

Sanna Sinikallio (toim.)

Terveyden psykologia

Tässä pdf-tiedostossa on mukana kirjasta seuraavat näytteet:

- Sisällys
- Johdanto

Tutustu kirjaan
verkkokaupassamme



Sisällys

Kirjoittajat.....7

1 Johdanto.....9
Sanna Sinikallio

ENSIMMÄINEN OSA

2 Geenit, käyttäytyminen ja terveys.....22
Antti Latvala

3 Persoonallisuus ja terveys.....49
Christian Hakulinen ja Markus Jokela

4 Kehon ja mielen suhde
Esimerkkinä masennuksen vaikutus muihin sairauksiin.....65
Kirsi Honkalampi

5 Miten terveyskäyttäytymiseen voidaan vaikuttaa?
Interventioiden suunnittelun ja arvioinnin pääpiirteitä.....89
Anu Linnansaari ja Nelli Hankonen

6 Digitaaliset palvelut tukemassa terveyskäyttäytymisen muutosta.....135
Maritta Perälä-Heape

7 Asiantuntija uskottavana terveystiedon välittäjänä
Kuinka terveysalan ammattilaisena kehittää narratiivisia taitoja?.....153
Janne Huovila

TOINEN OSA

8 Stressi ja sen hallinta.....	172
<i>Ellen Ek</i>	
9 Pitkäaikaisairauteen sopeutuminen yksilöllisenä selviytymisprosessina.....	198
<i>Kaarina Savolainen</i>	
10 Kivun psykologia ja kroonisen kivun psykologinen hoito.....	229
<i>Anna Valjakka</i>	
11 Syömiskäyttäytymisen psykologiaa.....	248
<i>Hanna Konttinen</i>	
12 Unettomuus ja sen psykologinen hoitaminen.....	277
<i>Heli Järnefelt</i>	
13 Liikunnan psykologiaa.....	305
<i>Taru Lintunen</i>	

1

Johdanto

SANNA SINIKALLIO

Homo sapiens

Nykyihminen *Homo sapiens* kehittyi metsästäjä-keräilijäksi Itä-Afrikassa noin 250 000 vuotta sitten ja on – lajien kirjossa suhteellisen lyhyen – historiansa aikana muuttanut planeettaamme enemmän kuin mikään muu eliölaji. Vaikka elinolosuhteet 250 000 vuotta sitten olivat dramaattisesti toisenlaiset kuin nykyisin, ovat *Homo sapiensin* ”tehdasasetukset” pysyneet samoina koko nykylajimme historian ajan: kehomme rakenne ja toiminta kertovat, että luontaisimmillamme olisimme pystyasennossa liikkuvia, päiväaktiivisia, niukahkoa sekaravintoa syöviä ja lajitoverien laumassa eläviä kädellisiä, joiden aivot ja keskushermosto ovat erikoistuneet erityisesti sosiaalisen ympäristön tuottaman informaation käsittelyyn. Lisäksi käytössämme on erityisen hienostunut aivojen kuorikerros ja otsalohko, jotka ainakin teoriassa mahdollistavat muita lajeja monimutkaisemman joustavan ja oppivan toiminnan, liikkeiden, tunteiden ja ajatusten yhdistelyn ja sääteilyn sekä impulssikontrollin, päätöksenteon ja toimintojen suunnittelun. (Harari, 2011; Ylikoski & Kokkonen, 2009.)

Nykymaailmassa elämme monin tavoin toisin kuin varhaiset savannilla vael-taneet ja metsästäneet esivanhempamme: olemme mentaalisesti aktiivisia ja

valveilla valtaosan vuorokaudesta, pääosin rakennetuissa sisätiloissa toimien, istuen, katse ja huomio kiinnittyneenä television, tietokoneen tai jonkin muun viestintä- ja viihdevälineen ruudulle tai moniin näistä vuorotellen. Liikettä saadaksemme harrastamme liikkumista vapaa-ajalla esimerkiksi kuntosalin tai saunakävelyn parissa. Saatavillamme on energiatiheätä ravintoa yli elimistön tarpeen. Kehittynyt informaatioteknologia mahdollistaa yksin työskentelyn, yhteydenpidon ja verkottumisen mihin tahansa maapallolle mihin tahansa vuorokaudenaikaan siten, että suuri osa työelämän ja osin yksityiselämän kommunikaatiosta tapahtuu vailla tosielämän kohtaamisia lajitoverien kanssa. Muistin ja mieleen painamisen pullonkaulana on työmuisti, joka ylikuormittuu herkästi ja toistuvasti jatkuvan ärsykevyyden myötä, aiheuttaen hajamielisyyttä, unohtelua ja paineen tuntua. Pitkään jatkuessaan tämä ylikuormittuminen häiritsee nukkumista ja kiristää mielialaa. Homo sapiensin kyky ajatella muutenkin kuin tilannesidonnaisesti – voimme pohtia menneisyyttä, suunnitella tulevaisuutta, muita maailmoja – on suureksi hyödyksi mutta tarkoittaa myös sitä, että saatamme kuljettaa mukamme moninaisia työhön tai muuhun elämään liittyviä huolia ja murheita, olimmepa missä tahansa, vaikkapa omissa sängyssämme aamuyöllä kello kolme (Granö & Härmä, 2011).

Elimistön stressinsäätelyjärjestelmä, joka evoluutiossa kehittyi kiihdyttämään lyhytkestoisesti toimintakykyä vaaratilanteessa, voi joutua toimimaan ylikierroksilla viikkoja, kuukausia, jopa vuosia, kun mielessä mukana kulkevat stressiajatuksset ja -tulkinnat virittävät elimistöä hengissä selviämisen viritystilaan. Elimistön yliviritystila voi myös jatkua varsin pitkään ja vakavasti monien elinjärjestelmien kautta oirehtien, ennen kuin ihminen itse oivaltaa olevansa ylikuormittunut. Pitkittyneeseen stressitilaan liittyy usein muutoksia myös terveyskäyttäytymisessä: nukkuminen häiriintyy, syöminen yksipuolistuu, alttius päihteiden käytölle kasvaa. Pitkäkestoisen stressin tiedetäänkin myötävaikuttavan monien sairauksien kehittymiseen ja pahentavan useiden sairauksia oireita. Hygienian ja lääketieteen kehittymisen myötä ennenaikaiseen kuolemaan johtavien sairauksien kirjo on muuttunut sikälikin, että tartuntatautiin (kuten rutto, kolera, espanjantauti) sijaan väestöä nykyään koettelevat pitkäkestoiset sairaudet, kuten sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet ja diabetes. Uusimman tiedon valossa myös jotkin

dementoivat muistisairaudet näyttäisivät kuuluvan tähän niin sanottujen elintapasairauksien kirjoon. Vähäinen fyysinen aktiivisuus, korkea verenpaine, ylipaino sekä päihteiden (alkoholi, tupakka) käyttö ovat näiden sairauksien tunnettuja riskitekijöitä.

On esitetty, että valtaosa nykyväestön sairauksista olisi ennalta ehkäistävissä, mikäli ihmiset muuttaisivat vain viittä terveyskäyttäytymisen osa-aluetta: lisääisivät liikunta-aktiivisuutta, vähentäisivät liikasyömistä, vähentäisivät tupakointia ja joisivat vähemmän alkoholia sekä nukkuisivat riittävästi (Liu ym., 2016). Samoin on todettu, että enemmän kuin joka kolmas muistisairaus (Alzheimerin tauti, verisuoniperäinen muistisairaus, Lewyn kappale -tauti, Parkinsonin tauti ja otsa-ohimolohkon rappeuma) voitaisiin ehkäistä korjaamalla elintapoja sekä huolehtimalla koulutuksesta, harrastuksista ja sosiaalisesti aktiivisesta elämäntyylistä (Livingston ym., 2017).

Miksi emme siis useinkaan noudata näitä hyväksi tiedettyjä elintapaohjeita? Psykologia ja käyttäytymistieteet pyrkivät osaltaan löytämään vastauksia tähän kysymykseen, vaikka selvää on, että mikään tieteenala ei yksinään voi ratkaista ihmiskunnan terveyden ja sairauden haasteita. Tähän teemaan palaan vielä tuonnempana.

Psykologia ja hyvinvointi

Psykologia on yksinkertaisimmillaan määriteltyä ihmisen käyttäytymistä tutkiva tiede. Tässä yhteydessä ”käyttäytyminen” käsitetään laajasti kattaen niin ”sisäisen” (aistitoiminnot ja havaitseminen, mielikuvat, tunteet, ajattelu, motivaatio) kuin ”ulkoisenkin” ja vuorovaikutuksessa tapahtuvan toiminnan (kuten yksilöllinen käyttäytyminen, käyttäytyminen ihmisryhmissä, yhteisöissä, kulttuureissa ja yhteiskunnissa). Kiinnostus inhimillisen käyttäytymisen selittämiseen ja tutkimiseen on yhtä pitkä kuin Homo sapiensin historiakin, joskin psykologia omana tieteenalanaan kehittyi 1800-luvun loppupuolella (Rose, 1988; Pietikäinen, 2013).

Varhaisen psykologiatieteen kehityksen pontimena olivat muun muassa sodat, terveydenhuollon kehitys, teollistuminen ja koululaitoksen kehittyminen: hullujenhuoneiden, vankiloiden, sairaaloiden ja koulujen muutosten myötä tarvittiin ja luotiin uusia välineitä asukkaita koskevan informaation dokumentointiin ja vertailuun (Rose, 1988). Hiukan kärjistäen varhaista psykologiaa voisi nimittää myös pahoinvoinnin psykologiaksi – 1800-luvun medikalisaation myötä hulluus ja poikkeavuus muotoutuivat lääketieteellisiksi, yksilökeskeisiksi mielisairauksiksi, joita oli tarpeen muuntaa numeroiksi ja kausaalisuhteiksi sekä saada ennustettaviksi ja hallittaviksi. Tähän mittaamiseen uusi nouseva psykologiatiede tarjosi menetelmiä älykkyyden- ja persoonallisuustestien muodossa (Pietikäinen, 2013).

Ennen ensimmäistä maailmansotaa 1900-luvun alun psykologit olivat kiinnostuneita erityisesti mielisairauksien parantamisesta, yksilöiden tuottavuuden kohentamisesta teollistuvan yhteiskunnan tarpeisiin sekä kyvykkäiden ja ei-kyvykkäiden yksilöiden erottelamisesta. Toisen maailmansodan jälkeen psykologian painopiste siirtyi osaltaan mielisairauksien ja pahoinvoinnin (traumojen, vammojen) arviointiin ja hoitoon. Tämä niin sanottu kliinisen psykologian juonne kulkee edelleen vahvana myös nykypsykologian koulutuksessa ja ammattikäytännöissä (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Osaltaan myös Sigmund Freudin 1890-luvulla kehittämä vaikutusvaltainen psykoanalyttinen teoria ja käytäntö (joka korostaa tiettyjen normatiivisten kehitysvaiheiden läpikäymistä, varhaisen vuorovaikutuskokemusten sekä tiedostamattoman merkitystä psyykkisten oireiden synnylle) sekä varhaisen behaviorismin näkemys ihmisestä eräänlaisena ”oppivana koneena” (Baum, 2005) vaikuttivat siihen, että yksilöllinen *hyvinvointi* ei ollut 1900-luvun alkupuolen psykologian keskiössä. Vuodesta 1950 lähtien mielenkiinto hyvinvoinnin psykologiaan korostui, kun humanistisen suuntauksen psykoterapeutit ja tutkijat (joista mainittakoon mm. Carl Rogers, Abraham Maslow, Aaron Antonovsky, Viktor Frankl) suuntasivat mielenkiintonsa niihin tekijöihin, jotka luovat ja edistävät inhimillistä hyvinvointia, onnellisuutta, luovuutta ja kukoistusta. 1900-luvun loppupuolella positiivisen psykologian esiin nousun myötä painotus hyvinvointia edistävien tekijöiden tutkimiseen psykologiassa vahvistui (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Terveyspsykologian synty

Edellä kuvatut psykologian kehityslinjat osaltaan taustoittavat sitä 1900-luvun lopun ilmapiiriä, jolloin psykiatri George Engel (1977) muotoili biopsykososiaalisen mallin (BPS). Toisaalla lääketieteessä vallalla ollut biomedikaalinen näkemys tarkasteli sairauksia (terveyden puutetta) tiukan luonnontieteellisesti ihmisorganismin anatomisiin ja fysiologisiin tekijöihin keskittyen: tämän näkemyksen mukaan kaikki sairaudet ja oireet olivat tarkasteltavissa fysiologisten prosessien häiriöinä, jotka johtuivat vammoista ja vaurioista, biokemiallisista epätasapaino-tiloista tai virus- tai bakteeritartunnoista. Täten terveys määriteltiin lähinnä sairauden biokemiallisten tai fysiologisten prosessien poissaolona. Psykkisten tai sosiaalisten tekijöiden ei juurikaan nähty vaikuttavan terveyteen, tai sitten ne nähtiin biologisista tekijöistä irrallaan olevina, usein ”toiminnallisina” häiriötekijöinä. Tämä malli näytti kuitenkin osin vajavaiselta esimerkiksi selittäessään elintapasairauksia, joiden synnyssä yksilön käyttäytymisellä on iso merkitys.

Engel sen sijaan esitti BPS-mallissaan, että terveyttä ja sairautta tulisi tarkastella monitasoisten vaikutusmekanismien dynaamisen vuoropuhelun tuloksena eikä yksinomaan biologisten prosessien kautta. Engel esitti, että biologisten prosessien lisäksi sekä psykologiset että sosiaaliset tekijät ovat läsnä ja vaikuttamassa kaikissa inhimillisen terveyden ja sairauden tiloissa. Engelin muotoilemasta BPS-mallista tuli myös terveyspsykologian sovellusalan teoreettinen ja filosofinen lähtökohta.

BPS-malli on saanut osakseen myös paljon kritiikkiä epämääräisyytensä ja yleisyytensä vuoksi: mallin perusteella ei voida ennustaa, miten nämä tekijät eri sairauksissa ja hyvinvoinnissa tarkalleen ottaen vaikuttavat, ja varsin useasti BPS-malliin sitoutuneet toimijat näyttävät lopulta kuitenkin tarkastelevan terveyttä ja sairautta varsin biomedikaalisesti (Lyons & Chamberlain, 2006). Tästä huolimatta mallia pidetään tärkeänä, ja siinä kiteytyy myös yksi tämän kirjan keskeisistä lähtökohdista. Inhimilliseen terveyteen ja sairauteen vaikuttavat (aina!) BPS-tekijät, eikä niitä oikeastaan voisi tarkastella toisistaan irrallisina. BPS-ulottuvuudet ovat eräänlaisia ikkunoita olemukseemme, ja vain yhdestä ikkunasta

katsomalla saamme hyvin rajallisen näkökulman ihmisen terveydessä ja sairauksessa vaikuttavien ilmiöiden kokonaiskirjoon.

Terveyspsykologian määritelmä ja syntysanat lausuttiin Yhdysvalloissa 1980-luvun alussa. Asiaan paneutuneen tutkijaryhmän muotoilun esitti Matarazzo vuonna 1982 määritellen terveyspsykologian tavoitteet seuraavasti:

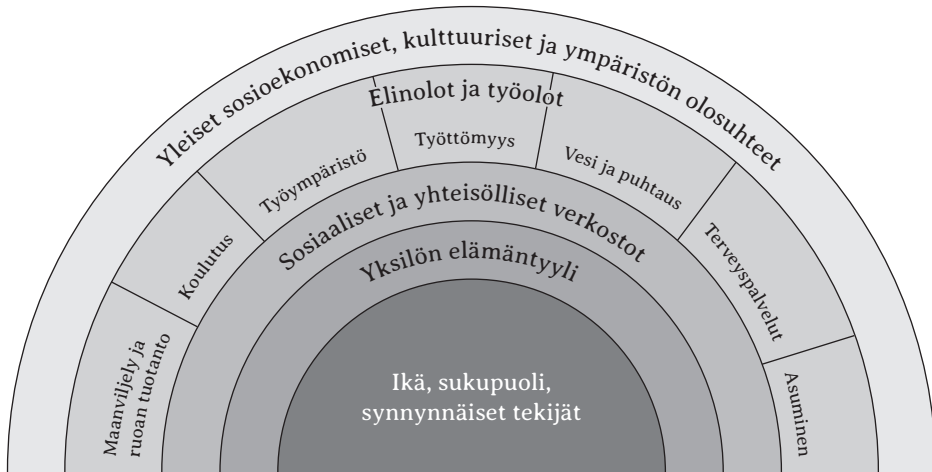
1. Terveyden edistäminen ja ylläpitäminen. Käytännössä tämä toteutuu esimerkiksi tutkimalla sitä, mitä terveys merkitsee ihmisille, auttamalla heitä muuttamaan haitallisia elintapojaan ja kehittämällä tehokkaita muutosohjelmia terveyden edistämiseen.
2. Sairauksien hoitaminen ja ehkäisy. Tämä tapahtuu esimerkiksi tutkimalla ja kehittämällä tekijöitä, jotka vaikuttavat seulontatutkimuksissa käymiseen, omien oireiden tulkitsemiseen ja avun hakemiseen, sekä auttamalla sopeutumisessa kroonisiin sairauksiin.
3. Psykologisten tekijöiden merkityksen huomioiminen terveydessä ja sairauksessa. Tämä tehdään esimerkiksi tarkastelemalla negatiivisten tunteiden merkitystä sairauksien synnyssä.
4. Terveydenhuoltopalveluiden ja -periaatteiden kehittäminen. Se toteutuu esimerkiksi tutkimalla terveydenhoitolaistosten ja -järjestelmien yhteyttä ihmisten hyvinvointiin ja palveluihin hakeutumiseen sekä vaikkapa terveysammattilaisten kommunikaation merkitystä hoitoon sitoutumiselle ja siitä hyötymiselle.

Samantyyppisiä ja osittain samoja teemoja tarkastellaan myös monilla muilla tieteenaloilla, kuten terveys sosiologiassa, sosiaalipsykologiassa, käyttäytymislääketieteessä ja hoitotieteissä. Terveyspsykologia kuitenkin integroi monia psykologiatieteen ja sosiaalipsykologian kognitiivisia, kehityksellisiä ja sosiaalisia teorioita ja malleja soveltaen niitä nimenomaan terveyden, sairauden ja terveydenhuollon kysymyksiin. Terveyspsykologian mielenkiinnon kohteena on pikemminkin fyysinen terveys kuin mielenterveys, mutta kuten jo BPS-mallin esittelyn yhteydessä havaittiin, näiden osa-alueiden erottaminen toisistaan on lähinnä käsitteellistä: mielenterveyden muutokset ovat aina yhteydessä myös joihinkin kehossa ja elimistössä tapahtuviin muutoksiin (Marks ym., 2000).

Suomessa terveystieteiden psykologia on ollut yksi psykologien perinteinen yliopistollinen erikoistumisala 1990-luvulta lähtien. Lisäksi terveystieteiden psykologian opintojaksoja opetetaan Suomessa myös yliopistoissa yhteiskuntatieteellisten (mm. sosiaalipsykologia) ja terveystieteellisten (mm. hoitotiede) oppiaineiden yhteydessä. Toisin kuin esimerkiksi Isossa-Britanniassa, Suomessa ei ole ollut erityisiä terveystieteiden psykologin nimikkeitä terveydenhuollossa vaan terveystieteilijät ovat toimineet muilla nimikkeillä muun muassa kuntoutuslaitoksissa ja -yksiköissä, terveyskeskuksissa, työterveysyksiköissä sekä psykiatrian klinikoilla. Yliopistoissamme ja tutkimuslaitoksissa on tehty kansainvälisestikin tunnustettua – ja edelleen jatkuvaa – terveystieteilijästä tutkimusta usean vuosikymmenen ajan, joskin tämä dynaaminen sovellusala on Suomessa vieläkin melko tuntematon. 2010-luvulla on Suomessa kuitenkin nähty positiivista profiloitumista muun muassa Suomen psykologisen seuran järjestämien terveystieteiden päivien myötä. Käyttätymistieteellisen tiedon hyödyntäminen on myös pikkuhiljaa levinnyt moninaisiin terveyden edistämisen hankkeisiin ja tutkimuksiin (esim. StopDia-, Let's Move It- ja Liikkuva koulu -hankkeet). Inhimillisen terveyden ja sairauden BPS-ulottuvuudet huomioiden luontevaa olisikin, että terveyden edistämistä ja siihen vaikuttavien tekijöiden tutkimista tehdään monialaisesti ja monitieteisesti.

Tämän kirjan näkökulma on psykologinen ja keskittyy täten yksilöiden ja ryhmien käyttäytymiseen. On todettava, että terveyteen vaikuttavien tekijöiden kirjossa liikumme tällöin varsin pienellä osa-alueella, jonka merkitystä kuitenkin usein korostetaan yksilöllisyyttä ja yksilön valinnan vapautta painottavassa kulttuurissamme. Varsinkin nykyisin ihmisen oman toiminnan, erityisesti ruokavalintojen ja liikunnan, merkitystä terveyden saavuttamisessa ja ylläpitämisessä korostetaan jatkuvasti. Haluamme kuitenkin muistuttaa lukijoita, että yksilön käyttäytyminen ei milloinkaan tapahdu yksin (ilman suhdetta muihin ihmisiin, mielessä tai todellisesti) eikä tyhjiössä, irrallaan kulttuurista, yhteiskunnasta tai tietystä historiallisesta ajasta. Kiteytyksenä terveyteen vaikuttavien tekijöiden moninaisuudesta toimii oheinen Dahlgrenin ja Whiteheadin (1992; teoksessa Palosuo ym., 2004) kuvio, jossa siis tässä kirjassa tarkasteltavat tekijät asettuvat kahdelle sisimmälle kehälle (ks. kuvio 1). On selvää, että yhteiskunnalliset tekijät

muokkaavat ihmisten elinympäristöjä, asumis- ja työoloja, elintapoja sekä sosiaali- ja terveystalvveluja, joilla puolestaan on välitön yhteys terveyteen. Sosioekonominen asema vaikuttaa siihen, altistuuko ihminen arkisissa elinympäristössään – kuten työssään ja asumisessaan – terveyttä vaarantaville tai sitä vahvistaville tekijöille. Sosioekonominen asema ja siihen liittyen perinteet, arvot, asenteet ja sosiaaliset verkostot ohjaavat vahvasti myös elintapoja (Palosuo ym. 2004).



Kuvio 1. Terveystalvvelua määrittävät tekijät (Dahlgren & Whitehead 1991, teoksessa Palosuo 2004).

Kirjan keskeiset lähtöoletukset kiteytettynä

- Evoluution myötä kehittynyt elimistömme ja hienostunut keskushermostomme muodostavat hyvinvoinnillemme tietyt ”tehdasasetukset”. Tämän kirjan ravitsemukseen, uneen, stressiin, liikuntaan ja kipuun liittyvissä luvuissa sivutaan tätä teemaa läheisesti.
- Terveyspsykologinen ja käyttäytymistieteellinen tietämys auttaa edistämään terveyttä ja hyvinvointia. Lähtökohtana tällöin on terveyttä edistävä eli salutogeeninen ajattelu, jonka mukaan voimme tukea ja luoda monin tavoin niitä voimavaroja ja resursseja, joita yksilöillä ja ryhmillä on käytössään hyvinvoinnin edistämiseksi. Tämä näkökulma poikkeaa niin sanotusta sairaus- tai oirekeskeisestä (patogeenisestä) lähestymistavasta, jonka keskiössä on sairauden tai oireen parantaminen tai poistaminen. Kummallekin lähestymistavalle on sijansa, mutta erityisesti kroonisten ja elintapasairauksien kohdalla patogeeninen lähestymistapa ei ole riittävä. Erityisesti kirjan luvut, jotka liittyvät terveyden edistämisen teoriapohjaan, sairauteen sopeutumiseen sekä stressiin, valottavat tätä tematiikkaa.
- Terveyden edistämiseen ja terveyskäyttäytymiseen vaikuttavat toimenpiteet (interventiot) ovat tehokkaimmillaan silloin, kun ne perustuvat tieteelliseen teoriapohjaan ja tutkittuihin terveyden edistämisen menetelmiin. Tämä teema toistuu kirjan useassa luvussa.
- Ihmisen hyvinvointi ja terveys määräytyy biopsykososiaalisesti, myös sattumalla on sijansa. Tässä kirjassa emme tarkastele mieltä tai kehoa toisistaan erillisinä ulottuvuuksina vaan ajattelemme, että BPS-ulottuvuudet tarjoavat kukin osaltaan yhdenlaisen näkymän ihmisen terveyteen ja hyvinvointiin tai näiden puutteeseen ja niihin vaikuttaviin tekijöihin. Näitä eri tasoja valottavat muun muassa kirjan luvut, jotka liittyvät käyttäytymisgenetiikkaan ja persoonallisuuteen sekä psykosomatiikkaan.

- Vaikka on olemassa paljon tieteellistä tutkimustietoa terveyden ja sairauden psykologiasta, ei kukaan terveysammattilainen voi ennalta tietää sitä, mitä merkityksiä terveyteen, sairauksiin ja oireisiin kullakin yksilöllä liittyy. Täten yksilön (esim. asiakkaan, potilaan tai kuntoutujan) kohtaaminen sekä hänen ainutkertaisen kokemuksensa ja kertomuksensa kuunteleminen on tärkeää: terveysammattilaisen näkemys terveydestä ja sen tärkeydestä on yleensä merkityksellistä ainakin ammattilaiselle itselleen, mutta ei automaattisesti asiakkaalle. Tätä inhimillisen kokemuksen ja kohtaamisen tärkeyttä avataan muun muassa pitkäaikaissairauteen sopeutumista ja asiantuntijan terveysviestintää avaavissa luvussa. Toisaalta uudet terveysteknologiat tuovat mahdollisuuksia seikkaperäiseen yksilöllisen terveystiedon havainnointiin ja hyödyntämiseen, ja tätä aihepiiriä käsitellään digiterveyttä käsittelevässä luvussa.

Lähteet

- Baum, W. M. (2005). *Understanding behaviorism: Behavior, culture and evolution*. New Jersey: Blackwell.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
- Freud, S. (1895/1966). *Project for a scientific psychology. Standard edition, vol. 1*. Lontoo: Hogarth Press.
- Harari, Y. N. (2011). *Sapiens: Ihmisen lyhyt historia*. Helsinki: Bazar.
- Härmä, H. & Granö, S. (toim.) (2011). *Työikäisen muisti ja muistisairaudet*. Helsinki: WSOYpro.
- Liu, Y., Croft, J. B., Wheaton, A. G., Kanny, D., Cunningham, T. J., Lu, H. ym. (2016). Clustering of five health-related behaviors for chronic disease prevention among adults, United States, 2013. *Preventing Chronic Disease*, 13, 160054.
- Livingston, G. ym. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet*, 16, 390(10113), 2673–2734.

- Lyons, A. & Chamberlain, K. (2006). *Health psychology: A critical introduction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Marks, D., Murray, M. & Estacio, E. V. (2000). *Health psychology: theory, research and practice*. Lontoo: Sage.
- Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*, 37(1), 1–14.
- Palosuo, H., Sihto, M., Keskimäki, I., Koskinen, S., Lahelma, E., Manderbacka, K. & Prättälä, R. (2004). *Eriarvoisuus ja terveyspolitiikka. Kokemuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Pietikäinen, P. (2013). *Hulluuden historia*. Helsinki: Gaudeamus.
- Rose, N. (1988). Calculable minds and manageable individuals. *History of the Human Sciences*, 1(2), 179–200.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14.
- Ylikoski, P. & Kokkonen, T. (2009). *Evoluutio ja ihmisluento*. Helsinki: Duodecim.