

MASENNUS MASSAMITASSA

EPIDEMIOLOGINEN VÄLINEISTÖ JA PSYKIATRIAN MUODONMUUTOS

Paraskeue (välineistö) on rakenne, jonka kautta totuusdiskurssi jatkuvasti muuttuu moraalisesti hyväksyttävän käytöksen periaatteiksi. [Se on] logoksen eetokseksi muuntumisen elementti.

– Foucault: *L'herméneutique du sujet*, 312

Suomen arvostetuin psykiatri Martti Kaila arvioi aikoinaan, että 1930- ja 1940-luvun vaihteessa suomalaisväestöstä vajaa 1% kärsi mielisairauksista. Tuohon aikaan valtaosa mielisairaista diagnosoitiin skitsofreniasta kärsiviksi, joten masennus oli lähes olematon ilmiö, Kailan laskelmien mukaan vain neljännespromillea suomalaisista koskeva. (Kaila 1942.) 50 vuotta myöhemmin mielenterveysasiantuntijat sanovat, että “lähes jokainen sairastaa elämänsä aikana lievän masennustilan ja vakavan masennuksen sairastaa joka neljäs” (Achté & Tamminen 1993, 10). Sen puolen vuosisadan aikana, jolloin Pohjolan perukoilla vauraus on lisääntynyt ja onnellisen elämän edellytykset ovat vahvistuneet sekä tavoittaneet laajat joukot, jokin on tehnyt suomalaisista masamitassa masentuneita. Eikä ilmiö rajoitu vain Suomeen: masennuksen eksponentiaalinen lisääntyminen on tapahtunut kaik-

kialla länsimaissa ja on jopa “globaali” kansanterveysongelma. Lääketieteellisten laskelmien mukaan masennuksesta kärsivien määrä tuhatkertaistui 1800- ja 1900-luvun lopun välillä (Healy 2004, 2), ja Maailman Terveysjärjestön virallisen arvion mukaan masennuksesta tulee toiseksi suurin kansantauti maailmanlaajuisesti vuoteen 2020 mennessä (WHO 2001).

Mistä tämä johtuu? Yksinkertaisinta olisi vastata tähän kysymykseen esittämällä tuttu lääketieteen edistystarina: lääketieteellistyessään psykiatria on oppinut paremmin näkemään ja hoitamaan ihmisen mielialan häiriöitä. Tästä näkökulmasta melankolisten massat ovat aina eläneet keskuudessamme, mutta nyt mielenterveyden ammattilaiset pystyvät näkemään ne. Toinen selitys masennusepidemialle on kulttuurikriittinen: samalla tavoin kuin kriitikot pitivät neurasteniana ja hysteriaa modernin elämän kiihkeän rytmin ja monimutkaisuuden aiheuttamina sairauksina 1800-luvun lopulla, nykyäänkin masennuksen lisääntymisen nähdään kumpuavan vallitsevan elämänmuodon olemuksesta, esimerkiksi vieraantuneisuudesta, teknologisen yhteiskunnan kompleksisuudesta sekä työn ja yksityiselämän ristivedosta

(esim. Salomon 2002). Myös Alain Ehrenbergin (2007) näkemyksissä on yleinen kulttuurikriittinen ulottuvuus, kun hän näkee itsen toteutukseen kannustavan nykyelämän luovan ihmisissä jatkuvaa riittämättömyyden ja epäonnistumisen tunnetta, mikä oirehtii massamitassa masennuksena.

Tässä artikkelissa lähestyn masennuksen kasvua kansaterveysongelmaksi toisesta näkökulmasta. Perusajatukseni on se, että masennus on lisääntynyt yhtä jalkaa psykiatristen instituutioiden, mielisairauksia ja psyykkisiä ongelmia koskevan ymmärryksen sekä psyykkisen huolenpidon muutosten kanssa. Puolentoista vuosisadan aikana psykiatria on laajentanut toimialaansa mielisairaalan ulkopuolelle, moninaistunut ja levinnyt yhteiskuntaan laajaksi mentaalihygieeniseksi ja psykoterapeuttiseksi mosaiikiksi (esim. Castel, Castel & Lovell 1982; Grob 1991a; Shorter 1997). Erityisesti toisen maailmansodan jälkeen mielisairaiden kontrolli, mielenterveysongelmien hoito ja henkilökohtainen omasta henkisestä hyvinvoinnista huolehtiminen ovat sulautuneet ajatuksellisesti, käytännöllisesti ja jopa institutionaalisesti yhteen *mielenterveystyön* jatkumoksi kaikkialla länsimaissa, samalla kun mielenterveyshäiriöiden hoitomuodot terapiosta lääkkeisiin ovat sofistikoituneet (Helén 2007, 200–201; ks. myös Rose 2006). Tätä taustaa vasten teesini olkoon: mielenterveystyö on ottanut asiakseen ja koostanut masennuksen.

SUURET LUVUT

“Masennustilasta kärsii nykyään noin 5% suomalaisista”. Depression Käypä hoito -suosituksessa (2004) ei olisi mahdollista esittää tätä standardiväitettä masennuksen yleisyydestä vailla *psykiatristen epidemiologian* tuottamaa tietoa ja näkökulmaa psykopatologioihin. Siksi aloitan siitä, miten *määrä* nykyään käsitetään psykiatriassa. Tämä on perusteltua myös siitä syystä, että epidemiologiasta on tullut psykiatrian

ja laajemminkin mielenterveystyön kulmakivi viimeisten 30–40 vuoden aikana. Psykiatrian tieteellistämisen, jolle erityisesti yhdysvaltalainen psykiatria on antanut pontta ja näyttänyt suuntaa, epidemiologisen järkeilytyylin eli tilastollisen päättelyn, todennäköisyyslaskennan ja riskikalkyylien voittokulku on ollut keskeisempää kuin neuropsykiatrian nousu. Nykyään on miltei mahdotonta esittää väitteitä mielenterveyttä koskevista tosiasioista, elleivät ne perustu lomakekyselyn tai satunnaistetun kliinisen kokeen tilastolliseen analyysiin.

Ydinasia psykiatrian epidemiologisessa käänteessä on mielenterveystyön kohteen määrittäminen *väestöilmioiksi*. Tämä kohde ilmaantui psykiatrian perinteisen kliinisterapeuttisen kohteen eli tapauksen rinnalle ja jopa jätti sen varjoonsa. Psykopatologiat tai (kuten nykyään sanotaan) mielenterveyshäiriöt väestöilmionä eivät kuitenkaan koostu siitä, että lasketaan hulluja tai mielisairaita, toisin sanoen erilaisen hoitolaitosten mielisairauksiksi luokiteltuja asukkeja. Anglosaksisissa maissa, Ranskassa ja Saksassa tätä tehtiin jo 1800-luvulla väestönlaskennan ja mielisairaanhoidon tarpeita varten, ja Suomessa vuonna 1905 asetettu Köyhäinhuhtokomitea toteutti ensimmäisen “mielenvikaisten” laskennan. (Esim. Grob 1991b, 424–425; Heikkinen 1990, 299–300.) Pääluvun laskenta ei kuitenkaan ole keskeistä nykyepidemiologiassa. Se kohdistuu pikemminkin kaikenlaisiin tekijöihin, joista mielenterveyshäiriöt koostuvat ja jotka vaikuttavat niihin. Tätä kohdetta kutsutaan termillä *psykiatrinen sairastavuus*.

Suomessa psykiatristen epidemiologian läpimurto tapahtui 1970-luvun alkupuolella. Silloin julkaistiin huomattavan paljon monografioita ja artikkeleita lääketieteellisissä aikakauslehdissä. Taustalla olivat 1960-luvun lopulla erityisesti Kansaneläkelaitoksen piirissä käynnistetyt tutkimukset, jotka liittyivät laajoihin työikäisväestön sairastavuuden ja kuntoutustarpeen kartoituksiin. Nämä puolestaan palvelivat vuonna 1964 aloitetun yleisen sairausvakuutusjärjestelmän

ja vuoden 1972 Kansanterveyslaissa perustetun julkisen terveydenhoitojärjestelmän suunnittelua ja toteuttamista (Häggman 1997, 161–168). Muun muassa Erkki Väisänen (1975) ja Ville Lehtisen (1975) tutkimukset aloittivat psykiatrisen sairastavuuden väestökartoitusten perinteen, joka jatkuu nykypäivänäkin.

KELA:n tutkimuksissa mielenterveystyön kohde väestöllistettiin konkreettisesti havaittavalla tavalla. Epidemiologinen näkökulma merkitsi kahta asiaa: ensinnäkin mielenterveyshäiriöitä oli välttämätöntä lähestyä tilastollisesti, ja toiseksi niiden käsitettiin koostuvan elementeistä ja ne jäsenneltiin ”tekijöiksi”, jotka tekivät mielenterveyshäiriöt yhteismitallisiksi ja mitattaviksi. Merkittävää on myös se, että määrittäessään kohdettaan epidemiologit korostivat vajaata tai *heikentyynyttä toimintakykyä* – tämä tuli toki yleisestä määritelmästä, jonka mukaan epidemiologia

[...] pyrkii selvittämään sairauksien sekä niiden aiheuttaman hoidon tarpeen ja toimintakyvyn heikkenemisen esiintyvyyttä väestössä ja väestöryhmissä sekä tähän esiintyvyyteen yhteydessä olevia biologisia, psykologisia, sosiaalisia ja demografisia tekijöitä (*Sosiaalipsykiatria* 1989, 129).

Näissä puitteissa mielenterveystyön kohteeksi ei määritetty mielisairaus vaan jokin löyhempi psykopatologian kaltainen entiteetti. Tämän psykiatrit ja muut mielenterveystyön ammattilaiset myöntävät auliisti puhuessaan kohteestaan oireyhtyminä tai häiriötiloina, ja epidemiologiassa näitä kliinisiä luonnehdintoja vastaa juuri psykiatrisen sairastavuus. Siirtyminen mielisairauksista sairastavuuteen merkitsee toki sitä, että tiukan lääketieteellisten, selvärajaisten kliinisten entiteettien sijaan psykiatria kohdistuu laaja-alaisemmin moninasiin toimintakyvyn heikkenemisiin ja häiriöihin.¹ Väljentyminen kuitenkin edellyttää episteemisiä siirtymiä, siis sitä, että sairastavuus määritellään tietyllä tavalla. Keskeisiä siirtymiä on kolme. Ensimmäinen on psykisen sairaalloisuuden käsittäminen moni-

tekijäisenä. Sosiaalipsykiatrian läpimurto 1970-luvulla juurrutti suomalaiseen mielenterveystyöhön ymmärryksen siitä, että psyykkisissä häiriöissä on kyse biologisten, psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden yhteisvaikutuksesta ja että häiriö on luonteeltaan moniaineksinen ”systeemi”.² Tästä käsityksestä on tullut suomalaisen mielenterveysajattelun kulmakivi jopa siinä määrin, että psykiatrian oppikirjat toistavat sen jo alkulehdillään. Toinen siirtyminen on oireiden ja oirehtimisen korostuminen psykiatrisessa keskustelussa ja kolmas sairauriskin tuleminen ydinkäsitteeksi. Nämäkin käsitykset löivät itsensä läpi 1970- ja 80-luvun sosiaalipsykiatrian aallossa, mutta ne liittyvät monitekijäisyyskäsitystä välittömämmin psykiatriseen epidemiologiaan. Siksi jatkossa tarkastelen näitä kahta tarkemmin.

Mielenterveyshäiriöiden epidemiologisissa tutkimuksissa haastattelu-, rekisteritai lääkäriarvioaineistojen analyysissa käytetään strukturoituja kysymyspattereita, lomakkeita ja arviointiasteikkoja, joiden perusteella arvioidaan, kuuluuko tilastotapaus häiriöstä kärsivien joukkoon vai ei. Psykologi ja kognitioterapeutti Aaron Beckiltä nimensä saanut Beck Depression Inventory (BDI) on yksi vanhimpia ja suosituimpia masennuksen haastattelututkimuksissa käytettyjä epidemiologian diagnostisia välineitä; ja suomalainen Käypä hoito -suositus (2004, 747) suosittelee sitä myös yleislääkäreille kliinisen arvioinnin avuksi. Se koostuu 21 muuttujasta, joita vastaa 21 viiden tai neljän vastaajan omaa tilaa arvioivan lauseen ryväs.³ Esimerkiksi surullisuutta selvitetään lauseiden ”En ole surullinen”, ”Tunnen itseni alakuloiseksi”, ”Olen alakuloinen jatkuvasti enkä pääse siitä”, ”Olen onneton ja se tuotta minulle tuskaa” sekä ”Olen niin onneton, etten kestä enää” avulla, ja unettomuuttaan vastaajan pitäisi arvioida lauseiden ”Nukun yhtä hyvin kuin ennenkin”, ”Herätessäni aamuisin olen paljon väsyneempi kuin ennen”, ”Herään 1–2 tuntia tavallista aikaisemmin ja minun on vaikea nukahtaa uudelleen” sekä ”Herään

DEPS-seula (Salokangas, Stengård & Poutanen, 1994)

Viimeksi kuluneen kuukauden aikana:	En lain- kaan	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
Kärsin unettomuudesta	0	1	2	3
Tunsin itseni surumieliseksi	0	1	2	3
Minusta tuntui, että kaikki vaati ponnistusta	0	1	2	3
Tunsin itseni tarmottomaksi	0	1	2	3
Tunsin itseni yksinäiseksi	0	1	2	3
Tulevaisuus tuntui toivottomalta	0	1	2	3
En nauttinut elämästäni	0	1	2	3
Tunsin itseni arvottomaksi	0	1	2	3
Tunsin, että kaikki ilo on hävinnyt elämästä	0	1	2	3
Minusta tuntui, ettei alakuloisuuteni hellittänyt edes perheeni tai ystäväni avulla	0	1	2	3

aikaisin joka aamu enkä pysty nukkumaan 5 tuntia kauempaa” perusteella. Vastaukset pisteytetään, ja kokonaissumma kertoo, onko vastaaja masentunut ja missä määrin. BDI ei suinkaan ole ainoa tällainen masennushäiriöiden epidemiologiassa käytetty diagnostinen instrumentti vaan tutkimuskirjallisuudesta ja Internetistä vastaavanlaisia löytyy lukuisia, mukana myös Tampereen Depressiotutkimuksessa (TADEP) kehitetty DEPS-seula (ks. yllä), joka on suomalaisen Käypä hoito -suosituksen suosikkilistan kärjessä.

Yhdestäkään diagnostisesta mittarista ei ole tullut ylivertaista mittapuuta epidemiologisessa tutkimuksessa, vaan jokaisen ympärillä käydään jatkuvasti keskustelua sen antamien tulosten validiudesta, luotettavuudesta ja käyttökelpoisuudesta ylipäätään. Niinpä tutkimuksissa harvoin luotetaan pelkästään yhteen mittariin vaan aineiston analyysissa käytetään rinnakkain kolmea tai neljää erityyppistä diagnostista instrumenttia (esim. Poutanen 1996). Yhtä kaikki ne ovat avainasemassa kahdesta syystä: ne konkretisoivat ja osittain myös koostavat riskitekijäulottuvuuksia, ja niiden kautta oireet ja oirehtiminen tulevat psykiatrisen epidemiologian näkökenttään.

Diagnostiset mittarit ovat sen ajattelun

ja havaitsemisen välineistön ydin, jonka epidemiologinen käänne toi psykiatria. Tuo aparaatti puolestaan mahdollisti psykiatristen patologioiden – siis mielen-terveyshäiriöiden – näkemisen laaja-alaisena kansanterveysongelmana. Ilmiöiden ja havaitsemisen tasolla tämä merkitsi *oirehtimisen ja riskien* tuleamista ensisijaisiksi mielen-terveysajattelun ja -työn kohteiksi. Näin ajatellen suomalaisepidemiologit saattoivat esittää, että jopa 30% suomalaisista kärsii mielen-terveyshäiriöistä aikuiselämänsä aikana (Lehtinen & Väisänen 1979, 121) ja hyötyisi psykiatrisesta hoidosta tai konsultaatiosta (Lehtinen 1975, 121).

Tällainen ymmärrys edellytti epidemiologisen tajun lisäksi uudenlaista käsitystä psykiatrian kohteesta. Suomessakin mielisairaus vetäytyi 1900-luvun kolmen viimeisen vuosikymmenen aikana historian hämärään ja ammattipuheessa psykiatrisen ajattelun ja käytännön kohteesta alettiin puhua mielen-terveyden häiriönä. Psykiatrian kohteen uuden määritelmän tiivistää hyvin yhdysvaltalainen *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, joka on tarkoitettu paitsi psykiatrien myös muiden mielen-terveystyön ammattilaisten käsikirjaksi. Sen mukaan mielen-terveyden häiriö on

kliinisesti merkitsevä yksilön käyttäytymiseen liittyvä tai psyykinen oireyhtymä tai -kokonaisuus, johon liittyy ajankoh- taista haittaa oireina tai toimintakyvyn heikentymisenä tai johon liittyy merkitse- västi lisääntynyt kuolemanriski tai riski kärsiä kivusta, toimintakyvyn haitasta tai vapauden menetyksestä [...] Riippumatta häiriön alkuperäisestä kehityskulusta se on käsitettävä vallitsevana yksilön psyykki- sen, biologisen tai käyttäytymiseen liitty- vän toimintahäiriön ilmentymänä. (DSM- IV-TR, xxxi.)

Määritelmä tekee selväksi, ettei mielenter- veystyön kohde ole hulluus eikä sairaus. Mutta mikä se on? Ensinnäkin mielenter- veyden häiriö liittyy aina yksilöön, yksilön käyttäytymiseen tai psyykeen, se on siis henkilökohtaista. On myös selvää, että häiriö on todennettava kliinisesti, mutta mitä psykiatrian kliinisen katseen on mää- rää etsiä? Määritelmä antaa lukuisia vaihto- ehtoja: henkilökohtaisesti koettu ahdinko ja murhe tai toimintakyvyttömyys, epä- funktionaalisuus tai riskit. Mielenterveys- työn kohdealue on laaja ja moninainen.

Edellä kuvattu psykiatrian tiedollinen myllerrys ei kuitenkaan tuonut masennus- ta mielenterveystyön polttopisteeseen. 1970-luvun ja 1980-luvun alun tutkimukset mielenterveyshäiriöiden esiintyvyydestä ei- vät näet nostaneet esille masennusta kan- santautina. Ne puhuivat psyykkisestä va- jaakuntoisuudesta, joka viittasi edellä mai- nittuun toimintakykyisyyden häiriintymi- seen ja pelkistyi koko lailla työkyvyt- tömyydeksi tai työkyvyn vähenemiseksi. Psyykkisen vajaakuntoisuuden epidemio- logit jakoivat psykooseihin ja neurooseihin, ja neuroottisten häiriöiden puolella he vielä erottelivat psykosomaattiset häiriöt omaksi ryhmäkseen. Tutkimusten päätulos oli se, että valtaosa mielenterveyshäiriöistä oli neuroottista ja psykosomaattista oi- rehtimista, ja erityiseksi huolenaiheeksi ne nostivat piilevät psyykkiset häiriöt eli sen, että mielenterveyden ongelmat peittyivät somaattisten oireiden alle. Nykynäkökul- masta katsottuna olisi oletettavaa, että niin sanottu piilomasennus olisi herättänyt run-

saasti keskustelua näiden tutkimusten poh- jalta, mutta näin ei tapahtunut, koska mielenterveyshäiriöt jäsenyivät 1970- ja 1980-luvulla ratkaisevasti toisin kuin ny- kyään. Tuon ajan ymmärrys heijastui epi- demiologisissa tutkimuksissa siten, että niis- sä aineistoa jäsennettiin niin kutsuttujen psykodynaamisten muuttujien avulla ja näi- tä muuttujia puolestaan analysotiin tilastol- lisesti psykiatrisen sairastavuuden selittäjinä (esim. Lehtinen & Väisänen 1979, 69–73, 78). Tässä katsannossa masennus ei näyt- täytynyt itsenäisenä häiriöttilana, vaan ma- sentuneisuus käsitettiin samanlaisena häi- riön ilmentymänä, siis oireena, kuin esi- merkiksi ahdistuneisuus, jännittyneisyys, pelot tai univaikeudet.⁴

MASENNUKSEN TULEMINEN

Depressiotietoisuuden herättämiseksi suo- malaisen mielenterveystyön kentällä tarvit- tiin siis muutakin kuin epidemiologiaa. Tuo herääminen tapahtui 1980- ja 1990- luvun vaihteessa, ja siihen vaikutti psykiat- risen epidemiologian lisäksi neljä asiako- konaisuutta. Näistä ensimmäinen oli 1980- luvun puolivälissä aloitettu valtakunnalli- nen itsemurhien ehkäisyprojekti ja toinen kansainvälisten tautiluokitusten eli Maail- man Terveysjärjestön (WHO) autorisoiman ICD-luokituksen sekä American Psychiatric Associationin DSM-luokituksen omaksumi- nen suomalaisessa psykiatriassa ja mielen- terveydenhoidossa. Näitä kahta käsitellen tuonnempana lähemmin.

Itsemurhaprojektin ja uudenlaisen tau- tiluokituksen lisäksi masennusymmärryk- sen muotoutumiseen vaikuttivat huomata- vasti mielenterveysasiantuntijoiden ja mui- den terveydenhoidon ammattilaisten in- formointi ja kouluttaminen. Vaikutin oli kansainvälinen. 1980-luvun alussa Maail- man Terveysjärjestö tarttui lääketieteellisen piirissä syntyneeseen aloitteeseen (Healy 2004, 8), perusti kansainvälisen Prevention and Treatment of Depression -komitean ja sysäsi liikkelle vastaavien keskeisistä mielenterveysasiantuntijoista

koostuvien iskuryhmien kokoamisen eri maissa. Suomessa perustettiin Depressionvastustamisyöryhmä vuonna 1985 puheenjohtajanaan professori Kalle Achté. Sen merkittävin saavutus oli koota masennuksen epidemiologiaa, etiologiaa, diagnostiikkaa, hoitoa ja sosiaalipsykiatriaa käsittelevä teos, jota käytännön mielenterveys-työtä tekevät saattoivat käyttää käsikirjana. “Yleislääkärin avuksi” tarkoitettua ja lääkeyhtiö Ciba-Geigyn kustantamaa *Lääkäri ja depressiopotilas* -kirjaa (1987) on seurannut samanlaisten kokoelmien ja monografioiden sarja aina Raimo Salokankaan *Kliininen depressio* -oppikirjaan (1997) ja Tapani Tammisen *Mielet maasta* -tietokirjaan (2001) asti. Tämä kirjallisuus pohjusti mielenterveysammattilaisten depressiokeskustelun voimistumista ja asiantuntijakonsensuksen luomista 1990-luvun alussa. Se myös osaltaan suuntasi julkista depression hoidon tehostamispolitiikkaa, jota näkyvimmin edusti STAKES:in Mieli Maasta! -kehityshanke. Kiinnostavana yksityiskohtana todettakoon, että Suomen Akatemian konsensusraportti (1995) on muodoltaan, masennushäiriöiden käsittelytavaltaan ja osittain kirjoittajakunnaltaan samanlainen kuin Achtén ja Tammisen toimittamat koelmat (Achté & Tamminen 1987; 1993).

Näiden asiakokonaisuuksien lisäksi masennustietoisuutta herättivät ja muokkasivat Suomessa niin sanottujen serotoniiniselektiivisten masennuslääkkeiden tulo markkinoille ja niiden markkinointi. Lääkelaitos hyväksyi fluoksetiinin vuonna 1988 ja sitalopraamin vuonna 1989 masennuksen lääkitsemiseen. 1990-luvun alussa Eli Lilly, Lundbeck ja muut lääkevalmistajat kävivät laajaan markkinointikampanjaan levittääkseen sanaa “kaikille” suomalaislääkäreille siitä, että Cipramil, Fontex ja muut SSRI-lääkkeet ovat yhtä tehokkaita kuin niin sanotut trisykliset masennuslääkkeet, että niillä ei ole huomattavia sivuvaikutuksia ja että niitä on helppo käyttää ja määrätä, koska pilleri päivässä -periaate soveltui kaikille potilaille. Markkinointi oli samalla koulutusta, sillä lääkäreille suunnatut leh-

tiset ja informaatiopakettit, seminaarit ja luentotilaisuudet sekä firmojen sponsoimat tieteelliset artikkelit opastivat tavallisia lääkäreitä tuntemaan masennussairauden luonteen ja sen yleisyyden väestössä. (Kanula 2007.) Se, mitä Suomessa tapahtui, ei ollut millään tavoin poikkeuksellista, sillä lääkefirmojen markkinointiosastot uurastivat tuohon aikaan kaikkialla teollistuneessa maailmassa samankaltaisten markkinointikampanjoiden parissa (Healy, 2004; Rose 2004, 110–117; 2006, 478–479; Applbaum 2006). Myös tulokset Suomessa vastaavat globaalia kehitystä: 1990-luvun kuluessa masennuslääkkeiden kulutus kasvoi kahdeksankertaiseksi ja on jatkanut kasvuaan tasaisesti seuraavalla vuosikymmenelläkin. Masennuslääkkeiden käyttäjien määrä on kaksinkertaistunut 1990-puolivälistä nykypäivään. Nykyään yli 300 000 suomalaista syö vuosittain masennuslääkkeitä. (*Suomen lääketilasto* 1990–2005; ks. myös Rose 2004.)

Edellä mainittujen vaikuttimien voimasta Suomeen vakiintui depression käsittelyn standardi, joka juurrutettiin kaikkialle länsimaiseen mielenterveystyöhön 1980-luvun puolivälin ja 1990-luvun lopun välillä. (Callahan & Berrios, 2005, 121–153; Helén, 2007.) Standardissa on kolme elementtiä. Ensimmäinen on epidemiologinen: masennus on yleisin mielenterveysongelma väestössä ja erittäin merkittävä kansanterveysongelma. Masennushäiriöiden ali-diagnosointi ja riittämätön hoito ovat ongelman ydin. Toinen elementti on diagnostinen: depressio on spesifi mielen-terveyshäiriö, joka määritellään kansainvälisten tautiluokitusten perusteella. American Psychiatric Associationin DSM-käsikirjan “vakava masennus” on masennuksen paradigma. Tämän perusteella masennus on mielialahäiriö, koska diagnoosin välttämätön edellytys on alentunut mieliala tai mielenkiinnon tai mielihyvän väheneminen. (Ks. jäljempänä). Kolmas elementti on terapeutinen: depressioiden hoito kuuluu valtaosin perusterveydenhuollon lääkäreille, ja perushoito koostuu masennuslääkityksestä ja seuranta-

käynneistä, joilla lääkäri antaa potilaalle tietoa lääkkeistä, valvoo että potilas on ottanut lääkkeet asianmukaisesti sekä antaa hänelle emotionaalista ja sosiaalista tukea.

OIREEN MUKAISESTI

Masennuksen käsittelyn standardia ei olisi olemassa vailla psykiatristen häiriöiden autorisoituja luokitteluja – siis vailla DSM-IV:a ja ICD-10:n neurologis-psykiatrisia häiriöitä koskevaa osaa – sillä yhdenmukaistettujen toimenpiteiden kohde on määritelty niiden käsikirjojen perusteella.

Nämä luokittelut ovat psykiatrian järjestytylin (Hacking 2002, 159–199)⁵ neljä vuosikymmentä sitten alkaneen muutoksen virstanpylväs. Yhdysvallat oli muutoksen aivot: uuskraepelinisteiksi itseään kutsuneet tieteellisen ja medikaalisen psykiatrian asianajat saavuttivat voiton “freudilaisista”, kun American Psychiatric Association virallisti uuden DSM-III-luokituksen vuonna 1980. Manuaali toi oireopin eli nosografian psykiatrisen ajattelun kivi-jalaksi, ja oireiden pohjalta rajatut psyykkisten häiriöiden kategoriat saivat avain- aseman mielenterveystyössä. (DSM-III ja IV -luokitusten muotoutumisesta ks. Kirk & Kutchins 1992; Wilson, 1993; Young

1995, 94–104; Luhrmann 2001, 158–265.)

Suomeen uusi nosografispainotteinen ajattelu ja kieli alkoivat rantautua 1980-luvun lopulla. Tuolloin meillä otettiin virallisesti käyttöön WHO:n ICD-luokitus (tuolloin ICD-8 ja -9). Vaikka DSM-IV:n kanssa pitkälle synkronoidun ICD-10:n suomalaisversio valmistui vasta vuonna 1996, siirtyminen kansainväliseen luokittukseen avasi portin psykopatologioiden uudennaiselle jäsennykselle. 1970-luvulla suomalaiset psykiatrit ja muut mielen- terveystyön ammattilaiset keskustelivat vielä neuroosin, psykoosin ja persoonallisuus- häiriön kolmijaon pohjalta, mutta jo 1990-luvun alun masennuskeskustelussa sovellettiin laajasti yhdysvaltaistyylistä jäsen- nystä. Itse asiassa useimmissa teksteissä aina Suomen Akatemian konsensusko- kouksen raporttia (1995) myöten masen- nus määriteltiin DSM-III-R -käsikirjan pe- rusteella. Näin Suomessakin masennuk- sen paradigmaksi mielenterveystyössä tu- livat APA:n raamatun esittämät vakavan masennuksen (*major depression*) diag- noosikriteerit, jotka myös virallinen ICD- 10 toistaa käytännöllisesti katsoen sa- manlaisina. Muun muassa tällaisessa muo- dossa “vakava masennus” on levinnyt mielenterveystyön harjoittajille.⁶

Vakava masennus (major depression) 2961-

Kliiniset ydinoireet

1. Masentunut mieliala.
 2. Mielihyvän, elämänilon ja elinvoimaisuuden sekä kiinnostuksen tunteiden väheneminen.
 3. Vähentynyt tai lisääntynyt ruokahalu ja sitä vastaavat merkittävät painonmuutokset.
 4. Unettomuus tai liiallinen nukkuminen.
 5. Psykomotorinen kiihtyneisyys tai estyneisyys.
 6. Väsymys.
 7. Kohtuuton arvottomuuden, syyllisyyden tai häpeän tunne.
 8. Keskeyttämiskyvyn heikkeneminen, päättämättömyys.
 9. Toistuvia kuolemaan liittyviä ajatuksia.
- Ainakin viisi oireista on esiintynyt samanaikaisesti vähintään kahden viikon aikana lähes päivittäin ja/tai suurimman osan päivästä.
 - Ei liity skitsofreniaan tai harhaluuloisuushäiriöön eikä voida osoittaa elimellistä tekijää aiheuttajana.

• Tapani Tamminen: *Depression tunnistaminen* (1995)

Monet pitävät DSM- ja ICD-luokituksia tieteellisesti ja käytännön psykiatrisen työn kannalta epätydyttävinä tai jopa epäkelpoina, triviaaleinakin (esim. Riikonen & Mattila 1994; Cooper 2004). Tästä huolimatta ne ovat nykyisen mielenterveyden hoitokoneiston pääratas, koska ne mahdollistavat mielenterveyshäiriön *käännettävyyden* asiayhteydestä toiseen. Oireiden "tarkistuslistat" tarjoavat yhteisen viittauspisteen ja mielenterveyshäiriöiden rajauksen, joka on helppo omaksua niin epidemiologiassa, lääketutkimuksessa, psykiatrisilla poliklinikoilla, terapeuttisissa käytännöissä, mielenterveyspoliittisissa muistioissa, kuntoutus- ja eläkepäätösten valmistelussa, lääkemainonnassa sekä jopa itsehoito-oppaissa ja -nettisivuilla. Oirelistat ovat kyllin spesifejä ja kyllin joustavia, jotta esimerkiksi masennus tai ahdistus voi siirtyä mielenterveystyön kontekstista toiseen. Itse asiassa psykiatrian laajeneminen ja muodonmuutos mielenterveystyöksi olisi ollut mahdotonta vailla tällaista kommunikointivälinettä. DSM tarjoaa siis *yhteisen kielen*. (Lakoff 2005, 12–14.)

Huomionarvoisin luokittelukielen edesauttava välitys on masennuksen tuleminen käsiteltäväksi perusterveydenhuollossa. Kuten mainittua, depression hoitostandardin ydin on se, että valtaosa masennuksesta diagnosoidaan ja hoidetaan perusterveydenhuollossa eli terveyskeskuksissa ja työterveyshuollossa. Masennushäiriön käsittäminen oireiden koosteena, joka voidaan esittää tarkistuslistana, tarjoaa lähtökohdan laatia yleislääkäreille diagnostisia välineitä helpottamaan masennuksen tunnistamista. Nämä välineet ovat yksinkertaisia strukturoituja kysymyspattereita, joiden avulla lääkäri voi todeta, onko potilaalla määritelmän mukaisia masennusoireita vai ei. Yksi esimerkki on edellä esitetty DEPS-asteikko. Mainittakoon, että nykyään nämä "seulat" ovat siirtyneet potilasoppaisiin ja Internetiin verkkoklinikoiden, potilasorganisaatioiden sekä lääketehtaiden info-sivujen vakiotarjontaan itsearviointin välineiksi (Hautamäki 2006, 53–56). DEPS-

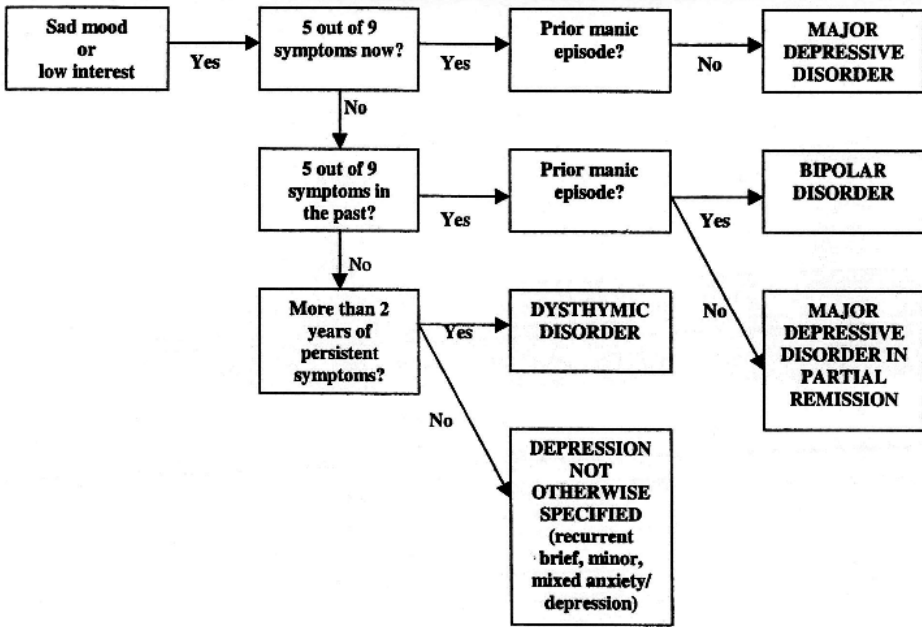
seulakin löytyy muun muassa Lundbeckin, Pohjoismaiden suosituimman masennuslääkkeen Cipramilin valmistajan, verkkosivuilta.

Oireiden ja oirehtimisen painoarvoa masennuksen hoidossa lisäävät myös toisentyypiset yleislääkäreille tarkoitetut diagnostiset apuvälineet. Mieli Maasta! -hankkeen piirissä syntynyt ja STAKES:in virallistama masennuksen tunnistamisen ja hoidon malli (Lehtinen 1994) esitteli suomalaislääkäreille diagnostisen päätöksentekoa algoritmin, jonka tarkoitus on täydentää virallisia luokituskäsikirjoja. Diagnostisipolku on otettu suoraan Yhdysvaltain terveysviranomaisten laatimasta masennuksen käsittelyn suosituksesta.

Tällainen diagnostisipolku on yritys ratkaista käytännössä se ongelma, että virallisten luokitusten vakiinnuttama masennushäiriön paradigma eli vakavan masennuksen oirekooste soveltuu hankalasti perusterveydenhuoltoon. Vakavan masennuksen oireista muodostui psykiatrisen erikoissairaanhoidon piirissä eli mielisairaloissa ja psykiatrisilla poliklinikoille tehdyssä epidemiologisessa, kliinisessä ja psykofarmakologisessa tutkimuksessa. Kuitenkin epidemiologinen tutkimus sekä kliininen kokemus ovat antaneet vakavan masennuksen kategoriasta poikkeavan nosografisen kuvan masennuksesta, jonka perusterveydenhuollon lääkärit kohtaavat työssään. Suomalaiskeskustelussa ja -tutkimuksissakin on tuotu esiin monien ulkomaisten tutkimusten osoittama asia: terveyskeskuslääkäreille masennus ilmenee epäspesifeinä alakulon tai mielialan poikkeavuuden ilmentyminä, somaattisiin oireisiin tai käyttäytymishäiriöihin naamioituneena masennuksena, eivätkä potilaat näytä selviä vakavaa masennustilaa indikoivia oireita. Toisin sanoen perusterveydenhuollossa masennus esiintyy lievässä, kroonisissa ja sekoittuneissa muodoissa.

Ohessa esitettyssä kaaviossa on polku, joka johtaa oireista "alentunut mieliala tai mielenkiinnon puute" (*sad mood or low*

Mielialahäiriöiden erotteludiagnoosi (*Depression in Primary care*, vol. 1, s. 20)



interest) diagnoosiin “muulla tavoin spesifioimaton masennus” (*depression not otherwise specified*). Viime mainittu on toki jäännösluokka mutta yhtä kaikki se löytyy virallisesta luokituskäsikirjasta. Yleislääkäreille tarjottu diagnostinen välineistö tarjoaa näin mahdollisuuden diagnosoida potilas masentuneeksi yksittäisen oireen perusteella ja alkaa hoitaa häntä. Virallinen luokituskin antaa tälle tukea, määrittelee se mielialan madaltumisen tai yleisen kiinnostumattomuuden masennushäiriön välttämättömäksi oireeksi. Näin masennuksen standardidiagnostiikka suuntaa korostamaan yksittäisiä mielialaoireita.

RISKI JA ENNAKOINTI

Edellä esittämiä siirtymien taustalla on psykiatrian kohteen historiallinen vaihtelevuus, jonka voi esittää vuosisataisena tarinana mielisairaudesta katoamisesta mielen terveyshäiriöiden tulemisesta mielen terveyshäiriöiden pääkohteeksi. Masennuksen osalta kyse on siitä, että alakulun ja toivottomuuden olotilan lääketieteellisen

ymmärryksen paradigma on siirtynyt maanis-depressiivisestä mielisairaudesta vakavaan masennukseen, joka viittaa sekä mielialahäiriönä käsitettyyn psykopatologiseen entiteettiin että oireiden koosteeseen. Tämän kehityskulun kuvauksesta puuttuu kuitenkin askel, joka on psykiatrian epidemiologisen käänteiden ydin: *riskin* tuleminen mielen terveyshäiriön tiedolliseksi ja käytännölliseksi polttopisteeksi.

Oireita ja oirehtimista korostavalla mielen terveyshäiriön määrittelyllä ja riskiajattelulla on läheinen yhteys. Tämä ilmenee ammattikirjallisuudessa hyvin usein esitetyssä käsityksessä, että “masennusoireiden ilmaantuminen kertoo oireettomiin verrattuna nelinkertaisesta vaarasta sairastua depressioniin” (Tamminen 2001, 52). Tällä tosiasialla on väliön yhteys epidemiologiseen riskilaskelmaan, sillä sitä ei voi perustaa pelkästään kliiniseen kokemukseen, vaan väite edellyttää tuekseen väestötutkimuksen tuottamaa tietoa. Oleellisinta on kuitenkin se, että lause ilmaisee ajatuksen masennushäiriöstä potentiaalinen eli mahdollisuutena ja todennäköisyytenä. Tällöin

oirehtiminen on *mahdollisen* masennuksen eli riskin indikaatio.

Riskiajattelu tuli suomalaiseseen psykiatriaan ja suuntasi masennustietoisuuden muodostumista konkreettisimmin *itsemurhien ehkäisyhankkeen* kautta. Hanke aloitettiin 1980-luvun puolivälissä, Kansanterveyslaitos oli keskeinen instituutio sen toteuttamisessa, ja toiminnan *primus motor* oli Jouko Lönnqvist (ks. Lönnqvist 1987). Se oli niin kutsutun skitsofreniaprojektin ohella merkittävin suomalaisen mielen terveystyön hanke 1970- ja 1980-luvuilla, lähtökohdiltaan korostetun sosiaalilääketieteellinen ja suuntautunut kansanterveystieteellisesti. Itsemurhien ehkäisyhanke oli kenties keskeisin vaikutin, joka suuntasi mielen terveysammattilaiset käsittämään masennuksen kansantautina ja teki masennuksesta mielen terveystyön silmäterän. Tämä tapahtui kahdella tavalla. Ensinnäkin hankkeessa tehdyissä tutkimuksissa osoitettiin vääjäämättömästi Suomen kansainvälisesti huomattavan korkea miesten itsemurhakuolleisuus. Toiseksi nuo tutkimukset osoittivat sen kansainvälisestikin tunnetun seikan, että merkittävin itsemurhaan liittyvä ja sitä ennustava tekijä on akuutti masennus. (Esim. Isometsä, Henriksson & Lönnqvist 1994.)

Jälkimmäinen ulottuvuus on merkittävä. 1970-luvun ja 1980-luvun alun psykiatriset epidemiologiat (esim. Lehtinen 1977; Väisänen 1975; Lehtinen & Väisänen 1979) olivat keskittyneet paljolti mielen terveyshäiriöiden prevalenssiin eli esiintyvyyteen. Sen sijaan itsemurhaepidemiologioissa psykiatrinen sairastavuus tematisoitiin *riskin* käsitteen kautta – ja häiriö tai oireyhtymä, johon riski konkreettisesti liittyi, oli masennus. Suomalainen mielen terveysajattelu siis juurtui 1970-luvulla epidemiologiaan, ja itsemurhaprojekti juurrutti tuota ajattelua entistä tiiviimmin sellaiseen sosiaalilääketieteelliseen lähestymistapaan, jossa keskeistä on terveyteen ja sairaaloloisuuteen vaikuttavien *riskitekijöiden* tutkiminen väestöaineiston ja tilastollisen analyysiin avulla. Epidemiologinen katse suun-

tautui aktuaalisen ohella mahdollisesti ja todennäköisesti tapahtuviin asioihin, ja pyrkimykseksi tuli ennakoida sairauden puhkeamista.

1970-luvun kansanterveysajattelu ja -politiikka olivat luoneet pohjaa riskiajattelulle yleisenä terveyspolitiikan viitekehyyksenä erityisesti sydän- ja verisuonitautien ehkäisyä edistäneen Pohjois-Karjala-projektin kautta. Itsemurhaprojektin “tulos” olikin hämmästyttävän samankaltainen Pohjois-Karjala-projektin kanssa. Masennus liittyi itsemurhiin saman tilastollisen logiikan kautta kuin kohonnut verenpaine ja veren kolesteroli sydän- ja verisuonitauteihin eli kaikki nämä merkitsivät kohonnutta kuolemanriskiä. Riskiryhmäkin oli sama: työtä tekevät, heikosti koulutetut miehet.

Itsemurhia ja niiden ehkäisemistä koskeissa keskusteluissa masennus tai vakavat masentuneisuusoireet itsessään näyttäytyivät tilastollisesti riskeinä eli huomattavimpina itsemurha-alttiutta lisäävinä tekijöinä. 1980- ja 1990-luvun vaihteessa riskitarkastelun painotus alkoi muuttua. Tuolloin tutkimuksissa ryhdyttiin erittelemään tekijöitä, jotka lisäävät tilastollista riskiä sairastua masennukseen ja saada masennusoireita. Yleiset mielen terveyshäiriöiden epidemiologiset tutkimukset alkoivat käsitellä erityisten häiriöryhmien esiintyvyyttä väestössä, mikä neuroosien osalta tarkoitti masennuksen sekä pelko- ja ahdistustilojen tarkastelua. Tutkimuksissa myös alettiin analysoida erikseen ahdistus- ja masennusoirehtimista ja taustamuuttajat, kuten sukupuoli, sosiaalinen asema ja asuinpaikka, alkoivat muuttua riskitekijöiksi. Ikään kuin huomaamatta tutkijat alkoivat tulkita häiriön tai oirehtimisen esiintyvyyteen voimakkaasti korreloivia taustamuuttajia riskitekijöiksi. Tämän lisäksi käynnistettiin tutkimuksia, joissa korostettiin psykologisia ja psykiatrisia muuttajia depressio-oirehtimisen ja -riskin määrittelyssä – näistä tunnetuin lienee Tampereen depressiotutkimus eli TADEP (ks. esim. Salokangas ym. 1996).

1990-luvulla psykiatrinen epidemiologia

kiinnittyi yhä tiukemmin sairausriskin käsitteeseen ja kohdentui uudelleen edellä kuvatulla tavalla. Tämän myötä psyykinen sairastavuus, joka 1970- ja 1980-luvuilla ilmeni neuroottisuutena ja psykosomaattisena oirehtimisena, tihentyi masennushäiriöksi – ja masennus oli tässä valossa merkittävä kansanterveysongelma.

Samalla kun masennuksesta tuli väestöllisen mielenterveysongelman tihentymä, masennus itsessään sukupuolittui. Mielenterveystyön depressiökäsikirjat hyödyntävät epidemiologisia riskilaskelmia esittäessään masennuksen erityisesti naisten ongelmana. “Naisten riski sairastua depression on miehiin verrattuna kaksinkolminkertainen” (Tamminen 2001, 52) – tätä erityisesti anglosaksisen epidemiologian kirkastamaa tosiasiaa toistetaan varsin viljalti kyseisessä kirjallisuudessa ja se esitetään myös Käypä hoito -suosituksessa (2004, 747–748), vaikka kotimaiset tutkimukset esittävät sekä tätä näkemystä tukevia (esim. Lehtinen & Joukamaa 1994, 8) että siitä poikkeavia tuloksia (esim. Poutanen 1996, 81, 91). Tässä valossa esiin nousee toinen riskiryhmä kuin itsemurhaprojektin tutkimuksissa: psykiatrisen epidemiologian mukaan naisena olominen altistaa masennukselle, miehenä olominen itsetuholle.

Riski ei sinänsä ole erityinen asia tässä yhteydessä. Se on tilastollinen käsite, jolla yksilötapaus suhteutetaan väestöön todennäköisyyden avulla, jolloin tämä suhde tulee tarkasteltavaksi laskettavissa olevien riskitekijöiden koosteena. Tällainen laskenta on rutiinia jopa sosiaalilääketiedettä laajemmassa medikaalisessa keskustelussa, ja sairastumisriski tai elinajanodote on muoto, jossa terveydestä ja sairaudesta väestöilmiöinä nykyään puhutaan. Toki riskin ajatus suuntaa medikaalista ymmärrystä ja katsetta *ennakoivaksi* ja muuntaa vaarat määriteltäviksi ja jopa laskettaviksi objekteiksi ja ikään kuin implikoi ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä. (Riskin käsitteestä ks. Ewald 1990, 141–147; 199; Castel 1991; Garland 2003.) Myöskään

prevention ajatus ei ole uutuus modernissa länsimaaisessa lääketieteessä.

Se, mikä masennusriskejä koskevassa keskustelussa on erityistä, juontuu riskin käsitteen monineuvoisuudesta ja siitä, että sen merkitys ja käyttö vaihtelevat asiayhteydestä toiseen (Dean 1999, 181–182, 188–191; Garland 2003). Tämän vuoksi riskiajattelu sisältää mahdollisuuden kääntää väestötasoinen sairastavuus – siis sairastumisriski – takaisin yksilöiden tasolle, ja tällainen käänös on varsin luonteenomaista nykyiselle mielenterveyskeskustelulle.

Kun ammatillisessa depressiokirjallisuudessa siirrytään masennuksen ongelmoinnissa väestötasolta ja epidemiologian piiristä kliinis-terapeuttiseen yhteyteen, näkyy selvä tendenssi yksilöllistää eli tapauskohtaistaa riski. Tällöin riskipuhe irttoa tiukasta tilastollisesta yhteydestä, *yksilölliset* mielenterveyden häiriöalttiudet ja -riskit alkavat korostua ja ennakoiva näkökulma vahvistuu. Jo edellä esitetty, kirjallisuuden taajaan toistama tosiasia, että “masennusoireiden ilmaantuminen kertoo oireettomiin verrattuna nelinkertaisesta vaarasta sairastua depression”, ilmentää käsitystä, että masennusoirehtiminen muodostaa riskin yksilötasolla. Tällaista liukumaa helpottaa epidemiologian ja diagnostiikan välineistön yhteensopivuus. DEPS-seula on hyvä esimerkki psykiatrian kliinisten käsikirjojen oirelistojen ja epidemiologisten tutkimusten diagnostisten instrumenttien vaaliheimolaisuudesta, sillä DEPS oli tarkoitettu paitsi yleislääkärin diagnoosivuksi myös toimimaan TADEP-hankkeen tutkimuksissa epidemiologisena mittarina (Salokangas, Stengård & Poutanen 1994; Poutanen 1996). Kaksoisroolin välityksellä masennusoireiden kliininen ja epidemiologinen tulkinta kietoutuvat toisiinsa. Kliinis-terapeuttisessa yhteydessä vastaukset ja mittarien antamat tulokset käsitetään masennushäiriön oireiksi, kun taas epidemiologian puitteissa ne osoittavat kasvanutta alttiutta eli riskiä sairastua masennukseen. Mielenterveyskeskustelussa niin

Suomessa kuin muuallakin länsimaissa nämä kaksi ulottuvuutta sekoittuvat. Tällöin yhtäältä puhe riskistä tapaus- ja henkilökohtaistuu ja toisaalta oireet aletaan käsittää riskiajattelun mukaisesti jonkin tulevan, mahdollisen, todennäköisen ilmenyminä.

HOIDOSTA HALLINTAAN

Mitä on masennus mielenterveystyön kohteena? Mitä mielenterveysammattilaiset hoitavat hoitaessaan masennusta?

Hiukan kärjistäen sanottuna nykyisen mielenterveystyön logiikan mukaan ammattiapu ei ensisijaisesti suuntaudu masennussairaudesta eikä edes mielialahäiriön hoitamiseen vaan on *riskinhallintaa*. Oireiden ja oirehtimisen korostuminen masennuksen hoitostandardissa on asettanut masennushoidon painopisteen normaalin surun ja vakavan masennuksen väliselle rajavyöhykkeelle eli "lievien" tai "keskivaikeiden" masennustilojen harmaalle alueelle. Tämä koskee erityisesti niin sanottua terveyskeskusmasennusta. Kun lisäksi oireet ymmärretään riskin lisääntymisen osoittimiksi, käy niin, että yletön alakuloisuus, surumielisyyttä, maissa oleminen ja vastaavat olotilat eivät ilmennä lääkäreille aktuaalista sairaus- tai häiriötilaa. Ne ovat pikemminkin merkkejä *tulevasta ja mahdollisesta* mielen ja käyttäytymisen häiriintymisestä, henkilön vaarasta tai alttiudesta joutua sisäiseen epäjärjestykseen. Niinpä diagnoosin antaminen ja mielialan häiriöihin puuttuminen, normaaliksi palauttaminen puheen, lääkkeiden tai molemmissa avulla on ehkäisevä ja ennakoiva toimenpide, joka kohdistuu potilasta mahdollisesti uhkaavaan sairastumiseen. Psykiatrin puuttuminen, psykoterapia tai lääke ei tällöin ole sairaanhoidon vaan elämänhallinnan väline.

Mielisairaaloissa ja mielenterveystoimistoissa toimivat lääkärit, terapeutit ja sairaanhoitajat, jotka jatkuvasti hoitavat syvästä masennuksesta kärsiviä ja kroonisesti masentuneita ihmisiä, tuskin varauksetta

hyväksyisivät tätä käsitystä masennuksen hoidon kohteesta. Myös laaja ulkomainen ja kotimainen omaelämäkertajallisuus, jossa ihmiset kuvaavat omakohtaisesti koettua vaikeaa ja pitkällistä tai kroonista masennussairautta todistaa vakuuttavasti edellä esitettyä näkemystä vastaan. Toki säyseämmin, "tasapuolisemmin" masennuksen mielenterveystyön kohteen voi kuvata jatkumoksi, joka ulottuu sairaustiloista oirehtimiseen ja esioireisiin sekä edelleen riskeihin ja alttiuteen. Yhtä kaikki mielenterveysajattelussa ja -työssä masennus koostuu kaksinaisesti: yhtäältä katse ja käytännöt suuntautuvat voittopuolisesti oireisiin ja riskeihin, samalla kun mielialahäiriöt jäsentyvät sairausmallin mukaan, itsenäiseksi psykopatologiseksi entiteetiksi.

Tämä kaksoisvalotus muotoutuu paljolti DSM-välineistön kautta, sillä käsikirja jäsentää mielenterveyshäiriöt ikään kuin itsenäisiksi kliiniksiksi asioiksi rajoittamatta kuitenkaan psykopatologioiden alaa tiukasti. Syistä ja selityksistä puhtaiden kliinisten oirekuvausten tarjoaminen sisältää julkilausumattomasti sen mahdollisuuden, että psykiatri tai muu mielenterveysasiantuntija tai jopa yleislääkäri voi diagnosoida psyykkiseksi häiriöksi kovin vaihtelevia asioita alkaen lasten huonosta käytöksestä ja päätyen vaikkapa miesten erektiöhäiriöön. (Rose 2006, 476.) Mielenterveyshäiriöiden rajattomuus korostuu laajenevassa mielenterveyden itsehoitokulttuurissa. Maallikkokirjallisuus, potilasoppaat, Internet-sivustot ja jopa lääkemainonta tuovat helposti saataville itsediagnoosinnan välineitä, jotka korostavat masennuksen oireita, alttiuksia sekä riskien ennakoivaa tunnistamista. Ja itsen ja oman elämäntilanteen oire- ja riskikartoituksesta vie polku itsen hoitoon, jossa elämänhallinta perustuu farmaseuttiselle ja/tai psykoterauttiselle mahdollisen masennuksen hoidolle (Hautamäki 2006).

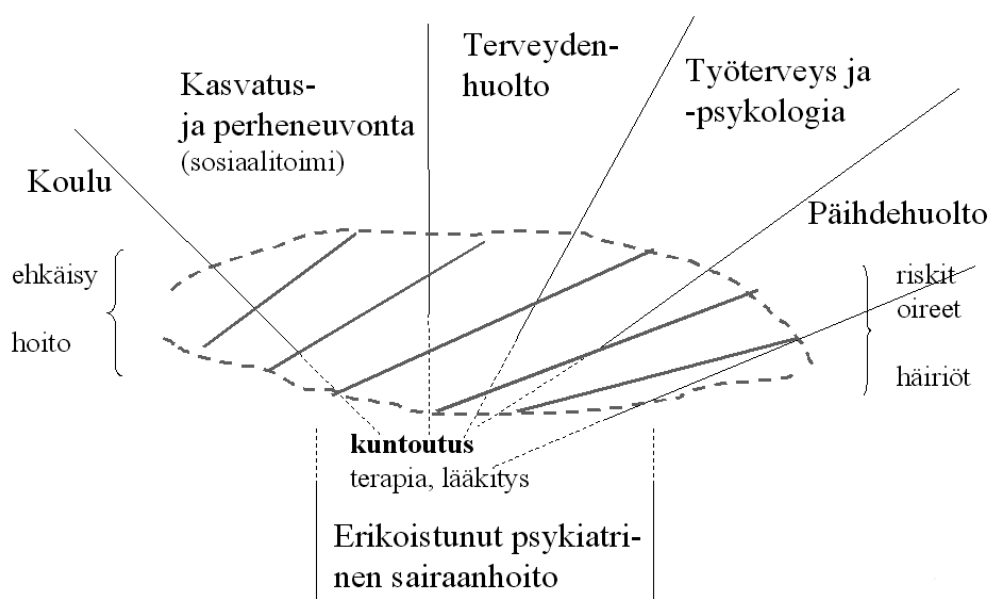
Psykiatrisen tiedon sekä psykoterauttisten ja -farmakologisten tekniikoiden astuminen riskin- ja elämänhallinnan palvelukseen on tapahtunut laajassa asia-

yhteydessä, jossa historiallisesti on kyse kaikkialla länsimaissa tapahtuneesta, 1950-luvulta eteenpäin kiihtyneestä muutoksesta. Sen myötä mielisairauksien hoito, mielisairaiden kontrolli ja henkilökohtainen itsestä huolehtiminen ovat sulautuneet ajatuksellisesti, käytännöllisesti ja jopa instituutionaalisesti yhteen. Näin on muodostunut mielenterveystyön alue, jonka voi havainnollistaa suomalaisen julkisen hyvinvointijärjestelmän puitteissa alla olevalta tavalla (ks. kaavio). (Helén 2007, 200–201.) Tätä kehitystä on kuvattu myös psykiatrian hajaantumiseksi yhteiskuntaan, muuttumiseksi mielenterveystyöksi ja terapiamarkkinoiksi (esim. Castel, Castel & Lovell 1982, 256–295), ja onpa myös puhuttu terapiakulttuurin synnystä (esim. Furedi 2004).

Nimitettiin nykyistä mielenterveystyön sommitelmaa miten tahansa, kaksi piirrettä ansaitsee huomiota. Ensinnäkin siinä mielenterveystyötä harjoittavat pääasiassa muut asiantuntijat kuin psykiatrit, ja esimerkiksi masennuksen osalta yleislääkärit ovat avain-

asemassa. Toiseksi moniammatillistumisen – jota voisi kuvata myös professionaaliseksi hajaantumiseksi – ohella mielenterveystyön kentällä on tapahtunut eräänlainen asiantuntemuksen demokratisoituminen ja popularisoituminen. Tämä ilmenee muun muassa vertaisapuryhmien ja -verkostojen kukoistuksena ja niiden piiristä nousseen maallikkoasiantuntemuksen leviämisenä. Tässä kehityksessä Internet on ollut ratkaisevan tärkeä. Eräänlaista maallikkojen asiantuntijuutta masennuksesta ja muista psyykkisistä häiriöistä on levittänyt ja rohkaissut myös Yhdysvaltain markkinoilta mallin saanut suoraan kuluttajalle -markkinointi, joka rohkaisee ihmisiä hakemaan lääkäriltä, terapeutilta tai psykiatrialta paitsi tiettyä hoitoa tai lääkettä myös ehdottamaan itselleen tiettyä diagnoosia. Lääkkeiden markkinointi suoraan kuluttajille on kiellettyä Euroopan Unionissa, mutta erilaisista häiriötiloista jaetaan runsaasti informaatiota suoraan asiakkaille lääketehtaiden verkkosivuilla ja muun muassa apteekeissa jaettavissa oppaissa.

Mielenterveystyön efektiivinen alue



Kuluneen neljännesvuosisadan aikana kehittynyt mielenterveystyön välineistö – alati laajeneva ja tihentävä tautiluokitus, epidemiologiset aineistot ja mittarit, seurantakäytännöt ja riskiarviointi, uudet lääkkeet, itsearviointiautomaatit Internetissä, entistä sofistikoituneempi lääkemarkkinointi – on alentanut kynnystä määrittää yksilö

psykiatrisen hoidon kohteeksi. Tämän vuoksi ihmisiä, joiden elämää, persoonaa ja moraalista uraa määrittävät mielenterveysongelmasta kärsiminen ja sen hoito, on yhä enemmän ja enemmän. “Enää ei tarvita mielisairaalan muureja pitämään ihmisen elämänkulku psykiatrin valvonnassa” (Rose 2006, 21).

viitteet

1. Psykiatrian kohteet eivät ole koskaan olleet lääketieteellisessä mielessä tiukasti rajattuja, koska psykopatologioiden etiologia on ollut epäselvä ja kiistanalainen ja koska luokittelujärjestelmät ovat olleet vakiintumattomia ja jopa idiosynkraattisia. Ironista on se, että kun 1980-luvulta eteenpäin kansainvälinen luokittelujärjestelmä on vakiintunut ja selkiytynyt, mielenterveystyön kohde määritetty nykyään oleellisesti toisenlaiseksi kuin se, mitä lääketieteessä käsitetään taudiksi.
2. Ajatus siitä, että sairaudet ovat olemukseltaan biologisten, kokemuksellisten ja sosiaalisten tekijöiden yhteisvaikutusta eli monitekijäisiä, vaikuttaa modernissa lääketieteessä psykiatriaa laajemmin. Se on perusymmärrys, jonka varassa psykosomaatiikan pioneerit jo 1930- ja 1940-luvuilla (ks. Greco 1998) sekä niin sanotun holistisen sairauskäsityksen asianajat 1970-luvulta alkaen (esim. Engel 1981) kritisoivat nykylääketiedettä hallitsevaa somaattista reduktionismia. Suomessa ymmärrys sairauksien monitekijäisyydestä ja “systeemi-olenteesta” sai keskeisen aseman sosiaalilääketieteen nousussa ja hyvinvointivaltion terveyspolitiikan suuntaamisessa 1960- ja 1970-luvuilla. Tapani Purolan (1972) esittämä niin sanottu Purolan malli oli erityisen vaikutusvaltainen tässä asiayhteydessä.
3. BDI:n täydellisessä versiossa on 21 muuttujaa, mutta tarjolla on myös lyhennetyt 13 ja 11 muuttujan versiot.
4. Raimo Raitasalo toki laati ensimmäisen suomalaisen depression epidemiologian jo vuonna 1977, ja sekin tehtiin KELA:n piirissä. Tutkimuksen ote oli aikanaan varsin tuore, sillä siinä muun muassa sovellettiin BDI-mittaria, mutta jollain tavoin se jäi ikään kuin psykiatrisen epidemiologian ensimmäisen ja toisen aalloon väliin. Tutkimus ei nostattanut kiihkeää keskustelua masennuksen yleisyydestä vaan masennusepidemian “löytäminen” vei vielä yli vuosikymmenen, ja tuolloin tehdyt tutkimukset omaksuivat vaikutteita kansainvälisestä epidemiologisesta tutkimuksesta eivätkä seuraneet Raitasalon avaamaa uraa.
5. Järkeilytyylin käsite on Ian Hacking kehittämä A. C. Crombien käsitteestä. Sen avulla hän teoksessaan *Styles of Scientific Thinking in the European Tradition* erotteli kuusi länsimaisen tieteen ajattelutyyliä. Hackingin mukaan tietyn tieteen käsitetyt diskursiimuodostuman objektiivisuus perustuu sen käyttämiin järkeilytyyleihin. Näin on siksi, että järkeilytyyli määrää sen, minkä propositionen totuutta ja valheellisuutta voidaan ylipäätään arvioida, mikä katsotaan evidenssiksi sekä mitkä kyseisen tieteen objektit, “lait”, “modaliteetit” ja todellisuus ylipäätään ovat. Hän katsoo myös, että järkeilytylien muutokset ovat välttämättömiä tieteellisen uutuuksien – siis uusien objektien ja totuusvaateiden – ilmaantumiselle.
6. Tämä esitys vakavan masennustilan oireista ja diagnoosikriteereistä on yksinkertaistettu virallisten tautiluokitusten määritelmistä. DSM-luokitus näet edellyttää, että yksi todetuista masennusoireista on joko masentunut mieliala tai merkittävästi vähentynyt mielenkiinto tai mielihyvä. Vastaavasti ICD-10-luokitus pitää kliinisen masennuksen välttämättömänä oireena yhtä seuraavasta kolmesta: masentunut mieliala, kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen, vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys.

- Achté, Kalle & Tamminen, Tapani (toim.) (1987) *Lääkäri ja depressiopotilas*. Helsinki: Depressionvastustamistyöryhmä & Giba-Geigy.
- Achté, Kalle & Tamminen, Tapani (toim.) (1993) *Depressio ja sen hoito*. Klaukkala: Recalled.
- Appelbaum, Kalman (2006) "Educating for global mental health: The adoption of SSRIs in Japan", teoksessa Adriana Petryna, Andrew Lakoff & Arthur Kleinman (toim.) *Global Pharmaceuticals*. Durham & London: Duke University Press.
- Callahan, Christopher & Berrios, German (2005) *Reinventing Depression*. Oxford et al: Oxford University Press.
- Castel, Robert (1991) "From dangerousness to risk", teoksessa Graham, Burchell, Colin Gordon & Peter Miller (toim.) *The Foucault effect*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.
- Castel, Robert, Castel, Françoise & Lovell, Anne (1982) *The Psychiatric Society*. New York: Columbia University Press.
- Cooper, Rachel (2004) "What is wrong with the DSM?", *History of Psychiatry* 15, 5–25.
- Dean, Mitchell (1999) *Governmentality*. London et. al.: SAGE.
- Depressio – tunnistaminen ja hoito*. Konsensuskokous 28.–30.11. 1994. Suomen Akatemian julkaisuja 1/1995.
- "Depression Käypä hoito -suositus" (2004), *Duodecim* 120, 744–764.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth edition, Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000 [DSM-IV-TR].
- Ehrenberg, Alain (2007) "Itseksi tulemiseen uupuminen. Yhteiskunnallis-historiallinen näkökulma masennukseen", *Tiede & edistys* 32:2, 89–102.
- Engel, George L. (1981) "The need for a new medical model: A challenge for biomedicine", teoksessa Arthur Caplan, H. Tristram Engelhardt & James McCartney (toim.) *Concepts of Health and Disease*. Reading, Mass.: Addison Wesley.
- Ewald, François (1990) "Norms, Discipline and the Law", *Representations* 30, 138–160.
- Ewald, François (1991) "Insurance and risk", teoksessa Graham, Burchell, Colin Gordon & Peter Miller (toim.) *The Foucault Effect*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.
- Foucault, Michel (2001) *L'herméneutique du sujet*. Paris: Gallimard.
- Furedi, Frank (2004) *Therapy Culture*. London: Routledge.
- Garland, David (2003) "The rise of risk", teoksessa Richard Ericson & Aaron Doyle (toim.) *Risk and Morality*. Toronto: University of Toronto Press.
- Greco, Monica (1998) *Illness as a Work of Thought*. London & New York: Routledge.
- Grob, Gerald (1991a) *From Asylum to Community*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Grob, Gerald (1991b) "Origins of the DSM-I: A study in appearance and reality", *American Journal of Psychiatry* 148, 421–431.
- Hacking, Ian (2002) *Historical Ontology*. Cambridge, MA. & London: Harvard University Press.
- Hautamäki, Lotta (2006) *Mahdollinen masennus. Eettinen työ valitusteksteissä*. Sosiologian pro gradu-tutkielma, Helsingin yliopisto.
- Healy, David (2004) *Let Them Eat Prozac*. New York & London: New York University Press.
- Heikkinen, Antti (1990) "Eugeniikka suomalaisessa mielenterveyshuollossa", *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 27, 298–305.
- Helén, Ilpo (2007) "Masennuksen tarinat", *Psykologia* 42, 196–210.
- Häggman, Kai (1997) *Suurten muutosten Suomessa. Kansaneläkelaitos 1937–1997*. Helsinki: KELA.
- Isometsä, Erkki, Henriksson, Markus & Lönnqvist, Jouko (1994) "Masennustilat ja itsemurha", *Duodecim*, 110, 341–346.
- Kaila, Martti (1942) "Über die Durchschnittshäufigkeit der Geisteskrankheiten und des Schwachsinnns in Finnland", *Acta Psychiatrica et Neurologica* 17, 47–67.
- Kanula, Saara (2007) *Elämänlaatua masennuslääkkeillä? Suomalaisen masennuslääkemainonnan tarkastelua*. Sosiologian pro gradu -tutkielman käsikirjoitus.
- Kirk, Stuart & Kutchins, Herb (1992) *The Selling of DSM*. New York: de Gruyter.
- Lakoff, Andrew (2005) *Pharmaceutical Reason*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lehtinen, Ville (1975) *Psykiatrisen hoidon tarve sekä mielisairauteen kohdistuvat asenteet*.

- Kansaneläkelaitoksen julkaisuja: AL 3.
- Lehtinen, Ville (toim.) (1994) *Depression hoito terveyskeskuksessa. Tunnistamis- ja hoitomalli*. Helsinki: Stakes.
- Lehtinen, Ville & Joukamaa, Matti (1994) "Epidemiology of depression: Prevalence, risk factors and treatment situation", *Acta Psychiatrica Scandinavica* 89, Supplementum 377, 7–10.
- Lehtinen Ville & Väisänen, Erkki (1979) *Psykiatrinen sairastavuus ja hoidon tarve Suomessa*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja: AL 12.
- Luhrmann, Tanya (2001) *Of Two Minds*. New York: Alfred A. Knopf.
- Lönnqvist, Jouko (1987) "Itsemurhien ehkäisyprojekti", *Suomen Lääkärilehti*, 42, 1251–1257.
- Poutanen, Outi (1996) *Depressio terveyskeskuspotilailla*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Purola, Tapani (1972) *A System Approach to Health and Health Policy*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja: E 66.
- Raitasalo, Raimo (1977) *Depressio ja sen yhteys psykoterapian tarpeeseen*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja: A 13.
- Riikonen, Eero & Mattila, Antti (1994) "Ovatko psykiatriset ongelmakäsitykset ja -luokitukset masentavia?", *Duodecim* 110, 347–359.
- Rose, Nikolas (2004) "Becoming of Neurochemical Selves", teoksessa Nico Stehr (toim.) *Biotechnology: Between Commerce and Civil Society*. New Brunswick & London: Transaction.
- Rose, Nikolas (2006) "Disorders without borders? The expanding scope of psychiatric practice", *BioSocieties* 1, 465–484.
- Salokangas, Raimo (1997) *Kliininen depressio*. Porvoo ym.: WSOY.
- Salokangas, Raimo, Stengård, Eija & Poutanen, Outi (1994) "DEPS – uusi väline depression seulontaan", *Duodecim* 110, 1141–1150.
- Salokangas, Raimo, Poutanen, Outi, Stengård, Eija, Jähi, Rita & Palo-oja, Timo (1996) "Prevalence of depression among patients seen in community health centres and community mental health centres", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 427–433.
- Salomon, Andrew (2002) *The Noonday Demon*. New York et al: Touchstone.
- Shorter, Edward (1997) *A History of Psychiatry*. New York: John Wiley.
- Sosiaalipsykiatria*. Helsinki: Tammi, 1989.
- Suomen lääketilasto 1990–2005*. Helsinki: Lääkelaitos & KELA.
- Tamminen, Tapani (2001) *Mielet maasta*. Klaukkala: Recallmed.
- Väisänen, Erkki (1975) *Mielenterveyden häiriöt Suomessa*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL: 2.
- WHO (2001) *Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: WHO.
- Wilson, Mitchell (1993) "DSM-III and the transformation of American psychiatry: A history", *American Journal of Psychiatry*, 150, 399–410.