle täytyy löytää sopiva hoitomuoto ja sen jälkeen kartoittaa palveluntarjoajien joukosta oikea vaihtoehto. Ennen sitä täytyy kuitenkin hakea virallisia arvioita ja lausuntoja eri tahoilta, jotta hoito ylipäänsä saadaan jossakin vaiheessa alkamaan. Terveystenhuollon ammattilaiset ja asiantuntijat toimivat portinvartijoina, jotka määrittävät ongelman ja tarjoavat siihen ratkaisun avaimet, kunhan avaimia ymmärtää ensin itse pyytää.

Entä jos ihmisen elämä on kerta kaikkiaan niin solmussa, ettei ongelmaa voida tarkkaan määrittää, eikä ammattilainenkaan siten enää

osaa aukaista solmua? Entä jos ihminen ei jaksa tai muuten kykene hakemaan itselleen apua palvelujärjestelmässä, jota asiantuntijatkaan eivät kunnolla hahmota ja ymmärrä?

Sirpaloituneessa järjestelmässä etenkin vaikeista mielenterveysongelmista kärsivät putoavat herkästi palveluiden ulkopuolelle kohdalokkain seurauksin. Itsemurhat ovat kyllä vähentyneet, mutta vaikeista mielenterveysongelmista kärsivien ennenaikaisen kuoleman riski verrattuna muuhun väestöön on länsimaissa jatkanut kasvuaan (Hayes ym., 2017; Lee ym., 2018). Toiset taas jäävät vuosikymmeniksi jumiin palvelujärjestelmään, eivätkä vaikeiden mielenterveysongelmien hoitotulokset (Bergström, 2020a) tai toipumisennuste ole parantuneet (Jääskeläinen ym., 2013). Myös psykiatrasta sairaalahoittoa on jo vuosikymmeniä ajettu systemaattisesti alas, eikä avohoidon resursseja ole samassa suhteessa lisätty (Ahonen, 2020; Niemelä & Blanco-Sequeiros, 2015).

Vaikka psykiatrisia oireita osataan tehokkaasti näyttöön perustuvien hoitomenetelmien avulla lievittää, poistetaan oireet toisinaan vain, jotta ihmiselo pääsee jatkumaan samaista rataa, joka oireiluun on alun alkaen johtanutkin. Seinä tulee väistämättä vastaan. Mielenterveyseläköitymisten määrä on kasvanut huolestuttavasti (Bergström, 2020b; Karolaakso ym., 2021), ja monet kertovat joutuneensa taistelemaan saadakseen tarvitsemaansa hoitoa tai jääneensä kokonaan avun ulkopuolelle (esim. Kriikku & Kallionpää, 2019). Toisaalta taas ne, jotka apua ovat jostain kautta lopulta saaneet, ovat tuoneet ilmi monia järjestelmään ja hoitoon liittyviä epäkohtia, jotka pahimmillaan ovat lähes ihmisoikeusrikkomuksia (esim. Adame & Knudson, 2007; Gaillard ym., 2009; Griffiths ym., 2019; Maanmieli, 2019; WHO, 2021). Myös Suomessa on alkanut näkyä maailmalta tuttua potilasaktivismia, jossa palveluita käyttävät vaativat yhä kuuluvammin itselleen täysin toisenlaista kohtelua.

Viime vuosien aikana mielenterveystyön haasteisiin ja palvelujärjestelmän rakenteellisiin ongelmiin on alettu taas ponnekkaammin tarttua. Suomessa palveluita on jo pitkään pyritty yhtenäistämään niin, että apua saataisiin yhdeltä luukulta ja eri toimijoiden vastuu- ja työnjakokysymykset olisivat selkeämpiä (STM, 2009). Myös muun muassa päivitetty skitsofrenian ja masennuksen Käypä hoito -suositukset (2020, 2021) korostavat yksilöllisten, tarpeenmukaisten ja laaja-alaisten psykososiaalisten hoitomenetelmien merkitystä. Kokonaisvaltaisuutta, ihmislähtöisyyttä ja vertaisuutta tukevien toimintamallien tärkeyttä on alettu tuoda muutenkin yhteiskunnassamme esille (esim. Wahlbeck ym., 2018). Sekä Terapiatakuu-kansalaisaloite että Mielenterveysstrategia linjaavat, että apua tarvitseville tulee taata nopea pääsy näyttöön perustuviin psykososiaalisiin hoitoihin jo perusterveydenhuollossa (Larivaara & Wahlbeck, 2020).

Hyväksi havaittujen hoitokäytäntöjen ja toimintatapojen parempaa saatavuutta vaaditaan myös Maailman terveysjärjestö WHO:n (2021) uudessa ohjeistuksessa, jonka pyrkimyksenä on laajemminkin edistää ihmisoikeuksien ja toipumisorientaation toteutumista mielenterveyshoidossa. Käytännössä painopistettä siirretään perinteisestä sairaus- ja oirekeskeisyydestä kohti sellaisia lähestymistapoja, jotka korostavat yksilön henkilökohtaista kokemusta sekä mielenterveysongelmista toipumisesta että sitä edistävästä tekijöistä (Nordling, 2018; Slade ym., 2014).

Hyvien toimintamallien ja lähestymistapojen vieminen käytäntöön on kuitenkin ollut sekä meillä että muualla maailmassa haastavaa. Syitä tähän on haettu muun muassa yhteiskunnallisista tekijöistä, palvelujärjestelmän rakenteesta, hoitomenetelmistä ja puutteellisista resursseista. Todennäköisesti kyse on monen asian summasta – eikä vähiten siitä, mistä lähtökohtaisesti ajattelemme mielenterveysongelmissa olevan kyse.

Mistä me itse asiassa edes puhumme, kun puhumme mielenterveydestä tai sen häiriintymisestä? Hyvin harvoin näytetään puhuttavan mielestä siten kuin mieli ymmärretään esimerkiksi tieteessä (Bergström, 2020c). Mieli on nimittäin edelleen tieteellinen mysteeri, jonka olemusta ei ole osattu yksiselitteisesti määritellä, saati ratkaista (Bornstein, 2020).

Yleensä näkee käytettävän Maailman terveysjärjestö WHO:n määritelmää (2004a): mielenterveydessä on kyse hyvinvoinnin tilasta, jossa ihminen tunnistaa omat kykynsä, pystyy selviytymään normaaleista elämään kuuluvista paineista sekä osallistumaan yhteisönsä toimintaan. Tällainen määritelmä vie meidät kuitenkin vain ojasta allikkoon, koska tällöin pitäisi ottaa kantaa myös siihen, mikä on normaalia. Tilastotiede osoittaa, että normaali riippuu aina muun muassa mittaushetkestä, käytetyistä mittareista ja ylipäättään otoksen ominaisuuksista. Myös arkikokemuksesta tiedämme, että yhden normaali on toisen epänormaali. Normaali riippuukin siitä, keneltä asiaa kysytään, miten ja milloin.

Tämäkään teos ei ratkaise mielen mysteeriä, eikä mieltä, tietoisuutta tai muita ihmisen subjektiiviseen kokemukseen liittyviä kiinnostavia psykologisia ja filosofisia kysymyksiä käsitellä tämän syvällisemmin. Todettakoon vain uudestaan, että tällä hetkellä mielenterveydestä ja mielenterveyshäiriöistä puhuttaessa ei yleensä puhuta mielestä psykologisessa tai filosofisessa mielessä. Sen sijaan mielenterveys- ja mielenterveyshäiriö-käsitteet viittaavat johonkin aivan muuhun. Ne viittaavat erilaisiin tunteisiin, ajatuksiin ja käyttäytymiseen, jotka usein koetaan tietyssä tilanteessa jonkun mielestä hankaliksi ja jonkun odotuksista poikkeaviksi.

Tässä kirjassa käytän pääasiassa mielenterveysongelma-käsitettä, vaikka psykiatriassa usein erotellaankin mielenterveysongelma, mielenterveyshäiriö ja mielisairaus toisistaan. Käytännössä tällainen

erottelu on kuitenkin keinotekoinen, ja kuten myöhemmin selviää, se juontuu osin historiasta ja osin palvelujärjestelmän rakenteellisista ja hallinnollisista tekijöistä.

Vaikka tämän kirjan keskeisimmät teemat koskettavat käytännössä kaikkien mielenterveysongelmiksi kutsuttavien ja tarkemmin psykiatrisissa tautiluokitusjärjestelmissä kuvattujen asioiden tutkimusta ja hoitoa, annetaan eniten huomiota psykoosiksi kutsutuille vaikeille mielenterveysongelmille. Psykoosiksi kutsuttava ilmiö on lähtökohta ja edelleen tärkein peruste sille, miksi psykiatria-niminen lääketieteen ala on ylipäättään tarvittu. Tästä syystä psykiatrian lähtökohtaiset haasteet ovat myös kietoutuneet psykoosin tutkimuksen ja hoidon ympärille, josta ne ovat ajan saatossa levinneet muuhun mielenterveystyöhön, kun psykiatria on ottanut enemmän vastuuta myös lievempien ahdistus- ja masennustilojen sekä esimerkiksi erilaisten tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen ongelmien hoitamisesta.

Lisäksi on hyvä huomata, että monet mielenterveysongelmiksi kutsutuista oireista esiintyvät rinnakkain toisiinsa vaikuttaen niin, että mielenterveyttä ja sen häiriintymistä voidaan jäsentää jatkumona (esim. Caspi ym., 2014). Tästä syystä vaikeiksi mielenterveysongelmiksi kutsutuissa asioissa on toisinaan kysymys siitä, ettei ihmistä ole lähtökohtaisesti osattu kunnolla yhteiskunnassamme auttaa. Siksi oireilu on vähitellen päässyt kehittymään sen verran hankalaksi, että henkilö täyttää esimerkiksi psykoottisen häiriön diagnostiset kriteerit.

Uskon, että jos pystymme paremmin ymmärtämään ja hoitamaan nimenomaan vaikeiksi mielenterveysongelmiksi kutsuttavia asioita, on meillä myös paremmat mahdollisuudet ymmärtää ja hoitaa lievemmiä mielenterveysongelmiksi kutsuttavia asioita. Näillä tarkoitetaan ominaisuuksia, ajatuksia, tunteita ja käyttäytymistä, jotka ovat arkikokemuksemmekin perusteella helpommin tavoitettavissa ja näin mahdollisesti myös ratkaistavissa kuin psykoosi, jolla tyypillisesti

kuvataan todellisuudentajun heikentymisen kaltaisia ja näin arkikokemuksesta kirjaimellisesti poikkeavia kokemuksia.

Kirjan ensimmäisessä osassa keskitytään tarkastelemaan, miten tietyt ilmiöt ovat alun alkaen päätyneet mielenterveysongelmakategorian alle ja mikä vaikutus tällä on ollut siihen tapaan, jolla ihmisiä on pyritty kohtaamaan ja auttamaan. Samalla käydään esimerkein läpi, mitä tieteellisiä, eettisiä ja hoitoon vaikuttavia ongelmia tällaisesta lähestymistavasta on seurannut. Osassa myös tarjotaan mahdollisia selityksiä sille, miksi näitä ei ole pyritty psykiatriassa aktiivisesti ratkaisemaan.

Kirjan toisessa osassa keskitytään tarkastelemaan, miten lähestymistapaa muuttamalla muuttuu myös tapa, jolla ihminen kohdataan. Samalla kuvataan viimeaikaisten tutkimusten valossa, mikä merkitys tällaisella muutoksella voi olla ihmisten selviytymisen ja kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin kannalta. Lopuksi esitellään keinoja, joilla palvelujärjestelmää voisi kehittää niin, että ihmisten selviytymistä edistävä kohtaaminen mahdollistuu ja näin myös mielenterveyshoidon vaikuttavuus parantuu.