

TAMPEREEN YLIOPISTO

Eve Rasku

MASENNUSLÄÄKKEET JA KRITIIKKI SUOMEN LÄÄKÄRILEHDESSÄ 2008–2014

Historian pro gradu -tutkielma

Tampere 2018

Tampereen Yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
RASKU EVE: Masennuslääkkeet ja kritiikki Suomen Lääkärilehdessä 2008–2014.
Pro Gradu -tutkielma, 126 s.
Historia
Toukokuu 2018

Tässä tutkimuksessa selvitän, miten masennuksen lääkkeellisestä hoidosta ja siihen kohdistuneesta kritiikistä kirjoitettiin Suomen Lääkärilehdessä 2008–2014. Masennuslääkitys on Suomen kansallisessa hoitosuosituksessa, Depression Käypä hoidossa, suositeltu hoitomuoto masennuksen jokaiseen vaikeusasteeseen. Aikarajauksen sisällä ilmestyi meta-analyysejä, joissa masennuslääkityksen teho kyseenalaistettiin ja jotka herättivät kansainvälistä keskustelua psykiatrian alalla.

Aineiston keräsin käymällä läpi Suomen Lääkärilehden vuosikerrat 2008–2014. Mukaan valikoin 349 artikkelia, joissa käsiteltiin masennuslääkitystä tai olennaisilta osin masennusta ja sen muita hoitokeinoja. Ryhmittelin aineiston temaattisesti eri osioihin ja kävin ne läpi sisällönanalyysin keinoilla. Analyysi esitetään tarkastelemalla ensimmäisessä osiossa lehdessä esiintyneitä reaktioita meta-analyyseihin, lehdessä muutoin esiintynyttä kriittistä suhtautumista masennuslääkkeisiin sekä sitä, miten masennusta ja masennuslääkkeiden toimintaa selitetään. Toisessa osassa tarkastellaan, miten potilaiden kokemat lääkehoidon negatiiviset sivuvaikutukset lehdessä esitetään ja miten eri potilasryhmiä hoitosuositusten kannalta käsitellään.

Suomen Lääkärilehdessä oli vain vähän reaktioita meta-analyyseihin ja niistä uutisointi oli joko neutraalia tai negatiivista. Lehdessä esiintyi aikarajauksessa myös muita masennuslääkkeisiin kriittisesti suhtautuvia tai niiden negatiivisia puolia käsitteleviä artikkeleita. Tällöin mukaan liitettiin usein välitön vastine, jossa puollettiin Depression Käypä hoidon linjausta. Vaikka masennuslääkkeiden toimintamekaniikka perustuu teoriaan, jossa masennusta selitetään välittäjäaineiden epätasapainolla, ei tämä selitysmalli noussut esille masennusta tai masennuslääkkeiden toimintaa käsittelevissä artikkeleissa. Masennuslääkitys korostui kokonaisuudessa merkittävästi esimerkiksi psykoterapiaa enemmän. Masennuslääkityksen asema masennuksen ensisijaisena hoitomuotona näyttäytyi aineistossa vakaana.

Sivuvaikutuksia koskevissa kirjoituksissa korostuivat subjektiivisesti koettuja ja elämänlaatuun vaikuttavia haittavaikutuksia enemmän somaattiset vaikutukset sekä vaikeus saada sivuvaikutuksia kokeva potilas sitoutumaan hoitoon. Potilasryhmien kohdalla erityisen vertailun kohteeksi nousivat raskaana olevat naiset sekä lääkärit potilaina. Huolimatta siitä, että masennuslääkkeet nostavat raskaudenaikaisia riskitekijöitä, lääkitystä suositeltiin odottaville äideille muttei lääkäreille. Lääkäreiden kohdalla masennusta selitettiin psykososiaalisin perustein eikä lääkitystä siten suositeltu. Masennuksen selittäminen potilaan tai potilasryhmän yksilöllisillä ominaisuuksilla ja kokemuksilla nousi selittäväksi tekijäksi empaattiseen suhtautumiseen ja keskusteluavun painottumiseen hoitosuosituksissa.

Sisältö

1. Johdanto.....	1
1.1 Tutkimuskysymys	1
1.2 Aikarajaus ja masennuslääkkeitä kritisoineet meta-analyysit.....	3
1.3. Psykofarmakologian kriittinen historia ja aiempi tutkimus	6
1.4. Käsitteet	10
1.4.1. Masennuslääkkeiden negatiiviset puolet	10
1.4.2. Masennus ja depression Käypä hoito	12
1.6. Aineiston esittely ja metodologia	15
1.6.1. Suomen Lääkärilehti.....	15
1.6.2. Sisällönanalyysi ja tieteellinen terveystjournalismi	16
1.6.3. Aineiston kerääminen	18
1.6.4. Aineiston ryhmittely ja ulosrajatut keskustelut.....	19
2. Masennuslääkkeet historiallisena ilmiönä	23
2.1. Psykiatristen täsmälääkkeiden ja diagnostiikan synty.....	23
2.2. Monoamiiniteorian vakiintuminen ja SSRI-lääkkeet.....	29
3. Masennuslääkityksen kritiikki Suomen Lääkärilehdessä	34
3.1. Reaktiot meta-analyysiin	34
3.1.1. Plasebovaikutus masennuslääkkeiden toiminnassa.....	44
3.2. Epäsuora responsi ja kriittiset äänet	48
3.2.1. Hoidon lääkepainotteisuus	48
3.2.2. Medikalisaatio.....	51
3.3. Masennuksen ja lääkityksen tehon selittäminen	54
3.3.1. Ongelmat paranemisen selittämisessä	55
3.3.2. Masennus ja masennuksen selittäminen.....	58
3.3.3. Masennuslääkkeiden toiminnan selittäminen.....	67
4. Masennuslääkkeet potilaiden käytössä	72
4.1. Sivuvaikutukset	72
4.1.1. Itsetuhoisuus.....	74
4.1.2. Seksuaalisuus ja hoitoon sitoutumisen problematiikka	77
4.1.3. Lääkityksen lopettaminen.....	79
4.1.4. Masennus vai lääkkeet oireiden selittävänä tekijänä.....	81

4.2. Masennuslääkkeet eri potilasryhmissä.....	82
4.2.1. Masennuslääkkeet ja raskaus	84
4.2.2. Lääkärit potilaina.....	89
5. Loppupäätelmät.....	96
Lyhenteet	100
Lähteet ja kirjallisuus.....	101
Liitteet	108
Hermosto ja välittäjäaineet	108
Yleisimmät masennuslääketyypit	109
ICD-10:n mukaiset masennuksen oirekriteerit	110
Suomen Lääkärilehti 2008–2014 – mukaan valikoidut artikkelit.....	111

1. Johdanto

1.1 Tutkimuskysymys

Tämä tutkimus selvittää, miten masennuslääkkeistä keskusteltiin Suomen Lääkärilehdessä 2008–2014. Aikavälillä ilmestyi lukuisia meta-analyysejä, joissa masennuslääkkeiden tehoa kyseenalaistettiin samalla kun masennuslääkkeet toimivat länsimaissa masennuksen pääasiallisena hoitomuotona. Tutkimuksen kohteena on masennuslääkkeisiin kohdistuneen kritiikin esiintyminen Suomen Lääkärilehdessä sekä lehdessä esiintyneet suositukset masennuslääkkeiden käytöstä masennuksen hoidossa tämän kritiikin kannalta. Tutkimus jakautuu apukysymyksiin, joissa selvitetään 1) millainen oli Suomen Lääkärilehden responssi masennuslääkkeiden tehoa kyseenalaistaneisiin meta-analyyseihin, 2) miten masennuslääkkeiden kriittisiä puolia lehdessä käsiteltiin, 3) miten masennusta ja masennuslääkityksen tehoa selitettiin sekä 4) miten masennuslääkkeiden haittavaikutuksia käsiteltiin ja 5) millaisia eroja masennuslääkitystä koskevista suosituksista ja kirjoituksista löytyi eri potilasryhmien välillä.

WHO:n vuoden 2012 arvion mukaan maailmassa on 350 miljoonaa masennuksesta kärsivää ihmistä, yksi kahdestakymmenestä on kärsinyt masennuksesta viimeisen vuoden sisällä, ja maakohtaisesti katsottuna elinikänsä aikana masennukseen sairastuu maasta riippuen 8-12 prosenttia väestöstä.¹ Masennuksen yleisin hoitomuoto maailmanlaajuisesti ja etenkin länsimaissa on masennuslääkkeet. Kotimaisesti tarkasteltuna niitä syö tällä hetkellä noin joka kymmenes suomalainen, ja vielä useampi syö niitä jossain vaiheessa elämässään. Ne kuuluvat Suomessa kymmenen määrättyimmän lääkeryhmän joukkoon, ja reseptejä niille kirjoitetaan vuosittain enemmän kuin vaikkapa hormonaaliselle ehkäisylle tai tulehduskipulääkkeille.²

Kansallinen hoitosuositus, Depression Käypä hoito, suosittelee masennuksen kaikkien vaikeusasteiden hoitoon ensi sijassa masennuslääkkeitä, mutta myös muita hoitomuotoja, joista merkittävin on kognitiivinen tai psykoanalyttinen psykoterapia. Silti psykoterapia masennuksen

¹ Depression: A global crisis.

http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf?ua=1
[Viitattu 24.5.2018]

² Suomen virallinen tilasto: Lääkäreiden eniten määräämät (10) lääkeryhmät 2017 [verkkojulkaisu]. Helsinki: Kela [viitattu 24.4.2018].

hoidossa toteutuu vain harvoin: Vuonna 2012 masennuksen vuoksi määrääkaikaista kuntoutustukea tai työkyvyttömyyseläkettä hakeneista vain kymmenesosalle harkittiin tai myönnettiin kuntoutuspsykoterapiaa.³

Vaikka lääkitys on yleisesti hyväksytty masennuksen pääasialliseksi hoitomuodoksi ja sitä pidetään vaikuttavana, näyttöön perustuvana hoitomuotoa, on masennuslääkityksen tehoa etenkin viimeisen kymmenen vuoden aikana kyseenalaistettu. Vuosina 2008–2014 masennuslääkkeisiin kohdistunut kritiikki nousi kansainvälisessä keskustelussa pinnalle aikavälillä julkaistujen, masennuslääkkeiden tehoa selvittäneiden meta-analyyseiden vuoksi. Näissä meta-analyyseissä masennuslääkkeiden teho osoittautui luultua heikommaksi. Meta-analyysit saivat kansainvälisesti psykiatrian alalla aikaiseksi kohahduksen, ja niistä uutisoitiin ja käytiin keskustelua monissa vaikutusvaltaisissa lääketieteen alan julkaisuissa.⁴

Suomen Lääkärilehdessä otettiin kantaa kyseiseen keskusteluun vain hyvin rajatusti, ja kannanotoissa lehti pääasiassa seisoi masennuslääkkeiden perinteisen käytön ja kansallisen depression Käypä hoito -suosituksen takana. Näiden kannanottojen selvittäminen oli tutkimuksen ensimmäinen päätehtävä. Kuitenkin masennusta, masennuslääkkeitä ja niiden käyttöä käsitellään lehdessä säännöllisesti. Tutkimuksen toinen päätehtävä oli selvittää, millaista tämä käsittely oli ja huomioitiinko lehdessä näiltä osin masennuslääkityksestä esille nostettua kritiikkiä ja niiden negatiivisia puolia. Negatiivisiksi puoliksi määritellään tarkemmin sivuvaikutukset, pitkäaikaiskäyttö sekä responsi lääkkeiden tehoa negatiivisesti arvioineisiin meta-analyyseihin. Aineistossa käydyn keskustelun tulkinnassa hyödynnetään aikavälillä psykiatrian alaa ja psyykenlääkkeitä kohtaan esitettyä kritiikkiä.

Yhtenä tarkastelun kohteena tutkittavassa aineistossa osaltaan on, miten masennusta Lääkärilehdessä aikavälillä selitetään. Masennusta on selitetty 1900-luvun loppupuolelta asti biologisilla syillä, joista tärkein on välittäjäaineiden epätasapainoon nojaava monoamiiniteoria. Tämän teorian mukaan masennuksen uskotaan johtuvan monoamiineihin kuuluvien hermoston välittäjäaineiden, serotoniinin, dopamiinin ja noradrenaliinin, epätasapainosta. Yleisimmät masennuslääketyypit ovat toimintaperiaatteeltaan teoriaan pohjaavat SSRI -lääkkeet eli selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät sekä SNRI -lääkkeet eli serotoniinin ja noradrenaliinin

³ Suominen, Kronqvist, Karjalainen, Husmann 2013.

⁴ Esim. Kopakkala 2015, s. 75–81.

takaisinoton estäjät. Kuitenkaan monoamiiniteoriaa ei ole kyetty todistamaan, eikä sitä nykypsykiatriassa enää esitetä sellaisenaan. Toisaalta masennuksen selitysmalleihin kuuluvat myös sosiaaliset, yhteiskunnalliset ja perinnölliset tekijät.⁵ Tutkimuksessa tarkastellaan, milloin lehdessä tuodaan esille mitään selitysmallia.

Tutkimuksessa esiintyy tästä eteenpäin lääketieteen alaan liittyviä termejä kuten masennuslääketyyppejä ja niiden vaikuttavia aineita. Liitteenä olevat luvut, Hermosto ja välittäjäaineet sekä Masennuslääketyypit, toimivat tarvittaessa lukijan apuna tämän erikoissanaston ymmärtämisessä. Luvut esittelevät lyhyesti ja yleistajuisesti masennuslääkkeiden toimintaperiaatteet sekä masennuslääketyypit.

Tutkimus on luonteeltaan lähihistorian ja tieteenhistorian alaa, ja siinä on lääketieteen osalta vahvasti poikkitieteellisiä elementtejä.⁶

1.2 Aikarajaus ja masennuslääkkeitä kritisoineet meta-analyysit

Aikarajauksen merkitseviksi tekijöiksi on valittu vuodelta 2008–2014 neljä masennuslääkkeitä käsitellyttä meta-analyysia⁷ sekä Suomessa keväällä 2014 esitetty Ylen dokumentti MOT: Masentavat lääkkeet. Vuonna 2008 masennuslääkekeskustelussa voi katsoa avautuneen uusi vaihe, kun tutkijaryhmät Turner ynnä muut sekä Kirsch ynnä muut julkaisivat kaksi merkittävää meta-analyysia masennuslääkkeiden vaikutuksesta. Näissä tutkimuksissa masennuslääkkeiden teho osoittautui heikoksi, mikä viritti laajempaa kansainvälistä keskustelua alalla ja avasi samankaltaisten tutkimusten sarjan. Tämän tutkimuksen alkuperäinen hypoteesi oli, että nämä meta-analyysit kenties toisivat ajankuvan mukaisesti esille monipuolisia kannanottoja masennuslääkkeistä tai ainakin sallisivat useampia keskustelunavauksia. Nytkin ne tarjoavat kontekstin aikavälille, jolla masennuslääkekeskustelua on tässä tutkimuksessa taltioitu.

Turner et al. selvittivät 2008 masennuslääketutkimuksissa esiintyvää julkaisuharhaa.

Tutkimusaineisto koski Yhdysvaltain elintarvike- ja lääkevirasto FDA:lle lähetettyä yhteensä 74 lääketutkimusta vuosien 1987 ja 2004 välillä. Mukaan kuului tutkimuksia kahdestatoista tuona

⁵ Moncrieff 2009, s. 9–10.

⁶ Työn esilukijana on lääketieteellisen näkökulman faktuaalisuuden varmistamiseksi toiminut LL Tuomas Niemi.

⁷ Meta-analyysi on tilastollinen tutkimusmenetelmä, jossa kvantitatiivinen analyysi laaditaan useamman aihetta käsitelleen aiemman tutkimuksen perusteella.

aikana markkinointiluvan saaneesta masennuslääkkeestä sekä neljästä uudemmassa masennuslääkkeestä.⁸

Jotta FDA hyväksyisi uuden lääkkeen, on kyseisestä lääkeaineesta oltava vähintään kaksi tutkimusta, joissa lääke osoittautuu lumetta tehokkaammaksi.⁹ Sille, montako tutkimusta kustakin lääkeaineesta laaditaan, ei ole ylärajaa. Kaikkia FDA:lle lähetettyjä tutkimuksia ei julkaista. Turnerin ynnä muiden aineistossa mukaan otettiin myös lehdissä julkaisemattomat tutkimukset. Julkaisemattomia tutkimuksia aineistossa oli 31 %. Yhtä lukuun ottamatta kaikki julkaisemattomista tutkimuksista tuottivat masennuslääkkeistä yksiselitteisen negatiivisia tai ristiriitaisia tuloksia. Julkaistuista tutkimuksista 94 % antoi näennäisesti positiivisia tuloksia. Kuitenkin tutkijaryhmät selvittivät meta-analyysissään myös FDA:n kannan asiaan: Positiivisista tuloksista vain 54 % oli myös FDA:n mukaan hyväksyttäviä. Tämä tarkoittaa, että kaikista analysoiduista tutkimuksista vain 35 % aidosti puolsi masennuslääkkeiden tehoa.¹⁰

Kirschin tutkimuksessa 2008 selvitettiin masennuslääkkeiden tehoa plaseboon verrattuna. Mukaan valittiin neljä lääkeainetta: fluoksetiini, paroksetiini, venlafaksiini ja nefatsodon. Kolme ensimmäistä ovat myös Suomessa laajamittaisesti käytössä. Paljastui, että näillä lääkeaineilla saatava kliininen teho erosi plasebosta eli lumeesta kansainvälisesti masennuksen vaikeasteisuuden arvioinnissa käytettävällä Hamiltonin asteikolla vain 1,6-1,7 pisteellä. Ero on häviävän pieni eikä sitä voi pitää kliinisesti merkittävänä. Hamiltonin asteikolla 0-7 pistettä kuvaa täysin tervettä ihmistä, kun taas 20 pistettä kuvaa keskivaikeaa depressiota. Iso-Britanniassa NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) on antanut kliinisesti merkittävälle erolle arbitraarisen miniarvon 3. Kaiken kaikkiaan tutkimuksessa todettiin, että masennuslääkkeiden teho suhteessa plaseboon kasvoi hieman suuremmaksi vakavan masennuksen kohdalla. Kuitenkin eroa ei selittänyt niinkään masennuslääkityksen tehokkuus, vaan vakavaan masennukseen kytkeytyvä heikko responsialttius plaseboon.¹¹

Vuonna 2010 tutkijaryhmä Fournier et al. julkaisi pienemmän meta-analyysin, jonka tarkoitus oli niin ikään verrata toisiinsa masennuslääkkeen ja plasebon tehoa. Tällä kertaa FDA:lta poimittu

⁸ Turner et al. 2008.

⁹ Esim. Healy 2012, s. 63.

¹⁰ Tacke 2008; Turner et al. 2008.

¹¹ Kirsch et al. 2008; Moncrieff 2009, s. 139–140; Gøtzsche 2014; McGoey 2010.

aineisto oli pieni – siihen sisällytettiin vain kuusi tutkimusta, joihin oli osallistunut yhteensä 718 potilasta. Tulokset heijastelivat Kirschin löytöä: Lievissä ja keskivaikeissa masennustapauksissa masennuslääkkeiden teho havaittiin ”pieneksi tai olemattomaksi”. Tehon havaittiin kasvavan masennuksen vaikea-asteisuuden mukana, mutta myös vaikeissa masennustapauksissa hyötyä pidettiin vain nimellisenä.¹²

Nämä ja muut vastaavat tutkimukset eivät jääneet tiedeyhteisöltä huomaamatta. Kesäkuussa 2011 FDA julkaisi oman tutkimuksensa, jonka toteutti tutkijaryhmä Khin et al. Aineistoksi valikoitui FDA:n arkistosta 81 masennuslääkkeiden tehoa koskevaa kaksoissokkotutkimusta, jotka käsittivät yhteensä 21 661 potilasta. Tutkimuksissa havaittiin, että keskimäärin 53 % tutkimuksista puolsi masennuslääkkeiden tehoa. Kuitenkin aineistossa oli selkeä maantieteellinen ero: Yhdysvalloissa tehdyistä tutkimuksista jopa 58 % olivat menestyksekkäitä, kun taas muualla suoritetuista tutkimuksista vain 33 % puolsi masennuslääkkeiden tehoa. Kuusi viikkoa kestäneet tutkimukset antoivat myönteisempiä tuloksia kuin kahdeksan viikkoa kestäneet, ja vuoden 1995 jälkeen tehdyt tutkimukset olivat vähemmän myönteisiä kuin vanhemmat tutkimukset. Lopuksi Khin et al. totesivat, että eniten tutkimuksen myönteiseen lopputulokseen vaikutti, miten vakavasta masennuksesta oli kyse.¹³

Edellä esitellyissä tutkimuksissa aineistot on kerätty pelkästään FDA:lle lähetetyistä, masennusta koskevista tutkimuksista. Vuonna 2014 tutkijaryhmä Sugarman et al. otti aiheeseen erilaisen lähestymistavan. Heidän tarkoituksensa oli selvittää, millainen SSRI:n teho on, kun meta-analyysiin valitaan sekä masennusta että ahdistusta koskevia tutkimuksia. Tällä kertaa tutkijaryhmä keräsi aineistonsa suoraan lääkeyhtiö GlaxoSmithKlinelta.¹⁴

Vuonna 2004 lääketehdas GlaxoSmithKline joutui kohun keskelle, kun sen havaittiin julkaiseen masennuslääke paroksetiinista valikoitua tietoa ja siten kätkenneen tutkimustulokset, joissa paroksetiinin havaittiin nostavan lasten ja nuorten itsemurha-alttiutta. Sovittelussa

¹² Fournier et al. 2010.

¹³ Khin et al. 2011.

¹⁴ Sugarman et al. 2014, myös seuraavasta.

GlaxoSmithKline veloitettiin julkaisemaan internet-sivuillaan kaikki rahoittamansa lääketutkimukset.¹⁵ Niinpä Sugarman ynnä muut valitsivat kohteekseen paroksetiinin.

Huolimatta erilaisesta tutkimusasetelmasta Sugarmanin ynnä muiden tulokset osuvat samaan linjaan aiemman tutkimuksen kanssa. Ero plasebon ja paroksetiinin välillä oli Hamiltonin asteikolla vaatimaton. Paroksetiinihoito ei ollut tehokas ahdistushäiriöiden hoidossa, joskin paniikkihäiriön kohdalla sen teho oli parempi. Kokonaisuudessaan plasebon teho oli tutkimuksen mukaan 79 % paroksetiinin tehosta.

Suomessa 26.5.2014 ilmiö nousi pinnalle, kun Yle esitti dokumentin MOT: Masentavat lääkkeet. Ohjelma herätti kohua, sillä osa haastateltavista kyseenalaisti siinä masennuslääkkeiden tehoa. Yksi kyseenalaistajista oli psykologi Aku Kopakkala, joka haastattelun seurauksena irtisanottiin työstään Mehiläinen Oy:n kuntoutusjohtajana. Mehiläinen perusteli irtisanomista toteamalla Kopakkalan kritisoineen depression Käypä hoito -suositusta.¹⁶

1.3. Psykofarmakologian kriittinen historia ja aiempi tutkimus

Tämän tutkimuksen lähtökohtana on masennuslääkkeiden käyttöön liittyvät ongelmat ja niihin kohdistunut kritiikki niiden aseman ja kulutuksen kultakautena. Psykiatrian 1900-luvun jälkipuolen historiaa on määrittänyt psykofarmakologinen vallankumous ja biologisen psykiatrian nousu. Tämä kehityskulku alkoi Yhdysvalloista 1950- ja 1960 -lukujen taitteessa, ja sen myötä psykiatrian voi katsoa alkaneen painottua ennen kaikkea diagnostiikan ja lääkityksen ammattikunnaksi.¹⁷ SSRI-lääkitys yleistyi 1990-luvulla ja loi samalla kysynnän aivan uudentlaiselle lääketyypille. 2000-luvulle siirryttäessä masennuslääkkeet olivat muuttaneet mielenterveyden hoidon käytäntöjä merkittävässä määrin.¹⁸

Lääkekritiikki on ilmiönä vanha, ja esimerkiksi jo bentsodiatsepiinien käyttöön kohdistui 1970-luvulla merkittävää kritiikkiä, joka johti lääketyypin määräyskäytäntöjen muutokseen. Myös niin sanottuja ensimmäisen polven masennuslääkkeitä, MAO-salpaajia sekä trisyklisiä

¹⁵ Healy 2012, s. 86–87.

¹⁶ Kopakkala 2015, s. 9–10.

¹⁷ Micale 2014.

¹⁸ Hautamäki, Helén, Kanula 2011, s. 78–81.

masennuslääkkeitä, on aikanaan kritisoitu.¹⁹ Kuitenkin edellä esitellyissä meta-analyyseissä ilmi käynyt, erityisesti SSRI-lääkitykseen kohdistunut kritiikin aalto on uusi ilmiö, ja siten sen tutkiminen muutoin kuin lähihistorian valossa on mahdotonta: Tutkimuksen aikarajauksessa kiteytyvät sekä masennuslääkkeiden asema masennuksen ensisijaisena hoitomuotona että niitä kohtaan esitetty kritiikki.

Tutkimuksen näkökulma on sidottu lääketieteeseen ja erityisesti tiettyyn lääketyyppiin. Se ei siten liity mielen terveyden historian filosofisen tai kulttuurisen tutkimuksen perinteisiin, joiden parista löytyy myös psykiatrisia käytäntöjä kritisoineita tutkimusperinteitä. Esimerkiksi tunnettu psykiatria ja sen sairauskäsityksiä kritisoinut niin sanottu antipsykiatrinen liike juontaa juurensa 1960-luvulle. Sen merkittävin edustaja oli Michel Foucault, jonka töiden voi katsoa luoneen pohjan kriittiselle hulluuden historialliselle ja filosofiselle tutkimukselle.²⁰

Psykykenlääkkeiden historiaa ja niihin kohdistunutta kritiikkiä on tutkittu kansainvälisesti lääketieteen ja psykofarmakologian historian näkökulmasta. Psykiatri Joanna Moncrieff on kirjoittanut psykykenlääkkeistä sekä niiden historiallisesta taustasta ja niiden määräämisen nykykäytäntöihin johtaneista kehityskuluista.²¹ Psykiatri ja psykofarmakologian professori David Healy on tutkinut lähihistorian ja tieteen historian kannalta itsetuhoisuuden ja masennuslääkkeiden välistä yhteyttä, lääketeollisuuden ja psykiatrian välisiä sidonnaisuuksia ja farmakologian historiaa. Hän on tullut tunnetuksi nykypsykiatrian kriitikkona. Psykykenlääkkeiden historiasta hänen tunnetuimmat monografiinsa ovat *The Antidepressant Era* sekä *The Creation of Psychopharmacology*. Masennuslääkityksen lisäksi Healy on kirjoittanut myös kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä ja mielialantasaajista sekä diagnostiikasta.²²

Jo edellä on mainittu psykologian tohtori ja Harvard Medical Schoolin luennoitsija Irving Kirschin tutkimus masennuslääkkeiden ja plasebovaikutuksen parissa. Kirsch on uransa aikana tutkinut plasebovaikutusta ja masennuslääkitystä, ja käsittelee näitä ja monoamiiniteoriaa sekä

¹⁹ Moncrieff 2009 s. 40–41.

²⁰ Lyhyt selvitys antipsykiatrisesta liikkeestä katso Pietikäinen 2013 s. 381–383. Foucaultilaisesta terveyden ja vallan tutkimuksesta Suomessa katso Järvi 2011 s. 137–138. Katso myös Moncrieff 2009 s. 12–13.

²¹ Esim. Moncrieff 2009.

²² Healy 2012.

lähihistorian että nykyhetken kannalta teoksessaan *Emperor's New Drugs*.²³ Lääketiedejournalisti ja historiakirjailija Robert Whitaker käsittelee psykiatrian nykytilaa ensisijassa historiallisen kehityksen kannalta. Whitaker on käsitellyt myös välittäjäaineteorioita psyykenlääkkeiden taustalla sekä niiden historiaa. Monografioissa sekä yhteisissä artikkeleissa Whitakerin kanssa rakenteellista korruptiota, diagnostisia järjestelmiä, hoitokäytäntöjen eroja sekä psyykenlääkkeiden nykykäyttöä on tutkinut myös psykologi Lisa Cosgrove.²⁴

Lääketieteen historian professori Edward Shorter on käsitellyt psykofarmakologian kriittistä historiaa teoksissaan *How Everyone Became Depressed: The Rise and Fall of the Nervous Breakdown* (2013) ja *Before Prozac* (2009).²⁵ Alan kentältä on lisäksi mainittava psykoterapeutti ja antropologi James Davies, joka on tutkinut psyykenlääkkeiden, psykiatristen diagnoosien ja medikalisaation historiaa sekä lääketieteen tohtori Marcia Angell, joka on tutkimuksissaan selvittänyt lääketeollisuuden ja psykiatrian välistä yhteen kietoutumista.²⁶

Suomessa psykiatrian historian käsittely psykofarmakologian kannalta on ollut harvinaisempaa. Aiheen yleishistorioissa psykofarmakologinen vallankumous esiintyy väistämättä, mutta se on harvoin ollut tutkimuksen keskiössä kotimaisessa kirjallisuudessa. Aihetta on sivunnut muun muassa Petteri Pietikäinen, joskin psykofarmakologisen vallankumouksen sijasta hän on töissään keskittynyt enemmän psykiatrian varhaisempaan 1900-luvun historiaan. Psykologi Aku Kopakkala on käsitellyt psykofarmakologiaa ja psyykenlääkityksen kritiikkiä teoksessaan *Masennus* (2015), mutta keskittyy teoksessaan ennen kaikkea nykytilanteeseen.²⁷ Kirschin ja Moncrieffin nykypsykiatria kohtaan esitettyä kritiikkiä on lääketieteen lisensiaatintyössään käsitellyt Juha Rudanko, joka työssään totesi kritiikin katteettomaksi.²⁸

Suomalaisen psykiatrian lähihistoriaa on tutkinut sosiologi Ilpo Helén. Hän on tarkastellut työssään erityisesti psykiatrian 1900-luvun jälkipuoliskon ja 2000-luvun historiaa mielenterveyspolitiikan kannalta. Tutkimuksessaan hän nimeää mielenterveyspolitiikan ja mielenterveystyön

²³ Kirsch 2008.

²⁴ Esim. Whitaker 2015; Cosgrove & Whitaker 2015.

²⁵ Shorter 2009.

²⁶ Davies 2014.

²⁷ Pietikäinen 2014; Kopakkala 2015.

²⁸ Rudanko 2017.

suuntalinjojen taakse kaksi muodostumaa, psykiatris-lääketieteellisen ja yhteiskunnallis-rakenteellisen. Hänen työnsä painopisteet ovat sosiaalipolitiikassa ja ideologisissa muutoksissa psykiatrian alalla, kun taas hoidon painottuminen lääkehoitoon jää hänen tutkimuksessaan vähemmälle.²⁹ Valtiotieteiden maisteri Saara Kanula puolestaan on tarkastellut sosiaalitieteiden pro gradussaan ”Täsmälääkkeellä elämänlaatua? Suomalaisen masennuslääkemainonnan tarkastelua” masennuslääkkeiden mainontaa lääkäreille suunnatussa markkinointimateriaalissa. Valtiotieteiden tohtori Lotta Hautamäki on tarkastellut psykiatrian alaa lääketieteellisen tutkimuksen, hoitokäytäntöjen ja potilaan näkökulman kautta. Hänen tutkimuksensa kohteena ovat lääketieteen ja hoidon yhteiskunnalliset vaikutukset.

Yhdessä Hélen, Kanula ja Hautamäki ovat kirjoittaneet artikkelin ”Mielenterveyden hoidon lääkkeellistyminen Suomessa”. Artikkelissa käsitellään lääkkeiden yleistymisen historiaa Suomessa rauhoittavista masennuslääkkeisiin, hoitokäytäntöjä sosiaalipoliittisesta näkökulmasta sekä psyykenlääkkeiden markkinointia lääkäreille. Artikkelissa painottuvat kulttuuriset näkökulmat.³⁰

Pro graduni rinnastuu näkökulmaltaan ennen kaikkea edellä esiteltyyn kansainväliseen tutkimukseen. Se täydentää suomalaisessa tutkimuksessa esiintyneitä kulttuurisia ja sosiaalipoliittisia näkökulmia psykiatrian ja sen hoitokäytäntöjen lähihistoriaan. Työssäni käsittelen psykiatrian lähihistoriaa ennen kaikkea tieteenhistorian ja psykofarmakologian historian kannalta. Erityisesti uutta näkökulmaa tuo aineiston tulkinta masennuslääkekritiikin viitekehyksestä.

Suomen Lääkärilehti sisältää lääketieteellistä asiantuntijatekstiä joka on suunnattu eksklusiivisesti lääkäreille, ja niinpä jo aineiston ominaispiirteet rajaavat sosiaalipoliittisten ja kulttuuristen merkityksen tarkastelun sivuosaan. Aikarajaukseni vuosiin 2008-2014 asettaa masennuslääkkeiden kritiikin tutkimusaineiston tulkitsemisessa keskiöön. Toissijaisen viitekehyksen työlleni tarjoavat psykiatrian lähihistoria ja mielenterveyspolitiikassa tapahtuneet muutokset Suomessa sekä laajemmin psykiatrian toisen maailmansodan jälkeinen historia ja muutokset alan suuntausten painotuksissa. Tämä antaa kontekstin asiantuntijakeskustelulle ja lääketieteelliselle keskustelulle sekä tukee taustalla olevien kehityskulkujen hahmottamista.

²⁹ Esim. Helén 2011.

³⁰ Hautamäki, Helén, Kanula 2011.

1.4. Käsitteet

1.4.1. Masennuslääkkeiden negatiiviset puolet

Tämä tutkimus painottuu sen selvittämiseen, miten masennuslääkkeiden negatiivisia puolia tuodaan esille ja miten niistä puhutaan Suomen Lääkärilehdessä 2008–2014. Negatiivisiksi puoliiksi määritellään tässä tutkimuksessa 1) masennuslääkkeiden sivuvaikutukset ja lopettamisoireet, 2) masennuslääkkeiden pitkäaikaisvaikutukset ja pitkäaikainen käyttö sekä 3) masennuslääkkeiden vaikuttavuutta kohtaan esitetty kritiikki.

Useimmat lääkkeet aiheuttavat sivuvaikutuksia lääketypistä riippumatta. Olennaista onkin siis kunkin lääkkeen kohdalla kysyä, onko lääke tarpeeksi tehokas, jotta sen käyttäminen tästä huolimatta kannattaa. Hyväksyttävät sivuoireet vaihtelevat eri lääkeryhmien ja käyttötarkoitusten välillä jo lääkkeen käyttölupaa myönnettäessä. Esimerkiksi syöpälääkkeeltä saatetaan hyväksyä vakavia, jopa kuolemaan johtavia sivuvaikutuksia, kun taas vaikkapa tulehduskipulääkkeiden kohdalla seula on tarkempi.³¹

Tapausesimerkinä mainittakoon tulehduskipulääke Nimed, joka vuonna 2002 määrättiin myyntikieltoon, kun sen havaittiin aiheuttaneen yksittäistapauksina vakavia maksavaurioita.³²

Skitsofrenian hoitoon tarkoitettu neurolepti klotsapiini puolestaan aiheuttaa valkosolujen vähenemistä (agranulosytoosi), mikä johti Suomessa vuonna 1975 jopa kuolemantapauksiin. Klotsapiinin käyttö on silti sallittua silloin, kun muut lääkehoidot eivät ole auttaneet.³³

Masennuslääkkeiden kohdalla on siis syytä arvioida, ovatko ne hoitomuotona tarpeeksi tehokas, jotta vaikeatkin sivuoireet ovat hyväksyttäviä.

Sivuvaikutukset kuuluvat siis normaalina osana minkä tahansa lääkkeen vaikutuksiin. Tässä ne kuitenkin lasketaan masennuslääkkeiden negatiivisiin puoliin. Masennuslääkkeiden kohdalla sivuvaikutukset ovat yleisiä sekä hoidon alussa, sen aikana että sitä lopetettaessa. Näihin kuuluvat esimerkiksi pahoinvointi ja muut mahavaivat, suun kuivuminen, pääkipu, huimaus, seksuaalitoimintojen häiriöt, itsetuhoisuus, sähköiskun kaltaiset tuntemukset, tunne-elämän

³¹ Healy 2012, s. 62–63, s. 66–67. Farmakologisista periaatteista katso myös Pelkonen & Ruskoaho 2003 s. 13–16.

³² Järvi 2002.

³³ Pelkonen 2003, s. 604.

latistuminen, tyhjyyden tunne, akaisia, kasvanut väkivaltaisuus, ruokahalun muutokset sekä useita kymmeniä muita. Kuten kaikkien muidenkin lääkeaineiden kohdalla, sivuvaikutusten vaikeus sekä potilaan kokemus niiden vakavuudesta vaihtelevat yksilöittäin. Masennuslääkkeiden kohdalla sivuvaikutukset nähdään ongelmallisina myös tämän tutkimuksen ulkopuolella, sillä vaikeasteisina ne ovat yleinen syy lääkityksen keskeyttämiseen.³⁴

Toinen negatiiviseksi määritelty puoli on masennuslääkkeiden pitkäaikaiskäyttö sekä pitkäaikaisen käytön vaikutukset. Pitkäaikaiseen käyttöön kohdistunutta kritiikkiä käytetään tutkimuksessa työkaluna sille, miten lääkityksen kesto aineistossa tuodaan esille. Erityisen huomion kohteena tutkimuksessa on myös, milloin masennuslääkityksen lopettamisesta puhutaan: Lopettamisoireita pidetään usein sitä voimakkaampina, mitä pidempään lääkitystä on käytetty.³⁵

Masennuslääkkeitä suositellaan käytettäväksi pitkäaikaisesti, jopa vuosia, ja masennusjakson uusiutuessa niitä suositellaan jatkuvaksi lääkitykseksi. Kuitenkin masennuslääkkeiden pitkäaikaista käyttöä kohtaan on esitetty myös vakavaa kritiikkiä. Pitkäaikaisvaikutuksista puhuttaessa kenties vakavin masennuslääkkeitä koskeva kritiikki kohdistuu kysymykseen siitä, kroonistavatko ne masennusta. Ilmiö on havaittu jo melko pian SSRI-lääkityksen yleistymisen jälkeen.³⁶ Joidenkin tutkimusten mukaan onkin mahdollista, että mitä vahvempaa annosta SSRI:tä potilas on käyttänyt, sitä nopeammin ja voimakkaampana seuraava masennusjakso parantumisen jälkeen tulee.³⁷

Masennuslääkityksen, kuten muidenkin keskushermostoon samankaltaisilla mekanismeilla vaikuttavien lääkkeiden kohdalla, ihmiskeho pyrkii sopeutumaan lääkkeen luomaan poikkeustilaan. Esimerkiksi neuroleptien (psykoosilääkkeet) kohdalla hermosto kompensoi niiden luomaa dopamiinivajetta kasvattamalla normaalia enemmän dopamiinireseptoreita, mistä seuraa sellaisia jopa elinikäisiä sivuvaikutuksia kuten tardiivi dyskinesia (kasvojen ja suun alueen motoriset ongelmat). Serotoniinin takaisinottoa estävien lääkkeiden kohdalla aivot vastaavasti pyrkivät pitkäaikaisessa käytössä karsimaan serotoniinireseptoreita normaalitilan ylläpitämiseksi. Masennuslääkkeet voivat siis muuttaa aivojen rakennetta.³⁸

³⁴ Esim. Moncrieff 2009, s. 166–170.

³⁵ Moncrieff 2009, s. 21–22, myös seuraavasta kappaleesta.

³⁶ Fava 1994; Healy 2012 s. 68.

³⁷ Andrews et al. 2011; Moncrieff 2009, s. 148–152.

³⁸ Esim. Moncrieff 2009, s. 18.

Kolmas negatiivinen puoli on masennuslääkkeiden tehoon kohdistunut kritiikki. Luvussa 1.2. esitellyt meta-analyysit osoittavat, etteivät masennuslääkkeiden teho ja vaikuttavuus ole yksiselitteisiä. Masennuslääkkeiden kyseenalainen teho on siis tutkimuksen keskeinen käsiteltävä aihe. Lisäksi lääkeresistentti depressio on myös diagnostisten järjestelmien tunnustama tila, jossa potilaan ei katsota hyötyvän masennuslääkkeistä.³⁹ Vaikuttavuuden kohdalla voidaan siis myös puhua siitä, miten hyvin Lääkärilehti tunnistaa sellaisten potilasryhmien olemassaolon, joille masennuslääkkeistä ei välttämättä ole olennaista hyötyä.

1.4.2. Masennus ja depression Käypä hoito

Masennus sekä depression kansallinen hoitosuositus, Käypä hoito, tulevat esiintymään olennaisina käsitteinä halki tämän tutkimuksen. Masennuksesta puhuttaessa voidaan viitata masennukseen tunnetilana (affektina), mielialana (pysyvämmäksi muuttuneena tunnevireenä) tai sairautena (masennusoireyhtymänä).⁴⁰ Tämä tutkimus käsittelee masennusta jälkimmäiseltä kannalta, diagnoosina, eikä siihen tässä yhteydessä liitetä kulttuurisia tai filosofisia konnotaatioita. Käypä hoito antaa suuntaviivat sille, miten masennusta Suomessa pyritään hoitamaan.

Suomalainen diagnostiikka perustuu WHO:n julkaisemaan diagnostiseen järjestelmään, ICD-10:n (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Tässä järjestelmässä masennus kuuluu ICD-10:n pääluokkaan F: Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt. Se sijaitsee alaluokassa Mielialahäiriöt eli affektiiviset häiriöt luokituksissa masennustila (F32) ja toistuva masennus (F33). Masennushäiriöiden diagnostiset kriteerit tulevat Suomessa ICD-10:stä (katso Taulukko 2: Masennuksen diagnostiset kriteerit).⁴¹

Masennus diagnosoidaan lääkärin tai erikoislääkärin haastattelussa – vaikka masennus on psykiatrinen sairaus, sen hoito tai sen vuoksi hoitoon hakeutuminen tapahtuu suurilta osin yleislääkäreiden vastaanotolla.⁴² Diagnosoinnin apuna käytetään usein diagnostisia työkaluja tai oiremittareita. Suomessa käytetyimpiä ovat kotimainen DEPS-seula, Beckin depressioasteikko (BDI

³⁹ Depressio: Käypä hoito -suositus, 2016.

⁴⁰ Kampman et al. 2017, s. 9–14.

⁴¹ ICD-10 2016, Chapt. 5, F32, F33.

⁴² Esim. Callahan & German 2004, s. 133–134.

1), GHQ-12 (General Health Questionnaire) ja Prime-MD. Näitä suositellaan käytettäväksi jo perusterveydenhuollossa mahdollisten masennuspotilaiden seulomiseksi.⁴³ Muita olennaisia diagnostisia mittareita ovat kansainvälisesti suosittu mutta Suomessa vähemmän käytetty Hamiltonin depressioasteikko (HAM-D) ja Montgomery–Åsbergin depressioasteikko (MADRS 1) ynnä muut. Masennuksen vaikeusastetta voidaan arvioida joko ICD-10:ssä oireiden lukumäärän mukaan (lievä 4–5, keskivaikea 6–7 ja vaikea 8–10 oiretta) tai edellä mainituilla oiremittareilla.⁴⁴

Masennuksen hoidon lähtökohtana toimii Suomessa depression Käypä hoito -suositus. Käypä hoito on Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin laatima kokoelma hoitosuosituksia eri sairauksiin. Duodecim määrittelee Käypä hoidon seuraavasti: ”Käypä hoito -suositukset ovat riippumattomia, tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia. Niissä käsitellään tärkeitä suomalaisten terveyteen ja sairauksien hoitoon ja ehkäisyyn liittyviä kysymyksiä. Suosituksia laaditaan lääkäreille, terveydenhuollon ammattihenkilöstölle ja kansalaisille hoitopäätösten pohjaksi.”⁴⁵

Käypä hoito on siis laadittu ensisijaisesti suomalaisen hoitohenkilökunnan käyttöön yhtenäistämään terveydenhuoltokäytäntöä, joskin hoitosuosituksien ja niiden potilasversiot ovat kaikkien vapaasti saatavilla. Käypä hoito -suositus on siinä mielessä vain suositus, että se periaatteessa jättää tilaa myös lääkärin yksilökohtaiselle arviolle siitä, mikä on paras diagnoosi ja hoitomuoto yksittäisen potilaan kohdalla. Kuitenkin Käypä hoito -ohjeita pyritään käytännössä noudattamaan hyvin laajasti niiden sairauksien kohdalla, joista sellainen on saatavilla. Depression alkuperäinen Käypä hoito julkaistiin 29.1.2004. Sittemmin siitä on julkaistu kaksi varsinaista päivitystä, jotka ilmestyivät 21.08.2009 sekä 29.9.2014. Sen jälkeen viimeisimmät julkaistut kohdennetut päivitykset ilmestyivät 25.4.2016 ja 6.7.2016. Kolmas päivitys on aloitettu 25.1.2018 ja sen on arvioitu ilmestyvän vuoden 2019 alussa. Hoitosuosituksista laatineen ryhmän puheenjohtajana on kaikissa versioissa toiminut psykiatrian erikoislääkäri Erkki Isometsä.⁴⁶

Depression Käypä hoito suosittelee masennuksen hoitoon masennuslääkkeitä, vaikuttavaksi osoitettuja psykoterapian muotoja, näiden yhdistelmää tai harkinnanvaraisesti muita

⁴³ Diagnostisista työkaluista Suomessa katso Hautamäki, Helén, Kanula 2011, s. 91–93.

⁴⁴ Depressio: Käypä hoito -suositus, 2016.

⁴⁵ <http://www.kaypahoito.fi/>

⁴⁶ Depressio: Käypä hoito -suositus, 2016

hoitomuotoja, joista erikseen nimetään sähköhoito, transkraniaalinen magneettistimulaatiohoito ja kirkasvalohoito. Masennuslääkityksen katsotaan ainoana hoitomuotona tehoavan kaikkiin masennuksen muotoihin. Käypä hoidon mukaisesti toteutuneeksi lääkehoidoksi katsotaan, kun potilaalle on kokeiltu vähintään kahta eri tyyppin masennuslääkettä kutakin vähintään kolmen kuukauden ajan.⁴⁷

Käypä Hoito on Suomessa tärkeä auktoriteetti hoitokäytännöissä, mutta se on saanut osakseen myös kritiikkiä. Masennuslääkkeiden käyttösuositus lievän masennuksen kohdalla ei ole kansainvälisesti ihan tavanomaista. Esimerkiksi Iso-Britannian kansallisessa masennuksen hoitosuosituksessa niiden katsotaan olevan hyvä hoitomuoto lähinnä vaikea-asteisemmissä masennustapauksissa. Maan hoitosuositukset laatii NICE (National Institute for Clinical Health and Excellence), jonka on arvioitu kuuluvan lääkeyhtiöistä riippumattomimpiin hoitolinjausten laatijoihin kasainvälisesti.⁴⁸

Eriyistä kritiikkiä depression Käypä hoito vastaanotti Pohjoismaiden Cochrane -hankkeen johtajalta, professori Peter J. Gotzschelta.⁴⁹ Syyskuussa 2014 Gotzsche osallistui Helsingissä Suomen psykologiliiton tapaamiseen, ja kävi siellä julkista keskustelua suositusta laatinutta työryhmää johtaneen Erkki Isometsän kanssa. Tilaisuuden jälkeen Gotzsche julkaisi Isometsälle avoimen kirjeen, jossa tämä kritisoi Isometsää tämän Käypä hoitoa perustelevien tutkimusten (esim. Gibbonsin ynnä muut) sidonnaisuuksista lääketeollisuuteen. Isometsä ei ole vastannut kirjeeseen.⁵⁰

Yleisesti ottaen Käypä hoito -suositukset ovat Suomessa arvostettuja ja korkealaatuisena pidettyjä. Tutkimuksessa annetaan painoarvoa Käypä hoito -suositukselle: Aineistoa analysoidessa huomion kohteena oli, noudattaako Lääkärilehti linjassaan depression Käypä hoito -suositusta ja miten depression Käypä hoitoon viitataan.

⁴⁷ Depressio: Käypä hoito -suositus, 2016.

⁴⁸ Healy 2012, s. 109.

⁴⁹ Cochrane-yhteistyö. Cochrane on vuodesta 1993 koonnut näyttöön perustuvaa tietoa terveydenhuollon vaikuttavuudesta ja on lääketieteen alalla erittäin arvostettu toimija. Pohjoismainen Cochrane-keskus on itsenäinen tutkimus- ja tiedotuskeskus.

⁵⁰ Gøtzsche, Peter C. – Open letter to Erkki Isometsä. Internet-aineisto, viitattu 24.5.2018.

1.6. Aineiston esittely ja metodologia

1.6.1. Suomen Lääkärilehti

Suomen Lääkärilehti on lääketieteen alan asiantuntijajulkaisu ja Suomen lääkäreiden ammattilehti. Sen julkaisija on Suomen Lääkäriliitto, joka alkoi julkaista lehteä jo vuonna 1922 nimellä Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehti.⁵¹ Nykypäivänä Suomen Lääkärilehden painos on noin 30 000 kappaletta, ja se tavoittaa automaattisesti Lääkäriliiton jäsenkunnan eli suomalaiset lääkärit sekä lääketieteen opiskelijat erikoisalaan katsomatta.⁵²

Lehden pääasialliseen sisältöön kuuluu lääketieteen eri alojen asiantuntijoiden kirjoittamia katsausartikkeleita sekä alkuperäistutkimuksia. Toimituksellinen aineisto koostuu uutisista ja asiantuntijahaastatteluista. Lisäksi aikarajauksen sisällä ilmestyneessä lehdessä mukana ovat kolumni sekä Näkökulma- ja Keskustelua -palstat, joissa esiintyy yksittäisten lääkäreiden kannanottoja, joita on kussakin numerossa 1–5 kappaletta. Muita palstoja ovat uutispalstat Lääketieteen maailmasta sekä Lääkemaailmassa tapahtuu, joissa esitellään lyhyitä nostoja uusista, merkittävistä tutkimuksista sekä tärkeimmissä kansainvälisissä lääketieteen alan julkaisuissa esiintyneitä artikkeleita. Tämän tutkimuksen aineistosta pois rajattuja vakiopalstoja ovat Lääkäriliiton toimintaa esittelevä Liitossa -palsta, väitöskirjajulkaisut ja sekä tieto- että kaunokirjallisuutta käsittelevät kirjallisuusarvostelut.

Suomen Lääkärilehti on kirjoitettu asiantuntijanäkökulmasta ja ilmentää hyvin sitä, minkä Lääkäriliitto nostaa keskeiseksi tutkimukseksi ja mitä näkökulmia se pitää tärkeänä sekä sitä, millaisia trendejä suomalaisessa terveydenhuollossa on. Lääkärilehti on arvostettu julkaisu, ja sillä on sitä kautta auktoriteettiasema alan keskustelussa. Lehti itse ilmoittaa olevansa ”tärkein tietolähde ammattitaidon ylläpitäjänä” sekä tarjoavansa ”eniten monipuolista työssä tarvittavaa tietoa”, jolloin on perusteltua olettaa, että sen tarjoamat näkökulmat ovat ajankohtaisia ja monipuolisia.⁵³

⁵¹ Pekkarinen 1992.

⁵² Suomen Lääkärilehti: Mediakortti 2018.

⁵³ Lääkärilehti – Mediakortti 2018.

Suomen Lääkärilehden valinta lähdeaineistoksi perustui useaan osatekijään. Koska tutkimuksen lähtökohtina ovat masennuksen lääkkeellinen hoito ja siihen kohdistunut kritiikki, oli olennaista selvittää, miten asiasta hoitopäätöksiä tekeväälle ammattikunnalle suunnatussa arvostetussa tiedejulkaisussa kirjoitetaan. Koska masennuksen hoito ei rajoitu vain psykiatrian erikoislääkäreiden vastaanotoille vaan sen vuoksi hakeudutaan hoitoon merkittävässä määrin myös yleislääkäreiden vastaanotoilla, oli luonteva valita aineistoksi yhden erikoisalan ammattilehden sijasta kaikki lääkärit tavoittava julkaisu.⁵⁴

Suomen lääketieteellisten julkaisujen kentällä merkittävä toimija on myös Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Duodecim on Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin julkaisema, 24 kertaa vuodessa ilmestyvä vertaisarvioitu lääketieteellinen yleislehti, jonka levikki on noin 22 500 kappaletta.⁵⁵ Lähdeaineiston valinnassa Suomen Lääkärilehti näyttäytyi kuitenkin Duodecimia merkittävämpänä sen eksklusiivisuuden vuoksi. Siinä missä Duodecim on suunnattu koulutukseltaan laajemmalle yleisölle, Suomen Lääkärilehti on lähtökohtaisesti suunnattu ja kirjoitettu lääkäreiltä lääkäreille. Se ilmentää parhaiten sitä, millaista tietoa ja keskustelua masennuksen lääkitsemisestä esiintyy juuri siinä viiteryhmissä, jonka käsissä masennuksen hoito on. Huomioitavaa kuitenkin on, että myös Duodecimissa otettiin kantaa tässä tutkimuksessa esitelyihin meta-analyysihin.⁵⁶

Toinen suomalainen julkaisu, jossa masennuslääkkeisiin kohdistuneesta kritiikistä keskusteltiin ja kirjoitettiin, on Suomen Psykologiliiton julkaisema Psykologi -lehti. Julkaisu kuitenkin rajautui pois, sillä tutkimuksen tavoitteena on selvittää keskustelua juuri lääketieteen ja lääkkeiden näkökulmasta.

1.6.2. Sisällönanalyysi ja tieteellinen terveysjournalismi

Tämä tutkimus on luonteeltaan kvalitatiivinen ja aineiston tutkimusmetodi on sisällönanalyysi. Sisällönanalyysi on menettelytapa, jonka avulla pyritään kuvaamaan aineistoa systemaattisesti ja objektiivisesti. Sitä voidaan soveltaa hyvin monenlaiseen, sekä kirjoitettuun että puhuttuun aineistoon, ja sen tarkastelun kohteena voidaan pitää kustakin dokumentista löytyviä inhimillisiä

⁵⁴ Klaukka, T., Idänpään-Heikkilä, J., 'Terveyskeskuslääkärit ja psykiatrit määräävät valtaosan psyykenlääkkeistä', *Lääkärilehti* 64:15–16 (2009), s. 1476–1478.

⁵⁵ <https://www.duodecim.fi/> viitattu 24.4.2018.

⁵⁶ Esim. Huttunen & Raaska 2015.

merkityksiä.⁵⁷ Tässä tutkimuksessa käytetyn aineiston laadun sekä tutkimuskysymyksen kuvailevan luonteen vuoksi sisällönanalyysi vastasi hyvin tarpeeseen jäsentää ja strukturoida laaja, monimerkityksinen aineisto. Aineiston monitulkintaisuuteen liittyviä ongelmia on pyritty kompensoimaan läpinäkyvyydellä sen suhteen, mistä näkökulmasta analyysi ja tulkinnat on tehty.

Laadullisen aineiston sisällönanalyysi on perinteisesti jaettu aineistolähtöiseen eli induktiiviseen ja teorialähtöiseen eli deduktiiviseen sisällönanalyysiin.⁵⁸ Siinä missä deduktiivinen sisällönanalyysi tuo mukanaan valmiin teoreettisen viitekehyksen, sisällönanalyysi toimi tässä tutkimuksessa ennen kaikkea keinona strukturoida aineistoa. Käsitellyn ja luokitellun aineiston tulkintaa ja siitä tehtävien havaintoja ohjasivat kaksi viitekehystä: Masennuslääkkeitä kohtaan esitetty kritiikki sekä psykiatrian lähihistoria ja siinä tapahtunut farmakologinen vallankumous. Suomalaisen psykiatrian lisäksi merkitykselliseksi kohosivat etenkin angloamerikkalaisen psykiatrian kehityskulut, sillä niitä voi pitää tärkeimpinä vaikuttimina siinä, millaiseksi psykiatrian ala on läntisessä Euroopassa ja pohjoismaissa muotoutunut.⁵⁹ Historiallinen näkökulma antoi mahdollisuuden tarkastella Suomen Lääkärilehden artikkeleita osana laajempaa kontekstia.

Toisaalta aineiston tulkitsemiseen vaikuttivat myös Suomen Lääkärilehden erityispiirteet. Ulla Järvi on väitöskirjassaan jakanut terveysjournalismin tieteelliseen, taloudelliseen ja inhimilliseen lajityyppiin. Suomen Lääkärilehden artikkeleissa esiintyvät kaikki kolme viestinnän muotoa, mutta lehden luonteen vuoksi ensinnä mainittu on hallitsevassa asemassa. Tieteellisen terveysjournalismin keskeiseksi arvoksi Järvi esittää tieteen kaikkivoipaisuuden, tiedeuskon. Toisaalta tieteelliseen terveysjournalismiin voidaan liittää myös lukijan luottamus annettuun informaatioon – jopa eräänlainen auktoriteettiasema.⁶⁰

Kuitenkin Järvi keskittyi väitöskirjassaan tutkimaan ennen kaikkea populaaria lehdistöä. Suomen Lääkärilehti sen sijaan on kirjoitettu asiantuntijalta asiantuntijalle, mikä tuo lehden tapaan viestiä omat erityispiirteensä. Silti niin sanotun tieteellisen auktoriteetin voi katsoa pätevän myös Suomen Lääkärilehden artikkeleihin toisaalta lehden maineen ja aseman vuoksi ja toisaalta silloin

⁵⁷ Tuomi & Sarajärvi 2009, s. 103.

⁵⁸ Tuomi & Sarajärvi 2009, s. 108–117.

⁵⁹ Micale 2014.

⁶⁰ Järvi 2011, s. 141–142.

kun lehteen kirjoittaneilla lääkäreillä on asema erityisasiantuntijana, erikoislääkärinä tai esimerkiksi Käypä hoito -suosituksen laatijana. Toinen aineistosta esille noussut ominaispiirre on, miten julkaisun teksteissä, etenkin tiedetyypin artikkeleissa, korostuu se, miten lääketieteen keskiössä on viimeaikainen, nykyhetki – onhan tieteen ja uutisoinnin ydin uuden tiedon välittämisessä. Tämän ominaispiirteen kannalta historiallisuudesta lähtevä tarkastelu kykeni valottamaan aineistoa hedelmällisestä näkökulmasta.

1.6.3. Aineiston kerääminen

Tutkimusaineistossa on mukana Suomen Lääkärilehdessä vuosina 2008–2014 ilmestyneet masennusta ja masennuslääkkeitä käsitelleet artikkelit. Mukaan valikoitui 349 artikkelia, joista kattava lista on esitetty liitteissä. Mukana olevista artikkeleista 88 on lyhyitä uutisia palstoilta Lääketieteen maailmasta ja Lääketieteessä tapahtuu. Tutkimusaineisto käytiin läpi järjestelmällisesti lukemalla jokainen aikarajauksen sisällä ilmestynyt Suomen Lääkärilehti. Pois rajautuivat kirjallisuusarvostelut, uutisointi väitöskirjoista ja väitöstilaisuuksista, mainokset ja kaupallinen sisältö, liitteet sekä vuodesta 2013 eteenpäin esiintyneet lyhyet poiminnat muista lehdistä. Kerätty aineisto luokiteltiin ja käsiteltiin temaattisesti sen mukaan, millaisia aiheita artikkeleissa käsiteltiin.

Mukaan valikoidut jutut käsittelevät masennusta, sen hoitoa, masennuslääkkeitä tai psyykkistä hyvinvointia. Osassa artikkeleista päätös siitä, mikä valikoituu mukaan aineistoon, oli tehtävä harkinnanvaraisesti. Nyrkkisääntönä oli, että artikkeleiden on oltava olennaisia nimenomaan masennuksen lääkkeellisen hoidon kannalta tai käsiteltävä suoraan masennuslääkitystä. Harkinnanvaraisesti mukaan poimituihin artikkeleihin kuuluvat ne jutut, joissa käsiteltiin rauhoittaviin lääkkeisiin kuuluvia bentsodiatsepiineja tavalla, joka oli masennuksen hoidon kannalta olennaista sekä yksi potilaan näkökulmasta kirjoitettu teksti psykoosiin sairastumisesta ja sen lääkehoidosta.

Aineistosta rajattiin pois ne artikkelit, jotka pääasiallisesti käsitelivät muita, myös masennuslääkkeillä hoidettavia mielenterveydenhäiriöitä kuten kaksisuuntaista mielialahäiriötä, psykoosityypin sairauksia tai syömishäiriöitä. Artikkelit, joissa esiteltiin myös masennuksen hoidossa käytettäviä, ei-lääkkeellisiä hoitomuotoja kuten psykoterapioita näkökulmasta, joka ei

keskittynyt pääasiassa masennuksen hoitoon, rajattiin pois. Lisäksi aikavälillä lehdessä nostettiin esille myös masennukseen löyhästi liittyviä teemoja, jotka osaltaan liittyvät psyykkiseen hyvinvointiin, kuten 2008–2009 ajankohtaiset kouluampumiset ja siihen liittyen mielenterveysongelmaisten aseenkantoluvat tai aikarajauksen loppupuolella esiin nousut keskustelu eutanasiasta ja arvokkaasta kuolemasta. Fokus näiden teemojen käsittelyssä ei ollut masennuksessa, minkä vuoksi myös nämä keskustelut rajautuivat aineistosta pois. Päihdeongelmat rajattiin aineistosta kokonaan pois, sillä vaikka päihdeongelmiin liittyy usein myös mielenterveyden ongelmia, kuuluu niihin erityispiirteitä, joita tämä tutkimus ei käsittele.

Lääkärilehti on aineistona moniääninen. Koska siinä ilmestyvistä artikkeleista valtaosa on asiantuntija-aineistoa, on toimituksellinen sisältö myös tässä aineistossa vähemmistössä. Analyysissä moniäänisyys jätetään vähemmälle huomiolle: Tarkoitus ei ole kiinnittää valokeilaa yksittäisiin lääkäreihin tai kirjoittajiin, vaan selvittää, millainen sanoma toimituksen linjassa yleisesti ottaen esiintyy. Mukaan valikoituneet artikkelit kuvaavat todellisuudessa useampien kirjoittajien näkemyksiä. Tämä tutkimus kuitenkin käsittelee aineistoa kokonaisuutena.

Keräämäni aineisto ei anna eväitä sen käsittelyyn, millaista sisältöä toimitukselle on lähetetty tai minkälaista tarjottua sisältöä toimituksellisessa työssä on rajattu pois. Tutkimuksen kohteena oleva aihe, vallitsevaan lääkkeelliseen hoitomuotoon kohdistunut kritiikki, on lääketieteen kentällä tulenarka. Kansainväliseen keskusteluun osallistuneet lääketieteen alan asiantuntijat ovat jopa listanneet kokemuksia, joissa heidän aineistoaan on joko rajattu pois tai jätetty julkaisematta.⁶¹ Siihen, onko näin Suomen Lääkärilehdelle lähetetyn aineiston suhteen tapahtunut, ei ole tämän tutkimuksen puitteissa mahdollista vastata.

1.6.4. Aineiston ryhmittely ja ulosrajatut keskustelut

Suomen Lääkärilehdestä kerätty aineisto käsittää 349 artikkelia. Tässä kappaleessa esitellään, miten koko aineistossa artikkeleiden aihepiirit jakautuivat sekä käydään lyhyesti läpi sitä keskustelua, joka jäi tarkemman analyysin ulkopuolelle. Tarkemman analyysin kohteeksi valikoidut artikkelit käsitellään myöhemmin kahdessa pääluvussa. Ensimmäisessä käsitellään masennuslääkkeisiin kohdistunutta kritiikkiä ja niiden toiminnan selittämistä. Tämä jakautuu

⁶¹ Esim. Healy 2012, s. 94–98.

kolmeen osioon: 1) Lääkärilehdessä esiintynyt suora responssi meta-analyyseihin, 2) epäsuora responssi ja masennuslääkitystä negatiivisesti kuvanneet tekstit sekä 3) masennuksen ja masennuslääkityksen tehon ja toiminnan selittäminen.

Toinen pääluke käsittelee temaattisesti sitä, miten Suomen Lääkärilehti kirjoittaa masennuslääkkeitä käyttävien potilaiden kannalta oleellisia asioita. Tämä käydään läpi kahdessa osassa: 1) Miten lehdessä kirjoitetaan masennuslääkkeiden sivuvaikutuksista ja lopettamisoireista ja miten niitä selitetään sekä 2) miten masennuksen hoidossa ja lääkkeiden määräämiskäytännöissä nähdään eri potilasryhmät.

Otsikkotasolla kokonaisaineistossa käsiteltiin masennuksen eri hoitomuotoja kaiken kaikkiaan 142 artikkelissa (41 % kokonaisaineistosta). Näistä artikkeleista valtaosa, 98, käsitteli masennuslääkkeitä. Toiseksi eniten esille nostettiin keskusteluapu, johon tässä laskettiin kuuluvaksi niin varsinainen psykoterapia kuin muut keskusteluun perustuvat hoitomuodot kuten depressiohoitaja-ajat tai musiikkiterapia. Muita hoitomuotoja käsiteltiin vain harvoin. Niihin kuuluvat transkraniaalinen magneettistimulaatio ja muut magneetti- ja sähköhoidot, valohoidot sekä elämäntapoihin liittyvät hoitomuodot kuten liikunta. Hoitomuotojen esiintyminen pääasiallisena artikkelin aiheena heijastelee masennuksen hoitokäytäntöjä myös lehden ulkopuolella: Psykoterapiaa tarjotaan masennuksen hoitoon suhteellisen harvoin, ja muut hoitomuodot ovat vielä harvinaisempia.⁶²

Taulukko 1. Masennuksen hoitomuotoja pääasiallisena aiheena käsitelleet artikkelit.

Käsitelty hoitomuoto	Lukumäärä	%
Masennuslääkkeet	98	70 %
Keskusteluapu	31	22 %
Muut hoitomuodot	13	8 %
Yhteensä	142	

Ryhmittelin kokonaisaineiston myös toisella tavalla sen mukaan, millaisia aiheita artikkeleissa nostettiin otsikkotasolla esille. Tässä luokittelutavassa eri potilasryhmät (lapset ja nuoret, raskaana olevat naiset, lääkärit, miehet ynnä muut) nostettiin huomion kohteeksi siten, että masennuksen hoitomuotoja käsittelevät artikkelit poimittiin omaan ryhmäänsä vain silloin, kun niissä ei

⁶² Suominen, Kronqvist, Karjalainen, Husmann 2013.

spesifioitu, mihin potilasryhmään hoito oli tarkoitettu kohdistaa. Erikseen mainittuja potilasryhmiä ja heidän masennuksensa hoitoa tai sen sairastavuuden erityispiirteitä käsiteltiin 117 artikkelissa. Potilasryhmiin palataan myöhemmin luvussa 4.2.

Taulukko 2. Aineiston jakautuminen artikkeleiden pääasiallisen aiheen perusteella.

Käsitelty aihe	Lukumäärä	%
Masennuksen hoitomuodot	121	35 %
Potilasryhmät	117	34 %
Sairaanhoito, psykiatria ja yhteiskunta	77	22 %
Muut	34	10 %
Yhteensä	349	

Sairaanhoidon teemoja, psykiatrian alaa ja yhteiskunnallisia teemoja käsiteltiin 77 artikkelissa. Sairaanhoidon teemoilla viitataan tässä esimerkiksi hoidon järjestämistä, hoitoon pääsyä ja potilaan oikeuksia käsitelleisiin artikkeleihin. Aineistossa puhututtivat näiltä osin muun muassa hoitotakuun toteutuminen ja pakkohoidon käyttö psykiatrisessa sairaanhoidossa sekä vähäisiltä osin hoidon järjestämiseen liittyvät seikat. Suomalaisessa psykiatriassa alkoi jo 1960-luvulla laitoshoidon voimakas väheneminen ja mielenterveyspalveluiden muuttuminen avohoitopainotteiseksi. Tätä on toteutettu useissa aalloissa, joista yksi ajoittuu aikarajauksen sisälle. Kehityskulun taustalta löytyy myös taloudellisia ja sosiaalipoliittisia tekijöitä.⁶³ Aineistossa sairaalapaikkojen vähentäminen ja avohoitopainotteisuus esiintyivät harvoin, joskin taustalla olevat taloudelliset tekijät nostettiin esille.

Psykiatrian alaa käsittelevissä artikkeleissa merkittävin keskustelu aikajaksolla käytiin lasten- ja nuortenpsykiatriasta ja näiden erikoisalojen erottamisesta. Toisin kuin useimmissa länsimaissa, Suomessa lastenpsykiatria ja nuortenpsykiatria ovat toimineet erillisinä aloina vuodesta 1999 alkaen.⁶⁴ Aikarajauksen sisällä käytiin keskustelua siitä, pitäisikö suomalaista hoitokäytäntöä muuttaa siten, että lasten- ja nuortenpsykiatria sisällytettäisiin yhdeksi erikoisalaksi. Lehdessä esitetyistä kannanotoista valtaosa puolsi alojen säilyttämistä erillisenä.⁶⁵ Muiksi psykiatrian alaa

⁶³ Hautamäki, Helén, Kanula 2011, s. 70.

⁶⁴ Ranta, K. ym., 'Nuorisopsykiatria – moderni lääketieteen erikoisala', *Lääkärilehti* 63:50 (2008) s. 4408–4409.

⁶⁵ Esim. Aalberg, Haukkamaa, Lehtonen, Pylkkänen, 'Erikoisalojen yhdistäminen ei ole oikea ratkaisu', *Lääkärilehti* 67:4 (2012), s. 229. Aalberg, Arajärvi, Haukkamaa, Laakkonen, Lehtonen, Pylkkänen, Taipale, Tiihonen, 'Lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian erikoisalojen säilyttäminen on yhteiskunnallinen kysymys', *Lääkärilehti* 66:47 (2011), s. 3562–3563. Marttunen, M., 'Nuorisopsykiatriaa tarvitaan', *Lääkärilehti* 64:13 (2009), s. 1204. Seppänen, A., 'Kenttä tyrää lasten- ja nuorisopsykiatrian yhdistämisen', *Lääkärilehti* 67:5 (2012), s. 321.

koskeviksi keskustelunaiheiksi luokiteltiin muun muassa psykiatrian erikoistumiskoulutusta käsittelevät artikkelit sekä diagnostiikkaa ja toukokuussa 2013 ilmestynyttä DSM-5 -manuaalia ja sen kehittämistä koskeneet keskustelut.

Yhteiskunnallisia aiheita käsitelleissä artikkeleissa merkittävimmät teemat olivat masennuksen esiintyvyys väestössä, sairaseläkkeet sekä masennukseen liittyvät työelämävaikutukset kuten sairaspöissaolot. Kirjoituksissa korostuivat masennuksen aiheuttamat taloudelliset haittavaikutukset yhteiskunnalle. Syrjäytymistä, työkyvyttömyyseläkkeitä ja masennuksen yleisyyttä sekä työelämää käsiteltäessä masennuksen hoidon hinta sekä masennuksen vuoksi maksettavien sosiaalietuuksien hinta nostettiin säännöllisesti esille ja sille annettiin suuri painoarvo. Yhteiskunnalliselta kannalta masennus nähtiin aineistossa ensisijassa taloudellisena haittana.⁶⁶

Masennuksen esiintyvyyttä koskevassa keskustelussa oli olennaisesti havaittavissa vaikeuksia arvioida sitä, miten yleistä masennus on ja onko sen esiintyvyys kasvanut. Toisaalta masennuksen esiintyvyyden esitettiin pysyneen viime vuosikymmenten ajan vakiona niin Suomessa kuin myös muissa länsimaissa. Kuitenkin masennuslääkkeiden kulutus on kasvanut merkittävästi: Siinä missä vuonna 2000 masennuslääkkeitä syötiin Suomessa noin 35 vuorokausiannosta tuhatta asukasta kohden, oli lukema noussut vuoteen 2010 mennessä jo 70:n vuorokausiannokseen.⁶⁷

Ilmiö nähtiin aineiston puheenvuoroissa ristiriitaisesti. Toisaalta masennuslääkkeiden kulutuksen kasvua selitettiin muuttuneilla hoitokäytännöillä ja masennuksen paremmalla tunnistamisella terveydenhuollossa eikä sitä siten nähty merkinä masennuksen esiintyvyyden kasvusta. Toisaalta osa kirjoittajista arvioi masennuksen määrän ja pahoinvoinnin lisääntyneen ja piti masennuslääkkeiden käytön ja masennusperäisten työkyvyttömyyseläkkeiden lisääntymistä merkinä tästä. Ilmiön syihin ei usein otettu kantaa, mutta selitysmalleissa viitattiin muun muassa muuttuneeseen diagnostiikkaan sekä nyky-yhteiskunnan kiireisyyteen.⁶⁸

⁶⁶ Esim. Kähkönen, E., 'Laman seuraukset arveluttavat psykiatria', *Lääkärilehti* 64:10 (2009), s. 928–930; Tuisku, K., Romi, H., Ahola, K., Virtanen, M., 'Työterveyshuolto kaipaa yhteistyötä masennuspotilaan hoitoon', *Lääkärilehti* 64:13 (2009), s. 1218–1219; Herse, Tamminen, Rinta, Bengström, Breinell, 'Masennus tulee yhteiskunnalle kalliiksi', *Lääkärilehti* 66:14 (2011), s. 1184–1185.

⁶⁷ Kalliokoski, Voipio, Ruokoniemi 2016.

⁶⁸ Esim. Lönnqvist, J., 'Masennus ei ole lisääntynyt', *Lääkärilehti* 64:43 (2009), s. 3628; Karlsson, H., 'Masennus on lisääntynyt', *Lääkärilehti* 64:43, s. 3629.

2. Masennuslääkkeet historiallisena ilmiönä

2.1. Psykiatristen täsmälääkkeiden ja diagnostiikan synty

Biologisen psykiatrian ja psyykenlääkkeiden kehitys kytkeytyvät toisiinsa. Vasta ne liittivät psykiatrian pysyvästi osaksi lääketiedettä. Välittäjäaineita manipuloivat lääkkeet ovat psykiatristen sairauksien pääasiallinen hoitomuoto, jonka kyseenalaistaminen on yhä osittainen tabu. Muutos on ollut valtava, ja sen merkitys tunnustetaan myös alan ammattilaisten parissa. Mark S. Micale teki vuonna 2014 kyselytutkimuksen, jossa hän pyysi noin kahtasataa mielenterveysalan ammattilaista listaamaan tärkeimpiä muutoksia psykiatrian kentällä 1900-luvun jälkimmäisellä puoliskolla. Kaikkein yleisimmin mainituksi muutokseksi nousi psykofarmakologinen vallankumous eli psyykenlääkkeiden kehitys ja nousu hallitsevaksi hoitomuodoksi.⁶⁹ Tämän suuntauksen vakiintumiseen liittyy olennaisesti masennuksen etiologiaan liittyvä monoamiiniteoria, käsitys välittäjäaineiden epätasapainosta. Sen ymmärtämiseksi on tunnettava psykiatrian ja psyykenlääkkeiden 1900-luvun jälkipuoliskon historia.

Psykiatria on tieteenä varsin nuori. Se syntyi jo 1800-luvulla, mutta sitä alettiin pitää todellisena lääketieteen osa-alueena vasta myöhemmin – useimpien tulkintojen mukaan vasta toisen maailmansodan jälkeen.⁷⁰ Toisen maailmansota toimikin psykiatrian kehityksessä tärkeänä katalysaattorina. Sen aikana luotiin ensimmäiset modernit diagnostiset kriteerit, jotka myöhemmin tulivat kertomaan, keille psyykenlääkkeitä tulisi määrätä.⁷¹ Vuonna 1952 julkaistu DSM-I:n (Diagnostic and Statistical Manual, American Psychiatric Associationin mielenterveyden diagnostinen manuaali) toimi suunnannäyttäjänä, ja sai myös WHO:n lisäämään omaan diagnostiseen manuaaliinsa, ICD:hen (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), psykiatriset häiriöt. Myös nykyiset ICD:n psykiatrisen luokituksen päivitykset heijastelevat DSM:n päivityksiä.⁷²

Toisen maailmansodan aikainen muu lääketieteen kehitys ja erityisesti penisilliinin kehittäminen lääkkeeksi asti synnyttivät uudenlaisen lääketeollisuuden toimintamuodon ja kansainvälisen

⁶⁹ Micale 2014.

⁷⁰ Whitaker 2015, s. 4; Moncrieff 2009, s. 48–49.

⁷¹ Callahan & German 2004, s. 90; Pols & Oak 2007.

⁷² Lawlor 2012, s. 154–155 ja 160–161.

lääkekehitysmallin, johon kuuluivat massatuotanto, brändit, tehokas markkinointi sekä ajatus niin sanotuista ”taikaluedeista” eli täsmälääkkeistä, joilla kyetään täsmällisesti ja tehokkaasti parantamaan jokin tietty sairaus. Neljä ensimmäistä sodan korvilla kehitettyä psykiatrian täsmälääkettä ulottivat tämän taikaluetiajattelun myös mielenterveyden ongelmien pariin ja loivat ajatuksen psykiatrasta, joka psykoanalyysin sijasta määrää potilailleen lääkkeitä. Psykologien ammattikunta tuli myöhemmin vuosisadan kuluessa ottamaan haltuunsa keskusteluterapiat, kun taas psykiatrien rooli siirtyi yhä enenevässä määrin diagnostiikan ja reseptien kirjoituksen pariin.⁷³ Vuonna 1955 FDA:n hyväksynnän saanut klooripromatsiini mullisti psykiatrisen sairaanhoidon.⁷⁴ Sitä pidettiin aluksi lobotomian kemiallisena vastineena. Sen yhteydessä käytettiin ensimmäistä kertaa sanaa neurolepti (psykoosilääke). MAO-salpaajista⁷⁵ ensimmäinen, iproniatsidi, saapui lääkehyllylle 1958. Sen yhteydessä psykiatrian parissa alettiin ensimmäistä kertaa käyttää termiä antidepressantti (masennuslääke) sanan nykyisessä merkityksessä. Sitä ennen antidepressanteiksi oltiin tituleerattu lähinnä nykyisin kyseisestä käyttötarkoituksesta poistuneita amfetamiineja.⁷⁶ Samana vuonna hyväksynnän sai myös ensimmäinen trisyklinen masennuslääke, imipramiini. Vuonna 1949 kehitettiin myös litiumin käyttötarkoitus manian hoidossa, mutta FDA:n hyväksynnän se sai vasta vuonna 1970.⁷⁷

Nämä neljä lääketyyppiä avasivat psykiatristen täsmälääkkeiden kehityksen ja loivat ajatuksen siitä, että mielen sairauksia on mahdollista parantaa samoilla, biologisilla ja lääkkeisiin pohjaavilla periaatteilla kuin somaattisia sairauksia. Kuitenkin nämä lääkkeet pysyivät pitkälti psykiatrien reseptivalikoimissa eivätkä yleislääkärit määränneet niitä kuin harvoin, vaikka masennuksen kohdalla valtaosa potilaista hakeutui ja hakeutuu yhä ensin yleislääkärin vastaanotolle. Ensimmäinen yleislääkäreiden käytäntöjä ja yleisterveydenhuoltoa todella muuttanut psykotrooppinen menestyslääke oli meprobamaatti.⁷⁸

Meprobamaatti on rauhoittava lääke, jonka kehitti 40-luvulla Euroopan juutalaisvainoja paennut Frank Miller. Kauppanimellä Miltown se nousi 50-luvulla ennennäkemättömäksi menestykseksi.

⁷³ Pols & Oak 2007; Callahan & German 2004, s. 76; Whitaker 2015, s. 41; Quinn 2013; Herberg 2010, s. 22–23; Blazer 2005, s. 211–212.

⁷⁴ Hautamäki, Helen, Kanula 2011, s.70; Moncrieff 2009; s. 65–66, s.70.

⁷⁵ Masennuslääkeryhmä. Katso lisätietoja varten liite Masennuslääketyypit.

⁷⁶ Micale 2014; Whitaker 2015, s. 51; Moncrieff 2009, s. 121–123; Whitaker 2015, s. 53–54; Shorter 2009, s. 46.

⁷⁷ Callahan & German 2004, s. 95–100; Moncrieff 2009, s. 175.

⁷⁸ Shorter 2009, s. 45.

Vuoden 1956 alussa sen osuus rauhoittavien lääkkeiden myynnistä Yhdysvalloissa oli alle 1 %, kun taas saman vuoden lopussa se kattoi lähes 70 % niiden myynnistä. Ennen meprobamaattia tarjolla olleet rauhoittavat olivat olleet lähinnä barbituraatteja ja bromideja, jotka nekin aikanaan olivat omanlaisiaan myyntimenestyksiä. Miltownia markkinoitiin niiden tilalle sekä turvallisempaan että tehokkaampaan vaihtoehtona, ja sitä alettiin määrätä useisiin, hyvin kirjaviin oireisiin.⁷⁹

Huomionarvoista on, ettei Miltown positiivisesta mielikuvastaan huolimatta kuitenkaan vaikuttanut heti laskevan barbituraattien ja bromidien käyttöä. Se ei siis vallannut olemassa olevia lääkemarkkinoita, vaan loi kysynnän ihan uudentyypiselle aineelle.⁸⁰

Miltownin markkinointi oli aggressiivista. Siihen kuului yhdistelmä suoramainontaa sekä kuluttajille että lääkäreille ja suuren medianäkyvyyden haaliminen. Sen markkinoinnissa syntyi moni niistä malleista, joiden mukaan lääkkeitä nykypäivänäkin markkinoidaan, ja jopa kaupallisen alan korkeakoulut ottivat opetussuunnitelmiinsa mallia siitä, miten sen markkinointi toteutettiin. Kuitenkin Miltownia käytettiin usein väärin, ja sitä on jopa tituleerattu maailman ensimmäiseksi design-huumeeksi.⁸¹ Pikkuhiljaa tutkimus ja uutisointi Miltownin sivuvaikutuksista lisääntyi, ja lääke alkoi saada kritiikkiä osakseen. Sen määrääminen vähentyi rajusti, mutta ei ennen kuin tilalla oli uusi lääkeryhmä, joka vastasi samaan kysyntään. Vuonna 2012 Euroopan lääkevirasto esitti meprobamaatin luopumista EU-alueella kehnon hyöty-haitta -suhteen vuoksi.⁸²

Meprobamaatin luomaan kysyntään nousivat vastaamaan bentsodiatsepiinit. Kuten monet muut psyykenlääkkeet, myös bentsodiatsepiinit löydettiin vahingossa. Kemisti Leo Sternbach, yksi monista Yhdysvaltoihin paenneista juutalaisista, työskenteli 50-luvulla meprobamaatin kaltaisten yhdisteiden parissa. Erästä yhdisteestä syntyi klooridiatsepoksidi, ensimmäinen bentsodiatsepiini, joka myöhemmin tultiin tuntemaan kauppanimellä Librium. Sternbach johti samasta yhdisteestä myös toisen aineen, diatsepaamin. Vuoteen 1969 mennessä diatsepaami oli kohonnut maailman kirjoitetuimmaksi lääkeaineeksi, ja löytyi kotien hyllyiltä nimellä Valium.⁸³

⁷⁹ Callahan & German 2004, s. 106; Hezberg 2009, s. 26; Whitaker 2015, s. 129.

⁸⁰ Hezberg 2009, s. 30; Whitaker 2015, s 52-53; Shorter 2009, s. 19–21.

⁸¹ Callahan & German 2004, s. 109.

⁸² Shorter 2009, s. 93, s. 98; Idänpään-Heikkilä 2012.

⁸³ Callahan & German 2004, s. 106–107.

Valium nousi nopeasti maailman määrätymäksi reseptilääkkeeksi. Yhdysvalloissa se oli määrätyn reseptilääke kokonaiset kuusi vuotta peräkkäin vuosina 1972–79. Librium oli samalla aikavälillä sijalla kolme. Yhdessä näiden kahden bentsodiatsepiinin voi katsoa hallinneen lääkemarkkinoita. Kansallisen kyselyn mukaan jo vuosina 1970–1971 yhdysvaltalaisnaisista 37 % ja miehistä 22 % oli käyttänyt jompaakumpaa tai molempia vuoden aikana. Samankaltaisia lukuja saatiin myös Atlantin tältä puolen: Iso-Britanniassa joka kymmenes uni nukuttiin 70-luvulla Valiumin avulla. Kaikkien psykotrooppisten aineiden myynnistä rauhoittavat lääkkeet kattoivat 80 % leijonanosan. Suomessa Orion toi diatsepaamin markkinoille kauppanimellä Diapam, ja 70-luvun alussa sitä käytti 2 % suomalaisista.⁸⁴

Valiumin markkinoinnissa seurattiin Miltownin jalanjäljissä. Sen mainoksia esiintyi lääketieteen alan lehdissä enemmän kuin minkään muun lääkkeen mainoksia. Yhdysvalloissa on sen aikakautena arvioitu olleen yksi lääke-esittelijä jokaista kahdeksaa lääkäriä kohtaan ja Iso-Britanniassa yksi lääke-esittelijä kuuttatoista lääkäriä kohtaan.⁸⁵ Molemmilla lääkkeillä oli lukuisia käyttöaiheita – ne olivat eräänlaisia yleispäteviä lääkkeitä mihin tahansa henkisiin ja joskus fyysisiin oireisiin ja epämukavuudentunteisiin jopa siinä määrin, että niitä verrattiin balsamiin. Bentsodiatsepiinien kohdalla myyntivaltiksi kohosi myös se, että vaikka niillä on mahdollista suorittaa itsemurha, se on vaikeampaa kuin edeltäneillä rauhoittavilla.⁸⁶

Bentsodiatsepiinien nurjaan puoleen, riippuvuuteen ja sekakäyttöön muiden päihteiden kanssa, alettiin 70-luvulla kiinnittää enenevässä määrin huomiota. Vuonna 1975 FDA antoi bentsodiatsepiineille CSA- eli Controlled Substance Act -luokituksen IV. Tämä tarkoittaa, että niitä pidettiin siitä alkaen virallisesti riippuvuutta aiheuttavina aineina ja niiden määräämistä tuli valvoa tarkemmin. CSA-luokitukset vaihtelevat arvoilla I-V luokan I ollessa vaarallisin. Tähän luokkaan kuuluu esimerkiksi heroini. Samoihin aikoihin barbituraatit eli ennen meprobaamaattia käytössä olleet rauhoittavat siirrettiin luokasta III luokkaan II, mikä oli niille kuolinisku. Bentsodiatsepiinit sen sijaan pysyivät luokittuksestaan huolimatta laajassa käytössä, joskin myös niiden kulutus kääntyi laskuun.⁸⁷

⁸⁴ Callahan & German 2004, s. 107–108; Pietikäinen 2013, s.287–290; Hautamäki, Helén, Kanula 2011, s. 74.

⁸⁵ Callahan & German 2004, s. 110.

⁸⁶ Shorter 2009, s. 96–97.

⁸⁷ Shorter 2009, s. 23–24; Hautamäki, Helén, Kanula 2011, s. 74.

Bentsodiatsepiineihin kohdistunut kritiikki oli merkittävä tekijä 70-luvun psykiatriassa. Se oli yksi kannustin diagnostisten manuaalien päivittämiseen. Psykiatrien tehtäviksi olivat siirtyneet diagnoosin tekeminen ja lääkehoito, mutta diagnoosit eivät vaikuttaneet tarpeeksi luotettavilta tai yhdenmukaisilta ja lääkehoidonkin osalta Valium oli herättänyt liikaa kritiikkiä. Mielenterveyden ongelmien tunnistamisen ongelmat nousivat pinnalle, ja esimerkiksi psykiatri David Rosenhanin vuoden 1973 kuuluisa tutkimus, jossa terveitä ihmisiä solutettiin mielisairaalaan, saavutti paljon huomiota.⁸⁸ Myös käyttöön otetut ensimmäiset psykiatriset täsmälääkkeet vaikuttivat asiaan. 1900-luvun alkupuoliskolla, jolloin käytössä olivat lähinnä barbituraatit ja bromidit, ei diagnoosilla lääkityksen kannalta ollut ollut suurta merkitystä. Nyt, uusien lääkkeiden aikana, diagnostiikka alkoi nousta uudelleen tapetille. Näin ollen sota-aikaan perustuneet ensimmäiset diagnostiset manuaalit, sekä DSM että ICD, alkoivat menettää luottamustaan alan sisällä. Yhdysvaltain psykiatriyhdistys APA päätti, että DSM:n on aika uudistua.⁸⁹

DSM oli päivitetty jo kertaalleen, mutta muutokset eivät olleet olleet suuria. Tavoitteeksi nostettiin yhtenäisten diagnoosien ja diagnostisten kriteereiden laatiminen, joiden avulla vähennettäisiin erimielisyyksiä siitä, mikä potilasta vaivasi. Tarkoitus oli, että mielenterveyden ongelmat skitsofreniasta katatoniaan diagnosoitaisiin samojen oireiden perusteella niin Yhdysvalloissa kuin Britanniassakin. Kokonaisvaltaisempaa päivitystä laativaa työryhmää johtamaan valittiin psykiatrian tohtori Robert Spitzer. Spitzer laati työryhmänsä kera ensimmäisen merkittävän ja modernina pidetyn päivityksen, DSM-III:n (julkaistu 1980), jonka mallin mukaan myös ICD päivitettiin.⁹⁰

Diagnooseja päädyttiin ottamaan mukaan huomattavasti enemmän kuin aiemmin. Siinä missä DSM-I sisälsi 106 diagnoosia, otettiin DSM-III:n mukaan kokonaiset 265 eri diagnoosia. Tämä ei tarkoita, että mielenterveyshäiriöiden määrä olisi yhtäkkiä lisääntynyt. Sen sijaan Spitzerin kokoamassa keskusteluryhmässä päätettiin, että yhä useampi luokitus oli tarpeen. Jälkeenpäin DSM-III:sta kuten muitakin diagnostisia manuaaleja on myös kritisoitu: On melko tunnettua, että Spitzerin menetit olivat varsin suoraviivaisia. Psykiatriset sairaudet ovat vain harvoin objektiivisesti

⁸⁸ Rosenhan 1973; Davies 2014, s. 24; Callahan & German 2004, s. 123–124; Lawlor 2012, s. 166.

⁸⁹ Pietikäinen 2013, s. 290–291; Shorter 2009, s. 151.

⁹⁰ Callahan & German 2004, s. 123–124; Lawlor 2010, s. 166; Shorter 2009, s. 153–153.

todennettavissa. Siispä DSM:n uudistamisessa tehtiin paljon arbitaarisia päätöksiä siitä, mitä kriteereitä millekin diagnoosille on, ja mitkä ylipäänsä ovat valideja sairauksia ja oireita. Käytännössä monen diagnoosin ja diagnostisen kriteerin syntyminen perustui siis siihen, miten työryhmässä paikalla olleet jäsenet äänestivät.⁹¹

DSM-III:n käynnistämä trendi diagnoosien määrän kasvussa merkitsi positiivista muutosta lääketeollisuudelle. Vuonna 1962 Yhdysvalloissa kiellettiin oirespesifien lääkkeiden määrääminen ns. määrittelemättömiin oireisiin: Lääkkeellä tuli olla selkeä käyttöindikaattori tiettyyn sairauteen tai oireeseen. Esimerkiksi Valiumia ei voitu enää määrätä yleiseen stressiin, vaan sitä tuli määrätä vain sen käyttötarkoituksessa määriteltyihin stressin oireisiin. DSM-III avasi siten uusia mahdollisuuksia lääkeyhtiöille. Sen lukuisat, tarkasti määritellyt diagnoosit tarkoittivat, että lääkkeitä alettiin nyt kehittää, määrätä ja markkinoida yhä useampaan erilliseen sairauteen yhä useammalla erillisellä kauppanimellä.⁹² Trendi diagnoosien määrän kasvussa on jatkunut vielä tähän päivään: Vuonna 1994 uudistetussa DSM-IV:ssä sairauksien määrä oli 292. Nykyisin käytössä olevasta, vuonna 2013 ilmestyneestä DSM-V:stä löytyy yli 300 diagnoosia.

70- ja 80-lukujen taitteessa masennus diagnoosina vakiinnutti lopullisesti asemansa, ja sitä käsittelevien teosten ja artikkelien määrä kasvoi alan julkaisuissa.⁹³ Ajan trendiin kuului myös muiden diagnostisten työkalujen kehittäminen. Masennus ei ole fyysisesti mitattavissa, eikä tilan vakavuuden arvioiminen ole siten helppoa. Arvioimisen tueksi alettiin kehittää erilaisia kyselylomakemalleja. Nykyisin käytössä on useampi virallisesti tunnustettu kyselylomake. Perusmalli niissä on, että potilas vastaa tilaansa ja vointiaan koskeviin kysymyksiin numeroasteikolla, joista saatavaa kokonaispistemäärää laskettaessa kyetään arvioimaan, onko muutoksia tapahtunut. Ensimmäisen ja ansainvälisesti kenties merkittävimmän asteikon, HDRS:n tai HAM-D:n eli Hamiltonin asteikon, kehitti brittiläinen psykiatri Max Hamilton. Hamilton työskenteli pienessä psykiatrisessa sairaalassa, ja kehitti asteikon itsenäisesti omiin tarpeisiinsa. HAM-D osoittautui hyödylliseksi, ja se alkoi levitä yleiseen käyttöön 70-luvulla. Asemansa standardiasteikkona se vakiinnutti 80-luvulla.⁹⁴

⁹¹ Lawlor 1012, s. 162, s. 165–169; Whitaker 2015, s. 269–271; Shorter 2009, s. 157.

⁹² Blazer 2005, s. 27; Lawlor 2012, s. 176.

⁹³ Lawlor 2012, s. 176.

⁹⁴ Callahan & German 2004, s. 130–131; Healy 2012, s. 136.

2.2. Monoamiiniteorian vakiintuminen ja SSRI-lääkkeet

Toinen olennainen, psykiatria muuttanut kehityskulku on psykiatristen häiriöiden selittäminen biologisesta näkökulmasta. Vielä 1950-luvulla psykiatrian alaan Yhdysvalloissa vaikuttivat vahvasti psykodynaamiseen psykologiaan perustuvat koulukunnat. 1960-luvulle tultaessa sikäläiset selitysmallit muuttuivat.⁹⁵ Suomessa sosiaalipsykiatrian ja psykodynaamisen psykologian koulukunnat kukoistivat vielä 1970-luvulla, mutta 1980-luvulle tultaessa niin sanottu medikaalinen malli alkoi painottua myös täällä⁹⁶. Biologisten selitysmallien historian selvittäminen on ensisijaisen tärkeää, sillä nykyisen masennuskäsityksen biologinen puoli ja masennuslääkkeiden toiminnan selittäminen pohjaavat siihen. Selvitys siitä, miten monoamiiniteoriaa tutkittiin auttaa myös ymmärtämään psyykenlääkkeisiin kohdistunutta kritiikkiä.

Kun ensimmäiset psyykenlääkkeet eli klooripromatsiini, MAO-salpaajat sekä trisykliset masennuslääkkeet kehitettiin, ei vielä tiedetty mihin niiden teho perustuu. Välittäjäaineiden olemassaolo löydettiin 1950-luvun puoliväliin mennessä. Siitä pitäen biologiset selitysmallit alkoivat saada jalansijaa ja vakiintua. Tärkeimmäksi nousi monoamiiniteoria, joka selittää mielenterveyden häiriöitä monoamiineihin kuuluvien serotoniinin, noradrenaliinin ja dopamiinin epätasapainolla.⁹⁷

Tie nykyisiin selitysmalleihin alkoi, kun Bernard Brodie, yhdysvaltalainen National Institute for Mental Healthin (NIMH) tutkija, esitti 1955 jäniskokeidensa perusteella, että masennuksen taustalla saattoi piillä epätasapaino aivojen kemiassa. Vuosikymmenen lopussa Brodien laboratoriossa työskennellyt farmakologian professori ja nobelisti Arvid Carlsson arvioi, että masennuslääkkeiden toiminta perustui serotoniinin, dopamiinin ja noradrenaliinin manipulointiin. Myöhemmin tutkija Joseph Schildkraut esitti niin kutsutun katekoliamiinihypoteesin⁹⁸, jonka mukaan kaikki affektiiviset häiriöt (mielialahäiriöt) johtuvat erityisesti noradrenaliinipitoisuuksien kemiallisesta epätasapainosta. Samaa roolia alettiin esittää myös serotoniinille.⁹⁹

⁹⁵ Pietikäinen 2013 s. 294–295.

⁹⁶ Helén, Hämäläinen & Metteri 2011, s. 14, s. 23.

⁹⁷ Moncrieff 2009, s. 130–132; Whitaker 2015, s. 60–63.

⁹⁸ Katekoliamiineihin kuuluvat noradrenaliini, dopamiini ja adrenaliini.

⁹⁹ Kirsch 2010, s. 84–87; Moncrieff 2009, s. 130–132; Whitaker 2015, s. 60–63; Shorter 2009, s. 70.

Ensimmäisenä vakiintui välittäjäainekäsitys skitsofrenian taustalla. Arvid Carlsson oli 50-luvun lopulla todennut, että Parkinsonin taudin aiheuttaa dopamiinin puute aivoissa. Neuroleptien kemialla alettiin tutkia, ja niiden havaittiin toimivan dopamiinitasoa alentavasti. Neuroleptien sivuoireena seuraavat Parkinsonin taudin oireita muistuttavat liikehäiriöt. Nämä kaksi seikkaa johtivat vuonna 1966 tutkija Van Rossumin hypoteesiin: Koska neuroleptit alentavat dopamiinin määrää aivoissa ja vähentävät psykoosin ja skitsofrenian positiivisia oireita, täytyy näihin mielenterveyden häiriöihin sairastumisen johtua alun alkaenkin liiasta dopamiinista. Samoihin aikoihin havaittiin, että psykooseja aiheuttavat amfetamiinit nostavat aivoissa dopamiinin aktiivisuustasoa, minkä tulkittiin vahvistavan teoriaa.¹⁰⁰

Yhteyttä dopamiinin ja skitsofrenian välillä yritettiin todentaa jodivärjäyksen keinoilla. Kun dissektoituja aivoja käsitellään jodilla, dopamiini värjäytyy vaaleanpunaiseksi.

Dopamiinireseptoreita sijaitsee aivoissa erityisen paljon tyvitumakkeissa eli basaaliganglioissa, etuaivokuoren alla sijaitsevassa aivojen osassa joka vastaa osaltaan motorisesta toiminnasta. Normaalilla ihmisellä jodi värjää tämän aivojen osan vahvasti vaaleanpunaiseksi. Itävaltalainen neurofarmakologi Oleh Hornykiewicz havaitsi, että Parkinsonin tautiin kuolleen potilaan dissektoitujen aivojen jodivärjäyksessä tämä osa ei poikkeuksellisesti värjäntynyt juuri ollenkaan. Tämä todellakin kertoo Parkinsonin taudin yhteydestä dopamiinin vähäisyyteen. Psykiatrian kannalta löytö osoittautui kiinnostavaksi ja sen katsottiin tukevan dopamiinin ja skitsofrenian välistä yhteyttä. Arvioitiin, että skitsofreenikon aivoissa basaaligangliot värjäytyisivät jodilla poikkeuksellisen paljon. Kuitenkaan skitsofreenikoiden aivoja värjäämällä ei kyetty löytämään poikkeavia tuloksia: Jodivärjäys tuotti skitsofreenikoiden aivoissa täysin normaalin tuloksen. Siitä huolimatta teoria dopamiinin ja skitsofrenian välisestä yhteydestä vakiintui pysyväksi osaksi psykiatriaa, ja nykyisin siihen suhtaudutaan melko kiistattomasti, olkoonkin ettei myöhempi tutkimus ole paljastanut vankempaa todistusaineistoa kuin aikanaan jodivärjäys.¹⁰¹

Myöhemmin välittäjäaineiden mittaamiseen kehitettiin tarkempia metodeja, joiden avulla selvitettiin masennuksen ja välittäjäaineiden välisiä syy-yhteyksiä. Kun prosessi nimeltä monoamiinioksidaasi hajottaa aivojen synapseissa serotoniinia ja dopamiinia, syntyy

¹⁰⁰ Moncrieff 2009, s. 72–72.

¹⁰¹ Whitaker 2015, s.61–64, s.75–77; Davies 2014, s. 144–145; Moncrieff 2009, s. 91–92.

aineenvaihduntatuotteita, jotka päätyvät selkäydinnesteeseen. Serotoniinin hajoaminen tuottaa 5-hydroksi-indolyylitikkahappoa (tästä eteenpäin 5-HIA) ja dopamiinin hajoaminen homovaniliinihappoa (tästä eteenpäin HVA).¹⁰²

Vuonna 1969 Malcom Bowers oli ensimmäinen, joka tutki menetelmän avulla masennuksen ja serotoniinin välistä yhteyttä. Hän mittasi 5-HIA-tason kahdeksalta masennuslääkettä syövältä masennuspotilaalta, ja havaitsi kemikaalin määrän olevan näillä hivenen alhainen, mutta ”ei merkittävästi”. Kahdeksan vuotta myöhemmin hän toisti tutkimusasetelman, ja havaitsi serotoniinitason olevan täysin normaali sellaisilla masennuspotilailla, jotka eivät syöneet masennuslääkettä. Vuonna 1971 samankaltaisella tutkimusasetelmalla havaittiin, etteivät erot 5-HIA-tasoissa masennuspotilailla ja terveillä verrokeilla ole ”tilastollisesti merkittäviä”, ja että kemikaalin määrä ei korreloi masennusoireiden tai niiden vakavuuden kanssa.¹⁰³

Vuonna 1975 serotoniiniteorian todistaminen menetelmän avulla sai lupaavan käänteän. Marie Asberg tutkimusryhmineen Karoliinisesta Instituutista tutki 5-HIA:n määrää 68 masentuneen potilaan selkäydinnesteessä. Mukana oli terve verrokkiryhmä. Paljon lehdistöhuomiota kerännyt lopputulos oli seuraava: Kahdellakymmenellä masennuspotilaalla, siis melkein kolmellakymmenellä prosentilla, todella oli keskimääräistä alhaisempi määrä kemikaalia selkäydinnesteessään. Tämän katsottiin todistavan, että masennuksesta on löydettävissä ”biologinen alaryhmä”. Vähemmälle huomiolle kuitenkin jäi tutkimuksen toinen, tärkein puoli: Alhaiseksi 5-HIA:n määräksi laskettiin alle 15 nanogrammaa millilitraa kohden. Myös terveessä verrokkiryhmässä 25 %:lla oli määritelmän mukainen alhainen serotoniinitaso. Sen lisäksi korkeaksi määriteltävä serotoniinitaso, yli 25 nanogrammaa millilitraa kohden, oli jopa 24 %:lla masentuneessa ryhmässä. Sekä masennuspotilaiden että terveen verrokkiryhmän 5-HIA:n määrä selkäydinnesteessä sopivat siis täsmälleen normaaliin vaihteluväliin eikä kemikaalin määrä korreloinut masennuksen kanssa.¹⁰⁴

Yhdysvalloissa NIMH (National Institute for Mental Health) teetätti oman tutkimuksensa 5-HIA:sta ja masennuslääkkeistä vuonna 1984 tutkijaryhmällä James Maas ynnä muut. Tutkimuksen

¹⁰² Whitaker 2015, s. 71.

¹⁰³ Whitaker 2015, s. 70–71.

¹⁰⁴ Asberg 1976.

lähtökohtana oli Asbergin havaitsema alhaisen serotoniinitason ryhmä. Tarkoitus oli selvittää, onko alhaisen serotoniinitason potilasryhmällä parempi responssi eräiseen trisykliseen masennuslääkkeeseen, amitriptyliiniin. Odotusten vastaisesti tutkimuksessa ei havaittu minkäänlaista korrelaatiota lääkeresponssin ja 5-HIAA:n määrällä selkäydinnesteessä. Lisäksi tutkimuksessa toistettiin Asbergin löydös kemikaalin korkeasta vaihteluvälistä masennuspotilailla: Joillain potilaista 5-HIAA:n tasot olivat matalia, joillain korkeita. Tämänkään tutkimustuloksen perusteella yhteyttä serotoniiniin ja serotonergisten hermoverkoston sekä masennuksen välillä ei löytynyt.¹⁰⁵ Kaiken kaikkiaan 1900-luvun jälkipuoliskon kuluessa kerätty tutkimusaineisto viittaa vahvasti siihen, ettei serotoniiniin tai muiden välittäjäaineiden epätasapainolla ole yhteyttä masennukseen.¹⁰⁶

Kuitenkin serotoniinia koskevaan teoriaan tarttuivat lääkeyhtiöt Astra Ab sekä Eli Lilly. Tähän asti psyykenlääkkeet oli kehitetty vahingossa, vailla teoriaa niiden toiminnan taustalla. Nyt molemmat yhtiöt yrittivät tietoisesti kehittää masennuksen hoitoon monoamiiniteoriaan pohjaavan täsmälääkkeen, joka systemaattisesti estäisi serotoniinin takaisinottoa serotoniinireseptoreissa.¹⁰⁷ Astran tuote, Zelmid (tsimelidiini), saapui markkinoille vuonna 1982, mutta se vedettiin takaisin jo seuraavana vuonna puutteellisesta testauksesta johtuvien vakavien sivuoireiden vuoksi.¹⁰⁸ Eli Lilly jatkoi kehitystyötään hieman pidempään. Lokakuussa 1985 yhtiön kehittämälle lääkkeelle, fluoksetiinille, haettiin FDA:n hyväksyntää. Myöntävä päätös saapui 29. joulukuuta 1987, ja fluoksetiini päätyi myyntiin kaupanimellä Prozac.¹⁰⁹

Sekä Prozacin että Zelmidin edustama lääkeyhmä nimettiin vasta myöhemmin SSRI:ksi, selektiiviseksi serotoniinin takaisinoton estäjiksi, olkoonkin että niiden toimintamekanismissa ei ole mitään selektiivistä.¹¹⁰ Ensimmäistä kertaa nimitystä käytti SmithKline Beecham, nykyisin GaxoSmithKline, markkinoidessaan Paxilia (paroksetiini).¹¹¹ Markkinoinnissa tämä osoittautui

¹⁰⁵ Muista yrityksistä löytää yhteys masennuksen ja monoamiinien välillä katso esim. Kirsch 2008, s. 83–93.

¹⁰⁶ Paris 2010, s. 14.

¹⁰⁷ Paris 2010, s. 91.

¹⁰⁸ Shorter 2009, s. 173–174; Mulinari 2015.

¹⁰⁹ Mulinari 2015.

¹¹⁰ Healey 2012, s. 32–33.

¹¹¹ Shorter 2009, s. 178.

tehokkaaksi keinoksi: Se synnytti mielikuvan tehokkaasta, spesifistä ja täsmällisestä lääkkeestä, jonka kylkeen saattoi liittää vakuuttavaa kuvamateriaalia neuroneista ja neurotransmittereista.¹¹²

Prozac lanseerattiin tuttuun tapaan valtaisan markkinointikampanjan avulla.

Markkinointikampanjassa korostettiin jo silloin teoriaa välittäjäaineiden ja erityisesti serotoniinin epätasapainosta masennuksen aiheuttajana. Koska teoria on biologinen ja kuulostaa tieteelliseltä, sitä pidettiin vakuuttavana myös potilaiden keskuudessa, ja se loi psykiatrialle uudenlaista uskottavuutta.¹¹³

Nykyään SSRI-lääkkeet ovat maailman suosituin masennuslääketyyppi. Ne mullistivat masennuksen hoidon ja koko psykiatrian alan. Niiden markkinoinnissa esiintyi jo muiden psyykenlääkkeiden markkinoinnissa tuttuja keinoja kuten vertailu aiempiin lääketyyppihin sekä uuden lääkkeen esittäminen turvallisempaan ja tehokkaampaan. Suoramarkkinointi lääkäreille oli voimakasta, ja sitä esiintyi sekä seminaareissa että mielenterveyskampanjoissa, joissa peräänkuulutettiin masennuksen tehokkaampaa tunnistamista lääkärin vastaanotolla. Uutta SSRI-lääkityksen kohdalla oli spesifin vaikutuksen ja toimintamekanismin tieteellisyyden korostaminen – ja toisaalta SSRI-lääkitystä alettiin myöhemmin markkinoida eräänlaisena yleislääkkeenä mieliala- ja ahdistushäiriöille.¹¹⁴

Lääketyyppi omaksuttiin ensimmäisenä masennuslääkkeenä myös yleislääkäreiden laajamittaiseen käyttöön. Prozacin voikin meprobamaatin tapana katsoa luoneen kysynnän ihan uudelle lääketypille. Myös muut lääkeyhtiöt toivat markkinoille nopeasti eri tyyppisiä SSRI-lääkkeitä, ja 90-luvulla lääketypin yleistymisen näkyi lääketeollisuuden taloudellisen kannattavuuden merkittävänä nousuna. Vuonna 2001 masennuslääkkeet olivat myydyin lääkeryhmä koko maailmassa.¹¹⁵ Vuonna 2002 pelkästään Prozacia määrättiin 40 miljoonalle ihmiselle ympäri maailman, ja sen markkinoiden arvo oli 22 miljardia dollaria. On myös huomattava, että nykyään lääketeollisuus rahoittaa enemmän tuotteidensa markkinointia kuin niiden kehittämistä.¹¹⁶

¹¹² Hautamäki, Helén, Kanula 2011, s. 86–87.

¹¹³ Moncrieff 2009, s. 152–156.

¹¹⁴ Hautamäki, Helen & Kanula 2011, s. 82–87; Moncrieff 2009, s. 54–55, s. 58–60.

¹¹⁵ Moncrieff 2009, s.3.

¹¹⁶ Wong et al. 2005; Paris 2010, s. 32.

Suomessa monoamiiniteorian vakiintuminen ja SSRI-lääkkeiden tulo markkinoille näkyivät ennen kaikkea kahdella tavalla. Angloamerikkalaisen psykiatrian vaikutteet olivat korostuneet toisen maailmansodan jälkeisestä ajasta asti. Kuitenkin vielä 70-luvulla psykoanalyysi eli Suomessa kulta-aikaansa. Nämä tapahtumat vahvistivat angloamerikkalaisen psykiatrian sekä biologisen psykiatrian aseman myös kotimaassa ja toivat Suomen osaksi niitä kansainvälisiä kehityskulkuja, joissa psykoanalyttisen psykiatrian asema heikkeni.¹¹⁷

Nykyään käytetyimmistä masennuslääkkeistä fluoksetiini sai Suomessa myyntiluvan vuonna 1988, minkä jälkeen seuraavina perässä seurasivat fluvoksamiini, sitalopraami ja paroksetiini sekä vuonna 1995 venlafaksiini (SNRI-lääke). Vuoteen 2000 mennessä SSRI-lääkkeiden osuus masennuslääkkeiksi luokiteltavien lääkeaineiden kulutuksesta oli 70 % samalla kun niiden kulutus kasvoi alle kymmenestä vuorokausiannoksesta (DDD) asukasluukuun suhteutettuna liki 50 vuorokausiannokseen vuosien 1990–2003 välillä.¹¹⁸ Toisaalta 1990-luvun Suomessa tapahtunut laitoshoidon purkaminen näkyy kotimaisen psykiatrian historiassa yhtä aikaa lääkehoidon yleistymisen kanssa. Sosiologi Markku Salo on kuvannut tilannetta psykiatrisen laitoshoidon korvautumisena kemiallisella laitoshoidolla.¹¹⁹

3. Masennuslääkityksen kritiikki Suomen Lääkärilehdessä

3.1. Reaktiot meta-analyyseihiin

Masennuslääkkeitä kritisoineet, luvussa 1.2. esitellyt meta-analyysit saivat Lääkärilehdessä aikaan hyvin vähän reaktioita vuosina 2008–2014. Reaktioissa olennaista oli Käypä hoidon linjan noudattaminen, asiantuntijavetoisen keskustelun korostaminen sekä paikoin uutisoimatta jättäminen. Tässä kappaleessa käsitellään yhdessätoista artikkelissa esiintynyt, aikarajauksessa esitelyihin meta-analyyseihiin ja tutkimuksiin kohdistettu suora responsi. Koska responsi meta-analyyseihiin on tutkimuksen kannalta olennainen, aineisto käydään poikkeuksellisesti läpi lähilukuna. Lähiluvun jälkeen kommentoin aineistoa tarkemmin ja pohdin plasebon ja näyttöön perustuvan lääketieteen roolia sekä sitä, mikä näyttäytyi masennuslääkekeskustelulle erityisenä.

¹¹⁷ Pietikäinen 2013, s. 369, s. 371–374.

¹¹⁸ Hyvönen 2008, s. 158–159.

¹¹⁹ Pietikäinen 2013, s. 369, s. 371–374.

Lääketieteen maailmasta, Lääkeinfo ja Lääketieteessä tapahtuu -palstat esittelevät poimintoja lääketieteen ja lääkekehityksen uusista tutkimuksista, lainsäädännöllisistä muutoksista, hoitolinjausten muutoksista sekä kansainvälisissä lääketieteen alan lehdissä käydyistä keskustelusta. Lyhyet nostot esittelevät ja referoivat toimituksen linjassa merkittävänä pidettyjä uutisia. Palstoja psykiatristen lääkkeiden ja psykiatrian osalta toimittivat aikajaksolla nykyisin edesmennyt farmakologi Juhana E. Idänpään-Heikkilä, psykiatrian emeritusprofessori Raimo K.R. Salokangas sekä psykiatrian dosentti Tero Taiminen.

Lyhyeksi uutiseksi Lääkeinfo -palstalle päätyi 25.1.2008 *New England Journal of Medicinessä* julkaistu Erick Turnerin ynnä muiden tutkimus, *Selective Publication of Antidepressant Trials and Its Influence on Apparent Efficacy*. Referaatti ilmestyi neutraalilla otsikolla ”Masennuslääketutkimusten kielteisiä tuloksia ei julkaista”. Referaatissa ei mainittu tutkimusta tai sen tekijöitä nimeltä. Se oli sävyiltään neutraali, ja esitteli tutkimuksen sisällön minimissään ja ilman johtopäätöksiä. Tutkimuksen implikaatioihin otettiin kantaa neutraalilla tavalla:

”Tutkijat korostavat, että näyttöön perustuva lääketiede on pätevää vain, jos näyttö perustuu täydelliseen ja objektiiviseen tietoon. Tutkimuksien valikoiva julkaiseminen sitä vastoin johtaa haitallisiin seuraamuksiin ajatellen tutkijoita, tutkimuksiin osallistuvia, terveydenhuollon toimijoita ja potilaita.”¹²⁰

Turnerin sekä Kirschin tutkimukset avasivat maailmalla keskustelua masennuslääkkeiden vaikuttavuudesta, ja lehti palasi Turnerin tutkimukseen 22.2.2008 uudestaan palstalla Lääketieteen maailmasta otsikolla ”Masennuslääkkeiden vaikuttavuutta on syytä tutkia tarkemmin”. Vaikka otsikon voi katsoa ottaneen kantaa asiaan, tälläkin kertaa tutkimus referoitiin neutraalisti. Kuitenkin nyt mukaan liitettiin myös tutkimuksessa masennuslääkitykseen kantaa ottaneita puolia:

”Tutkijat toteavatkin löytäneensä julkaisuharhan positiivisten tulosten suuntaan. Lisäksi ei-positiivisia tuloksia julkaistaan siten kuin ne olisivat positiivisia. Kolmanneksi joudutaan toteamaan, että masennuslääkkeiden vaikuttavuus on vähäisempi kuin julkaistun materiaalin perusteella voidaan

¹²⁰ Idänpään-Heikkilä, J., 'Masennuslääketutkimuksen kielteisiä tuloksia ei julkaista', *Lääkärilehti* 63:4 2008, s. 285.

päätellä. Usein syyttävä sormi on osoittanut lääketekneiden suuntaan, mutta tutkimuksen julkaisematta jääminen voi johtua myös tutkijasta, sponsorista, julkaisun päätoimittajasta tai arvioitsijoista.”

121

Helmikuussa 2008 ilmestynyt Irving Kirschin ynnä muiden meta-analyysi jätettiin Suomen Lääkärilehdessä kokonaan uutisoimatta. Kirschin tutkimus teki Turneria negatiivisempia ja suurempia päätelmiä masennuslääkkeiden tehosta. Tämä saattaa selittää Kirschin tutkimuksen julkaisematta jättämistä: Sen tutkimustulokset sekä ottavat suuremmin kantaa että eivät ole linjassa Depression Käypä hoidon kanssa. Silti samana vuonna Kirschin ja Turnerin tutkimuksiin otettiin Suomessa kantaa muun muassa Duodecimissa jopa pääkirjoitustasolla.¹²²

Suoraan aihetta käsiteltiin vasta seuraavana vuonna, kun Suomen Lääkärilehti julkaisi 16.1.2009 psykiatrian professori Jyrki Korkeilan pääkirjoituksen Masennuksen lääkehoidon teho. Jyrki Korkeila on arvostettu psykiatri, joka on ollut mukana jokaisessa Isometsän johtamassa Depression Käypä hoito -suositusta laatineessa tiimissä.¹²³

Pääkirjoituksensa alussa Korkeila myöntää Kirschin ja Turnerin tutkimusten herättäneen paljon keskustelua, mutta ei erittele asiaa tai nimeä tutkimuksia sen tarkemmin. Sen sijaan Korkeila vetoaa STAR*D -tutkimukseen. STAR*D on vuonna 2006 julkaistu tutkimus, jossa selvitettiin masennuslääkkeiden määräyskäytäntöjä silloin, kun ensimmäisenä määrättyllä masennuslääkkeellä ei ollut toivottua vaikutusta. Tähän tutkimukseen palataan seuraavassa kappaleessa 3.1.1. Sekä STAR*D:n että meta-analyysien kohdalla Korkeila kuvaa masennuslääkkeitä negatiivisesti kuvanneita tutkimustuloksia ”ristiriitaisina” ja esittää Käypä hoidon mukaisen päätelmän:

”Masennuksen lääkehoito on perusteltua, mutta sen tulee olla aktiivista: annosta suurennettaessa tai valmistetta vaihdettaessa on syytä toimia nopeammin kuin on totuttu. Hyöty on todennäköisempi, jos valmiste vaihdetaan toisella tavalla vaikuttavaan. Jo ensimmäiset kaksi viikkoa antavat viitettä tulevasta tehosta.”

Pääkirjoituksen voikin katsoa toimineen Käypä hoito -suositusta puoltavana ja vahvistavana.¹²⁴

¹²¹ Salokangas, R., ’Masennuslääkkeiden vaikuttavuutta on syytä tutkia tarkemmin’, *Lääkärilehti* 63:8 (2008), s. 727.

¹²² Tacke 2008.

¹²³ Depressio: Käypä hoito -suositus, 2016.

¹²⁴ Korkeila, J., ’Masennuksen lääkehoidon teho’, *Lääkärilehti* 64:3 (2009), s. 132.

Fournierin ynnä muiden tutkimus esiteltiin lyhyesti Lääkemaailmassa tapahtuu -palstalla pian sen ilmestymisen jälkeen tammikuussa 2010 otsikolla ”Lääkitys ei näytä aina auttavan lievässä masennuksessa.” Esittely oli poikkeuksellisen lyhytsanainen eikä se ottanut kantaa tutkimuksen tuloksiin.¹²⁵

Suomen Lääkärilehti pysyi tämän jälkeen pitkään vaiti aiheesta. Lehti julkaisi 27.1.2012 Lääketieteen maailmasta -palstalla epätavallisen pitkän uutisen otsikolla Masennuslääkkeet tehoavat mutta vain osaan potilaista. Uutisen oli laatinut Tero Taiminen. Uutisessa viitattiin meta-analyysien synnyttämään keskusteluun:

”Viime vuosina valmistuneet meta-analyysit masennuslääkkeiden tehosta ovat herättäneet kiivaan keskustelun näiden lääkkeiden kliinisestä merkityksestä. Meta-analyysien mukaan masennuslääkkeiden tehon koko (Cohenin d) on vain luokkaa 0,4. [...]Toisaalta moni lääkäri on havainnut osan potilaistaan toipuvan masennuslääkkeen avulla nopeasti oireettomiksi.”¹²⁶

Varsinainen uutinen käsitteli muun muassa Kirschin ja Turnerin meta-analyysien kimmottamaa vastatutkimusta, jossa suoritettiin uusinta-analyysi SSRI-lääke essitalopraamia lumeeseen vertaileesta tutkimuksesta. Uusinta-analyysissa potilaat ryhmiteltiin uudelleen sen mukaan, millaisen hyödyn potilaat olivat lääkkeestä saaneet sekä selvitettiin, millainen oli ero lumeresponssin ja lääkeresponssin välillä. Merkittävää hyötyä masennuslääkkeestä muttei lumeesta sai uuden ryhmittelyn mukaan 19 % potilaista. Uutisessa tämä esitetään positiivisena asiana ja esitetään tarve vastaavalle lisätutkimukselle sekä lääkityksen paremmalle kohdentamiselle. Uutisessa esitetäänkin johtopäätös: ”Lumevaikutuksesta huolimatta on olemassa ryhmä potilaita, joiden oireet lievenevät nopeasti vaikuttavalla lääkkeellä, mutta eivät lumeella.”

Uutinen vaikuttaa antavan vain vähän painoarvoa meta-analyysille jotka antoivat masennuslääkkeille heikon tehon. Suurempi painoarvo sen sijaan annetaan ensin lääkäreiden kokemukselle ja toiseksi sille 19 %:n potilasryhmälle, jonka uutisoitavassa tutkimuksessa havaittiin lääkkeestä hyötävän. Siihen nähden jo otsikossa esiintyneen lausahduksen, ”Masennuslääkkeet tehoavat”, voi katsoa sisältävän vinouman. Useimpien hoitomuotojen kohdalla nähtäisiin negatiivisena asiana, mikäli vain viidesosan potilaista voisi odottaa hyötävän hoidosta. Onnekasta

¹²⁵ Idänpään-Heikkilä, J., ‘Lääkitys ei aina näytä auttavan lievässä masennuksessa’, *Lääkärilehti* 65:3 (2010), s. 191.

¹²⁶ Taiminen, T., ‘Masennuslääkkeet tehoavat, mutta vain osaan potilaista’, *Lääkärilehti* 67:4 (2012), s. 234.

kyllä, aihetta on myös tutkittu, ja yksi tällainen tutkimus uutisoitiin lehdessä osana meta-analyysien herättämää keskustelua.

Niin ikään Lääketieteen maailmasta -palstalle epätyypillisen pitkä uutinen, Psykykenlääkkeet eivät ole muita lääkkeitä huonompia, ilmestyi 16.3.2012.¹²⁷ Uutisessa käsitellään tutkimusta, jossa psykykenlääkkeiden tehoa vertailtiin 20 muun lääketieteen erikoisalan lääkkeiden tehoihin. Lukija johdatellaan aiheeseen masennuslääkekeskustelun kautta:

”Kymmenen viime vuoden aikana ilmestyneet meta-analyysit masennuslääkkeiden ja antipsykoottien tehosta ovat herättäneet levottomuutta sekä lääkärikunnan että median keskuudessa. Psykykenlääkkeiden teho on osoittautunut aiemmin luultua heikommaksi, ja on pohdittu, onko psykiatristen lääkkeiden käyttö lainkaan perusteltua.”

Uutisoitavassa tutkimuksessa muiden erikoisalojen hoitomuotojen keskimääräiseksi vaikutuksen kooksi saatiin 0,45 kun taas psykykenlääkkeiden kohdalla vastaava luku oli 0,49. Kuitenkin, kuten myös uutisessa huomautetaan: ”Lääkehoitojen tehon vaihtelu oli suurta, suurimmat vaikutuksen koot olivat yli 2, kuten hepatiitin interferonihoidon, ja joistain hoidoista oli jopa haittaa.” Sitä, mitkä erikoisalat ja hoitomuodot tutkimuksessa huomioitiin, ei uutisessa tarkemmin eritellä.

Uutisen lopussa asiaan otetaan kantaa psykykenlääkkeiden eduksi:

”On tärkeää muistaa, että keskiarvo pitää sisällään sekä ne potilaat, jotka paranevat kokonaan, että ne, jotka eivät hyödy lääkityksestä lainkaan. Psykiatrisissa lääketutkimuksissa lumevaikutus on tavallisesti suurempi kuin somaattisissa lääketutkimuksissa, mikä pienentää vaikutuksen kokoa psykiatrisissa lääketutkimuksissa. Tämä huomioon ottaen psykiatristen sairauksien lääkehoito on tämän katsauksen perusteella jopa tehokkaampaa kuin lääkehoito keskimäärin. Tämä on varmasti huojentava tieto psykiatrisille potilaille, heidän omaisilleen ja koko lääkärikunnalle.”

Kannanotossa ei huomioida sitä, että vastaavat päätelmät osuvat myös erikoisalojen lääkkeiden vaikutuksiin tai haitallisten hoitomuotojen osuutta. Arvottavasti uutisessa masennuslääkkeiden tehoa kritisoineet meta-analyysit nimetään levottomuutta herättäviksi kun taas psykykenlääkkeiden tehoa omalla tavallaan puoltanutta tutkimusta kuvataan huojentavaksi.

¹²⁷ Taiminen, T., 'Psykykenlääkkeet eivät ole muita lääkkeitä huonompia', *Lääkärilehti* 67:11 (2012), s. 861.

Samana vuonna Jyrki Korkeila otti kantaa masennuslääkekeskusteluun Keskustelua -palstalla 23.11.2012 julkaistulla mielipidekirjoituksellaan ”Lääkärin kuuluu vaikuttaa nettitiedon laatuun”.

Korkeila kirjoittaa:

Julkisuudessa on käyty värikästä keskustelua psyykenlääkkeitten eduista ja haitoista. Väitteet ovat vaihdelleet masennuslääkkeitten toipumista estävistä vaikutuksista siihen, että psykoosilääkkeet vahingoittavat aivoja. Informaatio psykoosilääkkeistä johtaa harhaan mm. suomenkielisessä Wikipediassa, jossa käsitellään lähinnä haittavaikutuksia erittelemättä edes niiden havaittua tavallisuutta.¹²⁸

Mielipidekirjoituksessaan hän puolustaa vahvasti psyykenlääkkeiden käyttöä sekä anekdoottien että psykiatristen teorioiden kautta sekä toivoo keskustelun pysyvän asiantuntijavetoisena.

”Toistaiseksi ei siis ole aihetta kuulutella maailmalle psykoosilääkkeitten tuhoavan aivoja. Osa potilaista saa lääkkeitä huomattavaa apua, osa kohtalaisesti ja osa vain vähän tai ei lainkaan”, Korkeila kirjoittaa. Kannanotossa ne potilaat, jotka masennuslääkkeistä eivät saa apua, nähdään toissijaisina, eikä masennuslääkkeiden haittavaikutuksia huomioida. Korkeilan toteamus ”psykoosilääkkeitten aivoja tuhoavasta vaikutuksesta” ei ole kattava kuvaus ajankohtana esitetyistä argumenteista ja sivuuttaa erimieliset asiantuntijäänet.¹²⁹

Seuraavan vuoden ajalta keskustelu summattiin Lääkeinfo -palstalla merkittävän lyhyellä uutisella ”Käytetäänkö masennuslääkkeitä liikaa?”. Britanniassa masennuslääkkeiden käyttö lisääntyi 2011 noin 10 %, mikä herätti British Medical Journalissa paljon keskustelua masennuksen mahdollisesta ylilääkitsemisestä. Lääkärilehti tiivistää tilannetta:

”Toisen asiantuntijan mukaan masennuslääkkeitä määrätään kovin helposti, liian pitkään ja vain yksi seitsemästä potilaasta hyötyy niistä. [...]Toiselta puolelta esitetään, että lääkemääräyksien kasvun selittävät pidentyneet hoitoajat ja lisääntyvä käyttö muihin tarkoituksiin kuin masennukseen. Tutkimuksien menetelmäongelmat ovat johtaneet virheellisiin päätelmiin ja masennuslääkkeiden hyötyjen aliarvioimiseen. Selvityksien mukaan yleislääkärit ovat varovaisia masennuslääkkeiden käytössä, ja pääsy keskusteluterapiaan on rajallista.”

¹²⁸ Korkeila, J., 'Lääkärin kuuluu vaikuttaa nettitiedon laatuun', *Lääkärilehti* 67:47 (2012), s. 3462.

¹²⁹ Todennäköisesti tällä viitataan psyykenlääkkeiden pitkäaikaisen käytön aikaansaamiin muutoksiin hermoverkoissa. Aivot pyrkivät homeostaasiin eli tasapainoon siinä missä mikä tahansa muukin kehon osa. Esimerkiksi psykoosilääkkeet vähentävät dopamiinin määrää dopamiinireseptoreissa, mihin hermosto pitkällä aikavälillä reagoi kasvattamalla lisää dopamiinireseptoreita. Samaten SSRI-lääkkeiden pitkäaikainen käyttö saa hermoston reagoimaan jatkuvaan serotoniinin ylitarjontaan vähentämällä serotoniinireseptoreita. Tämä on todennettavissa aivokuvantamisen keinoin. Ilmiötä julkisuuteen ovat tuoneet myös psykiatrit. Katso esim. Moncrieff 2009.

Summaus on selvästi kantaaottava masennuslääkkeiden eduksi. Huolimatta Britanniassa käydystä vilkkaasta keskustelusta lehti ei ota asiaan enempää kantaa.

Seuraavat suorat kannanotot Suomen Lääkärilehti julkaisi syksyllä 2014. Aihe oli silloin Suomessa ajankohtainen myös populaarilehdistössä. Kuten edellä on esitelty, Yle esitti 26.5.2014 MOT: Masentavat lääkkeet. Dokumentin lähtökohtana oli masennuslääkityksen yleisyys ja niihin kohdistunut kritiikki, ja dokumentissa käsiteltiin masennuslääkkeiden tehoa ja asemaa hallitsevana hoitomuotona. Ohjelmassa haastateltiin useita eri tahoja, muun muassa Erkki Isometsää, joka vahvasti puolsi masennuslääkkeiden käyttöä. Myös kappaleessa 1.4.2. esitelty Peter Gøtzsche esiintyi ohjelmassa. Yksi haastateltavista oli psykologi Aku Kopakkala.

Kopakkala esiintyi haastatteluissa maltillisesti, mutta kommentoi muun muassa seuraavaa:

”On myös koulukunta, joka on sitä mieltä, että nimenomaan masennuslääkkeet altistaa masennuksen uusiutumiseen ja kroonistumiseen, on ollu jo kauan olemassa, niin jos he on oikeessa, niin tää tilanne on erittäin niinkun outo. [...]Ja koulukunta, mikä on vahvasti sitä mieltä, että masennuslääkkeet nimenomaan madaltaa, madaltaa kynnystä masennuksen uusiutumiseen, on kyllä saanu tästä niinkun käsitykselleen vahvistusta”.¹³⁰

Masennuksesta johtuvista työkyvyttömyyseläkkeistä Kopakkala kommentoi seuraavaa:

”Tulee mieleen kyllä, että, että pahentaako sitä tilannetta, että syödään masennuslääkkeitä kovasti. - - - Että ei se ainakaan asiaa paranna, koska se on, nää ihmiset epäilemättä ovat saaneet riittävän määrän lääkkeitä ennen sitä eläköitymistä. Että sen takia he eivät eläkkeelle jää, että he eivät olisi syöneet niitä. Mut että tää antaa mahdollisuuden kahteen keskenään erilaiseen tulkintaan.”

Edelleen Kopakkala tuli kommentoineeksi edelläkin esiteltyä monoamiiniteoriaa ja sen paikkaansapitävyyttä:

”Me haluttais niinkun et maailma olis aika yksinkertainen. Et siinä olis serotoniinin puute aivoissa ja lisätään serotoniinia: nopea fiksaus” [...] ”Harvoja asioita on niin selkeästi osoitettu, että serotoniinin puutteesta aivoista masennus ei johdu.”

¹³⁰ MOT – masentavat lääkkeet. Litterointi verkkoaineistosta <http://yle.fi/aihe/artikkeli/2014/05/26/masentavat-laakkeet-kasikirjoitus> . Viitattu 21.3.2017. Myös seuraavasta.

Myös ohjelmassa esiintynyt Isometsä kommentoi asiaa:

”No siis välittäjäinemuutoksia, jonkinlaisia poikkeavuuksia, löydetään masennuspotilailta paljon, mutta tänä päivänä aika harva uskoo, että ne itsessään on kovin olennainen masennuksen syy.”

Pian ohjelman julkaisemisen jälkeen Kopakkala irtisanottiin työstään Mehiläinen Oy:n kuntoutusjohtajana. Mehiläinen perusteli irtisanomista toteamalla Kopakkalan kritisoineen depression Käypä hoito -suositusta.¹³¹ Tapaus ylitti uutiskynnyksen, ja herätti keskustelua muun muassa siitä, oliko Kopakkalan irtisanominen laitton sekä itse substanssista eli masennuslääkityksen tehosta.

Syksyllä 2014 Suomen Lääkärilehti kommentoi asiaa epäsuorasti. Ensimmäinen kommentti ilmestyi Näkökulma -palstalla 15.8.2014. Psykiatrian dosentti Sami Pirkolan mielipidekirjoitus Masennuslääkkeillä mediaan otti omalla tavallaan kantaa sekä Kopakkalan että Gøtzschen lausuntoihin. Sami Pirkola on ollut Depression Käypä hoito -työryhmän jäsen vuodesta 2004 alkaen.¹³² Pirkola sekä puolsi masennuslääkkeitä ja niiden Käypä hoidon mukaista käyttöä. Hän myös kyseenalaisti tarvetta keskustelulle masennuslääkkeiden tehosta:

”On olennaista, että lääkärikunta on mukana keskustelussa rationaalisin, kriittisin ja parasta käytössä olevaa tietoa hyödyntävin näkemyksin. Julkisuushakuisten esiintulojen käsittely voi olla uuvuttavaa, mutta se on tehtävä”.¹³³

Kontekstissa Pirkola asetti masennuslääkkeitä puoltavan näkemyksen rationaaliseksi ja kriittiseksi, kun taas MOT-dokumentissa esitetyt kriittiset lausunnot hän leimasi julkisuushakuisiksi ja uuvuttaviksi. Keskustelua hän myöhemmin kuvaa ”hämmennystä herättäneeksi” sekä toteaa: ”Lukemattomille potilaille tärkeän lääkehoidon asettaminen tiedotusvälineissä outoon valoon on teko, jonka motiiveja on vaikea arvailla.” Pirkolan teksti siis olennaisilta osin tähtää Käypä hoidon mukaisen masennuslääkityksen puolustamiseen, mutta Korkeilan vuoden 2012 kirjoituksen tapaan myös suhtautuu negatiivisesti siihen, että masennuslääkityksen tehosta keskustellaan. Pirkolan argumentoinnin keinoja voi tässä yhteydessä pitää poikkeuksellisen tunnepitoisina.

¹³¹ Kopakkala 2015, s. 9–10.

¹³² Depressio: Käypä hoito -suositus, 2016.

¹³³ Pirkola, S., 'Masennuslääkkeillä mediaan', *Lääkärilehti* 69:33 (2014), s. 1948–1949.

Vajaa kuukautta myöhemmin Keskustelua -palstalla julkaistiin 12.9.2014 psykiatrian erikoislääkäri Jukka Hintikan mielipidekirjoitus otsikolla Masennuspotilaita ei pidä mitätöidä. Myös hän viittaa tekstissään ”viimeaikaiseen keskusteluun”, mutta ottaa Pirkolaa lievemmin asiaan kantaa. Hintikka toteaa masennuksesta johtuvien sairaseläkkeiden määrän kasvaneen ja selittää sitä diagnosoinnin sekä tilastoinnin muutoksilla. Tekstissään Hintikka puhuu masentuneista ja ”masentuneista”, ja tekee siten eron määrittelemättä jäävän *todellisen* masennuksen sekä määrittelemättä jäävän *ei-todellisen* masennuksen välillä: ”Nykyään on yleistä, että elämässä kolhuja kokeneet hakevat ’saikkua’, saavat sitä ’masennuksen’ perusteella ja lisäksi reseptin”. Edelleen Hintikka toteaa, että ryhmä jota hän pitää oikeasti masentuneita jää samalla liian usein lääkettä ja hoidotta. Hän esittää väitteen, ettei Masennuksen Käypä hoito toteudu tarpeeksi usein. Tällä hän viittaa kontekstissa lääkityksen toteutumiseen.

Hintikan mielipidekirjoitus puoltaa kontekstissa masennuslääkkeitä sekä niiden Käypä hoidon mukaista käyttöä. Hänen kantansa Kopakkalan irtisanomisesta lähteneeseen keskusteluun on, ettei ongelma ole liiassa lääkityksessä vaan liian vähäisessä lääkityksessä. Muita hoitomuotoja hän kommentoi myös:

”Käydyssä keskustelussa on osa totuutta: eivät lääkkeet ’masennusta’ paranna. On totta, että terveellinen ruokavalio, raitis ulkoilma ja lyhytterapia auttavat usein, jos masennus on enintään lievähköä, terapiaan pääsee heti ja elämässä on mielekästä tekemistä heti kun siihen pystyy. Todellisuu-
dessa masentunut työtön jonottaa terapiaan ilman aktiivisesti toteutettua lääkehoitoa.”¹³⁴

Lopuksi Hintikka esittää kovin lohduttoman näkemyksen masennuksen ennusteesta: ”Toistuva masennus on aaltoileva pitkäaikaissairaus, jota ei ehkä voi parantaa.”. Ylläpitohoidoksi Hintikka mainitsee ensisijaisesti lääkehoidon ja toissijaisesti harvakseltaan toteutuvan psykoterapian.

Suora osallistuminen masennuslääkkeitä kritisoineita meta-analyseja koskeneeseen keskusteluun sekä Kopakkalan irtisanomisesta käynnistyneeseen keskusteluun oli Suomen Lääkärilehdessä merkittävän vähäistä, ja tämä vähäisyys on yksi tämän tutkimuksen merkittävimmistä tuloksista. On mahdollista, että kannanottoja olisi Suomen Lääkärikunnasta voinut löytyä myös

¹³⁴ Hintikka, J., ’Masennuspotilaita ei pidä mitätöidä’, *Lääkärilehti* 69:37 (2014), s. 2260.

monipuolisemmin. Kappale 3.2. käsittelee niitä eriäviä ääniä, jotka tässä yhteydessä eivät päässeet esille.

Meta-analyysejä suoraan käsitelleissä artikkeleissa suurimmaksi auktoriteetiksi nousi Käypä hoito ja sen linjan puoltaminen. Tämä saattaa selittää paitsi kannanottojen vähäisyyttä myös niiden yhtenevyyttä. On mahdollista, että Kirschin ynnä muiden meta-analyysi, Sugarmanin ynnä muiden meta-analyysi sekä muut ajankohtana ilmestyneet, keskustelun kannalta olennaiset tutkimukset, pääkirjoitukset ja muut kannanotot muissa lääketieteen alan lehdissä sivuutettiin ja jätettiin uusimatta, koska niiden tulokset ja niistä seurannut keskustelu olivat liian kaukana Käypä hoito -suosituksesta. Vaikuttaa siltä, että masennuslääkkeiden tehon kyseenalaistaminen on psykiatrian alalla epäkorrektia. Vaikka keskustelua käytiin hieman, siinä esiintyi piirteitä, joissa keskustelun käymistä sekä pyrittiin rajaamaan vain asiantuntijoille tai, kuten Kopakkalan tapauksessa aineiston ulkopuolella, epätyypillisillä kannanotoilla oli ammatillisia seurauksia.

Psykykenlääkkeet ovat psykiatrian kulmakivi, ja kuten luvussa 2.1. on esitelty, ne ovat historiallisesti olleet se tekijä, jonka varaan moderni psykiatria rakentui. Kuitenkin tärkeämpi mahdollinen selittävä tekijä on lääkärinkunnan vahva luotto heille asiantuntijoilta tarjottuun tietoon, jonka mukaan masennuslääkkeet ovat tehokkaita. Tähän liittyy lukuisia ongelmakohtia. 1900-luvun lopulla kehitys lääketutkimuksen parissa alkoi yhä enenevässä määrin nojata lääkeyhtiöiden tuottamaan materiaaliin. Sellaisen itsenäisen tutkimustiedon määrä, jota lääkeyhtiöt eivät suoraan teetä tai rahoita, on radikaalisti vähentynyt. Nykypäivänä valtaosan lääkkeitä koskevasta tutkimustiedosta tuottavat lääkeyhtiöt, ja näiden teettämät tutkimukset ovat taipuvaisia tuottamaan lääkkeen positiivisessa valossa esittäviä tuloksia.¹³⁵ Nykyisestä lääketutkimuksesta jopa kolmasosa jää kokonaan julkaisematta. Julkaisuun päätyneistä tutkimuksista jopa puolet ovat ”haamukirjoittajien” tuotoksia ja neljäsosassa tutkimustuloksia on vääristelty tavalla, joka saa lääkkeen näyttämään todellista tehokkaammalta.¹³⁶ Lääkeyhtiöt tuottavat myös suuren osan siitä tiedosta, joka päättyy suuren yleisön luettavaksi terveysjournalismin kautta.¹³⁷

¹³⁵ Angell 2004, s. 127–128; Paris 2010 s. 40.

¹³⁶ Healy 2012, s. 190.

¹³⁷ Järvi 2011, s. 86–87.

Vaikka lääketieteen ja lääkeyhtiöiden taloudellisten intressien yhteen kietoutuminen on tunnettu ongelma, on haastavaa suhtautua kriittisesti lääketutkimusten kaltaiseen informaatioon. Toisaalta taas edellä esiteltyjen meta-analyysien kaltaiseen tutkimukseen ja kannanottoihin on lääkärikunnan kannalta vaikea suhtautua, sillä ne ovat isossa ristiriidassa lääketieteellisten auktoriteettien ja lääkeyhtiöiden tuottaman tutkimuksen kanssa. Kokonaisuudessaan mediassa kohonneeseen keskusteluun viitattaessa keskustelun syntyminen esitettiin negatiivisena asiana, mikä toisaalta vahvistaa asian arkaluonteisuutta ja toisaalta tuo esille toiveen pitää keskustelu asiantuntijavetoisena. Tämän voi katsoa olevan yksi tärkeimmistä analyysissä selvinneistä tuloksista.

3.1.1. Plasebovaikutus masennuslääkkeiden toiminnassa

Tärkeä pohdittava asia on lume- eli plasebovaikutus masennuslääkkeiden tehon yhteydessä. Aineistossa plasebovaikutusta käsiteltiin melko pintapuolisesti, vaikka meta-analyyseissä masennuslääkkeillä katsottiin olevan merkittävän korkea plasebovaikutus. Edellä esitellyissä masennuslääkityksen käyttöä puoltaneissa puheenvuoroissa kuitenkin tulee esille seikkoja, jotka täsmäävät siihen, mitä plasebovaikutuksesta tiedetään.

Plasebovaikutuksesta puhuttaessa on tärkeä muistaa, että se on todellinen, mitattavissa oleva vaikutus. Plasebo voi olla aidosti parantava, fyysisesti mitattava ja potilaalle hyödyllinen huolimatta siitä, että syyt sen taustalla ovat luonteeltaan psykologisia.¹³⁸ Plasebon (”minä miellytän”) kääntöpuoli on nosebo (”minä vahingoitan”), millä viitataan hoidon kannalta kielteisiin, psykologisista syistä johtuviin vaikutuksiin. Kiputilojen hoidossa plasebovaikutus ja niiden aiheuttamisessa nosebovaikutus kyetään yksiselitteisesti ja kiistattomasti todentamaan aivokuvantamisen keinoilla. Plasebovaikutuksella on tunnustettu roolinsa monessa nykyisin käytössä olevassa lääkityksessä. Esimerkiksi astmalääkityksen kohdalla plasebovaikutusta on tutkittu erityisen paljon, sillä keuhkoja ja niiden toimintaa on helppo mitata. Astmalääkityksen tehosta noin kaksi kolmasosaa arvioidaankin olevan plasebon aikaansaannosta, ja siitä huolimatta astmalääkkeet ovat paitsi tehokkaita, myös elintärkeitä.¹³⁹

¹³⁸ Esim. Paris 2010, s. 28.

¹³⁹ Kirsch 2010, s.121–122.

Irving Kirsch on kiinnittänyt huomiota siihen, miten masennuslääkkeet ovat toimintamekanismista ja tyypistä huolimatta tutkimusnäytössä vaikuttavuudeltaan huomattavan samankaltaisia.¹⁴⁰ Hämmästyttävää kyllä, useissa tutkimuksissa täsmälleen samankaltainen vaikutus on löydetty myös sellaisilta hoitomuodoilta, joita ei ole alun perin suunniteltu masennuksen hoitoon. Näistä mainittakoon ei-lääkkeelliset hoitomuodot kuten liikunta ja kirkasvalohoito. Tehokkaiksi ovat osoittautuneet myös sellaiset lääkkeelliset hoitomuodot kuten opiaatit, amfetamiinit, ketamiini¹⁴¹ ja Saksassa masennuksen käyttöön lääkeaineeksi hyväksytty luontaistuote mäkikuisma.¹⁴² Samoin psykoterapioiden arvioidaan olevan tyypistä riippumatta vaikuttavuudeltaan samaa teholuokkaa. Tämä itsessään viittaa siihen, että masennuksen jokaisessa hoitomuodossa plasebolla on merkittävän korkea rooli.¹⁴³

Plasebovaikutuksen olemassaololle löytyy viitteitä historiasta jo 1500-luvulta, mutta terminä sitä alettiin vakiintuneesti käyttää vasta 1920-luvulla. Plasebovaikutus alettiin ottaa vakavasti vasta vuosisadan puolivälin jälkeen, jolloin sen historia kytkeytyy yhteen näyttöön perustuvan lääketieteen (evidence based medicine kanssa): Lumekontrolloidut tutkimukset ja etenkin lumekontrolloidut kaksoissokkotutkimukset ovat näyttöön perustuvan lääkekehityksen kulmakivi.¹⁴⁴

Plasebotutkimuksen kivijalkatyötä tehtiin jo 50-luvulla. Steward Wolf tutki 50-luvulla plasebovaikutusta syöttämällä potilaille pahoinvoinnista kärsiville potilaille ipecac -nimistä, pahoinvointia aiheuttavaa lääkettä. Wolf uskotteli potilaille ipecacin olevan todellisuudenvastaisesti pahoinvointilääkettä ja havaitsi kykenevänsä voimakkaalla plasebovaikutuksella parantamaan potilaiden pahoinvoinnin.¹⁴⁵ Niin ikään Eugene Traut ja Edwin Passarelli tutkivat plaseboa reuman hoidossa 1957. He syöttivät reumapotilailleen lumelääkettä pillerimuodossa, ja näistä noin puolet koki hyötyvänsä hoidosta. Sille puolikkaalle, joka ei saanut apua lumepilleristä, he antoivat plaseboa injektioina. Injektiot osoittautuivat tehokkaammaksi kuin

¹⁴⁰ Kirsch 2010, s. 10–12; Paris 2010, s. 92–93.

¹⁴¹ Hyväksytty lääkeresistentin depression hoitoon 2010-luvulla.

¹⁴² Healy 2012, s. 67.

¹⁴³ Paris 2010 s. 95; Moncrieff 2009, s. 1–20.

¹⁴⁴ Esim. Nummenmaa 2007, s. 13–14.

¹⁴⁵ Kirsch 2010, s. 103–107.

tablettimuodossa annosteltu plasebo. Lopputulos oli, että yhteensä 83 % potilaista sai plasebovaikutuksesta apua.¹⁴⁶

Vuonna 1955 Henry Beecher julkaisi kuuluisan artikkelinsa ”The Powerful Placebo”, jossa hän väitti noin kolmasosan potilaista hyötyvän plasebosta. Kuten edeltä käy ilmi, totuus on monimutkaisempi – nykyään tiedetään, ettei plasebolle ei ole olemassa vakituista vastetta, vaan vasteen saavuttaminen liittyy paitsi yksilölliseen responssiin, myös siihen, missä muodossa plasebo potilaalle annostellaan. Kaikkein tehokkain plasebon muoto on kirurgia, mitä on havainnointu angina pectoriksen (sydänperäisen rintakivun) vielä 50-luvulla käytössä olleessa kirurgisessa hoitomuodossa sekä viime vuosikymmeninä polvileikkausten kohdalla. Plasebon hinta ja brändi niin ikään tehostavat vaikutusta – kallis lumelääke, johon on painettu tunnetun lääkeyhtiön nimi saavat todennäköisemmin potilaalta toivotun responssin.¹⁴⁷

Niin ikään 1950-luvulta alkaen on tiedetty, että yhden plasebon vaihtaminen toiseen lisää plasebovasteen saavuttamisen todennäköisyyttä. Tutkijaryhmä Oklahoman yliopistosta teki myös tutkimusta pahoinvoinnin ja plasebon parissa. He annostelivat ensin potilailleen ipecacia ja saivat siten aikaan pahoinvoinnin, jota lääkittiin plasebolla. Kaikki potilaat eivät saavuttaneet hoitovastetta, jolloin heille annettiin ensin toista plaseboa ja sitten kolmatta, kunnes neljännen plasebovalmisteen kohdalla lähes kaikki potilaat olivat saavuttaneet hoitovasteen.¹⁴⁸

Aineiston vuoden 2009 artikkelissa ”Masennuksen lääkehoidon teho” Jyrki Korkeila totesi masennuslääkityksen käytön perustelluksi, sillä lääkettä vaihtamalla yhä useampi potilas saavuttaa toivotun hyödyn. Samassa kirjoituksessa hän viittasi myös STAR*D -tutkimukseen.¹⁴⁹ STAR*D -tutkimuksen tulokset heijastelevat vanhaa oklahomalais tutkimusta, jossa plasebovaste saavutettiin plaseboa vaihtamalla: Käytännön hoitotyössä yhtä masennuslääkettä vaihdetaan toiseen kunnes haluttu vaste saavutetaan.¹⁵⁰

¹⁴⁶ Kirsch 2010, s. 107–108.

¹⁴⁷ Kirsch 2010, s. 110, s. 111–113.

¹⁴⁸ Kirsch 2010, s. 59–60.

¹⁴⁹ Korkeila, J., ’Masennuksen lääkehoidon teho’, *Lääkärilehti* 64:3 (2009), s. 132.

¹⁵⁰ Rush et al. 2004.

Masennuslääkityksen kohdalla plasebovaikutuksen voikin katsoa olevan erityisen suuri.¹⁵¹

Lääkeyhtiöiden teettämiä masennuslääketutkimuksia on kritisoitu plasebovaikutuksen häivyttämisen osalta. Kritiikkiin kuuluvat muun muassa yhtiöiden harjoittamat ”lumepesut”, joissa tutkimusryhmistä rajataan pois ne potilaat, joilla vaikuttaa olevan korkea hoitovaste plasebolle.¹⁵² Toisaalta mukaan poimitaan keskimääräistä enemmän sellaisia potilaita, jotka ovat jo aiemmin sairaushistoriassaan hyötyneet tutkittavan tyyppin masennuslääkkeestä.

Toinen tärkeä seikka masennuslääkitystä koskevissa kaksoissokkotutkimuksissa on plasebon tunnistettavuus aitoon lääkkeeseen verrattuna. Monissa lääketutkimuksissa käytetään aktiivista plaseboa eli plaseboa, joka aiheuttaa sivuvaikutuksia. Aktiivinen plasebo hämärtää aidon lääkkeen ja plasebon välistä rajaa, sillä koehenkilöt eivät tällöin kykene helposti arvaamaan, missä ryhmässä he ovat. Lääkeyhtiöiden masennuslääketutkimuksia on kritisoitu siitä, että yhtiöt vaikuttavat toimivan päinvastoin. Sen lisäksi että käytössä on usein vain passiivinen plasebo, koehenkilöille kerrotaan tarkasti, millaisia sivuvaikutuksia näiden tulisi odottaa. Näin ollen kaksoissokkotutkimusten koehenkilöt kykenevät yli 80 %:ssa tapauksista päättelemään, mihin ryhmään he kuuluvat. Tämä tarkoittaa, ettei plaseboryhmä todennäköisesti saa normaalia plasebovaikutusta, sillä he tietävät jo valmiiksi syövänsä lumelääkettä. Ero masennuslääkkeillä ja aktiivisella plasebolla saatavan vaikutuksen välillä vaikuttaakin olevan pieni.¹⁵³

Plasebon vaikutus on viime vuosikymmeninä ollut pinnalla polvivammojen leikkaushoitojen sekä polveen pistettävien kipulääkkeiden kohdalla. Yhdysvaltalainen urheilulääkäri Bruce Moseley vertasi 1990-luvulla plasebokirurgiaan leikkaushoitoja, joissa nivelpinta joko kaavittiin tai huuhdeltiin ja havaitsi plasebokirurgian tehokkaimmaksi. Polveen pistettäviä kipulääkkeitä tutkittaessa niistä osan teho on havaittu plasebon veroiseksi tai ei kovin paljon paremmaksi.¹⁵⁴ Toisaalta hoitokäytännöt ovat polvileikkausten kohdalla kokeneet keskustelun myötä muutosta, ja kipulääkkeiden suhteen esimerkiksi Synviskistä on matalan tehon vuoksi luovuttu kokonaan osassa Suomen terveydenhuoltopiirejä. Vertailu masennuslääkekeskusteluun on paljastavaa:

¹⁵¹ Moncrieff 2009, s. 163–164.

¹⁵² Moncrieff 2009, s. 19–21.

¹⁵³ Kirsch 2010; Moncrieff 2009, s. 19–20; Moncrieff et al. 2004.

¹⁵⁴ Kirsch 2010, s. 113–115.

Polvileikkausten ja kipulääkkeiden kohdalle on vaikea kuvitella yhtä tunnepitoista keskustelua saati että plasebon vaikutus polvivammojen hoidossa muodostuisi alalla tabuksi tai vedenjakajaksi.

3.2. Epäsuora responssi ja kriittiset äänet

Vuosien 2008–2014 aikana Suomen Lääkärilehdessä esiintyi myös kriittisiä ääniä masennuslääkkeitä koskien. Nämä kriittiset äänet eivät näkyneet responssina masennuslääkkeitä kritisoineisiin meta-analyysseihin, mutta niitä esiintyi yhtä kaikki. Kritiikin kohteena oli masennuksen hoidon lääkepainotteisuus ja etenkin masennuslääkkeiden liiallinen määrääminen lapsille ja nuorille sekä yksittäisinä ääminä myös medikalisaatio. Näitä kritiikin kohteita käsitellään tässä luvussa tarkemmin.

Huomionarvoista on, että ajoittain masennuslääkityksen teho kyseenalaistettiin tai kiistettiin etenkin lievän mutta myös keskivaikean masennuksen hoidossa.¹⁵⁵ Vaikka Suomen Käypä hoito suosittelee lääkitystä ensisijaisena hoitomuotona myös niihin, on ymmärrettävää, että ristiriitaisia ääniä esiintyy aiheesta ajoittain. Masennuslääkityksen tehon on arvioitu olevan heikkoa lievässä masennuksessa jo siitä asti kun Kuhn julkaisi alkuperäisen tutkimuksensa ensimmäisestä masennuslääkkeestä, imipramiinista. Iso-Britanniassa National Institute for Clinical Health and Excellence julkaisi aikajaksolla hoitosuosituksen, jonka mukaan masennuslääkkeitä ei tulisi käyttää lainkaan lievään masennukseen. Parhaiten lääkityksen onkin sen syntyhistoriasta asti uskottu vaikuttavan masennuksen vaikea-asteiseen muotoon.¹⁵⁶

3.2.1. Hoidon lääkepainotteisuus

Lääkitys on masennuksen ensisijainen hoitomuoto. Suomessa masennuslääkkeitä syödään 70 vuorokausiannosta 1000 asukasta kohden, mikä tekee kansainvälisessä vertailussa maasta yhden masennuslääkkeiden kulutuksen kärkimaista.¹⁵⁷ Iso-Britanniassa psykiatristen sairaaloiden potilaista 98-100 prosenttia potilaista käyttää psykiatrista lääkitystä ja valtaosa useampaa kuin

¹⁵⁵ Esim. Pitkälä, K., 'Vanhuksen masennuksen hoidon trendit', *Lääkärilehti* 66:36 (2011), s. 2572; Seppänen, A., 'Yhä useammalla nuorella on masennuslääkitys', *Lääkärilehti* 68:17 (2013), s. 1241; Laukkanen, E., 'Nuorten psykoterapian uudet mahdollisuudet', *Lääkärilehti* 67:13 (2012), s. 1053–1059.

¹⁵⁶ Moncrieff 2009, s. 142.

¹⁵⁷ Idänpään-Heikkilä, J., 'Masennuslääkkeiden käyttö on lisääntynyt nopeasti', *Lääkärilehti* 68:50–52 (2013), s. 3343.

yhtä lääkettä.¹⁵⁸ Eniten masennuslääkkeitä määräävät terveyskeskuslääkärit – arvioiden mukaan jopa kolmasosa terveyskeskuksen potilaskäynneistä aiheutuu osittain psyykkisistä syistä – joskin masennuslääkereseptejä kirjoittavat lääkärit jokaiselta erikoisalalta aina patologiaa myöten.

Lehdessä julkaistut tutkimukset masennuksen hoitokäytännöistä työterveydessä kertovat lukuina lääkehoidon yleisyydestä: Erään tutkimuksen mukaan työterveydessä lääkehoitoa saivat ”lähes kaikki”, toisessa mielenterveyssyistä työkyvyttömiä nuorista aikuisista (n=1163) lääkittiin 98 % kun taas kolmannessa työterveyslääkäreistä 100 % määräsi masennuspotilailleen masennuslääkkeitä.¹⁵⁹

Kuitenkin lehdessä pohdittiin säännöllisesti sitä, miten lääkitys ei toteudu riittävänä ja Käypä hoidon mukaan, ja näin oli myös edellä mainituissa tutkimuksissa. Käypä hoidon mukaiseksi hoidoksi lasketaan, kun potilaalle on määrätty vähintään kaksi minimikestoltaan kolme kuukautta kestänyttä lääkekuuria vähintään kahdella eri masennuslääketyypillä, ja masennuksen riittämätöntä hoitoa pohdittaessa huomio kiinnittyikin siihen, miten vain yhdentyypinen masennuslääke ei ole riittävä hoito.¹⁶⁰

Toisaalta esille tuotiin ajoittain myös toinen näkökulma. Aineistossa esiintyi kannanottoja siitä, miten Käypä hoidon riittämätön toteutuminen liittyykin kenties vaikeasti saatavaan ja liian vähäiseen psykoterapiaan ja muuhun keskusteluapuun. Tällöin kritiikki ei välttämättä kohdistunut niinkään masennuslääkkeisiin kuin hoidon yksipuolisuuteen ja terapian heikkoon saatavuuteen. Terapian vähäisyyttä saatettiin selittää taloudellisin ja rakenteellisin syin, mutta ajoittain esille tuotiin myös sitä, miten hoitosuositukset käytännössä eivät terapian osalta toteudu siinä mielessä, että Käypä hoito todella suosittelee masennukseen myös terapiaa.

Esimerkiksi molemmista lähestymistavoista nostettakoon 25.1.2013 ilmestynyt alkuperäistutkimus, jota esiteltiin erillisessä pääkirjoituksessa ja myöhemmin kommentoitiin

¹⁵⁸ Moncrieff 2009, s. 2.

¹⁵⁹ Toikkanen, U., 'Ratkaisukeskeinen lyhytterapia auttaa terveyskeskuslääkärin työtä', *Lääkärilehti* 66:41 (2011), s. 3106–3107; Keila, Varjonen, Leino, 'Masennus on hoidettava työterveyshuollossa', *Lääkärilehti* 69:44 (2014), s. 2885–2893; Ahola, Joensuu, Mattila-Holappa, Tuisku, Vahtera, Virtanen, 'Mielenterveyssyistä työkyvyttömiä nuorten aikuisten tausta', *Lääkärilehti* 69:50–52 (2014), s. 3441–3448; Keila, Väisänen, Varjonen, Laamanen, Leivo, 'Onko masennus hoidettavissa työterveyshuollossa', *Lääkärilehti* 66:10 (2011), s. 835–840.

¹⁶⁰ Depressio: Käypä hoito -suositus, 2016.

Keskustelua -palstalla. Tutkimuksessa selvitettiin, millaista hoitoa masennustilan tai toistuvan masennuksen vuoksi kuntoutustukea tai työkyvyttömyyseläkettä 1–4/2012 Eterasta hakeneet (n = 79) olivat saaneet. Hakijoista 83 %:lla oli dokumentoitu jokin masennuslääkitys. Koko ryhmästä vähän alle puolet oli kuitenkin saanut vain yhtä tai yhdentyypistä masennuslääkettä eikä Käypä hoidon siten katsottu toteutuneen. Toisaalta Kelan kuntoutuspsykoterapiaa oli myönnetty tai harkittu vain kymmenesosalle potilaista. Tutkimuksen pohdintaosiossa kuntoutuspsykoterapian puute jäi vähäiselle huomiolle, kun taas lääkityksen määräämiseen toivottiin lisää tehokkuutta.¹⁶¹

Tämä herätti Keskustelua palstalla 22.2.2013 vastakkaisen tulkinnan:

”Onko eläkkeelle hakeutumisen osasyynä sittenkin enemmän psykoterapian kuin lääkehoidon vähäisyys? Käypä hoito -suositus masennuksen hoidoksi on lääkehoito ja psykoterapia erikseen tai yhdistettynä. Vaikeissakin masennuksissa lääkehoitoon tulisi kytkeä psykoterapia.”¹⁶²

Samassa lehdessä alkuperäistutkimuksen kirjoittajat kiittivät kommentista ja myönsivät kuntoutuspsykoterapian saatavuuden vähäiseksi, mutta eivät tarkemmin pohtineen kuntoutuspsykoterapian puutetta masennuksen hoitokäytännöissä.

Toisaalta yksittäiset äänet esittivät myös suurempaa huolta hoidon lääkepainotteisuudesta. ”Terapiaa tai muuta yksilölliseen arvioon perustuvaa hoitoa tarvitaan lääkehoidon tueksi. Varsinkaan nuorilla ja nuorilla aikuisilla pelkkä lääkitys ei missään nimessä riitä hoidoksi. Aikuisten kohdalla mielenterveysongelmien hoito näyttää valitettavan usein käsittävän pelkän lääkityksen”, totesi lehdessä 6.2.2009 haastateltu lastenpsykiatri Anita Puustjärvi, mikä edustaa tyypillistä kantaa, jossa esitetään huoli erityisesti nuorista.¹⁶³

Toiseksi esimerkiksi suorasta kannanotosta nostan LL Leena Furubackan mielipidekirjoituksen lehdestä 10.5.2013. Kannanotto oli mielenkiintoinen, sillä se oli vastine psykiatri Hannu Lauerman mielipidekirjoitukseen "Uskomushoitoja rajattava nykyistä tiukemmin" (17/2013). Lauerman oli

¹⁶¹ Husman, K., 'Johtaako masennuksen huono hoito työkyvyttömyyseläkkeelle?', *Lääkärilehti* 68:4 (2013), s. 193; Suominen, Kronqvist, Karjalainen, Husman, 'Johtaako masennuksen huono hoito eläkkeelle?', *Lääkärilehti* 68:4 (2013), s. 232–236.

¹⁶² Pylkkänen, Lehtonen, Aalberg, 'Mitä on masennuksen käypä tai huono hoito?', *Lääkärilehti* 68:8 (2013), s. 564; Kronqvist, Suominen et al., 'Kirjoittajat vastaavat: kysymys osuu naulan kantaan', *Lääkärilehti* 68:8 (2013), s. 564–565.

¹⁶³ Flygar, M., 'Onko nykynuorilla vaikeampaa?', *Lääkärilehti* 64:6 (2009), s. 468.

peräänkuuluttanut tarkempaa rajausta ja rekisteriä uskomushoidoille ja vetosi anekdootteihin, joissa psykoottisten potilaiden jääminen luontaishoitajien varaan johti veritekoihin.

Vastineessaan Furubacka näki tarvetta rekisterille mutta suhtautui kielteisemmin hoitojen rajaamiselle liialliseen säätelyyn ja potilaan itsemääräämisoikeuteen vedoten ja ehdotti ratkaisuksi potilaan avoimempaa kohtaamista. Furubacka kirjoitti:

”Samassa lehdessä kerrotaan, että yhä useammalla nuorella on masennuslääkitys (s. 1241). Toisaalta medikalisoimme normaalejakin ilmiöitä, toisaalta psykiatrian poliklinikoille ja terapioihin pääsy kangertele. Keskustelun, terapian ja oireiden syiden käsittelyn tulisi aina olla ensimmäisellä sijalla ennen lääkityksiä. Kuitenkin ne kerrat, jolloin lähete terapia-arvioon on palautettu sillä syillä, ettei vielä ole kokeiltu vähintään kahta eri lääkettä, ovat lukuisat. [...] Ehkäpä kynnystä hakea apua psykiatrisen osaamisen puolelta voitaisiin laskea, vaikkapa kehittämällä psykiatria avoimen keskustelun ja omaisten hoitoon niveltämisen suuntaan. Avainkysymys tuskin on luontaishoitajien kieltäminen”.

Vaikka Suomen Lääkärilehden linjassa masennuslääkitys esitetään Käypä hoidon mukaisesti, sen yleisyyttä pidetään ajoittain huolestuttavana. Lehti ei siis ole linjassaan täysin yksipuolinen vaan päästää esiin myös erilaisia näkemyksiä.

3.2.2. Medikalisaatio

Lääketeollisuuden ja lääketieteen välistä yhteen kietoutumista käsitellään Suomen Lääkärilehdessä melko säännöllisesti, mutta vain harvoin spesifisti masennuslääkkeiden kannalta, jolloin pääosa lääketeollisuutta aikavälillä koskeneesta keskustelusta on rajattu aineistosta pois. Kuitenkin meta-analyysit herättivät sekä sanomalehdistössä että lääketieteen alan julkaisuissa aikavälillä kansainvälistä keskustelua lääketeollisuuden ja lääketieteen erityisestä yhteen kietoutumisesta nimenomaan psykiatrian ja psyykenlääkkeiden kohdalla. Tämä näkyi Suomen Lääkärilehdessä vain harvoin.

Mielenkiintoista on, että Kirschin ja Turnerin aiheuttaman vilkkaan keskusteluaallon aikana 14.11.2008 lehti julkaisi lyhyen, toimituksellisen aineiston jossa haastateltiin medikalisaatiokriitikoksi nimettyä terveys sosiologian professoria Markku Myllykangasta sekä Lääketeollisuus ry:n silloista toimitusjohtajaa Suvu-Anne Siimestä. Haastattelun rakenteessa

osapuolet kävivät dialogia, jossa Myllykangas esitti väittämiä ja Siimes pyrki esittämään kumoavia väittämiä:

”Myllykangas: [...] Lääketeollisuuden sponsoroimista tutkimustuloksista vain positiiviset tulevat julkaistaviksi. Tuloksia tuputetaan lääkäreille, jotka myöntävät markkinoinnin vaikuttavan, mutta vain kollegoihin. Lääketeollisuuden ja lääkäreiden napanuora pitäisi jo katkaista.

Siimes: Lääkehoidon suurin ongelma ei ole mainonta, vaan potilaiden sitoutuminen hoitoon.[...]”¹⁶⁴

Vaikka masennuslääkkeitä ei artikkelissa mainita, on uskottavaa, että dialogissa käsiteltiin juuri masennuslääkkeisiin liittyvää, Turnerin esille tuomaa julkaisuharhaa. Niin ikään hoitoon sitoutuminen nimetään usein juuri masennuslääkkeiden ongelmaksi. Hoitoon sitoutumisen ongelmakohtia avataan tarkemmin luvussa **4.1. Sivuvaikutukset**.

Suoremmin medikalisaation problematiikkaa masennuslääkkeiden kannalta sivuttiin myös vuoden 2009 lopussa, kun Janne Leinonen toi mielipidekirjoituksessaan esille useita lääketeollisuuden ja lääketieteen yhteen kietoutumisen ongelmakohtia sekä Turnerin meta-analyyssissä paljastuneen julkaisuharhan.¹⁶⁵ Pian tämän jälkeen lehdessä haastateltiin myös sosiaalipsykologi Jukka Tonttia. Haastattelussa lääkitys tuotiin esille tarpeellisena, mutta sen yleisyyteen ja masennusdiagnoosin kasvaneeseen määritelmään kiinnitettiin huomiota:

”Masentuneiden kertomuksissa ja lääketeollisuuden luomassa masennuskäsityksessä on Tontin mukaan selvä juopa. Lääketiede lääkkeenvalmistajien johdolla on Tontin mielestä medikalisoinut masennuksen hyvin pitkälle niin, että normaalista psyyken selviytymiskeinosta on tehty liiaksi lääkitystä kاپаа sairaus. – ’Masennuslääkkeitä tarjotaan pahaan oloon automaattisesti, vaikka ne eivät olisi aina tarpeellisia.’”¹⁶⁶

Lehden linjalle yllättävän rohkean kannan esitti FT, LT ja psykiatrian erikoislääkäri Veronica Pimenoff kolumnissa 5.2.2010. Kolumnissa käsitellään kirjoitusaikana työn alla ollutta DSM-5:sta ja psykiatrian sekä psykiatrisen diagnostiikan voimakasta taloudellista yhteen kietoutumista lääketeollisuuden kanssa. Pimenoff tiivistää kolumnissaan ne asiat, joista psykiatrian alaa aikajaksolla kritisoitiin:

¹⁶⁴ Järvi, U., ’Lääketietoa mutta kenen pelisäännöillä?’, *Lääkärilehti* 63:46 (2008), s. 3974.

¹⁶⁵ Leinonen, J., ’Medikalisaatio on todellinen lääketieteen syöpä’, *Lääkärilehti* 64:45 (2009), s. 3824–3825.

¹⁶⁶ Kähkönen, E., ’Entä jos masennus onkin selviämiskeino?’, *Lääkärilehti* 64:48 (2009), s. 4160–4162.

”Kliinisiä lääketutkimuksia rahoittava teollisuus saattaa laatia tutkimussuunnitelmat, suorittaa tulosa-

nalyytit, kirjoittaa raportit ja päättää julkaistaanko ne ja missä muodossa arvostetun tutkijan nimellä. Valmistajat suosivat yliopistosairaaloita lääketutkimuksissa rekrytoidakseen vaikuttajahahmoja, jotka laativat oppikirjat ja hoito-ohjeet, julkaisevat artikkeleita, toimivat asiantuntijaelimissä ja ammattijärjestöjen hallituksissa ja luennoivat koulutustilaisuuksissa, ja joiden sana etenee maailmalla sähköä eikä etanan vauhdilla. USA:ssa 2/3 tiedekunnista on osakkaana yhtiöissä, joiden laskuun ne tutkivat. 2/3 oppituoista saavat rahaa ja 2/5 oppituoista haltijoista henkilökohtaisia palkkioita lääketehailta. [...] Rahoitus vaikuttaa tutkimustuloksiin. Negatiivisia tuloksia ei julkaista, positiiviset julkaistaan pienin variaatioin moneen kertaan. Jos tehoa ei voi osoittaa, raportit keskittyvät johonkin muuhun valmisteeseen positiiviseen ominaisuuteen. Julkaisuja seuraavalle lääkärille ei selviä, onko lääke tehokkaampi kuin lume.”¹⁶⁷

Pimenoffin esille tuomat ongelmat ovat vakavia eivätkä ihan helposti ratkaistavissa. Yhdysvalloissa tilannetta yritettiin parantaa vuoden 2010 terveydenhuoltolailla nimeltä Physician Payments Sunshine Act, jossa lääkäreitä vaaditaan ilmoittamaan lääketehollisuudelta vastaanottamistaan palkkioista. Lain taustalla on Iowalaisen senaattori Charles Grassleyn kiinnostus masennuslääkkeitä kohtaan.¹⁶⁸ Suomessa Lääketeollisuus Ry kerää lääkäreiden vapaaehtoisia ilmoituksia sidonnaisuuksista lääketehollisuuteen, joskin vuonna 2016 vain 65 % terveydenhuoltoalan ammattilaisista suostui tietojensa julkaisemiseen. Vuonna 2013 Lääketeollisuus Ry päivitti eettiset ohjeensa rajoittamaan lääke-esittelijöiden lääkäreille antamien lahjojen enimmäisarvoa. Rinnakkaislääketeollisuus Ry sen sijaan ei sitoutunut päivitettyihin ohjeisiin.¹⁶⁹

Markkinoinnilla ja lääkeyhtiöiden tuottaman informaation vaikutuksella on yleisesti ottaen vaikutusta lääkäreiden reseptikirjoituskäytäntöihin. Lääkäreillä on taipumusta uskoa, etteivät lääkeyhtiöiden antamat lahjat kuten esineet, ilmaiset matkat tai lounaat vaikuta heidän reseptikirjoituskäytäntöihinsä. Todellisuudessa vaikutus on olemassa, ja paradoksaalisesti lääkärit uskovat tämän kollegoidensa osalta vaikka kieltävät sen omalta kohdaltaan.¹⁷⁰ Lääkeyhtiöiden markkinointi on sekä tehokasta että spesifiä, ja siihen liittyy yksittäisten lääkäreiden profilointi sen mukaan, millainen markkinointityyppi näille toimii parhaiten.¹⁷¹ Erytisen suuri painoarvo

¹⁶⁷ Pimenoff, V., 'Mistä on uudet diagnoosit tehty?', *Lääkärelehti* 65:5 (2010), s. 450.

¹⁶⁸ Healy 2012 s. 54, s. 196; Whitaker 2015, s. 322–328; Paris 2010, s. 35, s. 48.

¹⁶⁹ Idänpään-Heikkilä 2013; Soininen 2016.

¹⁷⁰ Spurling et al. 2010; Healy 2012, s. 54; Paris 2010, s. 39.

¹⁷¹ Healy 2012, s. 47–48; Paris 2010, s. 45–49.

markkinoinnilla katsotaan olleen psyykenlääkkeiden käytön räjähdysmäisessä kasvussa ensimmäisistä rauhoittavista lääkkeistä alkaen.¹⁷² Kotimaisesti tarkasteltuna terveydenhuoltoalan henkilökuntaa koskeva markkinointi saa erityisen suuren painoarvon, sillä mainonta suoraan kuluttajille on Suomessa lääkelain nojalla kielletty, joskin lääkeyhtiöiden tuottamia potilasoppaita ja muuta informaatiota voi pitää eräänlaisena piilomarkkinointina.¹⁷³

Lääketieteessä asiantuntijuudella on tavattoman suuri painoarvo, ja siten lääketieteellisuuteen kytkeytyvä mielipidevaikuttaminen auktoriteetin ja asiantuntijuuden kautta niin lääke-esittelyissä, lääketieteellisissä julkaisuissa ja symposiumeissa kuin lääkärinkoulutuksessa ja oppikirjoissa vaatisi tarkempaa säätelyä sekä perusteellista tutkimusta.¹⁷⁴ Ilmiön tarkempaan käsittelyyn tämä tutkimus ja sen asiantuntemus eivät riitä.

3.3. Masennuksen ja lääkityksen tehon selittäminen

Tässä luvussa käsitellään sitä, miten biologiset, psykologiset ja sosiaaliset selitysmallit Suomen Lääkärilehdessä esitetään. Tarkastelun kohteena ovat ongelmat paranemisen selittämisessä sekä se, miten lehdessä selitettiin toisaalta masennuksen etiologiaa eli syntyä ja toisaalta masennuslääkkeiden toimintaa. Biologiset selitysmallit ovat erityisen huomion alla. Luvussa tarkastellaan myös lehdessä esiintynyttä sairauskäsitystä esittelemällä keskustelua DSM-5:sta, vuonna 2013 julkaistusta uudesta diagnostisesta manuaalista.

Selitysmallit sille, mistä masennus johtuu, ovat tärkeitä, sillä ne vaikuttavat ensisijaiseen hoitosuositukseen.¹⁷⁵ Konkreettisenä esimerkkinä ilmiöstä lehdessä ilmestyi aikajaksolla kaksi sotaveteraaneja ja sodan kokenutta sukupolvea käsitellyttä artikkelia. Sodan ja sota-ajan traumat esitettiin psyykkisiä ongelmia selittävinä tekijöinä, jolloin hoitosuositus niihin oli keskusteluapu.¹⁷⁶ Keskusteluapu ja psykososiaalinen apu ovatkin olennaisia silloin, kun pahoinvointi nähdään kokemusperäisenä: Potilaan täytyy käsitellä asioita, tulla sinuiksi tilanteen kanssa, ja pelkkä lääkehoito ei tällöin ole ratkaisu. Ilmiöön palataan tarkemmin luvussa 4.2.

¹⁷² Callahan & German 2004, s. 109–111.

¹⁷³ Hautamäki, Helén, Kanula 2011, s. 83.

¹⁷⁴ Esim. Angell 2004, s. 130–131; Paris 2010, s. 32–35. Ilmiötä ovat käsitelleet myös Hautamäki, Helén, Kanula 2011.

¹⁷⁵ Esim. Callahan & German 2004, s. 160.

¹⁷⁶ Sivula, M., 'Sotatrauman purkamisen aika on nyt', *Lääkärilehti* 64:41 (2009), s. 3438–3440; Ahlbad, J., 'Sota näkyy meissä yhä', *Lääkärilehti* 65:17 (2010), s. 1497–1499

3.3.1. Ongelmat paranemisen selittämisessä

Masennuksesta tiedetään, että siitä voi parantua myös spontaanisti ja ilman interventiota. Kärjistetysti sanottuna varmin masennuksen hoitokeino on ajan kuluminen. Spontaaneiden paranemisien yleisyyttä on vaikea arvioida, sillä toisaalta kaikki masennuspotilaat eivät ole hoidon piirissä eikä heidän vointinsa itsenäinen koheneminen näin ollen päädy tilastoihin. Kuitenkin arvioidaan, että masennuspotilaista ainakin 40 % paranee spontaanisti ilman interventiota. Arviota voi pitää konservatiivisena.¹⁷⁷

Spontaanit paranemiset aiheuttavat masennuksen hoitokeinojen tehokkuuden tutkimisessa ongelmia. Masennuksen hoitokeinojen pitkäaikaistutkimuksissa on mahdotonta sanoa, milloin paraneminen johtuu hoitokeinosta ja milloin ajan kulumisesta. Paranemistapaukset myös tulkitaan usein automaattisesti lääkkeestä tai muusta tutkittavasta hoitomuodosta johtuvaksi. Suomen Lääkärilehdessä spontaanit paranemiset mainittiinkin vain harvoin. Tämä on tyypillistä – kun hoitoa on annettu, on paraneminen luontevaa selittää hoidosta johtuvaksi.¹⁷⁸

Ongelmat paranemisen selittämisessä ovat lääketieteen historiassa tavallisia. Esimerkiksi vuonna 1793 Philadelphiassa kuuluisa yhdysvaltalaislääkäri Benjamin Rush hoiti keltakuumeepotilaitaan kuppaamalla, hoitokeinolla jonka ei vielä tiedetty olevan paitsi hyödytön myös vahingollinen. Kun potilas parani, Rush antoi kunnian kuppaamiselle. Mikäli potilas ei parantunut, Rush tulkitsi potilaan olleen jo kaikkien hoitokeinojen ulottumattomissa. Spontaani paraneminen tulkittiin siis konfirmaationa kuppaamisen tehokkuudesta.¹⁷⁹

Toinen esimerkki löytyy 1900-luvun alusta, jolloin angina pectorista hoidettiin kirurgisesti ohittamalla sydämeen johtavia verisuonia. Hoitomuodosta luovuttiin vasta lumekontrolloitujen tutkimusten paljastaessa hoitomuodon tehottomaksi ja jopa haitalliseksi.¹⁸⁰ Erityisesti psykiatrian historia on psykiatristen sairauksien vaikeasti selitettävän luonteen vuoksi täynnä esimerkkejä

¹⁷⁷ Healy 2012, s. 67–68.

¹⁷⁸ Healy 2012, s. 55–56.

¹⁷⁹ Stanovich 2012, s. 21–22.

¹⁸⁰ Kirsch 2009, s. 111–112.

periaatteessa tehottomista hoitomuodoista. Jotkin niistä saattoivat olla harmittomia ja perustua voimakkaaseen plasebovaikutukseen, kun taas jotkin olivat suoranaisten vahingollisia. Esimerkiksi 1800- ja 1900-lukujen taitteessa psykiatrit koettivat parantaa potilaitaan poistamalla näiltä hampaat. Mikäli potilaan vointi jostain syystä tämän jälkeen koskaan koheni, uskoi hoidon antanut psykiatri paranemisen johtuneen hampaiden poistamisesta, vaikka kaikki todennäköisyydet ovat sen puolella, että kyse oli spontaanista, ajan kulun myötä tapahtuneesta paranemisesta.¹⁸¹

Masennuslääkkeiden toimintaa siinä missä muitakin moderneja hoitomuotoja selitetään toki yllämainittuja esimerkkejä yksityiskohtaisemmillä, moderneilla teorioilla, mutta vanha ongelma on yhä olemassa. Pääkirjoituksessa ”Miksi lääketieteen totuus muuttuu” 27.1.2012 lääketieteellinen päätoimittaja Päivi Hietanen pohtii näitä teemoja:

Kun ensimmäiset tutkimukset toisen polven antidepressanteista julkaistiin, uskottiin onnellisuuspilareiden olevan ratkaisu masennukseen. Jatkotutkimukset ovat pudottaneet tehon kolmannekseen. Ilmiö on tuttu muiltakin lääketieteen aloilta. Esimerkiksi monet uudet syöpälääkkeet ja vaikkapa E-vitamiini sydän- ja verisuonitautien estossa ovat olleet innostavia hoitoja kontrolloimattomissa tutkimuksissa, mutta satunnaistetut tutkimukset ovat tuoneet jäitä hattuun.

Ilmiötä Hietanen selittää useissa kohdissa tekstiä:

Tiedetään, että tutkijat raportoivat enemmän positiivisia tuloksia, ja että vertaisarviointi on taipuvainen vahvistamaan innostavaa ilmiötä toistotutkimuksissa. [...] Tutkija valitsee aina omat lähtökohdansa ja metodinsa. Ihmisillä on taipumus uskoa omiin hypoteeseihinsa, siihen mikä tuntuu järjestykseltään positiivisia, länsimaissa huomattavasti harvemmin. Tässä ei sinänsä ole mitään ihmeellistä, sillä näin ihmismieli toimii. Sekin voi vaikuttaa tutkijaan, että tuloksilla on merkitystä omalle tai laitoksen maineelle ja taloudelle.

Hietasen kuvaama ilmiö tulee hyvin esille myös lehden ainoassa korvavaloa käsitelleessä artikkelissa. Korvavallo on Oulun yliopistossa kehitetty korvaan asetettava kirkasvalohoitolaite, joka päätyi kauppojen hyllylle 2010 ja voitti samana vuonna Skepsis ry:n Huuhaa -palkinnon.¹⁸² Laitetta markkinoitiin kaamosmasennuksen ja masennuksen hoitoon. Lumekontrolloimattomassa

¹⁸¹ Moncrieff 2009, s. 32–33.

¹⁸² <http://www.skepsis.fi/HuuhaaPalkinnot> . Viitattu 17.4.2018.

tutkimuksessa yhdeksän kymmenestä korvavalon käyttäjästä sai apua masennusoireisiinsa. Artikkelissa haastatellaan THL:n ylilääkäri Timo Partosta. Partonen pitää haastattelussa korvavalon tehoa ”mahdollisena”, joskin epäilee, korvaako korvavalo perinteisiä kirkasvalohoitoja. On todennäköistä, että korvavalon teho piilee juuri lumeessa, mutta artikkelissa masennusoireiden helpottuminen oli mahdollista tulkita korvavalosta itsestään johtuvaksi.¹⁸³

Toisaalta aineistossa esiintyi kaksi potilaiden kirjoittamaa kertomusta, joissa potilaat itse eivät tulkinneet paranemistaan lääkkeitä johtuvaksi. Molempien tekstien yhteyteen oli liitetty välittömät vastineet lääkäreiltä. Molemmat potilaat olivat sairastuneet ensisijassa psykoosiin, jolloin masennuslääkkeet ovat neuroleptien ohella vain toissijainen hoitomuoto.

Artikkelissa ”Viileä Kyyti” ohjaaja ja käsikirjoittaja Juha Hurme kertoo sairastumisestaan psykoosiin ja masennukseen. Tekstissä Hurme kuvaa psykiatrien ennustaneen hänelle pitkäaikaista lääkehoitoa ja kritisoi sitä, miten häntä hoitaneet lääkärit eivät tuntuneet kuulevan häntä. Lääkkeiden sivuvaikutukset olivat voimakkaita, ja Hurme kertoo olonsa parantuneen lääkehoidon lopettamisen myötä sivuvaikutusten kadotessa. Masennuslääkkeitä Hurme kuvaa seuraavasti:

Masennuslääkkeistä voin sanoa vain, että toinen merkki pissatti, toinen ei. Mitään vaikutusta masennukseen en huomannut. Tämänkään lääkityksen lopettaminen ei tuntunut kuin lompassa (positiivisesti).¹⁸⁴

Artikkelin yhteydessä psykiatrian professori Sami Pirkola esitti vastineensa ”Kommentti kuulluksi tulemisen tärkeydestä”. Vastineessaan Pirkola kuvaa Hurmeen kokemusta ”puhuttelevaksi”, pohtii potilaan kuuntelemisen tärkeyttä ja toteaa lääkityksen toteuttamisen Hurmeen kohdalla epäonnistuneen. Vastineen ydin vaikuttaakin olevan lääkehoidossa: ”Hoidolle keskeinen lääkemyöntyyvyyskin voi syntyä vain aidossa, osallistavassa yhteistyössä potilaan kanssa.”¹⁸⁵

Toisen vastineen herättäneen potilaskertomuksen kirjoitti Kerstin Ögård otsikolla ”En pelkää enää mitään”. Ögård kertoo kirjoituksessaan sairastaneensa psykoosin seitsemän kertaa. Hänen ennusteensa olivat huonoja ja kokemuksensa psykiatreista osin kielteisiä. Ögård kuvaa

¹⁸³ Soininen, M., ‘Tehoaako korvavalohoito kaamosmasennukseen?’, *Lääkärilehti* 65:41 (2010), s. 3289.

¹⁸⁴ Hurme, J., ‘Viileä kyyti’, *Lääkärilehti* 68:8 (2013), s. 596–597.

¹⁸⁵ Pirkkola, S., ‘Kommentti kuulluksi tulemisen tärkeydestä’, *Lääkärilehti* 68:8 (2013), s. 597.

merkityksellistäneensä psykoosikokemuksiaan, oppineensa niistä ja tulkinneensa psykoosit traumaista ja käsittelemättömästä tunne-elämästä johtuviksi. Ögård kuvaa tulkintansa saaneen hoitohenkilökunnalta enimmäkseen huonon vastaanoton ja esittää tämän tekstissäänkin: ”Kahvit voivat mennä väärään kurkkuun monilla psykiatreilla tällaisista väittämistä.” Paranemisensa Ögård tulkitsee asioiden käsittelemisestä johtuvaksi. Lääkehoidosta hän sanoo seuraavaa:

Söin kiltisti lääkkeitä ja olisin varmasti jatkanut tätä vuosikausia, jos lääkkeet eivät olisi ennakoinnista huolimatta loppuneet kesken pidemmällä ulkomaanmatkalla. En aloittanut lääkkeiden käyttöä uudestaan, koska voinnissani ei tapahtunut muutoksia. En ole lääkkeitä juuri myöhemminkään käyttänyt. Seuraavat kymmenen vuotta olivat ”oireettomat”, elämä oli ihan normaalin tasapainoista.

Vastineen Ögårdin tekstiin kirjoitti erikoislääkäri ja psykoterapeutti Matti O. Huttunen otsikolla ”Kommentti traumamuistojen työstämisestä”. Kommentissaan Huttunen kuvaa näyttöön perustuvaa lääketiedettä nykylääketieteen ”apostoliseksi uskoksi”, jonka sovittaminen potilaan yksilölliseen kohtaamiseen voi joskus olla haastavaa. Hän käsittelee tekstissä psykoosia sekä neurobiologisena ilmiönä että trauma- ja kokemusperäisenä ilmiönä, ja antaa arvoa traumamuistojen työstämiselle. Olennaiseksi asiaksi Huttunen kuitenkin nostaa lääkityksen ja myös lääkityksen yhdistämisen traumamuistojen työstämiseen. Loppukaneetissaan hän toteaa:

”Lääkehoitoa ei voida toteuttaa ilman lääkärin ja potilaan välistä hyvää yhteistyötä. Ehkä kirjoittaja olisi ollut valmis käyttämään lääkkeitä, jos häntä hoitaneet psykiatrit olisivat kunnioittaneet hänen näkemyksiään pelkojensa ja psykoottisten oireittensa taustasta.”¹⁸⁶

Molemmissa vastineissa sekä Pirkola että Huttunen vaikuttavatkin harmittelevan ennen kaikkea lyhyeksi jäänyttä lääkehoitoa huolimatta siitä, että molemmat potilaat olivat parantuneet ja kuvasivat nykyistä elämänlaatuaan hyväksi. Esille tuleva ongelma on monisyinen ja laaja: Lääkkeettömästi parantuvat potilaat eivät vaikuta aineistossa täyttävän niin sanottua hyvän potilaan roolia.¹⁸⁷

3.3.2. Masennus ja masennuksen selittäminen

¹⁸⁶ Pirkkola, S., ’Kommentti kuulluksi tulemisen tärkeydestä’, *Lääkärilehti* 68:8 (2013), s. 597.

¹⁸⁷ Ilmiötä ovat käsitelleet psykoosilääkkeiden kohdalla muun muassa lääketieteen historioitsija Viola Balz ja sosiologi Markku Salo.

Kuten edellä on kuvattu, masennuksen etiologian eli taudinsyyn selittämisessä käytetään sekä biologisia, sosiaalisia että psykologisia syitä. Tässä tutkimuksessa on viitattu biologisen psykiatriaansa omaa suuntauksenaan. Sen juuret voi nähdä jo 1800-luvun jälkimmäisellä puoliskolla. Tämä painotus alkoi korostua psykiatristen täsmälääkkeiden yleistymisen myötä, ja 1990-luvun aikana monoamiiniteoria ja käsitys masennuksesta ”aivosairautena” vakiintuivat niin Suomessa kuin kansainvälisestikin.¹⁸⁸ On kuitenkin huomioitava, että biologisia syitä ei ole olemassa ilman ympäristön vaikutusta ja toisaalta ympäristön vaikutuksella on aina biologiset seuraukset – nämä kaksi eivät ole vastapoleja vaan vuorovaikutuksessa keskenään. Jos vanhassa nature vs. nurture -debatissa vedenjakajana aiheesta toimivatkin ympäristö ja biologia, on nykypäivänä asianmukaisempaa puhua aiheesta ”nature via nurture”, biologia ympäristön kautta.

Erot myös psykiatrian suuntauksissa löytyvät siinä, painotetaanko selitysmalleissa aivokemiallisia muutoksia vai psykososiaalisia syitä. Biologiset toiminnot eivät ole syntyneet toimimaan tyhjiössä, ja niinpä myös masennuksen suhteen biologisia selitysmalleja on haettu reaktioista ympäristöön. Yksilön kokemukset näyttäytyvät sekä akuutteina biokemiallisina muutoksina että pitkäaikaisempina rakenteellisina muutoksina aivoissa.

Nykypsykiatria on kohdannut kritiikkiä liiasta biologisten syiden painotuksesta. Vuonna 2009 lehden Keskustelua -palstalla käytiin mielenkiintoinen ajatustenvaihto aiheesta psykiatrian erikoislääkäri Gustav Schulmanin sekä psykiatrian professoreiden Jyrki Korkeilan ja Hasse Karlssonin ja lääketieteen tohtori ja psykiatrian maisteri Klaus Rannan välillä.

Korkeila, Karlsson ja Ranta ovat kaikki toimineet Depression Käypä hoidon kirjoittajina sekä olleet mukana muun muassa Duodecimin Psykiatria -kirjan toimittajina. He ovat suomalaisen psykiatrian kentällä arvostettuja henkilöitä, joiden tekstejä esiintyy myös tässä aineistossa usein. Heillä voi siten katsoa olevan suuri auktoriteettiasema suomalaisen psykiatrian kentällä. Keskustelu on sikäläkin hedelmällistä taltioida tähän yksityiskohtaisesti. Schulmanin mielipidekirjoituksessa esitetyn näkemyksen kaltaisia kannanottoja esittivät lehden muissa numeroissa myös psykiatrian erikoislääkäri Matti Romanov DSM-5:ta koskevassa mielipidekirjoituksessaan ”Onko lapsi

¹⁸⁸ Hautamäki, Helén, Kanula 2011, s. 81; Moncrieff 2009, s. 47–48.

heitetty pesuveden mukana?” sekä psykologian professori Christina Salmivalli haastattelussa ”Kiusaamista ei pidä patologisoida”.¹⁸⁹

Schulman avasi keskustelun mielipidekirjoituksellaan ”Koulusurmaraportti paljastaa biologisen sairauskäsityksen puutteet”. Schulman kommentoi vuonna 2009 ajankohtaista Jokelan koulusurmaa. Schulman näki ongelmana, että psykiatrisessa hoidossa ei huomioida tarpeeksi negatiivisten tunteiden aiheuttajaa. Esimerkiksi viha ja masennus voivat olla terve reaktio vuosia jatkuneeseen koulukiusaamiseen, jolloin Jokelan kouluampujan tapauksessa masennusdiagnoosin sijasta parempi apu olisi ollut oikea-aikainen masennuksen aiheuttajaan eli koulukiusaamiseen puuttuminen. Näistä psykiatrian ongelmakohtista Schulmanilla oli paljon sanottavaa:

”Virallisen psykiatrian biologinen sairauskäsitys perustuu perustavanlaatuisen väärinkäsitykseen masennuksen ja ahdistuksen sairausluonteesta. Mallin mukaan kyseessä on sairaus silloin, kun ihminen oireilee masennuksella ja ahdistuksella. Mallissa ei tehdä eroa hyvän, terveen ja luonnollisen sekä toisaalta sairaan irrationaalisen ahdistuksen ja masennuksen välillä. Malli ei ota huomion sosiaalista vuorovaikutustilanteen aiheuttamaa stressiä eikä sisäistä psykodynaamista tunnetodellisuutta. [...]

Lääkäreinä meillä on vastuu biologisen sairauskäsityksen liiallisesta yksipuolisuudesta tunne-elämän häiriöitä luokiteltaessa. Toistuvasti on käynyt ilmi, että psykiatrian erikoislääkäreitkään eivät ole oppineet riittävästi erottamaan tervettä masennusta sairaasta. Kuinka sitten yleislääkäri kykenisivät?

Koulupsykiatriassa ei opeteta ottamaan huomioon ihmisen sisäistä psykodynaamista tunne- ja reagoititodellisuutta eikä sosiaalista vuorovaikutustodellisuutta. DSM IV on hieman dynaamisempi ja onneksi sitä käytetään aika usein. Moderneja vuorovaikutukseen perustuvan psykodynaamisen ja kognitiivisen persoonallisuuskehityksen teorioita ei opeteta riittävästi lääkäreille. Riittävän psykoterapiakoulutuksen liittäminen psykiatrian koulutukseen tasapainottaisi tilannetta.”¹⁹⁰

Ranta, Korkeila ja Karlsson reagoivat Schulmanin mielipidekirjoitukseen nopeasti omallaan. Se julkaistiin otsikolla ”Luokitus tunnustaa mielenterveyden häiriöiden monitekijäisyyden”.

Vastineessa käytetään Schulmanin kirjoituksesta kuvailevia, latautuneita ilmaisuja kuten

¹⁸⁹ Romanov, M., 'Onko lapsi heitetty pesuveden mukana?', *Lääkärilehti* 66:5 (2011), s. 342–343; Vehmanen, M., 'Kiusaamista ei pidä patologisoida', *Lääkärilehti* 65:10 (2010), s. 928–30.

¹⁹⁰ Schulman, G., 'Koulusurmaraportti paljastaa biologisen sairauskäsityksen puutteet', *Lääkärilehti* 64:11 (2009), s. 999–1000.

”virheellinen”, ”vaikea ymmärtää” ja ”sekaannusta aiheuttava”. Kirjoittajat puolustavat vahvasti nykypsykiatrian sairauskäsityksiä:

Emme myöskään tiedä sellaista virallista psykiatrian sairauskäsitystä, joka nojautuisi yksinomaan mielenterveyden häiriöitten biologiseen selittämiseen. Maamme yliopistoissa opetetaan kuvailevaa mielenterveyden häiriöiden luokitusta, jossa häiriöluokat ovat kokeellisesti testattavia ja seurattavissa etenevissä tutkimusasetelmissä. Häiriöiden etiologia ymmärretään monitekijäiseksi. Diagnostiikka perustuu oireiston ja sen aiheuttaman toiminnallisen haitan tarkkaan kuvaukseen.¹⁹¹

Schulman kirjoitti keskusteluun oman vastineensa ”Z-diagnoosit otettava käyttöön myös aikuispsykiatriaan”, jossa hän painottaa kritiikkinsä ytimen olevan liian oirekeskeisessä diagnosijärjestelmässä. Schulman toteaa, että myös aikuispsykiatriassa tulisi olla käytössä lapsipsykiatrian alan Z-diagnoosit. Suomessa käytössä olevassa ICD-järjestelmässä Z-diagnoosit ovat varsinaiseen F-diagnosiin mukaan liitettäviä, oireilun syytä kuvailevia diagnostisia arvoja, joilla selitetään tekijöitä tai olosuhteita diagnoosin taustalla. Schulman puolustaa kantaansa potilaan paremmalla ymmärtämisellä ja toisaalta Z-diagnoosin tarjoamalla ongelmaan puuttumisen keinoilla:

” Potilaalle merkitsee paljon, jos lääkäri tunnistaa ne sosiaaliset paineet ja stressitekijät, joille hän altistuu. Potilas voi silloin kokea tulleen monipuolisesti ymmärretyksi eikä pelkästään todetuksi tai leimatuksi sairaaksi. Esimerkiksi koulu- tai työpaikkakiusaamistapauksessa syykoodin kirjaaminen ensimmäiseksi kiinnittäisi muiden toimijoiden huomiota stressiin, jota kiusaamisen kohde joutuu kohtaamaan. Tämä havahduttaisi ja jopa velvoittaisi eri toimijoita koulussa tai työpaikalla jatkamaan ponnistelujaan sosiaalisen tilanteen parantamiseksi.”

Lopuksi Schulman kysyy:

Sisäistykö lääkäreille ja psykiatreille koulutuksen aikana psykologisten, vuorovaikutuksellisten ja sosiaalisen kontekstin merkitys oireiden synnyssä riittävästi? Ovatko lääkehoitojen (biologinen näkökulma) yliarvostus ja helppokäyttöisyys osaltaan vastuussa siitä, että käytännössä on päädytty lähes yksinomaan oirediagnoosien käyttöön?¹⁹²

Schulmanin kirjoitus keräsi Rannalta, Korkeilalta ja Karlssonilta vielä yhden vastineen. Vastineessa esiintyy jälleen Schulmania arvottavia sanamuotoja, kuten vihjaus siitä, miten Schulmanin

¹⁹¹ Ranta, K., Korkeila, J., Karlsson, H., 'Luokitus tunnustaa mielenterveyden häiriöiden monitekijäisyyden', *Lääkärilehti* 64:15–16 (2009), s. 1438–1439.

¹⁹² Schulman, G., 'Z-diagnoosit otettava käyttöön myös aikuispsykiatriaan', *Lääkärilehti* 64:20 (2009), s. 1846.

alkuperäinen viittaus Jokelan koulusurmaraporttiin johtui ”inhimillisestä päättelyvirheestä” tai vihjaus siitä, miten Schulmanin kysymys lääkkeitä ylikäyttävien ylikäytöstä perustui ”arvaukseen”. He päätyvät sanomaan seuraavaa:

On helppo olla Schulmanin kanssa samaa mieltä siitä, että sosiaalisen stressin osuus tulee huomioida sairauden synnyssä. Z-koodit eivät kuitenkaan kerro häiriöiden yleisestä etiologiasta. Potilaan kokema hoitoon hakeutumisen syy ja asiantuntijan arvio eivät aina käy yksiin, eikä niiden aina pidäkään. Potilaan näkemys ei ole vähempiarvoinen kuin lääkärin, mutta hoitoon hakeutumisen taustatekijä ei ole diagnoosi tai välttämättä perimmäinen syy.¹⁹³

Lopuksi kirjoittajat puolustavat nykypsykiatrian käytäntöjä ja korostavat diagnostisia järjestelmiä tutkimuksen tekemisen välineinä. Keskustelu päättyi tähän kannanottoon.

Diagnostisista järjestelmistä DSM-5 puhututti aineistossa myös muissa yhteyksissä. Diagnostiset manuaalit määrittävät sitä, mikä nähdään psykiatrisena sairautena, ja DSM antaa maailmanlaajuiset suuntaviivat psykiatriseen diagnostiikkaan. Aineistossa terveyttä ja sairautta itsessään käsitelläänkin enimmäkseen diagnostiikan kautta – sairauden rajat ovat itsestään selvät, ja ne esiintyvät sellaisina kuin ne diagnostisissa manuaaleissa ja työkaluissa määritellään. Kuitenkin diagnostisilla manuaaleilla ja erityisesti DSM:llä on valtava merkitys myös lääketeollisuudelle: Lainsäädännöllisesti lääkkeitä on vuodesta 1968 alkaen voinut markkinoida vain tiettyihin, spesifeihin sairauksiin, oireisiin ja diagnooseihin. Niinpä kasvavat diagnoosimäärät avaavat lääketeollisuudelle uusia väyliä tuotekehittelyyn ja markkinoinnin pariin ja ovat siten vahvasti suoraan sidoksissa alalla saavutettavissa olevaan taloudelliseen voittoon.¹⁹⁴

Diagnostiset manuaalit medikalisaation välineenä tuottavat eettisesti arveluttavia tilanteita. Manuaaleilla itsessään on kulttuurinen vaikutus siihen, miten mielenterveyden ongelmat sekä hahmotetaan että koetaan.¹⁹⁵ Kulttuuriselta kannalta Edward Shorter otti käyttöön käsitteen oirevaranto (symptom pool). Medikalisaatiosta, jopa niin sanotusta tautitehtailusta puhuttaessa oirevaranto on erittäin hyödyllinen käsite. Oirevaranto viittaa niihin erityisiin mielenterveyden

¹⁹³ Ranta, K., Korkeila, J., Karlsson, H., 'Psykiatrin on hoidettava myös häiriötilan taustatekijöitä', *Lääkärilehti* 64:37, s. 2975.

¹⁹⁴ Blazer 2005, s. 27; Lawlor 2012, s. 176; Paris 2010, s. 50–51.

¹⁹⁵ Kirmayer 2010, s. 20–21.

ongelmiin, jotka kussakin kulttuurissa ovat tarjolla, niihin tapoihin joilla käyttäytyään sairaina ja osoitetaan sairautta.¹⁹⁶

Esimerkiksi erään itsetuhoisen käytöksen muodon, viiltelyn, voi katsoa tulleen mukaan länsimaiseen oirevarantoon vasta 1980-luvulla. Toinen esimerkki ovat syömishäiriöt. Ensimmäiset kuvaukset laihuushäiriöstä, anorexia nervosasta, ovat 1870-luvulta, mikä on kenties sattumalta sama vuosikymmen kun ensimmäiset henkilöväät tulivat käyttöön. Syömishäiriöt yleistyivät länsimaissa 1920-luvulla ja niistä tuli suhteellisen tunnettu ilmiö 1960-luvulla, jolloin anorexia nervosan lisäksi tautikirjoon ilmestyi myös bulimia nervosa, ahmimishäiriö johon liittyy oksentelua. Tähän asti kyseessä oli yksinomaan länsimainen ilmiö – Aasiassa syömishäiriöitä ei tunnettu lainkaan.¹⁹⁷ Kiinassa ei juuri tunnettu anoreksiaa ennen vuotta 1994, kunnes erään nuoren tytön laajasti uutisoitu kuolema laihuushäiriöön sai aikaiseksi laajoja tiedotuskampanjoita syömishäiriöistä. Länsimaisen anoreksia nervosan hoidosta järjestettiin koulutuksia kiinalaisille psykiatreille ja aihe puhutti paikallisissa alan lehdissä. Tästä seurasi anoreksiatapausten räjähdysmäinen kasvu Kiinassa.¹⁹⁸

Oirevaranto ei tarkoita, että potilaat valitsisivat sairautensa, vaan sillä viitataan siihen kulttuurisidonnaiseen kollektiiviseen tietoisuuteen oireista, joiden mukaan pahoinvointi voi ilmentyä.¹⁹⁹ Konkreettinen, jo kauan tunnettu esimerkki tästä ovat psykoottiset harhat. Psykoosisairaudet itsessään vaikuttavat esiintyvän huomattavan erilaisissa kulttuuripiireissä vakiona. Psykoottisuuteen liittyvät harhakäsitykset kuitenkin muuttuvat kulttuurin mukana: Esimerkiksi 1900-luvun alussa uskonnollisuus oli vahvasti läsnä psykoottisissa harhoissa, toisen maailmansodan aikana natseja koskevat pelkotilat olivat yleisiä, kylmän sodan aikana länsimaissa kommunisteihin liittyvät psykoosiharhat olivat varsin tavallisia, kun taas nykyään harhoissa tietotekniikka ja internet ovat toistuva tematiikka.²⁰⁰

DSM:n tapauksessa ongelma ei kuitenkaan ole kokonaan uusien sairauskäsitysten luomisessa vaan olemassa olevien ilmiöiden luokitteluun lääkeyhtiöille kaupallista hyötyä tuoviksi sairauksiksi.

¹⁹⁶ Shorter 1993, s. 2–5.

¹⁹⁷ Davies 2014, s. 254–255; Healy 2012, s. 128.

¹⁹⁸ Davies 2014, s. 246–249.

¹⁹⁹ Kirmayer 2010, s. 24.

²⁰⁰ Pietikäinen 2013, s. 401–402.

Hyvän esimerkin tarjoaa kuukautisia edeltävien PMS-oireiden (premenstrual syndrome) lääkitseminen. Kun diagnostista manuaalia DSM-IV:ta kehitettiin, toukokuussa 1993 mukaan lisättiin diagnoosi nimeltä premenstrual dysphoric disorder, PMDD. Diagnoosilla tarkoitetaan poikkeuksellisen voimakkaina koettavia PMS-oireita, jotka tavallisesti ilmaantuvat noin kaksi viikkoa ennen kuukautisten alkamista. FDA nimesi PMDD:n viralliseksi mielenterveyshäiriöksi vuonna 1998.²⁰¹

Koska diagnoosi löytyi nyt DSM:stä, vaivaan oli mahdollista kehittää lääke. Lääkeyhtiö Eli Lilly uudelleenlanserasi vaivaan fluoksetiinin. Kuukautisia edeltäviin vaivoihin yhtiö alkoi myydä fluoksetiinia vaaleanpunaisena pillerinä kauppanimellä Sarafem. Markkinointikampanjaan käytettiin lanseerauksessa 30 miljoonaa dollaria, ja tuotteesta tuli menestys. Markkinointikampanjaa on kritisoitu siitä, ettei potilaalle käynyt kampanjasta selväksi, että Sarafem on tyypiltään masennuslääke.²⁰²

Toisen esimerkin tarjoaa ujous eli sosiaalinen ahdistushäiriö, kuten DSM-IV sen vuonna 1994 määritteli. Sosiaalinen fobia oli esiintynyt jo edellisessä diagnostisessa manuaalissa, mutta vasta DSM-IV luokitteli sen erittäin yleiseksi ja lisäsi diagnoosien kirjoon sen lievemmän muodon. Vuonna 1999 GlaxoSmithKline sai FDA:lta luvan markkinoida Paxilia (paroksetiini) myös sosiaaliseen ahdistushäiriöön.²⁰³

Mielenkiintoista on, että masennuslääkkeen käyttö PMS-oireisiin näkyi myös aineistossa. Pitkässä katsausartikkelissa ”Kun ennen kuukautisia kaikki ärsyttää” LT Varpu Ranta suosittelee hankalien PMS-oireiden ensisijaiseksi hoitomuodoksi jatkuvaa SSRI-lääkitystä. Mikäli ensimmäinen SSRI-lääkitys ei anna haluttua hyötyä, Ranta kehottaa kokeilemaan toista. Sivuvaikutuksista Ranta ei katsauksessa juuri kirjoita, ja jättää mainitsematta esimerkiksi sivuvaikutuksista yleisimmän eli seksuaalisen toiminnan häiriöt. Ranta huomioi, että potilaat saattavat kokea jatkuvan masennuslääkityksen hankalasti, jolloin lääkitystä voi ehdottaa käytettäväksi jaksottaiseksi esimerkiksi kaksi viikkoa ennen kuukautisten alkamista: ”Vaikeastakin PMS:stä kärsivät potilaat empivät usein masennuksen hoidossa käytettävän lääkityksen aloittamista. Jaksottain käytettävä

²⁰¹ Davies 2014, s. 94–95.

²⁰² Davies 2014, s. 94–96.

²⁰³ Hautamäki, Helen & Kanula 2011, s. 100; Pietikäinen 2013, s. 394–396.

lääkitys on monelle helpompi hyväksyä kuin jatkuvasti käytettävä.” Artikkelin lopuksi Rannalla ilmoitetaan olevan sidonnaisuuksia nimeämättömiin lääkeyhtiöihin.²⁰⁴

Jos diagnostiset manuaalit tarjoavatkin valmiit raamit sairaudelle ja masennuslääkkeiden käyttötarkoituksille, esiintyy masennuksen synnyn selittämisessä enemmän variaatiota. Toisaalta yksilöllinen tausta ja vaikeat elämäkokemukset tunnustetaan lehdessä masennuksen syntyyn vaikuttaviksi tekijöiksi, kuten seuraava ote Jouko Pihan ja Hasse Karlssonin lasten- ja nuortenpsykiatrian alaa koskeneesta keskustelusta tiivistää:

”Nykytiedon mukaan nuoruusiän syrjäytymiskehitys alkaa raskausaikana tai varhaislapsuudessa jo ennen kouluikää ja ainakin puolet aikuisten mielenterveyshäiriöistä on jatkoa lapsuuden ja nuoruuden häiriöille.”²⁰⁵

Elämäkokemusten vaikutuksesta ja sosiaalisista puhutaankin selittävänä tekijänä erityisesti lasten ja nuorten kohdalla. Mielenterveyden ongelmien tiedetään korreloivan niin sanotun vaikean taustan tai vaikeiden perheolosuhteiden kanssa, ja aineiston selitysmalleissa nostetaan esille teorioita varhaisten vuorovaikutussuhteiden vaikutuksesta tunne-elämän kehitykseen. Näidenkin näkemysten yhteydessä käsitellään myös biologisia tekijöitä kuten stressinsäätelyjärjestelmä tai välittäjäaineiden osuus masennuksen synnyssä, mutta ne eivät nouse masennuksen selittämisessä keskiöön.²⁰⁶

Biologiset syyt saattavat saumattomasti yhdistyä sosiaalisiin syihin erityisesti silloin, kun selittävänä tekijänä huomioidaan myös temperamentti. Temperamentti on sisäsyntyinen persoonallisuuden kehityksen perusta, ja tiedetään että jo vauvoilta pystytään tunnistamaan eri temperamenttityyppejä. Temperamentin on osoitettu olevan perinnöllinen ominaisuus.

²⁰⁴ Ranta, V., 'Kun ennen kuukautisia kaikki ärsyttää', *Lääkärilehti* 63:45 (2008), s. 3873–3878.

²⁰⁵ Piha, J., Karlsson, H., 'Erikoisalarakenteen vastattava psykiatrian tieteellistä kehitystä', *Lääkärilehti* 67:3 (2012), s. 143.

²⁰⁶ Esim. Lehti, Niemelä, Sourander, 'Nuoruusiän raskaaksi ja äidiksi tulemistä ennustavat psykososiaaliset tekijät', *Lääkärilehti* 65:33 (2010), s. 2573–2576; Tamminen, T., 'Varhaislapsuuden kokemukset ovat ratkaisevia', *Lääkärilehti* 64:8 (2009), s. 675; Salokangas, R., 'Lapsuusiän kiusaamisella on kauaskantoisia seuraamuksia', *Lääkärilehti* 64:42 (2009), s. 3533; Koivula, L., 'Viha tekee pesänsä autioon mieleen.', *Lääkärilehti* 63:42 (2008), s. 3556–3558; Puura, K., Mäntymaa, M., 'Lapsen itsetuhoisuus - hätähuuto mahdottoman edessä', *Lääkärilehti* 67:17 (2012), s. 1329–1333; Kaltiala-Heino, Lindberg, Sailas, 'Nuorten väkivaltaisen käyttäytymisen riskin arvioiminen', *Lääkärilehti* 66:8 (2011).

Masennukseen altistavia temperamenttitekijöitä ovat muun muassa korkea negatiivinen emotionio ja korkea neuroottisuus.²⁰⁷

Lapsuuden kasvuympäristön vaikutuksia on tutkittu myös biologisesti esimerkiksi stressinsäätelyjärjestelmän toiminnan tai endofenotyyppien²⁰⁸ näkökulmasta. Erityisesti stressinsäätelyjärjestelmien käyttö masennuksen selittämässä on viimeaikainen ilmiö, ja tämä uudempi selitysmalli esiintyi aineistossa ajankohtaisesti. Näiden artikkeleiden yhteydessä painoarvoa annetaan sosiaalisille syyille vain vähän, ja selitykset masennukselle haetaan ensisijassa biologisista reaktioista ja ominaisuuksista.²⁰⁹

Masennuksen selittämisen suhteen lehdessä pohdittiin vain harvoin yhteiskunnallisia tai kulttuurisia tekijöitä. Kuitenkin kahdessa artikkelissa nyky-yhteiskunnan kiireisyys ja haasteet nimettiin tärkeimmiksi selittäviksi tekijöiksi masennuksen korkealle esiintyvyydelle.²¹⁰

Välittäjäaine-epätasapaino ja monoamiiniteoria esiintyivät masennuksen pääasiallisina selittävinä tekijöinä aineistossa vain harvoin. Esimerkiksi vuonna 2011 rikosseuraamuslaitoksen yliopettaja, yhteiskuntatieteiden maisteri Matti Laine kirjoitti masennuksen ja väkivaltarikosten välisestä yhteydestä Näkökulma -palstalle otsikolla ”Joukkosurmien taustalla on heikko status vertaisryhmässä”. Silloin Laine korosti välittäjäaine serotoniinin osuutta:

Serotoniini on hyvä esimerkki siitä, miten biososiaaliset mekanismit toimivat. Sosiaalisessa statuksessa tapahtuvat muutokset vaikuttavat suoraan ja ehkä pysyvästikin aivojen serotoniinitasapainoon. Väkivaltatutkijoiden mukaan serotoniinin vähäisyys edistää väkivaltaa, koska se heijastaa sellaista

²⁰⁷ Martin, Karlsson, Marttunen, 'Temperamentti ja kiintymyssuhde nuoruusiän masennuksen riskitekijöinä', *Lääkärilehti* 66:7 (2011).

²⁰⁸ 70-luvulla psykiatrisessa genetiikassa käyttöön otettu ilmaisu, jolla viitataan monitekijäiseen, ulkoisesti näkymättömään, mitattavissa olevaan geneettiseen ominaisuuteen jonka kautta geenien vaikutus sairauden syntyy välittyä.

²⁰⁹ Järvi, U., 'Stressi voi ohjelmoida sairauden jo kohdussa', *Lääkärilehti* 68:43 (2013), s. 2740; Tuulio-Henriksson, A., 'Vakavien mielenterveyspotilaiden häiriöiden syytekijöiden tutkimus: Onko endofenotyypeistä apua?', *Lääkärilehti* 63:45 (2008), s. 3879–3885; Nuotio, Karukivi, Saarijärvi, 'Nuorten masennusta voidaan ehkäistä', *Lääkärilehti* 68:15 (2013), s. 1089–1095.

²¹⁰ Esim. Aunula, A., 'Kalle Achté -palkinto em. prof. Johannes Lehtoselle: Mielenterveyspalvelut arvioitava uudelleen', *Lääkärilehti* 63:37 (2008), s. 3033; Autti-Rämö, I., Maaniemi, K., Raitasalo, R., Martikainen, J., Sorvander, A., 'Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi lasten hoitotukia saaneet vuosina 2000–2007', *Lääkärilehti* 63:45 (2008), s. 3865–3870.

kokemusta, jossa ihminen havaitsee tien sosiaaliseen menestymiseen suljetuksi. Tätä kautta esimerkiksi masennus yhdistyneenä yksittäiseen äärimmäisen nöyryyttävään kokemukseen on vaarallinen yhdistelmä - nuorilla miehillä erityisen vaarallinen.²¹¹

Mielipide on lehden linjassa erikoinen, mitä saattaa selittää, ettei Laine ole taustaltaan lääkäri.

Seuraavan kerran Laine esiintyi vuonna 2012 Ajankohtaista -palstan haastatteluartikkelissa ”Puuttuminen ehkäisee perhesurmia”. Tällä kertaa Laine pohti perhesurmien taustalla saattavan olla vaikea masennus, sen myötä kadonnut empatiakyky ja vaikeat kokemukset, ja haastattelussa yhdistyivät sosiaaliset ja biologiset selitysmallit:

– Uusimpien tutkimustulosten mukaan erityisen järkyttävät lapsuudenkokemukset muuttaisivat pysyvästi aivojen arkkitehtuuria. Aikuisena tämä voi näyttäytyä kyvyttömyytenä käsitellä vaikeita tilanteita tai jopa somaattisina sairauksina, Laine kertoo.²¹²

Kaiken kaikkiaan aineiston voi masennuksen selittämisen osalta katsoa noudattavan Käypä hoidon linjausta, jossa masennus esitetään etiologialtaan monitekijäiseksi. Aineistossa huomioidaan sekä biologisia että sosiaalisia syitä, eikä aineiston voi katsoa painottavan merkittävästi biologisia syitä tai monoamiiniteoriaa masennuksen selittämisessä.

3.3.3. Masennuslääkkeiden toiminnan selittäminen

Biologiset selitysmallit masennuksen synnyssä nostettiin aineistossa esille yllättävän harvoin siihen nähden, että masennuksen pääasiallinen hoitomuoto perustuu biologisen psykiatrian teoriaan masennuksen synnyttä. Biologiset selitysmallit nousivat hallitseviksi 1990-luvun kuluessa, ja 2000-lukuun mennessä niiden asema oli vakiintunut SSRI-lääkityksen myötä.²¹³

Masennuslääkkeiden toimintamekanismeissa itsessään on monta selittämätöntä tekijää. Ensinnäkin niiden käyttöön liittyy tavallisesti muutaman viikon viive ennen kuin niillä on havaittavaa tehoa. Aivokemian kannalta tiedetään, että masennuslääkkeen aiheuttama välittäjäaineiden kasvanut pitoisuus synapseissa synnyttää aivoissa välittömän vastareaktion homeostaasin eli tasapainon ylläpitämiseksi. Tämä välitön vastareaktio ei kuitenkaan kestä kuin

²¹¹ Laine, M., 'Joukkosurmien taustalla on heikko status vertaisryhmässä', *Lääkärilehti* 66:33 (2011), s. 2396–2397.

²¹² Vehmainen, M., 'Puuttuminen ehkäisee perhesurmia', *Lääkärilehti* 67:5 (2012), s. 318–320.

²¹³ Hautamäki, Helen & Kanula 2011, s. 81.

muutamia päiviä, eikä siten selitä viivettä.²¹⁴ Viive masennuslääkityksen toiminnan alkamisessa puhututtaa aineistossa ajoittain. Sen sijaan varsinainen teoria serotoniinin ja noradrenaliinin epätasapainosta masennuksen synnyssä, johon SSRI- ja SNRI -tyypin välittäjäaineet nojaavat, esiintyy Suomen Lääkärilehdessä vain harvoin myös masennuslääkkeiden toimintaa selittäessä. Puhdas monoamiiniteoria esiintyi vain yhdessä, synnytyksenjälkeistä masennusta käsitelleessä artikkelissa.²¹⁵

Aineistossa tulee hyvin ilmi viimeaikaiset trendit masennuslääkkeiden toiminnan selittämisessä. Esille nostetaan esimerkiksi geenitutkimus täsmälääkkeiden kehittämisessä ja aivokuvantaminen hoitomuodon valinnassa.²¹⁶ Yksi uudemmissa selitysmalleista masennuslääkkeiden toiminnan taustalla on niiden hermoverkkojen plastisuutta lisäävä vaikutus. Eräs aiheesta julkaistu pitkä katsausartikkeli ”Masennuslääkkeet edistävät hermoverkkojen muovautuvuutta – mitä hyötyä siitä on aivoille?” summaa ensin masennuslääkkeiden selittämättömäksi jääneitä ominaisuuksia sekä mainitsee spontaanit paranemiset:

Masennuslääkkeiden käyttöön liittyy kuitenkin monia sel(v)ittämättömiä ilmiöitä. Ne on alun perin löydetty sattumalta ja niiden terapeuttisen vaikutuksen mekanismi on edelleen epäselvä. Vaikka masennuslääkkeet vaikuttavat välittömästi aivojen neurokemiaan, niiden terapeuttiset vaikutukset tulevat selkeästi esiin vasta päivien tai viikkojen kuluttua lääkehoidon aloittamisesta. Masennuslääkkeitä ei myöskään käytetä ainoastaan masennuksen hoitoon. [...]

Näiden "ihmelääkkeiden" todellinen hyöty on kuitenkin viimeaikoina kyseenalaistettu. Merkittävä osa potilaista ei reagoi masennuksen lääketerapiaan toivotulla tavalla, joskin teho paranee lääkkeitä yhdistellessä. Joidenkin meta-analyysien mukaan masennuslääkkeet ovat vain hieman lumelääkettä tehokkaampia masennuksen hoidossa. Lääkehoidon tehon arviointia hankaloittaa kuitenkin monien lumelääkettä saaneiden potilaiden oireiden "spontaani" lievittyminen.²¹⁷

Artikkelissa esitellään tästä eteenpäin teoriaa, jonka mukaan masennuslääkkeet vahvistavat monoamiinergista hermovälitystä ja lisäävät aivojen plastisuutta eli mukautuvuutta, alttiutta muodostaa uusia synapseja. Myös sähköhoidon on arveltu lisäävän aivojen plastisuutta. Saman

²¹⁴ Andrews et al. 2011.

²¹⁵ Salokangas, R., 'Synnytyksen jälkeisen masennuksen arvoitus ratkeamassa?', *Lääkärilehti* 65:22 (2010), s. 1993.

²¹⁶ Taiminen, T., 'Aivokuvaus ennustaa psykoterapian ja lääkkeen tehoa masennuspotilaalla', *Lääkärilehti* 68:36 (2013), s. 2193; Järvi, U., 'Ahdistuksen geenitutkimus tukee myös terapioiden kehitystä', *Lääkärilehti* 66:36 (2011), s. 2568.

²¹⁷ Rantamäki, T., 'Masennuslääkkeet edistävät hermoverkkojen muovautuvuutta - mitä hyötyä siitä on aivoille?', *Lääkärilehti* 68:42 (2013), s. 2675–2680.

lehden Ajankohtaista -palstalla haastatellaan aiheesta auktoriteettihahmona myös Erkki Isometsää lyhyessä artikkelissa ”Miten masennuslääke vaikuttaa?”. Haastattelussa Isometsä pitää hermoverkkoteoriaa ”kiinnostavana ja uskottavana” ja antaa sille siten tukensa.²¹⁸

Masennuslääkkeiden toiminnan selittämisessä esiintyi lehdessä myös jonkin verran ristiriitaisia näkemyksiä käyttötarkoituksen ja käyttäjäryhmän mukaan. Esimerkiksi masennuslääkkeiden käyttöä PMS-oireiden hoidossa käsitelleessä pitkässä katsausartikkelissa todettiin, ettei masennuslääkkeille ominainen tehon ilmenemisen viive esiinny silloin, kun masennuslääkettä käytetään kuukautisiin liittyvien mielialaoireiden hoitamisessa. Artikkelissa tätä selitettiin toteamalla, että SSRI-lääkityksen on arveltu vaikuttavan PMS-oireiden hoidossa eri mekanismeilla kuin masennuksessa.²¹⁹

Toisen esimerkin tarjoaa lyhyt uutinen Lääkemaailmassa tapahtuu -palstalta. Uutisessa esiteltiin tutkimus, jossa selvitettiin masennuslääke bupropionin soveltuvuutta tupakoinnin lopettamislääkkeenä skitsofreenikoilla.²²⁰ Tutkimuksessa selvisi, että lääke toimi tähän käyttötarkoitukseen myös skitsofreniapotilaiden keskuudessa. Mielenkiintoinen havainto oli kuitenkin seuraava:

Tärkeä löydös koski psyykkisiä oireita. Interventio- ja lumeryhmien välillä ei ollut eroja positiivisten psykoottisten, negatiivisten ja depressiivisten oireiden välillä. Myöskään muiden oireiden kohdalla ei merkittäviä eroja ollut.²²¹

Toisin sanoen silloin kun käyttöaiheena oli tupakoinnin lopettaminen, bupropioni ei vaikuttanut lainkaan skitsofreenikoiden masennusoireisiin. Ilmiölle ei annettu uutisessa selitystä.

Kolmas esimerkki löytyy miesten masennuksen erityispiirteistä. Kahdessa pitkässä katsausartikkelissa, ”Mielen terveyden häiriöiden esiintyvyyden sukupuolierot”²²² sekä miesten masennusta ja itsemurhariskiä käsitelleessä artikkelissa ”Tosi mies ei masennu” mainittiin miesten hoitovasteen SSRI-lääkitykseen olevan heikompi kuin naisilla. Ilmiö havaittiin myös STAR*D -

²¹⁸ Lautala, T., ’Miten masennuslääke vaikuttaa?’, *Lääkärilehti* 68:42 (2013), s. 2657.

²¹⁹ Ranta, V., ’Kun ennen kuukautisia kaikki ärsyttää’, *Lääkärilehti* 63:45 (2008), s. 3873–3878.

²²⁰ Tupakoinnin lopettaminen on yksi bupropionin hyväksytyistä käyttöaiheista myös Suomessa, joskin silloin valmistetta myydään kaupan nimellä Zyban.

²²¹ Salokangas, R., ’Bupropionia myös skitsofreniapotilaille’, *Lääkärilehti* 65:18 (2010), s. 1611.

²²² Saarikivi, J., ’Mielen terveyshäiriöiden esiintyvyyden sukupuolierot’, *Lääkärilehti* 68:20 (2013), s. 1487–1492.

tutkimuksessa. Selitystä tähän haettiin artikkelissa ”mahdollisista eroista (miesten ja naisten) serotonergisissä järjestelmissä”. Pohtimatta kuitenkin jäi, että naisten tiedetään myös olevan miehiä alttiimpia plasebovaikutukselle. Artikkeleista jälkimmäisenä mainittu esittää miesten heikomman lääkehoitovasteen perusteella erilaisia käytäntöjä miesten masennuksen hoitamiseen:

Olisi tärkeä selvittää, miten suomalainen hoitojärjestelmä pystyy tarttumaan joillekin miehille tyypilliseen ”mekanistiseen tai tekniseen” tapaan sitoutua hoitoon. Voisiko miesten masennuksen hoidossa hyödyntää nykyistä enemmän esimerkiksi teknisiä laitteita, tietokonetta ja Internetiä tai oiremittarien graafista esittämistä ja seuranta? Eräs mahdollisuus olisi tarjota masennuksen tunnistamista ja ryhmämuotoisia hoitoja ympäristöihin, joissa miehet toimivat, kuten harrastuksiin tai urheiluseuran kannattajajoukkoihin.²²³

Yksilön ominaisuuksiin ja kiinnostuksenkohteisiin perustava hoito esitettiin siis mahdollisuutensa yhteydessä, jossa lääkehoidolle annettiin normaalia pienempi painoarvo.

Vaikka masennuksen synty ja masennuslääkkeiden toiminta eivät nykykäsityksen mukaan ole niin yksinkertaisia kuin alkuperäinen monoamiiniteoria antaa ymmärtää, lääkärit tietävät yhä, miten vakuuttavalta selitysmalli kuulostaa. Tätä vakuuttavuutta hyödynnetään myös muissa yhteyksissä. Esimerkiksi liiallisella alkoholinkäytöllä tiedetään olevan yhteys laskeneeseen mielialaan. Asiaa koskeneessa uutisessa psykiatri Raimo Salokangas kirjoittikin selitysmallin käyttämisestä omassa kokemusmaailmassaan:

”Täysin vailla tutkimustietoa olen omassa praktiikassani selittänyt alkoholin ja masennuksen välisen yhteyden potilaileni kertomalla, että alkoholi polttaa serotoniinia ja aiheuttaa siten masennuksen.”²²⁴

Salokangas siis hyödynsi serotoniiniteorian vakuuttavuutta suostutelllessaan potilaitaan vähentämään alkoholinkäyttöä. Salokangas ei ole käytännössään yksin: Psykiatreilla on taipumusta selittää masennus potilailleen yksinkertaisella monoamiiniteorialla, sillä tämä motivoi heitä syömään lääkkeitä tai, kuten Salokankaan tapauksessa, vähentämään alkoholinkäyttöä.²²⁵

²²³ Melartin, Kuosmanen, Ristimäki, ’Tosi mies ei masennu?’, *Lääkärilehti* 65:3 (2010), s. 169–173.

²²⁴ Salokangas, R., ’Alkoholin liikkakäyttö aiheuttaa masennusta – ei päinvastoin’, *Lääkärilehti* 64:19 (2009), s. 1755.

²²⁵ Moncrieff 2009, s. 10.

Monoamiiniteoria on kiistatta yksi biologisen psykiatrian kulmakivistä ja sen suuri etu on, että se niin sanotusti ”kuulostaa tieteelliseltä”. Kuten luvussa Monoamiiniteorian synty selitettiin, teoriaa ei koskaan todistettu. Joissain tulkinnoissa on pidetty mahdollisena, että monoamiiniteoria olisi kenties jopa painunut pysyvästi taka-alalle ilman SSRI-tyypin lääkkeiden synnyttämää uutta vallankumousta masennuksen hoitokäytännöissä.²²⁶ Tätä vallankumousta voi selittää sekä lääketieteeseen liittyvillä että kulttuurisilla syillä.

Lääketieteen kannalta katsottuna SSRI-lääkkeet olivat markkinoille tullessaan turvallisena pidetty ja kustannustehokas hoitomuoto, jotka toivat masennuksen lääkkeellisen hoidon myös yleislääkäreiden valikoimaan. Nykyään masennuslääkkeistä valtaosa määrätäänkin terveyskeskuksissa ja muilla yleislääkäreiden vastaanotoilla. Sinänsä tämä ei ole yllättävää, sillä arvioiden mukaan jopa kolmasosa terveyskeskuksen potilaskäynneistä aiheutuu osittain psyykkisistä syistä.²²⁷ SSRI-lääkkeet kuitenkin mahdollistivat masennuksen lääkkeellisen hoitamisen myös erikoissairaanhoidon ulkopuolella.

Toinen selitys monoamiiniteorian ja SSRI-lääkityksen menestykselle on kuitenkin kulttuurinen ja liittyy juuri teorian vakuuttavuuteen – ilmiöön, jonka Salokangas oli omassa praktiikassaan havainnut. Teoria SSRI-lääkkeiden toiminnan taustalla esiintyi markkinoinnissa niin lääkäreille kuin potilaille ja vetosi molempiin kohderyhmiin. Lääketeollisuudella siis psykiatristen täsmälääkkeiden kohdalla ollut poikkeuksellisen vahva rooli nykyisten hoitokäytäntöjen vakiinnuttamisessa.²²⁸ SSRI-lääkitys muuttikin markkinoille tullessaan myös tavallisten ihmisten käsitystä masennuksesta. Näiden lääkkeiden myötä potilaan on mahdollista ajatella, että hänen masennuksensa on vaikkapa diabeteksen kaltainen, lääkkeellisesti hoidettava sairaus: Hänen aivoissaan ei ole tarpeeksi serotoniinia, ja niinpä serotoniinia lisäävä lääkitys voi korjata asian. Serotoniiniteorian vakuuttavuus auttoi nostamaan masennuslääkityksen nykyiseen asemaansa. Lisäksi selitys vahvisti 70-luvulla alkaneen psykiatrian kriisin, alaan kohdistuneen kritiikin ja antipsykiatrisen liikkeen jälkeen psykiatrian asemaa vakavasti otettavana lääketieteen osa-alueena.²²⁹

²²⁶ Healy 2012, s. 49.

²²⁷ Toikkanen, U., 'Ratkaisukeskeinen lyhytterapia auttaa terveyskeskuslääkärin työtä', *Lääkärilehti* 66:41 (2011), s. 3106–3107.

²²⁸ Moncrieff 2009, s. 133–134, s. 243–244; Hautamäki, Helen & Kanula 2011, s. 82–85, s.101–102.

²²⁹ Callahan & German 2004, s. 132; Moncrieff 2009, s. 50–51.

Kun masennus alettiin esittää enemmän somaattisen sairauden kaltaisena, sen uskottiin vähentävän masennuksen stigmaa. Ajateltiin, että masennuksen selittäminen biologisena tai neurologisena ongelmana muuttaisi suhtautumista potilaaseen empaattisempaan suuntaan: Masennus nähtäisiin enemmän samankaltaisena kehontoiminnan häiriönä kuin vaikkapa epilepsia, syöpä tai diabetes, josta potilas ei ole vastuussa. Yllättävää kyllä, näin ei kuitenkaan ole. Kun masennus esitetään hoitohenkilökunnalle biologisena ongelmana, empatia vähenee. Potilaaseen suhtaudutaan enemmän poikkeavana tai sosiaalisesti epäkelpona yksilönä, vähemmän muiden kaltaisena, ja tämän ongelmat nähdään vähemmän inhimillisinä.²³⁰ Lisäksi biologiset selitysmallit eivät vastoin ennako-odotuksia paranna potilaan minäkuvaa tai vähennä tämän vastuuntuntoa omasta kärsimyksestään. Ne päinvastoin vähentävät potilaan uskoa kykyihinsä säädellä omia tunteitaan. Toisaalta ne lisäävät potilaan uskoa masennuslääkitykseen tehokkaimpana hoitomuotona ja vähentävät uskoa psykoterapian toimivuuteen.²³¹

4. Masennuslääkkeet potilaiden käytössä

4.1. Sivuvaikutukset

Masennuslääkkeillä on lukuisia tunnettuja sivuvaikutuksia, joita lyhyesti esiteltiin kappaleessa 1.4.1. Näihin vaikutuksiin kuuluu sekä somaattisia (fyysisiä) että psykologisia oireita. Suomen Lääkärilehdestä kerätyssä aineistossa sivuvaikutuksia käsiteltiin pääasiallisena aiheena 43 artikkelissa. Sivuvaikutukset ovat yleisin masennuslääkityksen keskeyttämisen syy, ja ne voivat olla kokijalleen hyvinkin raskaita.²³² Moni terveillä vapaaehtoisilla tehty tutkimus viittaa jopa siihen, että masennuslääkkeet saattavat heikentää käyttäjän vointia.²³³

Taulukko 3. Sivuvaikutusten esiintyminen artikkeleissa.

Sivuvaikutuksen kohde	Lukumäärä
Raskaudenaikaiset sikiövauriot	11
Sydän- ja verikiertoelimistö	8
Muut	7
Seksuaalisuus	4
Itsetuhoisuus	3
Ruoansulatuselimistö	3

²³⁰ Lebowitz & Ahn 2014.

²³¹ Kemp, Lickel & Deacon 2014.

²³² Hautamäki, Helen & Kanula 2011, s. 95.

²³³ Moncrieff 2009, s. 171; Healy 2012, s. 95.

Tukikudokset	3
Kognitiiviset kyvyt	2
Neurologiset haitat	2
Yhteensä	43

Aineistosta selvisi, että Suomen Lääkärilehdessä sivuvaikutuksiin suhtauduttiin vakavasti lähinnä lasten ja nuorten kasvavan itsetuhoarvon kohdalla. Usein sivuvaikutusten esiintymisestä pyrittiin tekemään positiivisia tulkintoja ja selittämään niitä masennuksesta eikä lääkkeitä johtuvina. Toisaalta sivuvaikutukset esitettiin ongelmana erityisesti hoitoon sitoutumisen näkökulmasta. Lopettamisoireista lehdessä kirjoitettiin suhteellisen harvoin, ja silloin oireita kuvattiin lähinnä ”kiusallisiksi”.

Aineistossa annettiin enemmän painoarvoa somaattisille kuin psykologisille sivuvaikutuksille. Pääasiallisena artikkelin tai uutisen kohteena somaattisia oireita käsiteltiin leijonanosassa, ja eniten käsittelyn kohteeksi nousivat raskaana olevat naiset ja heidän lääkityksensä aiheuttamat haitat sikiölle tai imetyksen aikana vastasyntyneelle. Toiseksi eniten artikkeleissa käsiteltiin sydän- ja verenkiertoelimistöä. Tämä selittyy sillä, että aikajakson sisällä kahden SSRI-lääkkeen, sitalopraamin sekä essitalopraamin, havaittiin aiheuttavan rytmihäiriöitä sekä QT-ajan pitenemistä²³⁴, mikä johti vuonna 2011 uuteen suositukseen sitalopraamin enimmäispäiväannoksen pienentämisestä. Toisaalta somaattisia oireita ei myöskään nähty lääkitystä estävinä: ”Uusien suositusten ei tulisi nostaa masennuslääkkeen aloittamisen kynnystä tai johtaa liian pieniin hoitoannoksiin”, varoitettiin pidentyneestä QT-ajasta kertovassa uutisoinnissa.²³⁵

Somaattisten oireiden lehdessä saama painoarvo on ymmärrettävää – somaattiset haitat ovat konkreettisia ja elimellisten haittojen kohdalla objektiivisesti mitattavissa. Lisäksi ne saattavat aiheuttaa jopa välittömän hengenvaaran. Kuitenkin kokijan kannalta tärkeitä sivuvaikutuksia ovat muun muassa kasvava itsetuhoarvo, seksuaalitoimintojen vaikeudet, tunne-elämän latistuminen sekä motoriset ongelmat kuten akatisia²³⁶. Sivuvaikutuksista yleisin, seksuaalivaikutukset,

²³⁴ QT-aika eli sydänfilmissä näkyvä muutos joka altistaa vaarallisille rytmihäiriöille sekä äkkikuolemalle.

²³⁵ Viikki, M., Leinonen, E., 'Sitalopraamin ja essitalopraamin käyttöön liittyvä QT-ajan piteneminen', *Lääkärilehti* 67:46 (2012), s. 3407–3410.

²³⁶ Liikkumispakko johon liittyy usein tuskaisuuden kokemus. Lievimmillään esim. jatkuva tarve heiluttaa jalkaa, naputella sormia tms. pakonomainen liike.

nostettiin esille vain harvoin. Lopettamisoireista kokijalleen kenties raskaimpia ovat eräänlaiset sähköiskun kaltaiset tuntemukset. Näistä kiinnitän lukijan huomion itsetuhoisuuteen ja seksuaalisuuteen ja sen yhteydessä käsitelyyn hoitoon sitoutumisen problematiikkaan ja lopettamisoireisiin. Lopuksi tuon esille tulkinnat sivuvaikutusten ja masennusoireiden välisestä suhteesta.

4.1.1. Itsetuhoisuus

SSRI-lääkitys lisää itsetuhoista käytöstä ja itsemurha-alttiutta varsinkin lääkityksen aloitus- ja lopetusvaiheessa. Erityisen korkeaksi itsetuhoisuuden katsotaan nousevan lapsilla ja nuorilla. Samankaltainen yhteys vaikuttaisi olevan SSRI-lääkityksen ja muihin kuin itseen kohdistuvan aggressiivisen käytöksen välillä.²³⁷ Yhteys SSRI-lääkityksen, itsetuhoisuuden ja väkivaltaisen käytöksen välillä havaittiin jo 90-luvun kuluessa, mutta vasta vuodesta 2004 alkaen Yhdysvalloissa FDA on määrännyt masennuslääkepakkausihin varoituksen itsetuhoisuudesta (”black box warning”). Käytäntöä voi verrata tupakka-askeihin liitettyihin varoituksiin terveyshaitoista. Varoituksen taustalla on lääketehdas GlaxoSmithKlinen aiheuttama kohu, kun lääketehdas oli kätkenyt tietoa, jossa paroksetiin havaittiin nostavan lasten ja nuorten itsemurha-alttiutta.²³⁸

SSRI:n ja itsetuhon välistä yhteyttä on tutkittu paljon ennen ja jälkeen tapauksen, joskaan täydellistä konsensusta asiasta ei ole saavutettu. Kuitenkin yhteys on sen verran vahva, että sitä käsitellään lähes poikkeuksetta myös psykiatrian alan oppikirjoissa. Yhdysvalloissa lääkeyhtiöille on annettu korvausvaatimuksia lääkkeiden aiheuttaman itsetuhon vuoksi oikeudessa vuosina 1991, 2006 sekä kahdesti vuonna 2004.²³⁹ Välillä tulkinnat itsetuhoisuudesta ovat kuitenkin jopa kummallisen positiivisia – itsetuho on esitetty osoituksena lääkkeen toimivuudesta perustellen potilaan saaneen lääkityksen avulla voimavaroja itsetuhoisten taipumustensa toteuttamiseen.²⁴⁰

Lääketutkimusten luonteen mukaisesti sivuvaikutuksia raportoidaan tavalla, joka saattaa vääristää sitä, mikä on yleistä tai vakaksi koettua. Mikäli potilas on alkanut ensin kokea yleistä ja tunnettua sivuvaikutusta kuten pahoinvointia, mutta keskeyttää lääkityksen myöhemmin esiintyneen,

²³⁷ Moncrieff 2009, s. 168–170.

²³⁸ Friedman 2014.

²³⁹ Healy 2012, s. 99.

²⁴⁰ Esim. Sadock & Sadock 2003, s. 1095–1096.

vakavan oireen kuten itsetuhoisuuden vuoksi, on todennäköistä, että hoidon keskeyttämisen syyksi kirjataan ensinnä raportoitu sivuvaikutus. Tästä seuraa terveydenhuollossa hoitavalle taholle vaikeus arvioida sitä, millaisia sivuvaikutuksia hoidolta on odotettavissa.²⁴¹

Suomalaisissa hoitosuosituksissa, hoitokäytännöissä ja myös Suomen Lääkärilehdessä itsetuhoon pyritään suhtautumaan vakavasti lasten ja nuorten kohdalla. Lapsille ja nuorille masennuslääkkeitä määrätäänkin varovaisemmin kuin aikuisille ja käytännössä useammin erikoislääkärin toimesta tai konsultoimana.²⁴² Silti masennuslääkityksen käyttö myös lasten ja nuorten keskuudessa on kasvanut, ja vuosien 1997–2007 aikana niiden käyttö 0–26-vuotiailla kasvoi 3,5-kertaiseksi.²⁴³

Selittäviä tekijöitä ovat toki SSRI-lääkityksen yleinen yleistymisen ajankohtana, saatavuuden paraneminen, uusien tuotemerkkien tulo markkinoille sekä hoitokäytäntöjen muutokset. On kuitenkin merkillepantavaa, että vuonna 1998 Yhdysvaltain lääkevirasto FDA tarjosi osana FDA Modernisation Act (FDAMA) -kampanjaa lääkeyhtiöille puolen vuoden jatkoaikaa masennuslääkkeidensä patentteihin, mikäli nämä järjestäisivät lääketutkimuksia niiden soveltuvuudesta lapsiväestön käyttöön. 2000-luvun alussa ilmestyi sittemmin lukuisia tutkimuksia, joissa SSRI-lääkitykseen negatiivisesti reagoineita lapsia oli rajattu tutkimusten tuloksista pois. Syksyllä 2002 ja keväällä 2003 Iso-Britanniassa BBC tarttui näihin epäkohtiin. Niin ikään Iso-Britannian Medicine and Healthcare Products Regulatory Agency (MHRA) antoi hylkäävän päätöksen Paxilin uusista turvallisuusmääräyksistä lapsiväestön käytössä. Kuten jo edellä on esitetty, vuonna 2004 masennuslääkkeisiin myös lisättiin itsetuhoisuudesta varoittava Black Box Warning. Näiden johdosta hoitosuositukset pysyivät maltillisina, ja niinpä masennuslääkityksen käytön kasvu on lapsiväestössä ollut vähäisempää kuin aikuisväestössä.²⁴⁴

Tyypillisimmillään lapsille ja nuorille suositellaan määrättäväksi nykyisistä SSRI-lääkkeistä vanhinta, fluoksetiinia, jonka kohdalla itsetuhoriskiä on lääkkeen iän vuoksi tutkittu eniten. Myös fluoksetiini kasvattaa riskiä, mutta vaikkapa paroksetiiniin verrattuna sitä pidetään paremmin siedettynä.

²⁴¹ Healy 2012, s. 80–81.

²⁴² Pylkkänen, K., 'Nuorisopsykiatrinen avohoito toteutuu kohtalaisesti', *Lääkärilehti* 68:16 (2013), s. 1164–1165; Luutonen, Tikka, Nieminen, From, Salokangas, 'Takuulla hoitoon - mutta millaiseen? Varhain-tutkimus psykiatrisen erikoissairaanhoidon käynnistymisestä', *Lääkärilehti* 66:43 (2011), s. 3227–3231.

²⁴³ Pylkkänen, K., 'Hoidammeko murrosikä masennuslääkkeillä?', *Lääkärilehti* 64:6 (2009), s. 460.

²⁴⁴ Healy 2012, s. 112–115.

Toisin kuin muiden potilasryhmien tai aikuisten kohdalla, kulutuksen kasvu nähdään Lääkärilehdessä ajoittain huolestuttavana. Myös tässä lehden linja siis noudatteli kansallisia hoitosuosituksia ja Depression Käypä hoitoa.

Mielenkiintoisen vertailukohdan sille, miten SSRI:n aiheuttamaan itsetuhoisuuteen suhtaudutaan, tarjoaa reserpiini. Reserpiini on verenpainelääke, antipsykootti ja mieto rauhoittava, joka kehitettiin 1950-luvun puolivälissä. Sillä havaittiin olevan melko samanlainen vaikutusprofiili kuin nykyisillä SSRI-lääkkeillä. Niiden tapaan sen havaittiin aiheuttavan motorista levottomuutta eli akatisiaa ja nostavan itsetuhoisuutta potilaissa. Reserpiiniä valmistettiin aikanaan patenttina useampi lääkeyhtiö, eikä sen avulla siten ollut saavutettavissa suuria voittoja. Reserpiinin kohdalla itsetuhoisuutta pidettiin liian suurena riskinä saavutettaviin hyötyihin nähden, eikä se siten koskaan saavuttanut suosiota lääkemarkkinoilla.²⁴⁵

Itsetuhoa ja aggressiivista käytöstä sivuttiin useissa artikkeleissa. Nostan tapausesimerkiksi Ajankohtaista -palstan artikkelin ”Yhä useammalla nuorella on masennuslääkitys”. Artikkelissa haastateltiin nuorisopsykiatrian professori Mauri Marttusta ja psykiatrian erikoislääkäri ja lääkintäneuvos Tapani Sipilää, joiden suhtautumiset erosivat toisistaan vahvasti. Sipilä arvioi, että masennuslääkitystä määrätään nuorille liian helposti ja toi esiin huolen sivuvaikutuksista:

”Pahimpina SSRI-lääkkeiden sivuvaikutuksina Sipilä nostaa esiin itsetuhoisuuden ja aggressiivisuuden. - Jos esimerkiksi pahasti koulukiusattu, katkera, vihainen ja ahdistunut nuori saa lääkettä, joka sivuvaikutuksena sattuu lisäämään hänen vihaansa, on vaara uhkaamassa. - Myös seksuaalisuuden alueelle voi tulla kiusallisia ja pitkäaikaisia sivuvaikutuksia, jotka ovat katastrofi nuoruusiässä.” 246

Yksittäisissä äänissä siis annetaan painoarvoa itsetuhoisuudelle, ja Sipilä korosti myös seksuaalivaikutuksia. Sen sijaan Marttusella oli asiaan vastakkainen kanta:

”Mauri Marttunen uskoo, että pääosin nuorten masennuslääkitykset ovat perusteltuja. Hän muistuttaa, että edelleenkin kaikki nuoret eivät saa tarvitsemaansa apua. [...] Marttunen ei koe suurta huolta masennuslääkkeiden sivuvaikutuksista. Suurin osa niistä tulee hoidon alkuvaiheessa ja menee ajan kanssa ohi.”

²⁴⁵ Healy 2012, s. 75–76; Shorter 2009, s. 37–38.

²⁴⁶ Seppänen, A., ’Yhä useammalla nuorella on masennuslääkitys’, *Lääkärilehti* 68:17 (2013), s. 1241, myös seur.

Vaikuttaa siltä, että haastateltavat artikkeliin oli valittu juurikin sen perusteella, ettei itsetuhoriskistä kirjoitettaisi liian jyrkästi. Vaikka haastattelussa esitettiin molemmat kannat, Marttusen sanoille annettiin tekstin rytmityksessä enemmän painoarvoa.

Kokonaisuudessaan itsetuhoriski mainitaan vain harvoin aikuisten kohdalla. Lasten ja nuorten tapauksessa se nähdään ennen kaikkea indikaattorina lääkityksen normaalia tarkemmalle seuraamiselle.²⁴⁷ Esteenä lääkkeen käytölle itsetuhoisuutta ei aineistossa nähty.

4.1.2. Seksuaalisuus ja hoitoon sitoutumisen problematiikka

SSRI- ja SNRI -lääkitysten pääasiallisen vaikutuksen voi katsoa kohdistuvan seksuaalitoimintoihin. Näistä lääketyypeistä on jopa esitetty, että lääketutkimuksista kerätyn datan perusteella niitä voi pitää seksuaalisuutta hillitsevinä lääkkeinä joilla on lievä sivuvaikutus mielialaan.²⁴⁸ Yhteyttä SSRI- ja SNRI -tyypin lääkkeiden ja seksuaalitoimintojen ongelmien välillä on tietoisesti hyödynnetty käyttämällä erästä hyvin lyhytvaikutteista ja hyvin nopean puoliintumisajan omaavaa SSRI-tyypin valmistetta, dapoksetiinia, lääkkeenä ennenaikaisen siemensyöksyn estämiseen.²⁴⁹

Tästä huolimatta seksuaalitoiminnan häiriöitä katsotaan tavallisesti näiden lääkkeiden kohdalla ilmenevän 30–60 %:lla potilaista. Tämänkaltaiset arviot perustuvat usein siihen, miten monet potilaat ottavat itsenäisesti asian puheeksi lääkärin kanssa asioidessaan. Tarkemmat tutkimukset, joissa seksuaalivaikutuksia on erikseen pyritty selvittämään, antavat erilaisia lukemia. Esimerkiksi tutkijaryhmä Clayton et al. tutki vuonna 2006 seksuaalitoimintojen häiriöitä 6297 SSRI- ja SNRI -tyypin masennuslääkkeitä käyttävän potilaan joukossa. Tutkimusasetelmassa potilailta kysyttiin vaikeuksista seksuaalitoiminnoissa ja niiden eri osa-alueissa. Näin toteutetussa tutkimuksessa selvisi, että SSRI- ja SNRI -masennuslääkkeiden käyttäjistä 96 % naisista ja 98 % miehistä koki vakavia häiriöitä seksuaalitoiminnoissa.²⁵⁰

Seksuaalitoimintojen ongelmiksi katsotaan vaikeus kiinnostua seksistä, vaikeus tai kyvyttömyys kiihottua, vaikeus tai kyvyttömyys saavuttaa orgasmi sekä erektiohäiriöt. Seksuaalitoimintojen

²⁴⁷ Jansson, M., 'Lasten lääkehaittojen seuranta tuottaa tulosta', *Lääkärilehti* 63:36 (2008), s. 2884; Salokangas, R., 'Lääkehoito ehkäisee myös lasten masennusta', *Lääkärilehti* 63:18-19 (2008), s. 1687.

²⁴⁸ Healy 2012, s. 74.

²⁴⁹ Piha, J., 'Dapoksetiini – lääke ennenaikaiseen siemensyöksyyn', *Lääkärilehti* 64:19 (2009), s. 1782–1784.

²⁵⁰ Leinonen & Koponen 2011; Clayton et al. 2006.

ongelmat jatkuvat usein koko lääkityksen keston ajan ja mahdollisesti vuosia lääkityksen lopettamisen jälkeen. Ongelmat seksuaalitoiminnossa ovat yleisin yksittäinen sivuvaikutus, jonka vuoksi lääkityksen keskeyttämistä tapahtuu.²⁵¹

Seksuaalitoimintoihin kohdistuvien haittavaikutusten käsittely oli aineistossa ristiriitaista, ja haittavaikutuksista pyrittiin esittämään niin sanotusti positiivisia tulkintoja, joissa haittoja selitettiin lääkkeen sijasta masennuksella. Tyypillinen esimerkki esiintyi Lääkeinfo -palstalla ilmestyneessä artikkelissa ”Masennuslääkkeiden seksuaaliset haittavaikutukset ovat yleisiä”:

”Seksuaaliset haittavaikutukset ovat yksi tavallisimmista masennuslääkehoidon keskeyttämisen syistä. Niistä tulee kysyä potilaalta, koska suuri osa potilaista ei spontaanisti kerro niistä. Depressioon liittyvät seksuaaliset toimintahäiriöt, kuten seksuaalinen haluttomuus, voivat kuitenkin myös lievittää masennuslääkkeen aloittamisen myötä, kun potilas toipuu depressiosta.”²⁵²

Väittämä seksuaalisen haluttomuuden parantumisesta masennuslääkityksen myötä on tyypillinen positiivinen tulkinta, jolle ei löydy perusteita tutkimustiedossa.

Otteesta käy myös ilmi lehdessä tyypillisesti esiintynyt näkökanta, jossa haittavaikutukset tulee huomioida ennen kaikkea siksi, etteivät ne johtaisi hoidon keskeytymiseen. Hoidon keskeyttämisriski tuotiinkin esille syynä keskustella seksuaalivaikutuksista:

”On myös otettava huomioon, että kaiken kaikkiaan jopa kolme neljäsosaa masennuspotilaista pitää sukupuolielämää erittäin tärkeänä, samoin kuin muu väestö. Näin ollen ei olekaan yllättävää, että lääkehoidon aiheuttamat seksuaalitoiminnan häiriöt ovat yksi yleisimmistä lääkehoidon ennenaikaisen keskeyttämisen syistä. [...] Sukupuolielämän huomioon ottaminen on keskeinen potilaan hoitomyöntyvyyteen, hoitotulokseen ja elämänlaatuun vaikuttava tekijä. Näin olleen sukupuolitoimintojen häiriöistä tulisikin aina keskustella masennuslääkitystä käyttävien potilaiden kanssa.”²⁵³

²⁵¹ Clayton et al. 2006.

²⁵² Viikki, M., Leinonen, E., ’Masennuslääkkeiden seksuaaliset haittavaikutukset ovat yleisiä’, *Lääkärilehti* 66:1–2 (2011), s. 58–60.

²⁵³ Lepola, U., Koponen, H., ’Laadukas remissio masennuksen lääkehoidon haaste’, *Lääkärilehti* 63:47 (2008), s. 4103–4109. Samasta aiheesta myös Kirkinen, P., ’Sildenafilii parantaa masentuneiden naisten seksielämää’, *Lääkärilehti* 63:49 (2008), s. 4303.

Edellä tiedostettiin, että seksuaalivaikutukset vaivaavat hoitoa keskeyttänyttä potilasta, joskin artikkelissa vaivaan suositeltiin sildenafiliä, jonka tunnetuin kaupp nimi on Viagra. Aineistossa esiintyi myös toisenlaisia näkemyksiä, kuten katsausartikkelissa ”Seksuaalisuuteen liittyvät lääkkeiden haittavaikutukset”:

”Haluttomuus ei yleensä haittaa halutonta ihmistä, vaan tämän puolisoa. Joskus kun halua ei lääkkeen tai masennuksen takia ole pitkään aikaan lainkaan ja potilaan ja tämän välit ovat läheiset, voisi lääkäri ehkä kysyä potilaalta, voiko tämä ja puoliso harrastaa ”puolittaista” seksiä: toinen osapuoli voi tyydyttää itsensä haluttoman kumppaninsa kainalossa. Tällöin sekä halu että haluttomuus ja läheisyys tulee otettua huomioon. Muun läheisyyden merkitystä ei tietenkään saa unohtaa.”²⁵⁴

Hoidon keskeyttämisen problematiikka koskee myös muita kuin seksuaalisuuteen liittyviä sivuvaikutuksia. Tyypillinen näkökulma lehdessä lääkityksen lopettamisen kohdalla on esittää lääkityksen keskeyttäminen esimerkiksi ”ongelmana sopeutua psykiatriseen hoitoon”.²⁵⁵ Psykososiaalinen tuki ja potilaan kohtaaminen esitettiin tärkeänä nimenomaan lääkehoidon onnistumisen kannalta. Tyypillinen näkemys esiintyi muun muassa raskausajan masennuksen hoitoa käsitelleessä artikkelissa:

”Turvallinen ja tukea antava hoitosuhde on kaikkien depressiopotilaiden hoidon perusta. Hoitosuhde on oleellinen myös mahdollisen lääkehoidon onnistumisen kannalta. [...] Tarvittaessa potilas voidaan lähettää psykiatriseen erikoissairaanhoidon, missä hänelle mahdollisen lääkityksen lisäksi järjestetään kriisiluontoista keskusteluapua, jossa on psykoterapian elementtejä.”²⁵⁶

Kaiken kaikkiaan masennuslääkityksen aiheuttamien seksuaalivaikutusten käsittely oli aineistossa vähäistä niiden yleisyyteen nähden. Aineistossa esiintyneet kehotukset vaikutuksista keskustelemiseen liitettiin lääkehoidon onnistumiseen.

4.1.3. Lääkityksen lopettaminen

²⁵⁴ Vuola, T., 'Seksuaalisuuteen liittyvät lääkkeiden haittavaikutukset', *Lääkärilehti* 66:35 (2011), s. 2493–2496.

²⁵⁵ Toikkanen, U., 'Nuorten masennus toistuu useammin kuin aikuisten', *Lääkärilehti* 69:21 (2014), s. 1545.

²⁵⁶ Heikkinen, T., Luutonen, S., 'Äidin masennuksen hoito raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen', *Lääkärilehti* 64:15–16 (2009), s. 1459–1465.

Masennuslääkkeitä määrätään tavallisesti pitkäaikaiseen käyttöön, ja lääkityksen lopettamisesta puhuttiin aineistossa vain harvoin. Masennuslääkehoidon lopettamiseen kuuluu lukuisia lopetusoireita, joiden esiintyminen on yleistä. Tyypillisesti korkean puoliintumisajan omaavat masennuslääkkeet kuten fluoksetiini aiheuttavat lievempiä lopetusoireita, kun taas matalan puoliintumisajan omaavat, reseptoreihin voimakkaasti sitoutuvat lääkkeet kuten paroksetiini ja venlafaksiini aiheuttavat voimakkaampia oireita.²⁵⁷

Masennuslääkkeiden kohdalla niiden sivuvaikutuksista hoitoa lopettaessa puhutaan nimenomaan lopettamisoireista. Vertailu toiseen lääkeryhmään, bentsodiatsepiineihin, on lopettamisoireiden suhteen hedelmällistä. Bentsodiatsepiinit on 70-luvulta asti luokiteltu virallisesti riippuvuutta aiheuttaviksi aineiksi CSA-luokituksella IV, ja bentsodiatsepiinilääkityksen lopettamisesta aiheutuvien oireiden kohdalla puhutaan asianmukaisesti riippuvuudesta tai vieroitusoireista. Masennuslääkkeiden kohdalla näin ei ole siitä huolimatta, että näiden kahden lääketyypin lopetusoireisiin kuuluu 37 samaa oiretta. Tämä ero juontaa juurensa SSRI-lääkkeiden syntyhistoriaan: Aikanaan uuden lääketyypin markkinoinnissa oli tärkeätä korostaa, etteivät SSRI-lääkkeet ole riippuvuutta aiheuttavia.²⁵⁸

1990-luvun alussa Eli Lilly keskittyi Prozacin (fluoksetiini) markkinointikampanjassa erityisesti myös hälventämään ennakkoluuloja lääkkeen riippuvuutta aiheuttavista vaikutuksista. Kampanjoissa Eli Lilly ja sittemmin muut lääkeyhtiöt alkoivat suositella lääkityksen jatkamista vähintään 6 kuukautta oireiden häviämisen jälkeen. Nykyisin masennuslääkitystä suositellaankin pitkäaikaiseen käyttöön.²⁵⁹

Erikoinin SSRI-lääkityksen käytön lopettamiseen liittyvistä oireista ovat eräänlaiset sähköiskutuntemukset. Näille tuntemuksille ei ole annettu virallista nimeä. Masennuslääkityksen lopettaja kokee yhtäkkisiä sähköiskutuntemuksia kehossaan sekä provosoimatta että usein lihasten liikauttamisen yhteydessä. Tuntemukset koetaan usein lamaavina ja ahdistavina. Nämä tuntemukset tunnistetaan paitsi alan kirjallisuudessa, myös Suomen Lääkärilehdessä.

²⁵⁷ Pelkonen & Ruskoaho 2003, s. 594.

²⁵⁸ Moncrieff 2009, s. 134; Nielsen, Hansen & Gøtzsche 2012.

²⁵⁹ Moncrieff 2009, s. 134–135.

Lopettamisoireita kuvataan lehdessä muun muassa seuraavasti: ”Ja myös useimpien masennuslääkkeiden käytön lopettamisen yhteydessä ilmenee samanlaisia - ja joskus hyvinkin kiusallisia - ohimeneviä vieroitusoireita”²⁶⁰ sekä ” Lääkehoito lopetetaan asteittain muutaman viikon aikana fyysisten lopetusoireiden välttämiseksi. Niistä kiusallisimpia lienevät pienen sähköiskun kaltaiset huimaavat tuntemukset.”²⁶¹

Sanana ”kiusallinen” on potilaan kokeman todellisuuden kannalta epärealistinen. Sana esiintyy usein myös alan kirjallisuudessa. Aineistossa lopettamisoireita käsiteltiin lähinnä kiusallisuuden ja ohimenevyyden kannalta. Aineiston perusteella vaikuttaa siltä, ettei lopettamisoireisiin aina suhtauduta sillä vakavuudella kuin olisi potilaan kannalta toivottavaa. Ne esiintyivät aineistossa huomattavan vähän, eikä niille siten näytetä antavan Suomen Lääkärilehdessä kovin suurta painoarvoa.

4.1.4. Masennus vai lääkkeet oireiden selittävänä tekijänä

Olen jo edellä esitellyt tilanteita, joissa masennuslääkityksen mahdollisia sivuoireita tulkitaan masennuksesta johtuviksi. Tämä on toisaalta ymmärrettävää, sillä masennus on monikirjoinen sairaus, ja toisaalta monet sekä masennuksen oireista että masennuslääkityksen sivuoireista ovat luonteeltaan psykologisia ja subjektiivisesti koettuja, ja siten on vaikea ehdottomasti sanoa, mikä syy- ja seurausyhteys kulloinkin vallitsee. Ajoittain lehdessä esiintyneet tulkinnat olivat kuitenkin huomattavan positiivisia lääkkityksen kannalta, mikä on merkittävää – aineiston perusteella on mahdollista, että lääkkityksen pitkäaikaisia vaikutuksia ei huomioida tarpeeksi silloin, kun ne tulkitaan sairaudesta johtuviksi.

Positiivisesta tulkinnasta erikseen esimerkiksi nostettakoon Ajankohtaista -palstan uutinen ”Heikentääkö masennuslääkitys ajokykyä?”. Uutisessa esitetään APA:n teettämä tutkimus, jossa masentuneiden (N=60) ajokykyä testattiin simulaattorissa. Koehenkilöistä puolet käytti vähintään yhtä SSRI-tyyppin masennuslääkettä ja heidät oli jaettu kahteen ryhmään masennusoireiden vaikeasteisuuden perusteella. Mukana oleva kolmas ryhmä koostui masennusta sairastavista verrokeista, joilla ei ollut käytössä lääkitystä. Tutkimustuloksissa vaikeita masennusoireita

²⁶⁰ Huttunen, M., 'Jokainen potilas on laulun arvoinen', *Lääkärilehti* 66:50–52 (2011), s. 3834–3835.

²⁶¹ Vuorilehto, Riihimäki, 'Depression hyvä hoito perusterveydenhuollossa', *Lääkärilehti* 69:48 (2014), s. 3259–3264.

kokeneet masennuslääkkeitä syöneet henkilöt pärjäivät simulaattorissa huomommin kuin lääkkeitä syömättömät verrokkinsa, kun taas lieviä masennusoireita kokeneet pärjäivät molemmissa ryhmissä samankaltaisesti. Lääkityksen vahvuuteen ei otettu uutisessa kantaa, mutta on mahdollista, että vakavia masennusoireita kokeneilla oli käytössään vahvempi annos masennuslääkettä. Tutkimuksen johtopäätöksissä masennuslääkityksen vaikutusta ajokykyyn ei suljettu pois.

Uutisen yhteydessä haastateltiin Erkki Isometsää, joka ei nähnyt ajokyvyn heikkenemisen ja masennuslääkityksen välillä yhteyttä. Isometsä totesi haastattelussa seuraavaa:

”Se, että lääkityt ja matalat masennusoirepisteet saaneet pärjäivät, kertoo mielestäni lähinnä sen, ettei tutkimuksessa osoitettu ainakaan mitään vakavaa lääkkeen aiheuttamaa haittaa ajamiselle. On vaikea erottaa mikä tuloksissa johtuu masennuksesta itsestään ja mikä lääkkeestä. Masennuspotilaiden neuropsykologisissa testeissä ilmenevää toiminnan vajausta ei ole juuri testattu normaalilämän tilanteissa, eikä sitä tehty tässäkään.”²⁶²

Tutkimus olisi antanut eväitä todelliseen pohdintaan siitä, mikä syy-yhteys tutkimustuloksen, masennuslääkityksen ja masennuksen välillä oli. Mielenkiintoisen vertailukohtaan tarjoaa sosiologi Markku Salon 1990-luvun tutkimus, jossa selvitettiin potilaiden kokemuksia psykiatrisessa hoidossa. Potilaiden kokemuksissa tuli esille lääkäreiden taipumus kieltää kokonaan psyykenlääkkeiden negatiiviset vaikutukset. Tutkimuksessa tuli esille myös lääkäreiden haluttomuus vähentää tai lopettaa lääkitystä ja toisaalta tulkita sairaalajaksot tai niiden uusiutuminen lääkityksen puutteesta johtuvaksi.²⁶³ Aineiston perusteella tilanne on pysynyt samankaltaisena: Suomen Lääkärilehdessä oireet tulkittiin sairauden eikä lääkkeen aiheuttamiksi.

4.2. Masennuslääkkeet eri potilasryhmissä

Eri potilasryhmiä käsiteltiin Suomen Lääkärilehdessä artikkelin pääasiallisena aiheena yhteensä 117 kertaa. Näistä eniten käsitelty ryhmä olivat lapset, nuoret ja nuoret aikuiset. Toisaalta ryhmä on muita laajempi, toisaalta lasten ja nuorten masennukseen kiinnitetään paljon huomiota. Lääkäreiden oma mielenterveys ja psyykinen hyvinvointi nostettiin lehdessä esille siinä määrin,

²⁶² Ora, J., 'Heikentääkö masennuslääke ajokykyä?', *Lääkärilehti* 63:35 (2008), s. 2769.

²⁶³ Pietikäinen 2013, s. 300–301.

että lääkärikunta kohosi toiseksi suurimmaksi mainituksi potilasryhmäksi. Tätä selittänee, että kyseessä on alan ammattilehti. Kolmanneksi eniten käsitellyksi potilasryhmäksi nousivat raskaana olevat naiset.

Taulukko 4. Potilasryhmien esiintyminen artikkeleissa.

Potilasryhmä	Lukumäärä
Lapset ja nuoret	42
Lääkärit potilaina	21
Raskausaika	18
Vanhukset	12
Miehet ja isät	7
Perhe ja lapsettomuus	7
Potilaan näkökulma	6
Sotaveteraanit	2
Naiset	2
Yhteensä	117

Tämä luku keskittyy vertailemaan ja esittelemään sitä, miten lehdessä kirjoitetaan lääkäreistä ja raskaana olevista naisista. Analyysin tärkein tulos oli, että vaikka masennuslääkkeet tuovat raskauteen riskitekijöitä, masennuslääkkeiden käytön suosittelussa noudatetaan aineistossa Käypä hoidon linjausta haittavaikutuksista huolimatta. Lääkäreiden kohdalla näin ei ole. Keskeisimmäksi eroksi hoitosuosituksen kannalta raskaana olevia naisia ja lääkäreitä käsitelleissä kirjoituksissa nousi se, selitettiinkö masennusta traumataustalla. Lääkäreiden kohdalla masennusta pyritään selittämään psykososiaalisilla syillä kuten temperamentilla, työn kuormittavuudella tai traumaattisilla kokemuksilla, jolloin keskeisin hoitosuositus oli keskusteluapu. Raskaana olevien kohdalla selitysmalleja ei haettu, ja niinpä masennuslääkitys nousee tämän ryhmän kohdalla käytön riskeistä huolimatta keskeiseksi hoitomuodoksi. Analyysin perusteella se, miten masennusta selitetään vaikuttaa olennaisesti hoitosuositukseen.

Ilmiö näyttäytyi myös muissa potilasryhmissä. Sotaveteraaneja käsiteltiin lehdessä kahdessa artikkelissa. Molemmissa sotaveteraanien mielenterveysongelmia perusteltiin sotatraumoilla ja hoidoksi suositeltiin keskusteluapua.²⁶⁴ Muiden vanhusten kohdalla masennuksen syitä ei

²⁶⁴ Sivula, M., 'Sotatrauman purkamisen aika on nyt', *Lääkärilehti* 64:41 (2009), s. 3438–3440.
Ahlbad, J., 'Sota näkyy meissä yhä', *Lääkärilehti* 65:17 (2010), s. 1497–1499.

pohdittu, ja niinpä vanhuksia käsitelleissä 12 artikkelissa keskityttiin lääkehoitoon huolimatta siitä, että ne nostavat tässä ikäryhmässä kaatumisriskiä ja aiheuttavat sekavuutta.²⁶⁵

Potilasryhminä miehet ja naiset osoittautuivat mielenkiintoiseksi. Vaikka masennus on naisilla jopa kaksi kertaa yleisempää kuin miehillä, ei-äitiyteen liittyviä naisten masennukseen pureutuvia artikkeleita oli lehdessä vain kaksi. Näistä toinen käsitteli raiskauksesta seuraavia traumoja ja suositteli siihen lääkitystä ja lyhyttä psykoterapiaa. Toinen artikkeli käsitteli PMS-oireita, mihin niin ikään suositeltiin masennuslääkitystä.²⁶⁶ Lisäksi masennuksen yleisyys naisilla tuotiin esille artikkeleissa, jotka käsitelivät masennusta yleisellä tasolla.

Miesten masennusta erikseen käsitteleviä artikkeleita oli lehdessä seitsemän kappaletta. Artikkeleista kaksi käsitteli miesten masennusta isyyden kautta. Miesten masennusta käsittelevissä artikkeleissa korostettiin miesten mielenterveysongelmien vakavuutta naisten masennusoireisiin vertailemalla. Esille tuotiin myös miesten masennuksen heikkoa tunnistettavuutta.²⁶⁷ Miesten masennusta käsittelevissä artikkeleissa korostui psykososiaalisen tuen tarve. Selitysmalleja miesten masennukselle haettiin juuri traumataustasta, mikä näkyi myös hoitosuosituksissa: ”Häiriöitä hoidettaessa ei käytetä riittävästi psykososiaalisia tukimuotoja lääkehoidon rinnalla”. Toisaalta lääkehoito esitettiin myös tehottomampana miesten kuin naisten kohdalla, mikä niin ikään sai pohtimaan vaihtoehtoja lääkitykselle. Kuten kappaleessa 3.3.3. on esitetty, miehille peräänkuulutettiin näiden yksilöllisiin ominaisuuksiin perustuvaa hoitoa.

4.2.1. Masennuslääkkeet ja raskaus

Odottavan äidin masennukseen suhtaudutaan riskinä sekä äidin että lapsen kannalta ja sen hoitamiseen suhtaudutaan vakavasti. Synnytyksen jälkeisen masennuksen riski on olemassa myös

²⁶⁵ Esim. Pitkälä, K., ‘Vanhuksen masennuksen hoidon trendit’, *Lääkärilehti* 67:4 (2012), s. 235; Saarela, T., Hiltunen, P., ‘Vaikeasti traumatisoitunut vanhus’, *Lääkärilehti* 68:4 (2013), s. 217–223; Korhonen ym., ‘Satavuotiaidenkin lääkityksessä korjattavaa’, *Lääkärilehti* 63:41 (2008), s. 3436–3438.

²⁶⁶ Immonen-Räihä, P., Klami, R., ‘Tasavertaisuutta ja tukea raiskauksen uhreille’, *Lääkärilehti* 65:45 (2010), s. 3720–3721; Ranta, V., ‘Kun ennen kuukautisia kaikki ärsyttää’, *Lääkärilehti* 63:45 (2008), s. 3873–3878.

²⁶⁷ Laukkala, Henriksson, Ponteva, ‘Varusmiespalvelus ja mielenterveys’, *Lääkärilehti* 68:13–14 (2013), s. 1028–1029; Soininen, M. ‘Kunpa isi jaksaisi’, *Lääkärilehti* 65:3 (2010), s. 145–147; Melartin, Kuosmanen, Ristimäki, ‘Tosi mies ei masennu?’, *Lääkärilehti* 65:3 (2010), s. 169–173; Stengård, Appleqvist, Schmid, Lechner et al., ‘Nuorten miesten psykososiaalinen tukiohjelma vähensi psyykkistä kuormittuneisuutta’, *Lääkärilehti* 64:48 (2009), s. 4153–4157; Salokangas, R., ‘Isäkin voi masentua synnytyksen jälkeen’, *Lääkärilehti* 65:24 (2010), s. 2178; Taiminen, T., ‘Miesten masennus jää tunnistamatta’, *Lääkärilehti* 68:45 (2013), s. 2920; Saarikivi, J., ‘Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyden sukupuolierot’, *Lääkärilehti* 68:20 (2013), s. 1487–1492.

ilman aikaisempaa mielenterveyshistoriaa, ja raskautta edeltävän masennuksen katsotaan kasvattavan riskiä entisestään.²⁶⁸ Raskaus- ja imetysajan lääkitys on kaikkien lääkeryhmien kohdalla tarkan seulan alla, sillä lääkeaineet vaikuttavat silloin paitsi äidin, myös sikiön tai imeväisen kehoon. Raskauteen suhtaudutaankin suojelevasti länsimaissa ja argumentoidusti suojelevuus on jopa kulttuurisesti universaalista. Lääketutkimuksissa pyritään usein selvittämään, onko aine teratogeeninen eli sikiövaurioita ja epämuodostumia aiheuttava.

Kuuluisin teratogeeni ja 1900-luvun farmakologian historian kenties suurin tragedia on talidomidi, jolla vasta jälkeempään havaittiin olleen katastrofaalisia seurauksia sikiönkehitykseen raskauden alkuvaiheessa syötynä. Talidomidia määrättiin 1950- ja 60-lukujen vaihteessa odottaville äideille unettomuuteen, jännitystiloihin ja raskauden aikaiseen pahoinvointiin. Lääkkeen vaikutuksista kärsi ainakin 10 000 lasta, jotka syntyivät kuolleina tai epämuodostuneina. Epämuodostumat kohdistuivat tyypillisesti raajojen kehitykseen joko niin, että raajat puuttuivat kokonaan tai olivat muutoin puutteellisesti kehittyneet. Talidomidikatastrofin voi katsoa avanneen uuden luvun farmakologian historiassa: Lääkkeiden käyttöön liittyviin riskeihin alettiin tästä eteenpäin suhtautua vakavammin.²⁶⁹

Depression Käypä hoidon raskaudenaikaista masennustilaa koskeva osio alkaa kehotuksella suosia psykoterapeuttisia hoitomuotoja, mutta jatkaa edelleen: ”Psykoottisissa, vaikeissa ja joskus myös keskivaikeissa masennustiloissa joudutaan kuitenkin käyttämään depressiolääkitystä myös raskauden aikana.” Suosituksessa todetaan, ettei olemassa olevaa lääkitystä tule purkaa raskauden aikana. Lääkkeiden riskeistä todetaan, ettei masennuslääkkeiden ”ole osoitettu olevan selvästi teratogeenisiä”, mutta mainitaan sen jälkeen niiden sikiölle aiheuttama altistus rakenteellisille poikkeamille, hengitysoireille, vierotusoireille, keuhkoverenpainetaudille, sydänvicioille, aivojen toiminnan ja rakenteen poikkeamille sekä vauvan kasvanut riski sairastua masennukseen lapsuus- ja nuoruusiässä. Autismin, tarkkaavaisuushäiriöiden ja raskausajan masennuslääkityksen yhteyttä on tutkittu, mutta Käypä hoito kuvaa tutkimuksia ristiriitaisiksi. Depression Käypä hoito raskausajan masennuksen suhteen siis kehottaa psykoterapeuttisiin

²⁶⁸ Kunnamo et al. 2008, s. 1225.

²⁶⁹ Pietikäinen 2013, s. 290–291.

hoitomuotoihin ja huomioi masennuslääkityksen aiheuttamat riskit sikiölle, muttei näe esteitä lääkeyhdistelmien käytössä.²⁷⁰

Suomen Lääkärilehdessä raskausajan ja imetysajan masennuksen hoitoa käsitellessä keskusteluapu, psykososiaalinen tuki ja psykoterapia korostuvat merkittävästi enemmän kuin muissa masennusta käsittelevissä artikkeleissa keskimäärin. Silti lääkehoidolla nähdään pääasiallinen rooli, joskin sen riskejä huomioidaan ja sen käytössä kehoitetaan ajoittain varovaisuuteen. Lehti noudattaa näin ollen Käypä hoidon linjausta.

Raskausajan masennus esitettiin lääkitystä suurempana haittatekijänä myös uutisissa, joissa käsiteltiin lääkityksen riskejä. ”Hoitamattomana masennus voi johtaa mm. matalaan syntymäpainoon ja ennenaikaiseen synnytykseen”²⁷¹, ”Haitat todetaan harvinaisiksi ja toisaalta äidin masennuksen lääkehoito tärkeäksi. Sen avulla vähennetään itsemurhan vaaraa ja autetaan äitiä suoriutumaan vauvan hoidosta”²⁷², ”Onkin tärkeää, että raskaudenaikainen masennus tunnistetaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja sitä myös aktiivisesti [lääkkeellisesti] hoidetaan.”²⁷³ Samaan näkökantaan liitettiin ajoittain suositus psykoterapiasta ensisijaisena vaihtoehtona: ”Tutkijat pitävät hoitamattomaa depressiota lääkitystä suurempana vaarana sikiölle, mutta ehdottavat vaihtoehtoksi lääkitykselle mm. keskusteluterapiaa”²⁷⁴, ”Tutkijat eivät silti pidä raskauden aikaista SSRI-lääkitystä ongelmana, mutta suosisivat psykoterapiaa.”²⁷⁵

Mielenkiintoista kyllä, lääkityksen ongelmat nähtiin vakavampina silloin kun niitä ei käsitelty psykiatrian erikoisan kannalta. Ajankohtaista -palstan haastatteluartikkelissa ”Masennuslääkityksen yleistymisen näky synnytysosastolla” ongelman vakavuutta ja raskausajan lääkityksen ongelmista vaikenemista tuo esiin neonatologian²⁷⁶ erikoislääkäri Liisa Lehtonen:

²⁷⁰ Depressio: Käypä hoito -suositus, 2016.

²⁷¹ Idänpään-Heikkilä, J., 'Fluoksetiini ja vastasyntyneiden sydänanomaliat', *Lääkärilehti* 65:11 (2010), s. 1035.

²⁷² Idänpään-Heikkilä, J., 'Masennuslääkkeet ja raskaus', *Lääkärilehti* 66:10 (2011), s. 848.

²⁷³ Salokangas, R., 'Masennus johtaa ennenaikaiseen synnytykseen', *Lääkärilehti* 65:48 (2010), s. 3958.

²⁷⁴ Idänpään-Heikkilä, J., 'SSRI-lääkkeet lisäävät vastasyntyneen keuhkoverenpainetta', *Lääkärilehti* 67:4 (2012), s. 267.

²⁷⁵ Idänpään-Heikkilä, J., 'Masennuksen hoito raskaudessa ongelmallista', *Lääkärilehti* 67:11 (2012), s. 882.

²⁷⁶ Erikoislääketieteen ala joka keskittyy vauvojen, vastasyntyneiden ja keskosten ongelmiin.

”Äidin lääkitys näkyy synnytysosastolla. TYKS:ssa on muutaman edellisen viikon aikana ollut kaksi tapusta, joissa vastasyntynyt on joutunut hengityskoneeseen äidin masennuslääkityksen vuoksi. – Tämä määrä on liikaa. Raskaana oleville naisille ei kerrota riittävästi masennuslääkityksen riskeistä. Monille SSRI-lääkkeitä käyttäville odottaville äideille on päinvastoin vakuutettu, että nämä lääkkeet ovat vaarattomia, sanoo osastonylilääkäri, neonatologi Liisa Lehtonen.”²⁷⁷

Lehtonen suhtautuukin vauvan kokemiin haittavaikutuksiin poikkeuksellisen vakavasti: ”Lyhytaikainenkin hengityskonehoito on vastasyntyneelle iso juttu”, hän sanoo haastattelussa. Samassa artikkelissa haastateltiin LT Heli Malmia HUSLAB:n teratologisesta palvelusta. Malm niin ikään korostaa SSRI:n aiheuttamia vakaviakin riskejä raskausaikana. Lopuksi artikkelissa esitetään Malmin pohdinta:

”Heli Malmin mielestä masennuslääkkeitä määrätään aika herkästi myös elintavoista johtuviin ongelmiin, kuten kiireeseen ja stressiin, varsinaisen masennuksen lisäksi. – Täytyisi harkita, voiko masennuslääkitystä purkaa raskauden loppuvaiheessa äidin hyvinvointia vaarantamatta. Hoitamaton masennus sinänsä voi vaikuttaa haitallisesti myös syntyvään lapseen. Jos äiti käyttää odotusaikanaan masennuslääkkeitä, on hyvä synnyttää sairaalassa, jossa on lastenlääkäripäivystys.”

Vertailukohdan Lehtosen ja Malmin näkemyksille tarjoaa Tuija Heikkisen (LT, synnytysten ja naistentautien, kliinisen farmakologian ja perinatologian erikoislääkäri) ja Sinikka Luutosen (LT, psykiatrian oppiaineen kliininen opettaja Turun yliopistossa) yhdessä kirjoittama pitkä katsausartikkeli ”Äidin masennuksen hoito raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen”.

Artikkelissa käsitellään psykoterapiaa sekä lääkehoidoista erikseen masennuslääkkeitä, neuroleptejä, epilepsialääkkeitä sekä mielialantasaajia litiumia. Artikkelissa esitetään Käypä hoidon mukainen hoitosuositus, jossa psykososiaalista tukea korostetaan mutta lääkehoitoa pidetään mahdollisena. Psykososiaalisen tuen roolia korostettiin ennen kaikkea lääkitymisen takaamisen kannalta. Masennuslääkityksen aiheuttamia riskejä käsitellään kattavasti, mutta käsittelyssä korostuvat lääkitystä puoltavat tulkinnat aiheeseen liittyvistä tutkimuksista sekä haittojen harvinaisuudesta. Riskejä tuodaan esille, mutta kirjoittajat päätyvät korostamaan äidin masennuksen hoitamisen tärkeyttä ja vauvan kohdalla haittojen ohimenevyyttä:

²⁷⁷ Toikkanen, U., ‘Masennuslääkityksen yleistymisen näky synnytysosastolla’, *Lääkärilehti* 65:6 (2010), s. 467.

”Näiden haittavaikutusten välttämiseksi loppuraskaudessa olisi hyvä käyttää pienintä mahdollista lääkemannosta tai jopa lopettaa lääkitys ennen synnytystä, jos äidin sairauden hoito sen sallii. [...] Näiden tutkimusten pohjalta on kuitenkin herännyt keskustelua siitä, pitäisikö äidin lääkemannosta pienentää loppuraskauden aikana tai jopa luopua lääkityksestä kokonaan, ellei luopumisesta aiheudu riskiä äidin terveydelle. [...] On kuitenkin tärkeätä ymmärtää, ettei oireita esiinny kaikilla vastasyntyneillä ja että ne menevät yleensä ohi hyvin nopeasti eivätkä vaadi erityisiä hoitotoimenpiteitä.”²⁷⁸

Molemmilla kirjoittajilla ilmoitetaan olevan sidonnaisuuksia: ”Tuija Heikkinen on esiintynyt lääkeyritysten tilaisuuksissa luennoitsijana. Sinikka Luutonen on esiintynyt lääketehaiden tilaisuuksissa luennoitsijana, osallistunut ulkomaisiin kongresseihin lääkeyritysten kustannuksella ja ollut lääketehaiden advisory boardin jäsen.”

Synnytysspelkoa käsittelevissä artikkeleissa masennus ja muu psyykinen oireilu huomioitiin kattavasti synnytysspelolle altistavana tekijänä. Masennuslääkitystä näissä artikkeleissa ei suositeltu.²⁷⁹ Synnytyksen jälkeiseen masennukseen lääkitystä sen sijaan suositeltiin.²⁸⁰ Erikseen mainittakoon pitkä katsausartikkeli ”Synnytyksen jälkeinen masennus ja estrogeenihoito”. Artikkelissa masennuksen hoitoon liitettiin äidin ja perheen tukeminen, psykoterapia ja psykyenlääkitys, mutta keskityttiin esittelemään naishormoni estrogeenin käyttöä synnytyksen jälkeisessä masennuksessa. Estrogeenihoitoa käytetään usein yhdessä masennuslääkityksen kanssa, mutta tutkimuksessa kuvattiin sen vähentävän tarvetta psykyenlääkkeille. Artikkelissa ei kritisoitu tai suljettu pois masennuslääkehoidon mahdollisuutta. Estrogeenin käyttö masennuksen hoidossa ei ole psykiatrien harjoittama hoitokäytäntö, vaan sen määrääminen kuuluu enemmän naistentautien ja endokrinologian pariin.²⁸¹ Artikkelissa esitetäänkin:

”Masennuslääkkeitä käytetään varsin yleisesti synnytyksen jälkeisen masennuksen hoidossa, mutta estrogeenihoito on edelleen kokeilevaa, vaikka tieteellinen tutkimusnäyttö on molemmilla lääkeryhmillä pääpiireissään samantasoista. Voi vain ihmetellä Studdin tapaan, miksi Gregoiren ym. hyvän

²⁷⁸ Heikkinen, T., Luutonen, S., ’Äidin masennuksen hoito raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen’, *Lääkärilehti* 64:15–16 (2009), s. 1459–1465.

²⁷⁹ Järvi, U., ’Mitä synnytysspelko on?’, *Lääkärilehti* 67:42 (2012), s. 2985. Saisto, T., Bauke, A., ’Synnytysspelon taustatekijät ja hoitotulokset tutkimuksen valossa’, *Lääkärilehti* 67:42 (2012), s. 3007–3012.

²⁸⁰ Salokangas, R., ’Synnytyksen jälkeisen masennuksen arvoitus ratkeamassa?’, *Lääkärilehti* 65:22 (2010), s. 1993.

²⁸¹ Studd 2007.

estrogeenihoitotutkimuksen perusteella ei ole muutettu hoitokäytäntöjä tai tehty uutta tutkimusta.”²⁸²

Kokonaisuutena aineistossa annettiin painoarvoa masennuslääkkeiden aiheuttamille riskeille odottavien äitien kohdalla, mikä näkyi poikkeuksellisenä painotuksena psykoterapiaan hoitosuosituksena. Silti myös masennuslääkitystä suositeltiin systemaattisesti hoitomuodoksi. Mielenkiintoista onkin, ettei lapsen kohdistuvia somaattisia kehitysoireita esitetty aineistossa vahvana esteenä masennuslääkitykselle vaan niitä pyrittiin kuvaamaan lievinä ja ohimenevinä.

Masennuslääkitystä ei luokitella teratogeeniksi, ja on totta, etteivät masennuslääkityksen aiheuttamat somaattiset oireet ole yhtä vakavia tai järkyttäviä kuin aikanaan nopeaan tahtiin markkinoilta vedetyn talidomidin aiheuttamat. On kuitenkin pohtimisen arvoista, että vaikka raskaana olevat naiset nykyään käyttävät jopa särkylääkkeitä varovaisemmin kuin muu väestö, kuuluvat masennuslääkkeet raskausaikana yleisimmin syötyjen lääkkeiden joukkoon.²⁸³ Samaan aikaan lääkärit ovat esittäneet, että masennuslääkitystä määrätään raskauden aikana liian vähän.²⁸⁴ Tutkimuksen tämä tulos kertoo yhdenmukaista tarinaa masennuslääkityksen asemasta lääkkeenä, jota lääkärikunta pitää tarpeeksi luotettavana ja tehokkaana, että sen raskausaikaisen käytön hyödyt nähdään painavampina kuin vauvaan kohdistuvat riskit.

4.2.2. Lääkärit potilaina

Aineistossa lääkäreiden oma mielenterveys ja psyykinen hyvinvointi nostettiin kattavasti esille. Lääkäreiden ammattikunnassa mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyttä pidetään suhteellisen korkeana. Masennus ja sitä edeltävä työuupumus nähdään ammatin riskeinä, ja Lääkäriliiton tutkimuksen mukaan ammattikunnassa itsemurhaa on joskus ajatellut joka viides. Lisäksi esimerkiksi päihderiippuvuuksien tiedetään olevan ryhmällä yleisiä niin alkoholin, lääkkeiden kuin huumausaineiden osalta, mikä tiedetään mielenterveyden häiriöille altistavaksi tekijäksi.²⁸⁵ Näin ollen lääkäreiden ammattilehdessä on luontevaa käsitellä erityisesti lääkäreiden mielenterveyttä.

²⁸² Kettunen, P., Koistinen E., 'Synnytyksen jälkeinen masennus ja estrogeenihoito', *Lääkärilehti* 63:18–19 (2008), s. 1713–1717.

²⁸³ Healy 2012, s. 39, s. 136–137.

²⁸⁴ Healy 2012, s. 52.

²⁸⁵ Elovainio, Heponiemi, Vänskä et al. 2007.

Tutkimuksessa selvisi, että lääkäreiden mielenterveyden käsittely erosi muista potilasryhmistä etenkin hoitosuosituksen ja mielenterveyden ongelmien selittämisen osalta merkittävästi siinä, että keskusteluapu ja psykososiaalinen tuki sekä yksilöllisen taustan ja temperamentin rooli korostuivat, kun taas masennuslääkitys jäi vähäiselle huomiolle. Lääkäreiden mielenterveyden ongelmien käsittely on siten aineiston ainut osio, joka ei noudata Käypä hoito -suositusta.

Analyysin tässä osiossa käsitellään 21 artikkelia. Lehdessä esiintyi lisäksi vuosittain artikkeleita työhön liittyvästä stressistä, nuorista lääkäreistä, kandidaateista ja ”kesäkandeista” sekä heidän työnsä tukemisen tärkeydestä. Nämä artikkelit rajattiin pois silloin kun niissä ei suoraan puhuttu masennuksesta, masennusoireista tai itsetuhoisuudesta.

Lääkäreiden kohdalla keskusteluapu tuotiin esille pääasiallisena hoitokeinona 15 artikkelissa kun taas masennuslääkitys mainittiin vain kolmessa artikkelissa. Masennuslääkitys tuotiin esille kerran neutraalilla tavalla, kerran kokeiltuna mutta toimimattomana hoitokeinona ja kerran hoitokeinona johon liittyy stigma. Lääkehoidon vähäinen esiintyminen kirjoituksissa kytkeytynee yhteen taipumuksella selittää lääkäreiden masennuksen syitä psykososiaalisin perustein. Työn kuormittavuus esitettiin oireilun syyksi 11 artikkelissa ja traumatausta sekä temperamentti esitettiin selittävänä tekijänä seitsemässä artikkelissa.

Lääkäreiden mielenterveyttä koskevissa kirjoituksissa luottamuslääkäriverkoston viitattiin kahdeksassa artikkelissa. Luottamuslääkärit tarjoavat apua lääkäreille näiden sairastuessa niin somaattisesti kuin psyykkisesti. Luottamuslääkäriverkosto koostuu liiton työhön kutsumista kollegoista, jotka on koulutettu kohtaamaan toinen lääkäri potilaana. Aineiston tässä osiossa luottamuslääkäriin puoleen kehoitettiin kääntymään heti psyykkisen kuormituksen iskiessä ja avun hakemisen kynnystä luottamuslääkäriltä tai keskusteluapuna työnohjauksesta kehoitettiin pitämään matalana.²⁸⁶

²⁸⁶ Alarotu, E., 'Lääkärit lääkäreiden tukena', *Lääkärilehti* 67:49 (2012), s. 3682; Vehmanen, M., 'Puhumalla paras', *Lääkärilehti* 67:44 (2012), s. 3176–3178; Soininen, M., 'Lääkäri tarvitsee oman lääkärin', *Lääkärilehti* 65:10 (2010), s. 890–891. Myös seuraavissa aihetta käsittelevissä artikkeleissa.

Artikkeleiden haastatteluissa luottamuslääkärit kuvailivat tehtäviään psykososiaaliseen apuun painottuviksi. Varsinkin psykiatri-luottamuslääkärien puoleen käännytään erilaisissa elämänsä kriiseissä sekä päihteiden liikakäytön takia.²⁸⁷ ”Autan potilasta mm. löytämään itselleen sopivan psykoterapeutin”, kuvailee työtään luottamuslääkäri Petri Karttunen,²⁸⁸ kun taas luottamuslääkäri Maaria Koivisto nimeää toimenkuvakseen myös avustamisen psykoterapeutin löytämisessä, ja toteaa lääkäreiden mielenterveydestä: ”Omat mielenkiinnon kohteet, mielihyvän lähteet ja ihmisuhteet ovat merkityksellisiä psyykkisen hyvinvoinnin kannalta.”²⁸⁹

Psykoterapeuttinen hoito kuvattiin halki lääkäreitä koskevan aineiston tärkeänä ja se myös nimettiin selittäväksi tekijäksi masennuksesta paranemisessa. Esimerkiksi artikkelissa ”Sama tausta vapautti puhumaan mielen kivuista” haastateltiin psykiatri ja ryhmäpsykoanalyttikko Jouko Reinikkaa. Reinikka kertoi perustaneensa vain lääkäreille suunnatun psykoanalyttisen keskusteluryhmän. Ryhmä tarjosi keskusteluapua paitsi masennukseen, myös ahdistukseen ja itsetunto-ongelmiin. Tärkeänä koettiin se, että sekä ryhmäläiset että sen ohjaaja olivat lääkäreitä: Tämän katsottiin mahdollistaneen siirtymisen lääkärinroolista potilaaksi. Ryhmään osallistujat kokivat saaneensa apua useilla eri tavoilla: ”Sosiaaliset fobiat lievenivät, ahdistukset vähenivät ja ryhmäläiset onnistuivat käymään läpi syvällisiä elämänsä kriisejä. Lähes kaikkien suhde omaan vanhempiinsa normalistui.”²⁹⁰

Artikkelin liitteenä oli tapauskertomus masennukseen sairastuneesta lääkäristä alaotsikolla ”Case Matti – eroon ahdistuksesta”. Tapauskertomuksessa kuvaillaan, miten Matti hyötyi psykoanalyttisistä keskusteluista ja pääsi niiden avulla vapaaksi oireistaan. Kertomuksen alku kuvaillaan synkkänä:

”Erikoislääkäri ja tutkija Matti sanoo, että alkoholismi ja ahdistus ovat olleet osa koko hänen aikuisikänsä. Kolmen vuoden ryhmäpsykoanalyysin jälkeen ahdistus on hävinnyt ja juominen on jäänyt. Matti tajusi tilansa jo vuosia sitten, ja yritti hoitaa itseään muun muassa kirjoittamalla itselleen SSRI-lääkkeitä. Supportiivista keskusteluterapiaakin hän kokeili, mutta siitä ei ollut apua. Vain juominen tuntui hillitsevän ahdistusta.”²⁹¹

²⁸⁷ Henriksson, M., ’Luottamuslääkäri auttaa uupunutta kollegaa’, *Lääkärilehti* 63:43 (2008), s. 3683–3687

²⁸⁸ Raivio, T., ’Luottamuslääkäri madaltaa hoitoon menemisen kynnyistä’, *Lääkärilehti* 66:50–52 (2011), s. 3878–3879.

²⁸⁹ Henriksson, M., ’Luottamuslääkäri auttaa uupunutta kollegaa’, *Lääkärilehti* 63:43 (2008), s. 3683–3687.

²⁹⁰ Koivula, L., ’Sama tausta vapautti puhumaan mielen kivuista’, *Lääkärilehti* 63:17 (2008), s. 1574–1576.

²⁹¹ Koivula, L., ’Sama tausta vapautti puhumaan mielen kivuista’, *Lääkärilehti* 63:17 (2008), s. 1574–1576.

Mielenkiintoista on, että masennuslääkitys mainittiin vain artikkelin tässä osassa, eikä siitä kaikesta päätellen ollut Matille apua. Paraneminen selitetäänkin Matin tapauksessa psykoanalyttisella keskusteluryhmällä. Artikkelin voi nostaa esimerkiksi myös toisesta ilmiöstä: Potilasryhmänä lääkäreiden kokemus siitä, auttavatko masennuslääkkeet juuri heidän kohdallaan tai ovatko ne juuri heille paras ratkaisu, otettiin vakavasti. Molemmat seikat ovat merkillepantavia, sillä muissa potilasryhmissä vastaavat kokemukset pyrittiin ohittamaan ja paraneminen pyrittiin selittämään ensisijassa lääkityksellä.

Erityisen mielenkiintoinen esimerkki lääkäreitä koskevista hoitosuosituksista on psykiatri Jyrki Korkeilan lääketieteellinen pääkirjoitus ”Lääkärin oma mielenterveys on arvokas”. Kokonaisuaineistossa Käypä hoito -tiimissä työskennelleen Korkeilan äänelle on annettu paljon painoarvoa, ja erityisesti luvussa 3.1. esitellyssä aineistossa hän osallistui keskusteluun lääkehoitoa puoltaen ja korostaen. Kuitenkaan lääkäreiden mielenterveyttä koskevassa pääkirjoituksessaan Korkeila ei mainitse lääkehoitoa lainkaan. Kirjoituksessa Korkeila esittää huolensa lääkäreiden mielenterveysongelmista sekä etenkin itsemurhariskistä. Selitysmallina molempiin Korkeila esittää ennen kaikkea lääkäreille tyypillisen temperamentin, johon kuuluu korkea tunnollisuus ja suuri herkkyys tunnistaa negatiivisia ärsykeitä. Hoidosta Korkeila kirjoittaa seuraavaa:

”Koska temperamenttiprofiili on tunnistettavissa, vaikeuksia voitaisiin ilmeisesti ennakoida ja ehkäistä. [...] Lääkäriliiton luottamuslääkäriverkosto tarjoaa liiton jäsenille mahdollisuuden konsultointiin, tuen ja hoidon tarpeen arvioon matalalla kynnyksellä. Psykoterapeuttisesta hoidosta saattaa olla hyötyä sekä toimintakyvyn palauttamisessa että ammatillisen identiteetin vahvistamisessa.”²⁹²

Selityksiä lääkäreiden masennukselle haetaan temperamentin lisäksi taustasta ja kokemuksista: ”Lapsena kuolemanvaarassa olleiden, tai varhaisessa vaiheessa sen lähipiirissään kokeneiden lääkäreiden työssä pärjäämistä tulisi tutkia”²⁹³, ”Lapsuuden traumaattiset kokemukset tai suvussa esiintyvä masentuneisuus saattavat kasvattaa burn outin riskiä”²⁹⁴, ”Joskus työssä aktivoituvat ki-

²⁹² Korkeila, J., 'Lääkärin oma mielenterveys on arvokas', *Lääkärilehti* 63:32 (2008), s. 2497.

²⁹³ Honkanen, J., 'Nuoren lääkärin jaksamisen avain on kateissa', *Lääkärilehti* 63:32 (2008), s. 2486–2488.

²⁹⁴ Ahlbad, J., 'Lääkärilläkin on lupa uupua', *Lääkärilehti* 64:42 (2009), s. 3518–3520.

peät kokemukset omasta menneisyydestä: vaativa potilas voi esimerkiksi herättää vanhat koulu-kiusaamismuistot”²⁹⁵. Tällöin hoitosuosituksena on yksinomaan keskusteluapu ja tilaisuus käydä läpi traumaattisia kokemuksia. Vaikuttaakin siltä, että silloin kun masennusta selitetään traumalla tai vaikeilla kokemuksilla, keskusteluapu nähdään parhaana vaihtoehtona.

Traumataustan lisäksi lääkärin työn kuormittavuuden katsotaan aineistossa nostavan riskiä sairastua masennukseen. Työn kuormittavuudesta huolehdittiin jo opiskelijoiden ja vastavalmistuneiden lääkäreiden kohdalla.²⁹⁶ Työssä jaksamisen avuksi ja mielenterveysongelmien ehkäisykeinoksi esitettiin keskusteluapu, kollegoiden tuki sekä muuta psykososiaalinen tuki. Lisäksi työssä jaksamisen ja psyykkisen hyvinvoinnin tueksi lääkäreille tarjotaan myös keskusteluista, vertaistuesta ja liikunnasta koostuvia kuntoutuksia.²⁹⁷

Osassa artikkeleita tuotiin esille myös hoitovirheen tekemisen ja siihen liittyvän kantelun lääkäreille tuottama psyykkinen kuormittavuus ja ahdistus. Aihetta sivuttiin vähäisemmästä mielenterveysnäkökulmasta myös aineistosta pois rajatuissa artikkeleissa. Hoitovirheen sattuessa psykososiaalinen tuki ja kollegoiden tuki nähtiin poikkeuksetta tärkeänä. Jopa terapiaa pidettiin hoitovirheen sattuessa mahdollisena: ”Virheen tehneen lääkärin kannattaa ottaa yhteyttä luottamuslääkäripsykiatriin. Hän ohjaa lääkärin jatkohoitoon tarpeen mukaan muualle, esimerkiksi työterveyshuoltoon tai toisen psykiatrin luo hoitoon tai terapiaan.”²⁹⁸ Kynnys suositella terapiaa lääkäreille vaikuttaakin olevan aineistossa matalampi kuin muulle väestölle.

Artikkeleissa käsiteltiin lääkäreiden kohdalla sairastumiseen liittyvää häpeää sekä avun hakemisen vaikeutta esimerkiksi pienellä paikkakunnalla. Masennuksen lääkäreille aiheuttama stigma tuotiin erikseen esille neljässä artikkelissa, mutta siihen viitattiin useammin. Lääkäreitä kehoitettiin stigmasta huolimatta sekä pyytämään apua että antamaan tukea kollegoilleen. Jo opiskelijoiden kohdalla huolehditaan mielenterveysongelmien aiheuttamasta stigmasta: ”Tutkimusten valossa

²⁹⁵ Vehmanen, M., ‘Puhumalla paras’, *Lääkärilehti* 67:44 (2012), s. 3176–3178.

²⁹⁶ Seppänen, A., ‘Hengähdystauko tai hyppy työelämään’, *Lääkärilehti* 67:50–52 (2012), s. 3778–3781; Kuokkanen, J., ‘Kesäkandin suuret saappaat’, *Lääkärilehti* 65:19 (2010), s. 1681. Vierula, H., ‘Kesäkandi tarvitsee tukea’, *Lääkärilehti* 66:50–52 (2011), s. 3822–3825.

²⁹⁷ Sariola, S., ‘Kuntoutus pysäytti lääkärin’, *Lääkärilehti* 67:21 (2012), s. 1638–1640.

²⁹⁸ Toikkanen, U., ‘Painajaisen toteutuessa lääkäri jää yksin’, *Lääkärilehti* 65:39 (2010), s. 3098–3100.

näyttää siltä, että osa lääketieteen opiskelijoista kokee avun hakemisen vaikeaksi. Opiskelijat saattavat pelätä leimautumista, jos he hakeutuvat hoitoon psyykkisten pulmien vuoksi.”²⁹⁹

Psyykkisen oireilun stigmasta kiehtovan esimerkin tarjoaa artikkeli ”Lääkärilläkin on lupa uupua”. Artikkelissa puhutaan rinnakkain työuupumuksesta sekä selkeistä masennusoireista. Artikkelissa painotetaan keskustelun tärkeyttä, avun hakemista ja hyvää suhtautumista ja tukea kollegoilta. Artikkelin ohessa on anonyymi kirjoitus masennukseen sairastuneelta lääkäriltä otsikolla ”Mitä apteekissakin ajateltaisiin?” Masennuksen stigma nousee kirjoituksessa esille poikkeuksellisen voimakkaana:

”Olen aamulla tosi väsynyt ja työpäivän pinnistelyn jälkeen voimaton, haluton, saamaton. Aamuyön tunteina kaikki asiat kaatuvat päälle. Ymmärrän epäillä itselläni depressiota. Otan kirkasvalohoitoa, kävelen jos jaksan. Kokeilen mäkikuismautetta, sillä en kehtaa kirjoittaa itselleni depressiolääkettä. Mitä apteekin tätikin sanoisi, että Kelan setä?”³⁰⁰

Tarkemmin katsottuna sitaatti tarjoaa pohtimisen aihetta. Masennuksen selvästi raskaana kokevalla lääkärillä kirkasvalohoito, liikunta ja mäkikuismaute³⁰¹ nousivat ensimmäisiksi hoitokeinoiksi, vaikka kaksi ensimmäistä esiintyvät sekä Käypä hoito -suosituksessa että tässä aineistossa vain sivuosassa eikä jälkimmäinen esiinny niissä lainkaan. Tätä kirjoittaja perustelee stigmalla, maineensa menettämällä. Vaikka pelko apteekkarin ajatuksista ei kenties ole realistinen, kirjoittaja esittää sen henkilökohtaiselle kokemusmaailmalleen tärkeänä. Kuitenkin myös mäkikuismautetta myydään apteekeissa ja luontaistuoteliikkeessä masennuksen hoitoon, jolloin tuotteen ostaminen lienee yhtä selvä signaali käyttötarkoituksesta. Lisäksi lääkärin on mahdollista kirjoittaa pro auctore -resepti. Pro auctore -reseptit ovat lääkäreiden ja hammaslääkäreiden ammatinharjoittamiseen tarkoitettuja reseptejä, joita ei ole yksilöity kenenkään käyttöön – jos lääkäri niin valitsee, apteekkihenkilökunnan tietoon ei sinänsä tule, kenen käyttöön resepti on kirjoitettu. Siksi masennuslääkityksen kokeminen mäkikuismautetta häpeällisempänä on mielenkiintoista.

²⁹⁹ Toikkanen, U., 'Kandi uupuu suorituspaineisiin', *Lääkärilehti* 65:12 (2010), s. 1088–1091.

³⁰⁰ Ahlbad, J., 'Lääkärilläkin on lupa uupua', *Lääkärilehti* 64:42 (2009), s. 3518–3520.

³⁰¹ Etenkin Saksassa suosittu masennuksen hoidossa käytettävä luontaistuote.

Tärkeä tässä osiossa huomioitava seikka on lääkärin aivan erityinen vapaus valita hoitomuotonsa. Tämä vapaus selittänee psykoterapian roolin korostumista lääkäreitä koskevissa kirjoituksissa tai vaikkapa kirkasvalohoidon asettumista masennuslääkityksen edelle. Itsehoidosta yleisesti ottaen esille tuodaan lääkäreiden taipumus lääkitä itseään masennuslääkkeiden sijaan bentsodiatsepiineilla ja tähän liittyvä päihdeongelmariski. Aineistossa esiintyikin suositus siitä, että joku muu kirjoittaisi lääkärille lääkereseptin.³⁰²

Mielenterveydenhäiriöihin liittyvään stigmaan on kiinnitetty huomiota ja erityisesti masennuksen kohdalla sitä vastaan on länsimaissa kampanjoitu voimakkaasti 1980-luvun lopulta asti. Vuosikymmenen puolenvälin jälkeen myös Suomessa masennukselle on haettu näkyvyyttä varsinkin lasten ja nuorten kohdalla. Näkyvyyskampanjoiden myötä vakiintui käsitys masennuksesta yleisenä sairautena ja kansantautina. Kampanjoiden lanseeraajina on toiminut lukuisia suurimpia lääkeyhtiöitä kuten Eli Lilly ja H. Lundbeck.³⁰³ Omaa kieltään kertovat myös aikakauslehdet, joissa julkisuudenhenkilöille voi pitää jopa tyypillisenä kertoa vaikeista elämäkokemuksistaan. Masennus onkin nykyään kenties helpoiten hyväksyttävä psykiatrinen diagnoosi, mutta sillä on silti stigmansa.

Merkille pantavaa on, ettei stigmaa tai häpeää juurikaan käsitellä muiden potilasryhmien kohdalla. Vihje siihen, miksi häpeästä ja stigmasta kirjoitetaan juuri lääkäreiden kohdalla, löytyy artikkelista ”Kun kaikki ei ole hyvin”, jossa haastatellaan kolmea vaikean sairauden kokenutta lääkäriä. Yksi lääkäreistä sairastui opintojensa aikana psykoosiin ja korostaa aiheeseen liittyvää stigmaa: ”Pahinta olisi, että toinen pitäisi hulluna tai ”toisena”, ja yhteenkuuluvuus rikkoutuisi. Moni lääkäri vaikuttaa muutenkin tuskastuneelta psykiatriisiin potilaisiin, koska he ovat usein hankalia.”³⁰⁴

Lääkäreillä ammattikuntana on korkea sosiaalinen status ja vahva kollegiaalisuus, joita psyykinen sairastuminen voi rikkoa. Tämä näkyy muun muassa artikkeleissa esiintyneissä kehotuksissa pitää huolta kollegoista. Toisaalta lääkäreiden kielenkäytössä myös tämän kokonaisuineiston osalta on jako lääkäreiden ja potilaiden välillä, ja erityisesti psykiatrisen potilaan kohtaaminen on aineistossa

³⁰² Ahlbad, J., 'Kuinka lääkäri pääsee irti bentsorallista?', *Lääkärilehti* 65:9 (2010), s. 788–789; Vainio, H., 'Jotta työn ilo säilyisi', *Lääkärilehti* 63:5 (2008), s. 403; Henriksson, M., 'Luottamuslääkäri auttaa uupunutta kollegaa', *Lääkärilehti* 63:43 (2008), s. 3683–3687; Ajala, R., 'Parantajalle apua itsensä parantamiseen', *Lääkärilehti* 63:17 (2008), s. 1592.

³⁰³ Hautamäki, Helén, Kanula 2011, s. 79–80.

³⁰⁴ Soininen, M., 'Kun kaikki ei ole hyvin', *Lääkärilehti* 68:44 (2013), s. 2814–2816.

paikoin esitetty hankalana. Lienee siis mahdollista, että lääkärin on vaikea tunnustaa masennustaan nimenomaan työympäristössä ja työroolissa.

Lääkäreiden omaa mielenterveyttä käsittelevä osio oli aineistossa ainut, joka ei noudattanut depression Käypä hoito -suositusta, jossa masennuslääkkeet ovat ensisijainen vaihtoehto. Suhtautuminen lääkäreiden mielenterveyteen oli ihmisläheisempää ja vähemmän diagnoosi- ja oirekeskeistä kuin muiden ryhmien kohdalla niin hoidon kuin masennuksen selittämisen suhteen. Samoin hoidossa korostettiin sellaisia tukitoimia, joita muut potilasryhmät harvoin saavat kuten konkreettinen apu psykoterapeutin löytämisessä. Tätä selittänee osaltaan se, että Suomen Lääkärilehti on juuri lääkäreiden ammattilehti, ja siten se jo lähtökohtaisesti käsittelee lukijakuntaansa eri lailla kuin muita ihmisryhmiä myös silloin kun lääkärit on asetettu potilaan rooliin. Toisaalta tämä suhtautuminen on ansiokasta, sillä lääkäreiden mielenterveys on arvokas samalla tavalla kuin muidenkin potilaiden. Kuitenkin olisi toivottavaa, että samat tukitoimet ja asenteet pyrittäisiin ulottamaan myös muihin potilasryhmiin.

5. Loppupäätelmät

Masennuslääkkeisiin kriittisesti suhtautuneet meta-analyysit herättivät Suomen Lääkärilehdessä vain vähän huomiota ja ne jätettiin ajoittain uutisoimatta kokonaan. Tutkimuksen aikajänteessä kiteytyivät masennuslääkkeiden asema vallitsevana hoitomuotona sekä masennuslääkkeitä kohtaan esitetty kritiikki. Hypoteesi oli, että tämä herättäisi erityisen monipuolista keskustelua Suomen lääkäreiden ammattijulkaisussa. Tutkimuksessa selvisi, ettei näin ollut.

Masennuslääkkeitä joko suoraan tai epäsuorasti kritisoineisiin kannanottoihin liitettiin nopeasti vastakkaista näkemystä edustavat vastineet. Silloin kun kyseessä oli haastatteluaineisto, liitettiin kriittisen näkemyksen rinnalle niin ikään masennuslääkkeiden käyttöä puoltava näkemys. Masennuslääkityksen tehon ja aseman kyseenalaistaminen on tutkimuksen perusteella harvinaista, ja siihen suhtaudutaan ajoittain jopa negatiivisena asiana. Aineistossa nousi esiin aihetta koskevassa keskustelussa myös kannanottoja, joissa keskustelu masennuslääkkeiden tehosta pyrittiin rajaamaan vain asiantuntijoille. Kuitenkin myös poikkeavia kannanottoja esiintyi ja niitä julkaistiin, eikä Suomen lääkärikunta siten ole aineiston perusteella linjassa täysin

yhdenmukainen tai ehdoton. Kannanotoissa tuotiin esille esimerkiksi medikalisaation ongelmia sekä huolta lasten ja nuorten ylilääkitsemisestä. Ajoittain nämä poikkeavat kannanotot leimattiin silti vastineissa esimerkiksi väärinymmärryksiksi.

Masennuslääkkeitä puoltavissa kannanotoissa ja vastineissa painoarvoa annettiin erityisesti Käypä hoito -suositusten laatimisessa mukana olleiden lääkäreiden äänille. Masennuslääkityksen kohdalla Depression Käypä hoito näyttäytyikin erityisenä auktoriteettina. Silti kokonaisuaineistossa Käypä hoidon suosittamat muut hoitomuodot kuten psykoterapia eivät saaneet lääkitykseen verrattavaa näkyvyyttä. Käytännön terveydenhuollossa hoitosuosituksista juuri lääkitys toteutuukin merkittävästi useammin kuin keskusteluapu, mikä kävi ilmi esimerkiksi masennusperusteisia työkyvyttömyyseläkkeitä koskevista tutkimuksista.

Masennuslääkkeet hoitomuotona perustuvat masennuksen monoamiiniteoriaan, jota nykytiedon mukaan pidetään osin vanhentuneena. Tämän mukaisesti aineistossa masennuksen etiologiaa selitettäessä teoriaa välittäjäaineiden epätasapainosta ei korostettu. Masennuksen ja masennuslääkkeiden toiminnan selittämisessä näkökulmat heijastelivat ajankohtaista tutkimusta. Vaikka masennusta tarkasteltiin pääasiassa oireiden, diagnostiikan ja lääkinnän näkökulmasta, psykososiaalisia syitä masennuksen taustalla otettiin silti huomioon. Lehdessä oli myös keskustelunavaus siitä, pitäisikö potilaan olosuhteita ja kokemuksia masennuksen taustalla painottaa enemmän. Tämä herätti kiivaita vastineita.

Potilaan kokemusten kannalta masennuslääkitys näyttäytyi Suomen Lääkärilehdessä hoitomuotona, johon tulee pyrkiä myös silloin, kun hoito aiheuttaa sivuvaikutuksia tai kun potilas ei koe hyötyvänsä hoidosta. Sivuvaikutuksia koskevissa kirjoituksissa keskeiseksi esitettiin ennen kaikkea vaikeus saada sivuvaikutukset raskaana kokeva potilas sitoutumaan hoitoon. Sivuvaikutuksien käsittelyssä korostuivat suhteellisesti enemmän somaattiset vaikutukset. Tätä selittänee näistä aiheutuvat konkreettiset riskit potilaan terveyteen. Kuitenkin subjektiivisesti koetut, vaikeammin mitattavat oireet kuten seksuaalivaikutukset tai itsetuhoariski vaikuttavat yhtä lailla voimakkaasti potilaan hyvinvointiin.

Silloin kun masennuspotilaan kokema oire oli mahdollista selittää joko masennuksesta tai lääkkeen sivuvaikutuksesta johtuvaksi, lehdessä oltiin taipuvaisia ensinnä mainittuun tulkintaan. Niin ikään paraneminen pyrittiin selittämään mieluummin lääkityksestä kuin muista psykososiaalisista tekijöistä johtuviksi. Ilmiö tuli esille myös aineistossa esiintyneissä potilaan näkökulmaa käsittelevissä teksteissä, joissa potilaat itse joko kritisoivat lääkitystä tai kertoivat voivansa hyvin sen pois jätettyään. Tällöin mukaan liitetyissä vastineissa puollettiin lääkityksen käyttöä, eivätkä lääkitykset keskeyttäneet hyvinvoivat potilaat siten näyttäneet täyttävän hyvän potilaan roolia.

Tutkimusaineiston perusteella masennuksen selittäminen yksilöllisillä (esim. temperamentti ja muut potilaan ominaisuudet) tai kokemusperäisillä (esim. traumaattiset kokemukset, vaikeat elämäntilanteet) syillä lisää todennäköisyyttä harkita hoitomuodoksi jotain muuta kuin lääkitystä. Tulos on linjassa aiemmin tiedetyn kanssa: Masennuksen selittäminen biologisilla syillä tai biologisia syitä painottaen lisää uskoa lääkitykseen tehokkaimpana hoitomuotona, mikä analyysin perusteella pätee myös Suomen Lääkärilehden linjaan. Halki aineiston masennuksen selittäminen psykososiaalisilla syillä nosti esiin muita kuin lääkkeellisiä hoitosuosituksia.

Tärkeä pohdittava seikka on, miten masennuksen selittäminen biologisilla syillä vähentää hoitohenkilökunnan empatiaa potilasta kohtaan. Lehdessä esiintyneiden kirjoitusten sävyssä oli havaittavissa enemmän inhimillistä ja ymmärtävää näkökulmaa silloin, kun niissä keskityttiin masennuksen psykologisiin ja sosiaalisiin syihin. Silmiinpistäväntä tämä on aineiston niissä osissa, joissa käsiteltiin lääkäreitä potilaina: Suhtautuminen kollegoiden masennukseen näyttäytyi empaattisempaan ja yksilökeskeisempään kuin muissa potilasryhmissä, ja toisaalta kollegoiden masennusta selitettiin ennen kaikkea temperamentilla ja kokemuksilla. Vertailukohta raskaana oleviin naisiin osoittautui hedelmälliseksi, sillä huolimatta masennuslääkityksen aiheuttamista riskeistä raskauteen ja sikiölle masennuslääkitys oli tälle potilasryhmälle suositelluin hoitomuoto. Mahdollinen selitysmalli on, ettei syitä raskaana olevien naisten masennukselle pohdittu lainkaan.

Edellä esitetty on tutkimuksen tärkeimpiä tuloksia. Aineistossa esiintyi avauksia, joissa peräänkuulutettiin potilaan inhimillisempää kohtaamista, mutta käytännön hoitosuosituksissa tämä näkyi vain harvoin. Masennuslääkityksen asema arvossa pidettynä hoitomuotona näyttäytyi korostuneena sekä Suomen Lääkärilehdessä että käytännön hoitotyön toteutumisessa. Keskustelu

masennuslääkityksen tehosta ei suinkaan pysähtynyt vuoteen 2014 vaan se on tätä kirjoitettaessa jatkunut säännöllisenä ja ajankohtaisena myös suomalaisen psykiatrian kentällä. Tämän valossa on syytä arvioida, ovatko potilaan yksilöllisen elämäntilanteen ja temperamentin huomioiminen hoidon suunnittelussa, keskusteluapu sekä esimerkiksi liikuntaan ja harrastuksiin kannustaminen sellaisia inhimillisen kohtaamisen keinoja, joita suomalaisen mielenterveystyön käytännön asenneilmapiirissä tulisi korostaa enemmän.

Lyhenteet

APA American Psychiatric Association.

DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. Yhdysvaltain psykiatriyhdistyksen julkaisema diagnostinen manuaali.

FDA Food and Drug Administrator. Yhdysvaltain lääke- ja elintarviketurvallisuusvirasto.

ICD International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. WHO:n julkaisema diagnostinen manuaali.

NICE National Institute for Clinical Health and Excellence.

NIMH National Institute of Mental Health.

SSRI Selective Serotonin Reuptake Inhibitor, selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät. Masennuslääketyyppi.

SNRI Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitor, serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjät. Masennuslääketyyppi.

Lähteet ja kirjallisuus

I Painetut lähteet

Suomen Lääkärilehti (2008–2014).

II Tutkimuskirjallisuus

Andrews, Paul & Kornstein, Susan & Halberstadt, Lisa & Gardner, Charles & Neale, Michael, "Blue Again: Perturbational Effects of Antidepressants Suggest Monoaminergic Homeostasis in Major Depression", *Frontiers in Psychology* 2/2011, s. 159.

Angell, Marcia, 'The Clinical Trials Business – Who Gains?'. Teoksessa Stein, Donald (toim.), *Buying in or Selling Out?: The Commercialization of the American Research University*. Rutgers University Press: New Brunswick, 2004, s. 127–132.

Asberg, Maria, '5-HIAA in the cerebrospinal fluid', *Archives of General Psychiatry* 33/1976, s. 1193–1197.

Blazer, Dan, *The Age of Melancholy: "Major Depression" and its Social Origin*. Routledge: Lontoo, 2005.

Callahan, Christopher, M. & German, Berrios E., *Reinventing Depression: A History of the Treatment of Depression in Primary Care 1940–2004*. Oxford University Press: New York, 2004.

Clayton, A & Keller, A. & McCarvey, E.L., 'Burden of phase-specific sexual dysfunction with SSRIs', *Journal of Affective Disorders* 91/2006, s. 27–32.

Davies, James, *Cracked. Why Psychiatry is doing more harm than good*. Icon Books Ltd: Lontoo, 2013.

Depressio. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016 (viitattu 24.05.2018). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi.

Depression: A global crisis. World Federation for Mental Health 2012.

http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf?ua=1

Elovainio, Marko & Heponiemi, Tarja & Vänskä, Jukka & Sinervo, Timo & Kujala, Santero & Laakso, Erkki & Jalonen, Päivi & Hakenen, Jari & Husman, Kaj & Töyry, Saara & Halila, Hannu, 'Miten suomalainen lääkäri voi 2000-luvulla?', *Suomen Lääkärilehti* 20–21/2007, s. 2071–2076.

Fava, G., 'Do antidepressant and anti-anxiety drugs increase chronicity in affective disorders?', *Psychotherapy and Psychosomatics* 61/1994, s. 125–31.

Fournier, JC. & DeRubeis, RJ. & Hollon SD. & Dimidjian, S. & Amsterdam, JD. & Shelton, RC. & Fawcett J., 'Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis', *Journal of the American Medical Association* 6/2010, s. 47–53.

Friedman, Richard A., 'Antidepressants Black-Box Warning — 10 Years Later', *New England Journal of Medicine* 371/2014, s. 1666–1668.

Gibbons, Robert D. & Kwan, Hur C. & Brown, Hendricks & Davis, John M., & Mann, John J., 'Who Benefits from Antidepressants? Synthesis of 6-Week Patient-Level Outcomes from Double-Blind Placebo Controlled Randomized Trials of Fluoxetine and Venlafaxine', *Archives of General Psychiatry* 69/2012, s. 572–579.

Gøtzsche, Peter C. – Open letter to Erkki Isometsä. Viitattu 24.5.2018. <http://www.deadlymedicines.dk/wp-content/uploads/2014/12/Letter-to-Isomets%C3%A4-about-Gibbons-meta-analysis.pdf>

Hautamäki, Lotta & Helén, Ilpo & Kanula, Saara, 'Mielenterveyden hoidon lääkkeellistyminen Suomessa'. Teoksessa Helén, Ilpo (toim.), *Reformin pirstaleet: Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen*. Vastapaino: Tampere 2011, s. 70–11.

Healy, David, *Pharmageddon*. University of California Press: Berkeley, 2012.

Helén, Ilpo & Hämäläinen, Pertti & Metteri, Anna, 'Komplekseja ja katkoksia – Psykiatrian hajaantuminen suomalaisen sosiaalivaltioon'. Teoksessa Helén, Ilpo (toim.), *Reformin pirstaleet: Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen*. Vastapaino: Tampere 2011, s. 11–70.

Herzberg, David, *Happy Pills in America*. John Hopkins University Press: Baltimore, 2010.

Huttunen, Matti O. & Raaska, Kari, 'Psykykenlääkkeiden käytön sudenkuopat', *Duodecim* 18/2015, s. 1651–1657.

Hyvönen, Juha, *Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta*. Väitöskirja, Kuopion yliopisto 2008.

ICD-10. 2016. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10. versio. World Health Organization.

Idänpään-Heikkilä, Juhana E., 'Meprobamaatti siirtyy historiaan', *Suomen Lääkärilehti* 5/2012, s. 355.

Idänpään-Heikkilä, Juhana E., 'Lääketeollisuus päivitti eettiset ohjeensa', *Suomen Lääkärilehti* 11/2013, s. 848–851.

Järvi, Ulla, 'Käytön nopea kasvu toi Nimesulidin haitat esiin', *Suomen Lääkärilehti* 12/2002, s. 1359.

Järvi, Ulla, *Media terveyden lähteillä - Miten sairaus ja terveys rakentuvat 2000-luvun mediassa*. Väitöskirja, Jyväskylän yliopisto 2011.

Kalliokoski, Annikka & Voipio, Tinna & Ruokoniemi, Päivi, 'Psykykenlääkkeiden käyttö on muuttunut 2000-luvulla', *Sic! Lääketietoa Fimeasta*, 2/2016, s. 14–15.

Kalat, James W., *Biological Psychology*, Brooks/Cole Publishing Company: Berkeley 1992.

Kampman, Olli & Heiskanen, Tarja & Huttunen, Matti & Tuulari Jyrki (toim.), *Masennus*. Kustannus Oy Duodecim: Helsinki 2017.

Khin, NA. & Chen, YF., & Yang, Y. & Yang, P. & Laughren, TP., 'Exploratory analyses of efficacy data from major depressive disorder trials submitted to the US Food and Drug Administration in support of new drug applications', *Journal of Clinical Psychiatry* 72/2011, s. 464–72.

Kemp, Joshua J. & Lickel, James J. & Deacon, Brett J., 'Effects of a chemical imbalance causal explanation on individuals' perceptions of their depressive symptoms', *Behaviour Research and Therapy*, 56/2014, s. 47–52.

Kirmayer, Laurence, 'Kulttuurinen lääketiede ja psykiatria'. Teoksessa Pakaslahti, Antti & Huttunen, Matti (toim.), *Kulttuurit ja lääketiede*. Kustannus Oy Duodecim: Helsinki 2010.

Kirsch, I & Deacon, BJ & Huedo-Medina, TB & Scoboria, A. & Moore, TJ. & Johnson, BT., 'Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration', *PLOS Medicine* 45/2008, s. 260–268.

Kirsch, Irving, *The emperor's new drugs: exploding the antidepressant myth*. Basic Books: New York 2010.

Kopakkala, Aku, *Masennus: Suuri serotoniinihujaus*. Basam Books: Helsinki 2015.

Kunnamo, Ilkka & Alenius, Heidi & Hermanson, Elina & Jousimaa, Jukkapekka & Teikari, Martti & Varonen, Helena (toim.), *Lääkärin käsikirja*. Kustannus Oy Duodecim: Helsinki 2008.

Lawlor, Clark, *From Melancholia to Prozac: A History of Depression*. Oxford University Press: New York 2012.

Lebowitz, MS. & Ahn, W., 'Effects of biological explanations for mental disorders on clinicians' empathy', *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 111/2014, s. 17786–17790.

Leinonen, E., Koponen, H., 'Bupropioni - vanha masennuslääke, uusi vaihtoehto', *Suomen Lääkärilehti* 19/2011, s. 1590–1592.

McGoey, Linsey, 'Profitable failure: antidepressant drugs and the triumph of flawed experiments', *History of the Human Sciences* 23/2010, s. 58–78.

Mikale, Mark S., 'The ten most important changes in psychiatry since World War II', *History of Psychiatry* 25/2014, s. 485–491.

Mulinari, Shai, "Divergence and convergence of commercial and scientific priorities in drug development: The case of Zelmid, the first SSRI antidepressant", *Social Science & Medicine* 138/2015, s. 217–224.

Moncrieff, Joanna, *The Myth of the Chemical Cure*. Palgrave Macmillan: Basingstoke 2009.

Moncrieff, Joanna & Wessely, Simon & Hardy, Rebecca, 'Active placebos versus antidepressants for depression', *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004.

Nielsen, M., Hansen, E. H. & Gøtzsche, P. C. (2012), 'What is the difference between dependence and withdrawal reactions? A comparison of benzodiazepines and selective serotonin re-uptake inhibitors', *Addiction* 5/2012, s. 900–908.

Nummenmaa, Juho, *Näyttöön perustuvat hoitosuosituksset ja yleislääkärin työ*. Väitöskirja, Tampereen yliopisto 2007.

Paris, Joel, *The Use and Misuse of Psychiatric Drugs: An Evidence-Based Critique*. John Wiley & Sons, Inc: Hoboken 2010.

Pekkarinen, Taito, 'Suomen Lääkärilehti 70-vuotias', *Suomen Lääkärilehti* 1–2/1992, s. 9.

Pelkonen, Olavi & Ruskoaho, Heikki (toim.), *Lääketieteellinen farmakologia ja toksikologia*, Duodecim: Helsinki 2003.

Pols, Hans & Oak, Stephanie, 'War and Military Health – The US psychiatric response in the 20th century', *American Journal of Public Health*, 12/2007, s. 2132–2142.

Rosenhan, D.L., 'On Being Sane on Insane Places', *Science* 179/1973, s. 250–258.

Rudanko, Juha, *Myth or Cure? The Placebo Argument in The Contemporary Debate on The Pharmacological Treatment of Depression*. Opinnäytetyö, Tampereen yliopisto 2017.

Sadock, Benjamin J. & Sadock, Virginia A., *Synopsis of Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia 2003.

Sandifer, M. G., 'Psychiatric diagnosis – cross national research findings', *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 65/1972, s. 497–500.

Shorter, Edward, *Before Prozac*. Oxford University Press: Oxford 2008.

Shorter, Edward, *From Paralysis to Fatigue: A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era*, Simon & Schuster: New York 1993.

Soininen, Miia, 'Yli puolet lääkäreistä ilmoitti sidonnaisuutensa', *Suomen Lääkärilehti* 23/2016, s. 1667.

Stanovich, Keith, *How to Think Straight About Psychology*. Pearson Education: New Jersey 2013.

Studd, J., 'Why are estrogens rarely used for the treatment of depression in women?', *Gynecological Endocrinology* 23/2007, s. 63–64.

Spurling, GK. & Mansfield, PR. & Montgomery, BD. & Lexchin, J. & Doust J. & Othman N., 'Information from Pharmaceutical Companies and the Quality, Quantity, and Cost of Physicians' Prescribing: A Systematic Review', *PLOS Med* 10/2010, s. 1–22.

Suomen virallinen tilasto: Lääkäreiden eniten määräämät (10) lääkeryhmät 2017 [verkkojulkaisu]. Helsinki: Kela [viitattu 24.4.2018].

Tacke, Ulrich, 'Auttavatko masennuslääkkeet todella?', *Läketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 124/2008, s. 1931–1932.

Turner, Erick H. & Matthews, Annette, M. & Linardatos, Efithia & Tell, Robert A. & Rosenthal, Robert, 'Selective Publication of Antidepressant Trials and Its Influence on Apparent Efficacy', *New England Journal of Medicine* 385/2008, s. 252–260.

Quinn, Roswell, 'Rethinking Antibiotic Research and Development: World War II and the Penicillin Collaborative', *American Journal of Public Health* 103/2013, s. 426–434.

Whitaker, Robert, *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*. Crown: New York, 2010.

Wong, David T. & Perry, Kenneth W. & Bymaster, Frank B., 'The Discovery of Fluoxetine Hydrochloride (Prozac)', *Nature Reviews Drug Discovery* 4/2005, s. 764–774.

Liitteet

Hermosto ja välittäjäaineet

Aivot koostuvat arviolta noin sadasta biljoonasta neuronista ja vielä suuremmasta määrästä gliasoluja.³⁰⁵

Neuronit ovat hermosoluja, joilla on sooma eli solukeskus, jossa sijaitsee neuronin tuma sekä muut soluelimet. Soomasta lähtee useita **dendriittejä** eli tuojahaarakkeita sekä yksi **aksoni** eli viejähaarake. Dendriiteillä ja aksoneilla neuronit välittävät ja vastaanottavat sekä sähköisiä että kemiallisia viestejä. Neuroneita ympäröivät **gliasolut** eli hermoston tukisolut, jotka eivät välitä viestejä. Niitä on useita eri tyyppisiä. Ne reunustavat keskushermostoa ja toimivat useissa erilaisissa tukitehtävissä. Yhdessä nämä solutyypit muodostavat hermokudoksen, hermoston rakennusaineen.³⁰⁶

Neuroneista lähtevien haarakkeiden, dendriittien ja aksonien, välisiä yhteyspisteitä kutsutaan **synapseiksi**. Synapseja on arvioitu olevan aivoissa noin 60 triljoonaa.³⁰⁷ Toisin kuin useimmat muut solutyypit, ovat neuronit kosketuksissa toisiinsa vain synapsien kautta. Synapsit mahdollistavat sen, että havaitsemme maailman kokonaisuutena. Esimerkiksi oppiminen tapahtuu uusien synapsien muodostumisena: Aivoilla on suuri plastisuus eli kyky mukautua, mikä mahdollistaa ihmisaivojen kyvyn sopeutua ja oppia uutta koko elämänkaaren ajan.³⁰⁸ Neuronit viestivät, kun niissä kulkee mieta sähkövirta, **aktiopotentiaali**, jonka aiheuttaa natriumin ja kaliumin nopea siirtyminen solun sisäpuolelta ulkopuolelle ja takaisin.³⁰⁹ Tämän aikana hermosto vapauttaa hermoston välittäjäaineita, neurotransmittereitä.

Hermoston välittäjäaineet eli neurotransmitterit ovat kemiallisia yhdisteitä, joihin hermosto reagoi.

Synapseissa ne toimivat joko **inhiboimalla** eli estämällä tai **eksitoimalla** eli aiheuttamalla uuden aktiopotentiaalin. Välittäjäaineita tunnetaan yli sata, mutta ne jaetaan vain viiteen eri päätyyppiin (asetyylikoliini, biogeeniset amiinit, aminohapot, neuropeptidit ja kaasut).³¹⁰ Välittäjäaineet muodostuvat neuroneissa.³¹¹ Yksi neuroni muodostaa yleensä noin kolmea eri välittäjäainetta – neuronit ovat siis erikoistuneet eri välittäjäaineisiin. Neuronit vapauttaa välittäjäaineen tai yhdistelmän eri välittäjäaineita synapseihin. Synapseissa ne joko hajoavat tai ne ”vedetään” takaisin neuroniin (reuptake).³¹² Välittäjäaineilla on eri funktioita riippuen siitä, missä ja milloin niitä vapautetaan.

³⁰⁵ Kalat 1992, s. 24; Paris 2010, s. 11–12.

³⁰⁶ Campbell & Reese 2008, s. 1048.

³⁰⁷ Paris 2010, s. 12.

³⁰⁸ Kalat 1992, s. 35.

³⁰⁹ Campbell & Reese 2008, s. 1052–156.

³¹⁰ Campbell & Reese 2008, s. 1059.

³¹¹ Kalat 1992, s. 68.

³¹² Kalat 1992, s. 71–81.

Serotoniini on masennuslääkkeiden kannalta tärkein välittäjäaine. Se on 60-luvulta asti yhdistetty masennuksen vaikuttavaksi tekijäksi ja se liitetään usein mielihyvään.³¹³ Kuitenkin yli 90 % ihmiskehon serotoniinista sijaitsee ja tuotetaan suolistossa. Serotoniinilla onkin roolinsa muun muassa ruokahalun säätelyssä sekä lukuisissa muissa toiminnoissa.³¹⁴ **Dopamiini** on populaarissa lehdistössä tullut tunnetuksi sen yhteydestä addiktioiden synnyssä. Dopamiinia vapautuu synapseihin toiminnasta, joka koetaan palkitsevana: Esimerkiksi tupakoitsijalla nikotiini saa nikotiinireseptoreiden kautta aikaan dopamiinin vapautumista synapseihin.³¹⁵ Kuitenkin dopamiinin lukuisat muut funktiot ovat yhtä tärkeitä. Se esimerkiksi vastaa hienomotoriikan toiminnasta. Parkinsonin tauti näkyy aivoissa liian alhaisina dopamiinipitoisuuksina. Amfetamiini ja kokaiini vapauttavat synapseissa paljon dopamiinia, ja ensinnä mainittua käytettiin aikanaan laajalti toimivana masennuslääkkeenä.³¹⁶ **Noradrenaliini ja adrenaliini** toimivat paitsi välittäjäaineena, myös hormonina. Yhdysvalloissa ne tunnetaan tekijänoikeussyistä norepinepriininä ja epinepriininä. Niiden toiminta yhdistetään muun muassa vireystilaan ja mielihyvään.³¹⁷

Muihin välittäjäaineisiin kuuluvat muun muassa GABA, melatoniini, oksitosiini, histamiini, glutamaatti, aspartaatti ja glysiini. Näistä yleisimmät ovat inhihoiva välittäjäaine GABA ja eksitoiva välittäjäaine glutamaatti.³¹⁸

Yleisimmät masennuslääketyypit

Masennuslääkkeillä pyritään vaikuttamaan neurotransmittereiden pitoisuuksiin aivoissa. Masennuslääkkeet vaikuttavat kukin hivenen eri mekanismeilla. **SSRI-lääkkeet eli selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät (Selective Serotonine Reuptake Inhibitor)** nimensä mukaisesti estävät serotoniinin takaisinottoa serotoniinireseptoreissa. Tämä tarkoittaa, että hermoston synapseihin jää enemmän serotoniinia ”kellumaan” kuin normaalitilanteissa. SSRI-lääkkeet ovatkin tässä valtavan tehokkaita – ne estävät jopa 90-prosenttisesti serotoniinin takaisinoton.³¹⁹ Laajalle levinneitä SSRI-lääkeaineita ovat muun muassa fluoksetiini (esim. Prozac, Seronil), paroksetiini (esim. Paxil), sitalopraami sekä essitalopraami. **SNRI-lääkkeet** (Serotonin–norepinephrine reuptake inhibitor) estävät serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinottoa lisäten siten molempien määrää synapseissa. Yleisin SNRI-lääkeaine on 90-luvun alussa markkinoille tullut venlafaksiini (esim. Efexor, Effexor). Venlafaksiinia pidetään yleisesti tehokkaana vaihtoehtona SSRI-tyypin lääkkeille. Se jakaakin niiden kanssa useimmat sivuoireet.³²⁰

³¹³ Mulinari 2015.

³¹⁴ Kalat 1992, s. 410–411.

³¹⁵ Campbell & Reese 2008, s. 1082.

³¹⁶ Sadock & Sadock 2003, s. 97–100; Shorter 2009 s. 24–26.

³¹⁷ Sadock & Sadock 2003, s. 100–102.

³¹⁸ Paris 2010 s. 13.

³¹⁹ Leinonen & Koponen 2011.

³²⁰ Sadock & Sadock 2003, s. 1135–1136.

MAO-estäjät eli monoamiinioksi-inhibiittorit (MAOI) estävät monoamiinioksidaasi-entsyymien toimintaa. Toisin kuin SSRI tai SNRI, ne eivät siis estä välittäjäaineiden takaisinottoa. Sen sijaan ne estävät monoamiinien (serotoniini, dopamiini ja noradrenaliini) metabolisoitumista (hajoamista) ja siten lisäävät niiden määrää synapseissa.³²¹ **Epätyypilliset masennuslääkkeet** ovat lääkkeitä, jotka eivät sovi muihin ryhmiin. Niiden vaikutus perustuu yhteen tai useampaan edellä esiteltyyn välittäjäaineeseen. Epätyypillisistä masennuslääkkeistä yleisin on bupropioni. Suomen markkinoille se saapui masennuslääkkeenä vasta vuoden 2010 lopussa kauppanimellä Voxra.³²² Nykyisin se kattaa noin 4 % kaikista määrätystä masennuslääkkeistä.³²³ Bupropioni toimii estämällä noradrenaliinin ja serotoniinin takaisinottoa. Bupropionia voidaan käyttää myös tupakoinnin tai kokaiininkäytön lopettamisen tukena.³²⁴

ICD-10:n mukaiset masennuksen oirekriteerit³²⁵

- A. Masennusjakso on kestänyt vähintään 2 viikon ajan.
- B. Todetaan vähintään 2 seuraavista oireista:
 - 1. Masentunut mieliala suurimman osan aikaa
 - 2. Kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat tavallisesti kiinnostaneet tai tuottaneet mielihyvää
 - 3. Vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys
- C. Todetaan jokin tai jotkin seuraavista oireista niin, että oireita on yhteensä (B ja C yhteen laskettuina) vähintään 4.
 - 4. Itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen
 - 5. Perusteettomat tai kohtuuttomat itsesyytökset
 - 6. Toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen
 - 7. Subjekttiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä myös päättämättömytenä tai jakkailuna
 - 8. Psykomotorinen muutos (kiihtymys tai hidastuneisuus), joka voi olla subjektiivinen tai havaittu
 - 9. Unihäiriöt
 - 10. Ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos

³²¹ Sadock & Sadock 2003, s. 1076.

³²² Leinonen & Koponen 2011.

³²³ Kelasto 2014.

³²⁴ Sadock & Sadock 2003, s. 1029–1030.

³²⁵ ICD-10 2016, Luku 5, F32, F33.

Suomen Lääkärilehti 2008–2014 – mukaan valikoidut artikkelit

Alanen, H., Leinonen, E., 'Psykykenlääkkeiden merkitys vanhuksen akuutissa sekavuusoireyhtymässä', *Suomen Lääkärilehti* 63:2 (2008), s. 29–32.

Salokangas, R., 'Psykiatrisen potilaan hyvä sosiaalinen asema on itsetuhon riski', *Suomen Lääkärilehti* 63:3 (2008), s. 129.

Lönngqvist, J., 'Kuka hoitaisi masentunutta?', *Suomen Lääkärilehti* 63:3 (2008), s. 143.

Vuorilehto, M., Kuosmanen, L., Melartin, T., 'Depressiohoitajan työ on kohdallaan Vantaan kolmikantamallissa', *Suomen Lääkärilehti* 63:3 (2008), s. 190–192.

Tuulari, J., Aromaa, E., 'Depressiohoitajamallilla saadaan tulosta Pohjanmaalla', *Suomen Lääkärilehti* 63:3 (2008), s. 194–195.

Kaila, M., Lehtonen, M., Kärkkäinen, M., Tiihonen, J., 'Vagushermostimulaattori hoitoresistentin depression hoidossa', *Suomen Lääkärilehti* 63:4 (2008), s. 271–273.

Korkeila, K., Korkeila J., 'Elämäntavat ja mielenterveyshäiriöt', *Suomen Lääkärilehti* 63:4 (2008), s. 275–280.

Idänpään-Heikkilä, J., 'Masennuslääketutkimuksen kielteisiä tuloksia ei julkaista', *Suomen Lääkärilehti* 63:4 (2008), s. 285.

Toikkanen, U., 'Vanhusten masennus tunnistettava jo perusterveydenhuollossa', *Suomen Lääkärilehti* 63:5 (2008), s. 362.

Vainio, H., 'Jotta työn ilo säilyisi', *Suomen Lääkärilehti* 63:5 (2008), s. 403.

Idänpään-Heikkilä, J., 'Lillylle korvausvaatimus olantsapiiniista', *Suomen Lääkärilehti* 63:6 (2008), s. 513.

Salokangas, R., 'Masennuslääkkeiden vaikuttavuutta on syytä tutkia tarkemmin', *Suomen Lääkärilehti* 63:8 (2008), s. 727.

Vataja, R., 'Parkinsonin taudin neuropsykiatriset oireet', *Suomen Lääkärilehti* 63:9 (2008), s. 835.

Laasonen-Balk, T., Tamminen, R., Majoinen, V., 'Kotiutussairaanhoidon suunnittelee psykiatrisen potilaan jatkohoidon', *Suomen Lääkärilehti* 63:9 (2008), s. 870–871.

Leinonen, E., 'Vanhuspsykiatrian koulutusvaje paikattava pikaisesti', *Suomen Lääkärilehti* 63:11 (2008), s. 1027.

Idänpään-Heikkilä, J., 'Depressiolääkkeet eivät vähentäne itsetuhoriskiä', *Suomen Lääkärilehti* 63:11 (2008), s. 1066.

Riihimäki, K., 'Psykiatrisen päiväosasto: masennuspotilaiden hoitomalli', *Suomen Lääkärilehti* 63:12–13 (2008), s. 1193–1195.

Pylkkänen, K., Lehtonen, J., 'Terveystieteiden laki ja Mielenterveyspalvelut', *Suomen Lääkärilehti* 63:14 (2008), s. 1253.

Koivula, L., 'Sama tausta vapautti puhumaan mielen kivuista', *Suomen Lääkärilehti* 63:17 (2008), s. 1574–1576.

Ajala, R., 'Parantajalle apua itsensä parantamiseen', *Suomen Lääkärilehti* 63:17 (2008), s. 1592.

Idänpään-Heikkilä, J., 'Itsetuhokäyttäytymisen ja lääkkeiden yhteyttä tutkitaan', *Suomen Lääkärilehti* 63:17 (2008), s. 1614.

Seppänen, A., Mainio, A., Mankila, P., Saloranta, E., 'Palveluohajus on käyttökelpoinen työmenetelmä psykiatriassa', *Suomen Lääkärilehti* 63:17 (2008), s. 1627–1629.

Salokangas, R., 'Lääkehoito ehkäisee myös lasten masennusta', *Suomen Lääkärilehti* 63:18–19 (2008), s. 1687.

Kettunen, P., Koistinen, E., 'Synnytyksen jälkeinen masennus ja estrogeenihoito', *Suomen Lääkärilehti* 63:18–19 (2008), s. 1713–1717.

Vainio, H., 'Aika hyvä ihmiseksi', *Suomen Lääkärilehti* 63:18–19 (2008), s. 1733.

Saarni, S., 'Sairauskäsite sairauslomakeskustelussa', *Suomen Lääkärilehti* 63:20 (2008), s. 1871.

Tamminen, T., 'Vakava sairaus kuormittaa vanhemmuutta', *Suomen Lääkärilehti* 63:22 (2008), s. 2023.

Manninen, H., Santalahti, P., Piha, J., 'Vanhemman vakava sairaus on yksi lapsen psyykkisen kehityksen riskitekijä', *Suomen Lääkärilehti* 63:22 (2008), s. 2047–2053.

Salokangas, R., 'Psykoterapiaa ei tarvitakaan nuorten masennuksen hoidossa', *Suomen Lääkärilehti* 63:23 (2008), s. 2122.

Mantere, O., 'Masentuneella voi olla tyypin II kaksisuuntainen mielialahäiriö', *Suomen Lääkärilehti* 63:24 (2008), s. 2237–2247.

Honkanen, J., 'Nuoren lääkärin jaksamisen avain on kateissa', *Suomen Lääkärilehti* 63:32 (2008).

Korkeila, J., 'Lääkärin oma mielenterveys on arvokas', *Suomen Lääkärilehti* 63:32 (2008), s. 2497.

Palonen, R., Palva, E., Laitinen, K., Särkämö, J., Gylling, H., 'Lääkevalmisteiden tavallisimmat haittavaikutukset suomessa', *Suomen Lääkärilehti* 63:32 (2008), s. 2499–2504.

Ora, J., 'Heikentääkö masennuslääke ajokykyä?', *Lääkärilehti* 63:35 (2008), s. 2769.

Kivekäs, J., Gould, R., Pellinen, M., 'Mielialahäiriöisenkin henkilön kuntoutus kannattaa', *Suomen Lääkärilehti* 63:35 (2008), s. 2815–2819.

Saarni, S., '(Mielen)terveyshoitolaki?', *Suomen Lääkärilehti* 63:35 (2008).

Honkanen, J., 'Vauvaperhetyö neuvolassa auttaisi ajoissa', *Suomen Lääkärilehti* 63:36 (2008), s. 2879–2880.

Jansson, M., 'Lasten lääkehaittojen seuranta tuottaa tulosta', *Suomen Lääkärilehti* 63:36 (2008), s. 2884.

Salokangas, R., 'Mielialalääkkeet lisäävät mahaverenvuodon määrää', *Suomen Lääkärilehti* 63:36 (2008), s. 2887.

Aunula, A., 'Kalle Achté -palkinto em. prof. Johannes Lehtoselle: mielenterveyspalvelut arvioitava uudelleen', *Suomen Lääkärilehti* 63:37 (2008), s. 3033.

Korhonen, M., Klaukka, T., Hartikainen, S., Lönnroos, E., 'Satavuotiaidenkin lääkityksessä korjattavaa', *Suomen Lääkärilehti* 63:41 (2008), s. 3436–3438.

Koskentausta, T., 'Kehitysvammaisten psyykkiset oireet selvitettävä moniammatillisesti', *Suomen Lääkärilehti* 63:42 (2008), s. 3533–3540.

Koivula, L., 'Viha tekee pesänsä autioon mieleen. (Henkilökuvaa)', *Suomen Lääkärilehti* 63:42 (2008), s. 3556–3558.

- Klaukka, T., 'Nuoret aikuiset käyttävät yhä enemmän masennuslääkkeitä', *Suomen Lääkärilehti* 63:42 (2008), s. 3560–3561.
- Henriksson, M., 'Luottamuslääkäri auttaa uupunutta kollegaa', *Suomen Lääkärilehti* 63:43 (2008), s. 3683–3687.
- Piha, J., 'Lasten ja nuorten psykiatrinen hoito tulisi yhdistää', *Suomen Lääkärilehti* 63:45 (2008), s. 3846.
- Autti-Rämö, I., Maaniemi, K., Raitasalo, R., Martikainen, J., Sourander, A., 'Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi lasten hoitotukia saaneet vuosina 2000–2007', *Suomen Lääkärilehti* 63:45 (2008), s. 3865–3870.
- Ranta, V., 'Kun ennen kuukautisia kaikki ärsyttää', *Suomen Lääkärilehti* 63:45 (2008), s. 3873–3878.
- Tuulio-Henriksson, A., 'Vakavien mielenterveyspotilaiden häiriöiden syytekijöiden tutkimus: onko endofenotyypeistä apua?', *Suomen Lääkärilehti* 63:45 (2008), s. 3879–3885.
- Järvi, U., 'Lääketietoa mutta kenen pelisäännöillä?', *Suomen Lääkärilehti* 63:46 (2008), s. 3974.
- Valkonen, M., 'Hoitoa purkista, jotta terapian odottaminen ei pitkästytäisi?', *Suomen Lääkärilehti* 63:46 (2008), s. 4033.
- Järvi, U., 'Mielenterveyskuntoutuksen määrärahat lopussa', *Suomen Lääkärilehti* 63:47 (2008), s. 4075.
- Salokangas, R., Hietala, J., Korkeila, J., Karlsson, H., Isohanni, M., Laukkanen, E., Marttunen, M., Kaltiala-Heino, R., Saarijärvi, S., 'Psykiatrian erikoisalojen koulutus syytä uudistaa', *Suomen Lääkärilehti* 63:47 (2008), s. 4078.
- Salokangas, R., 'Lääkäri masentuu kun sairaala on liian täynnä', *Suomen Lääkärilehti* 63:47 (2008), s. 4085.
- Lepola, U., Koponen, H., 'Laadukas remissio masennuksen lääkehoidon haaste', *Suomen Lääkärilehti* 63:47 (2008), s. 4103–4109.
- Piha, J., 'Psykiatrian erityisaloja tarvitaan kaksi', *Suomen Lääkärilehti* 63:48 (2008), s. 4184.
- Sourander, A., 'Lasten ja nuorten psykiatriasta tarvitaan kansainvälinen arvio', *Suomen Lääkärilehti* 63:49 (2008), s. 4296.
- Leinonen, E., 'Laaja yleiskoulutus on psykiatristen alojen erikoistumisen perusta', *Suomen Lääkärilehti* 63:49 (2008), s. 4296–4297.
- Kirkinen, P., 'Sildenafilii parantaa masentuneiden naisten seksielämää', *Suomen Lääkärilehti* 63:49 (2008), s. 4303.
- Kaltiala-Heino, R., Rautakallio, M., Lindberg, N., 'Nuorten mielenterveyden häiriöt ja väkivaltainen käyttäytyminen', *Suomen Lääkärilehti* 63:49 (2008), s. 4321–4329.
- Idänpään-Heikkilä, J., 'Masennuslääkkeiden tehoeroja liioitellaan', *Suomen Lääkärilehti* 63:49 (2008), s. 4343.
- Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P., Lindberg, N., Marttunen, M., Laukkanen, E., Haapasalo-Pesu, K., 'Nuorisopsykiatria – moderni lääketieteen erikoisala', *Suomen Lääkärilehti* 63:50 (2008), s. 4408–4409.
- Lehto-Salo, P., Marttunen, M., 'Tytöjen käytöshäiriön erityispiirteitä', *Suomen Lääkärilehti* 63:50 (2008), s. 4429–4435.
- Pimenoff, V., 'Ulkoilu mahdollistettava myös psykiatrisissa klinikoissa', *Suomen Lääkärilehti* 63:51–52 (2008), s. 4522–4523.

Salokangas, R., 'Psykiatrinen sairaanhoito kuuluu yleissairaaloihin', *Suomen Lääkärilehti* 64:1–2 (2009), s. 24–25.

Saarenpää-Heikkilä, O., 'Koululaisten uniongelmia voidaan ehkäistä ennalta', *Suomen Lääkärilehti* 64:1–2 (2009), s. 34–41.

Korkeila, J., 'Masennuksen lääkehoidon teho', *Suomen Lääkärilehti* 64:3 (2009), s. 132.

Castaneda, A., Tuulio-Henriksson, A., Marttunen, M., 'Kognitiivinen toimintakyky voi heikentyä masennushäiriöissä', *Suomen Lääkärilehti* 64:3 (2009), s. 161–167.

Ponteva, M., 'Traumaperäiset reaktiot ja häiriöt', *Suomen Lääkärilehti* 64:6 (2009), s. 459.

Pylkkänen, K., 'Hoidammeko murrosikä masennuslääkkeillä?', *Suomen Lääkärilehti* 64:6 (2009), s. 460.

Flygar, M., 'Onko nykynuorilla vaikeampaa?', *Suomen Lääkärilehti* 64:6 (2009), s. 468.

Martikainen, J., Sourander, A., 'Nuorten ja nuorten aikuisten psyykenlääkkeiden käyttö on lisääntynyt 2000-luvulla', *Suomen Lääkärilehti* 64:6 (2009), s. 477–482.

Idänpään-Heikkilä, J., 'Toisen polven masennuslääkkeet vertailussa', *Suomen Lääkärilehti* 64:7 (2009), s. 620.

Tamminen, T., 'Varhaislapsuuden kokemukset ovat ratkaisevia', *Suomen Lääkärilehti* 64:8 (2009), s. 675.

Viinamäki, H., 'Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman kannanotot ovat epäonnistuneita', *Suomen Lääkärilehti* 64:8 (2009), s. 686.

Salokangas, R., 'Lääke ja lyhytterapia tehoavat masennukseen', *Suomen Lääkärilehti* 64:8 (2009), s. 691.

Mäntynen, M., Mäntynen, K., Puura, K., 'Pikkulapsella psyykinen häiriö?', *Suomen Lääkärilehti* 64:8 (2009), s. 707–711.

Idänpään-Heikkilä, J., 'Kolmoisestäjiä kehitteillä masennuslääkkeiksi', *Suomen Lääkärilehti* 64:8 (2009), s. 728.

Kähkönen, E., 'Laman seuraukset arveluttavat psykiatria', *Suomen Lääkärilehti* 64:10 (2009), s. 928–930.

Schulman, G., 'Koulusurmaraportti paljastaa biologisen sairauskäsityksen puutteet', *Suomen Lääkärilehti* 64:11 (2009), s. 999–1000.

Salokangas, R., 'Unihäiriö ennakoi uutta masennusta', *Suomen Lääkärilehti* 64:11 (2009), s. 1007.

Salokangas, R., 'Masennuslääkkeet vähentävät sydämen rytmivaihtelua', *Suomen Lääkärilehti* 64:12 (2009), s. 1108.

Marttunen, M., 'Nuorisopsykiatria tarvitaan', *Suomen Lääkärilehti* 64:13 (2009), s. 1204.

Tuisku, K., Rossi, H., Ahola, K., Virtanen, M., 'Työterveyshuolto kaipaa yhteistyötä masennuspotilaan hoitoon', *Suomen Lääkärilehti* 64:13 (2009), s. 1218–1219.

Salokangas, R., 'Masennus lisää viskeraalista rasvaa', *Suomen Lääkärilehti* 64:13 (2009), s. 1223.

Ahlbad, J., 'Lasten ja nuorten puolestapuhuja', *Suomen Lääkärilehti* 64:13 (2009), s. 1262–1264.

Idänpään-Heikkilä, J., 'GlaxoSmithKlinen tutkimustulokset julkisiksi', s. Psykiatriyhdistys kieltäytyy yrityslahjoista', *Suomen Lääkärilehti* 64:14 (2009), s. 1366.

Idänpään-Heikkilä, J., 'Fluoksetiinista ja olantsapiinista yhdistelmävalmiste', *Suomen Lääkärilehti* 64:14 (2009), s. 1366.

Idänpään-Heikkilä, J., 'Psykiatriydistys kieltäytyy yrityslahjoista', *Suomen Lääkärilehti* 64:14 (2009), s. 1366.

Ranta, K., Korkeila, J., Karlsson, H., 'Luokitus tunnustaa mielenterveyden häiriöiden monitekijäisyyden', *Suomen Lääkärilehti* 64:15–16 (2009), s. 1438–1439.

Heikkinen, T., Luutonen, S., 'Äidin masennuksen hoito raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen', *Suomen Lääkärilehti* 64:15–16 (2009), s. 1459–1465.

Klaukka, T., Idänpään-Heikkilä, J., 'Terveyskeskuslääkärit ja psykiatrit määräävät valtaosan psyykenlääkkeistä', *Suomen Lääkärilehti* 64:15–16 (2009), s. 1476–1478.

Salokangas, R., 'Alkoholin liikakäyttö aiheuttaa masennusta – ei päinvastoin', *Suomen Lääkärilehti* 64:19 (2009), s. 1755.

Piha, J., 'Dapoksiteeni – lääke ennenaikaiseen siemensyöksyyn', *Suomen Lääkärilehti* 64:19 (2009), s. 1782–1784.

Schulman, G., '2-diagnoosit otettava käyttöön myös aikuispsykiatriaan', *Suomen Lääkärilehti* 64:20 (2009), s. 1846.

Ahlbad, J., 'Magneettistimulaatio kohentaa masennuspotilaan mielialaa', *Suomen Lääkärilehti* 64:21–22 (2009), s. 1956.

Salokangas, R., 'Masennuslääkkeen valinnalla on väliä', *Suomen Lääkärilehti* 64:21–22 (2009), s. 1964.

Mervaala, E., Julkunen, P., Määttä, S., Könönen, M., 'Transkraniaalinen magneettistimulaatio', *Suomen Lääkärilehti* 64:21–22 (2009), s. 1979–1984.

Karlsson, H., 'Uutta näyttöä psykodynaamisen psykoterapian tehokkuudesta', *Suomen Lääkärilehti* 64:24, s. 2156.

Mäkinen, M., Wahlbeck, K., 'Mielenterveyssitoumus luotsaa mielenterveyspolitiikkaa EU:ssa', *Suomen Lääkärilehti* 64:24, s. 2195–2197.

Idänpään-Heikkilä, J., 'Masennuslääke voi heikentää tamoksifeenin tehoa', *Suomen Lääkärilehti* 64:24 (2009), s. 2212.

Toikkanen, U., 'Lääkäri eläköityy masennuksen takia harvoin', *Suomen Lääkärilehti* 64:36 (2009), s. 2860.

Ranta, K., Korkeila, J., Karlsson, H., 'Psykiatrin on hoidettava myös häiriötilan taustatekijöitä', *Suomen Lääkärilehti* 64:37, s. 2975.

Ahola, K., Virtanen, M., Honkonen, T., Isometsä, E., Aromaa, A., Lönnqvist, J., 'Sairauspoissaolot masennushäiriöiden yhteydessä', *Suomen Lääkärilehti* 64:38 (2009), s. 3081–3088.

Idänpään-Heikkilä, J., 'Alkuraskauden SSRI-lääkkeillä yhteys epämuodostumiin?', *Suomen Lääkärilehti* 64:40 (2009), s. 3338.

Idänpään-Heikkilä, J., 'Paroksetiinin yhteys epämuodostumiin oikeuskäsittelyssä', *Suomen Lääkärilehti* 64:40 (2009), s. 3338.

Sivula, M., 'Sotatrauman purkamisen aika on nyt', *Suomen Lääkärilehti* 64:41 (2009), s. 3438–3440.

Idänpään-Heikkilä, J., 'Bupropioni pyrkii laihdutuslääkkeeksi', *Suomen Lääkärilehti* 64:41 (2009), s. 3447.

Ahlbad, J., 'Lääkäriylläkin on lupa uupua', *Suomen Lääkärilehti* 64:42 (2009), s. 3518–3520.

Salokangas, R., 'Lapsuusiän kiusaamisella on kauaskantoisia seuraamuksia', *Suomen Lääkärilehti* 64:42 (2009), s. 3533.

- Halttunen, P., 'Vanhusten aliravitsemus ja syömishäiriöt', *Suomen Lääkärilehti* 64:42 (2009), s. 3551–3554.
- Lönnqvist, J., 'Masennus ei ole lisääntynyt', *Suomen Lääkärilehti* 64:43 (2009), s. 3628.
- Karlsson, H., 'Masennus on lisääntynyt', *Suomen Lääkärilehti* 64:43, s. 3629.
- Virtanen, M., Kivimäki, M., Pentti, J., Oksanen, T., Klaukka, T., Vahtera, J., 'Mielenterveyssyistä johtuvat sairauslomamat lisääntyneet mutta eläkkeet vähentyneet kunta-alalla', *Suomen Lääkärilehti* 64:43 (2009), s. 3647–3653.
- Viinamäki, H., Hintikka, J., Lehto, S., Palvimo, J., Koivumaa-Honkanen, H., Niskanen, L., 'Depressio – patogeneesistä hoitoon', *Suomen Lääkärilehti* 64:43 (2009), s. 3655–3660.
- Idänpään-Heikkilä, J., 'Saako potilaalle maksaa psyykenlääkkeen käytöstä?', *Suomen Lääkärilehti* 64:43 (2009), s. 3687.
- Hongisto, S., 'Vauvojen oikeudet ovat lastenpsykiatrin missio', *Suomen Lääkärilehti* 64:44 (2009), s. 3773–3775.
- Kulonen, S., 'Kaunistellaanko psykiatrian hoitojonoja', *Suomen Lääkärilehti* 64:45 (2009), s. 3819.
- Leinonen, J., 'Medikalisaatio on todellinen lääketieteen syöpä', *Suomen Lääkärilehti* 64:45 (2009), s. 3824–3825.
- Idänpään-Heikkilä, J., 'Masennuslääkkeen vaihto on tehtävä harkiten', *Suomen Lääkärilehti* 64:45 (2009), s. 3870.
- Ora, J., 'Kuvin ja sanoin kohti eheytymistä', *Suomen Lääkärilehti* 64:46 (2009), s. 3964–3966.
- Stengård, E., Appelqvist-Schmidlechner, K., Upanne, M., Parkkola, K., Henriksson, M., 'Nuorten miesten psykososiaalinen tukiohjelma vähensi psyykkistä kuormittuneisuutta', *Suomen Lääkärilehti* 64:48 (2009), s. 4153–4157.
- Kähkönen, E., 'Entä jos masennus onkin selviämiskeino?', *Suomen Lääkärilehti* 64:48 (2009), s. 4160–4162.
- Paavonen, J., Solantausta, T., Paunio, T., 'Psykiatristen häiriöiden alkulähteillä: geenit ja ympäristötekijät vuorovaikutuksessa', *Suomen Lääkärilehti* 64:49 (2009), s. 4255–4261.
- Hongisto, S., 'Vaikeiden persoonallisuushäiriöiden hoidot loppuvat Tampereella', *Suomen Lääkärilehti* 64:50 (2009), s. 4334–4335.
- Majava, H., 'Mediassa sensaatioista kohti empatiaa', *Suomen Lääkärilehti* 65:1–2 (2010), s. 25.
- Soininen, M. 'Kunpa isi jaksaisi', *Suomen Lääkärilehti* 65:3 (2010), s. 145–147.
- Melartin, T., Kuosmanen, L., Riihimäki, K., 'Tosi mies ei masennu?', *Suomen Lääkärilehti* 65:3 (2010), s. 169–173.
- Idänpään-Heikkilä, J., 'Kohtuutta psykiatrisen hoidon arviointiin', *Suomen Lääkärilehti* 65:3 (2010), s. 191.
- Pimenoff, V., 'Mistä on uudet diagnoosit tehty?', *Suomen Lääkärilehti* 65:5 (2010), s. 450.
- Toikkanen, U., 'Masennuslääkityksen yleistyminen näkyy synnytysosastolla', *Suomen Lääkärilehti* 65:6 (2010), s. 467.
- Korkeila, J., 'Psykiatrisen hoidon arviointi on vaikeaa', *Suomen Lääkärilehti* 65:6 (2010), s. 472–473.
- Raitasalo, R., Toikka, T., Saarijärvi, S., Salminen, J., 'Masennus ja työssäkäynti. Viiden vuoden seurantatutkimus', *Suomen Lääkärilehti* 65:6 (2010), s. 481–484.

Ahlbad, J., 'Kuinka lääkäri pääsee irti bentsorallista?', *Suomen Lääkärilehti* 65:9 (2010), s. 788–789.

Soininen, M., 'Lääkäri tarvitsee oman lääkärin', *Suomen Lääkärilehti* 65:10 (2010), s. 890–891.

Salokangas, R., 'Monet ongelmat vievät kohti polyfarmasiaa', *Suomen Lääkärilehti* 65:10 (2010), s. 901.

Vehmanen, M., 'Kiusaamista ei pidä patologisoida', *Suomen Lääkärilehti* 65:10 (2010), s. 928–30.

Idänpään-Heikkilä, J., 'Fluoksetiini ja vastasyntyneiden sydänanomaliat', *Suomen Lääkärilehti* 65:11 (2010), s. 1035.

Toikkanen, U., 'Kandi uupuu suorituspaineesiin', *Suomen Lääkärilehti* 65:12 (2010), s. 1088–1091.

Idänpään-Heikkilä, J., 'Masennuslääkkeet sallittuja lentäjille', *Suomen Lääkärilehti* 65:15 (2010), s. 1347.

Ahlbad, J., 'Sota näkyy meissä yhä', *Suomen Lääkärilehti* 65:17 (2010), s. 1497–1499.

Raivio, T., 'Lääkäriliiton konserttikiertueella kerätään rahaa lasten ja nuorten hyväksi', *Suomen Lääkärilehti* 65:17 (2010), s. 1554–1556.

Salokangas, R., 'Bupropionia myös skitsofreniapotilaille', *Suomen Lääkärilehti* 65:18 (2010), s. 1611.

Idänpään-Heikkilä, J., 'Ketiapiini lisälääkkeeksi depression', *Suomen Lääkärilehti* 65:18 (2010), s. 1641.

Kuokkanen, J., 'Kesäkandin suuret saappaat', *Suomen Lääkärilehti* 65:19 (2010), s. 1681.

Vanhala, M., 'Diabetes ja masennus - kaksisuuntainen yhteys', *Suomen Lääkärilehti* 65:19 (2010), s. 1684.

Koistinen, P., 'Enemmän harkintaa bentsodiatsepiinien määräämiseen', *Suomen Lääkärilehti* 65:20 (2010), s. 1801.

Salokangas, R., 'Masennuslääkkeiden toksisuus vaihtelee', *Suomen Lääkärilehti* 65:20 (2010), s. 1804.

Idänpään-Heikkilä, J., 'Masennuslääkkeen käyttäjien vastasyntyneillä kohonnutta keuhkoverenpainetta', *Suomen Lääkärilehti* 65:20 (2010), s. 1851.

Kinnunen, M., Stenberg, J., Landen, K., Heloaho, T., Lenkkeri, M., Tchoukhine, E., Vataja, R., Joffe, G., 'Telepsykiatria terapeuttien työtaitojen opettamisessa', *Suomen Lääkärilehti* 65:21 (2010), s. 1924–1928.

Salokangas, R., 'Synnytyksen jälkeisen masennuksen arvoitus ratkeamassa?', *Suomen Lääkärilehti* 65:22 (2010), s. 1993.

Viikki, M., Leinonen, E., 'Masennuslääkkeillä on myös vähemmän tunnettuja haittoja', *Suomen Lääkärilehti* 65:23 (2010), s. 2114–2116.

Saari, A., 'Kovaa faktaa', *Suomen Lääkärilehti* 65:23 (2010), s. 2154.

Salokangas, R., 'Isäkin voi masentua synnytyksen jälkeen', *Suomen Lääkärilehti* 65:24 (2010), s. 2178.

Salokangas, R., 'Fluoksetiinia masennukseen hypomaanisille potilaille', *Suomen Lääkärilehti* 65:33 (2010), s. 2564.

Lehti, V., Niemelä, S., Sourander, A., 'Nuoruusiän raskaaksi ja äidiksi tulemistä ennustavat psykososiaaliset tekijät', *Suomen Lääkärilehti* 65:33 (2010), s. 2573–2576.

Leinonen, E., 'Biologisten hoitojen kehitys 1900-luvun psykiatriassa', *Suomen Lääkärilehti* 65:35 (2010), s. 2771–2775.

Seppänen, A., 'Akuuttityö valtaa alaa', *Suomen Lääkärilehti* 65:37 (2010), s. 2921.

- Parviainen, H., Juvén, T., Koivu, P., Piha, J., 'Kiireellisen lastenpsykiatrian nykyiset työkäytännöt', *Suomen Lääkärilehti* 65:37 (2010), s. 2949–2953.
- Toikkanen, U., 'Painajaisen toteutuessa lääkäri jää yksin', *Suomen Lääkärilehti* 65:39 (2010), s. 3098–3100.
- Soininen, M., 'Köyhän pääsy kuntoutuspsykoterapiaan ei helpotu', *Suomen Lääkärilehti* 65:40 (2010), s. 3198.
- Soininen, M., 'Tehoaako korvavalohoito kaamosmasennukseen?', *Suomen Lääkärilehti* 65:41 (2010), s. 3289.
- Tuisku, K., 'Syy on aina eläkevakuutuksessa?', *Suomen Lääkärilehti* 65:41 (2010), s. 3290.
- Pylkkänen, K., Eskola, J., Hemmi, A., 'Pakon käyttö psykiatriassa - lääketiedettä vai sosiaalista kontrollia?', *Suomen Lääkärilehti* 65:41 (2010), s. 3332–3337.
- Joukamaa, M., 'Pitkään työttömyyteen liittyy pitkä pahoinvointi', *Suomen Lääkärilehti* 65:45 (2010), s. 3665.
- Kerätär, R., Karjalainen, V., 'Pitkäaikaistyöttömillä on runsaasti hoitamattomia mielenterveyshäiriöitä', *Suomen Lääkärilehti* 65:45 (2010), s. 3683–3690.
- Idänpään-Heikkilä, J., 'Trisykliset masennuslääkkeet ja päänsärky', *Suomen Lääkärilehti* 65:45 (2010), s. 3716.
- Immonen-Räihä, P., Klami, R., 'Tasavertaisuutta ja tukea raiskauksen uhreille', *Suomen Lääkärilehti* 65:45 (2010), s. 3720–3721.
- Alanen, H., Leinonen, E., 'Milloin vanhus tarvitsee psykiatriasta sairaanhoitoa?', *Suomen Lääkärilehti* 65:46 (2010), s. 3791–3795.
- Idänpään-Heikkilä, J., 'Masennuslääke fluoksetiinia lihas- ja nivelkipuihin', *Suomen Lääkärilehti* 65:46 (2010), s. 3814.
- Väänänen, J., Ranta, K., Fröjd, S., Marttunen, M., Kaltiala-Heino, R., 'Sosiaalisten tilanteiden pelon ja masennuksen yhteys nuoruusiässä', *Suomen Lääkärilehti* 65:47 (2010), s. 3889–3894.
- Salokangas, R., 'Masennus johtaa ennenaikaiseen synnytykseen', *Suomen Lääkärilehti* 65:48 (2010), s. 3958.
- Salminen, V., 'Kun vaihtoehtoja ei ollut - lobotomia Suomen psykiatriassa', *Suomen Lääkärilehti* 65:48 (2010), s. 4042–4043.
- Pylkkänen, K., Marttunen, M., 'Sijaishuoltonuorten psykiatrisen hoidon tarvetta ei kohdata ajoissa', *Suomen Lääkärilehti* 65:49 (2010), s. 4055.
- Järvi, U., 'Masennuksen stimulaatiohoito vielä jäissä', *Suomen Lääkärilehti* 65:49 (2010), s. 4061.
- Tuisku, K., Joensuu, M., Ahola, K., Ropponen, T., Rossi, H., Virtanen, M., 'Hyvä masennuksen hoito työterveyshuollossa edellyttää yhteistyötä', *Suomen Lääkärilehti* 65:49 (2010), s. 4068–4069.
- Koponen, N., Laukkanen, E., Tolmunen, T., Ovaskainen, S., 'Joutuvatko sijaishuoltopaikkojen nuoret liian herkästi nuorisopsykiatriselle osastolle?', *Suomen Lääkärilehti* 65:49 (2010), s. 4073–4078.
- Haapasalo-Pesu, K., 'Sijaishuollossa oleville nuorille oma psykiatrisen poliklinikka', *Suomen Lääkärilehti* 65:49 (2010), s. 4112–4113.
- Raivio, T., 'Nuorisopsykiatria kehitetään yhteistyössä Kuopiossa', *Suomen Lääkärilehti* 65:49 (2010), s. 4121–4123.

- Viikki, M., Leinonen, E., 'Masennuslääkkeiden seksuaaliset haittavaikutukset ovat yleisiä', *Suomen Lääkärilehti* 66:1–2 (2011), s. 58–60.
- Taiminen, T., 'Kognitiivinen psykoterapia suojaa myöhemminkin', *Suomen Lääkärilehti* 66:3 (2011), s. 151.
- Ranta, K., 'Sosiaalisten tilanteiden pelko ja sen hoito eri ikäkausina', *Suomen Lääkärilehti* 66:4 (2011), s. 261–268.
- Romanov, M., 'Onko lapsi heitetty pesuveden mukana?', *Suomen Lääkärilehti* 66:5 (2011), s. 342–343.
- Idänpään-Heikkilä, J., 'Uusi masennuslääke vilatsoponi', *Suomen Lääkärilehti* 66:5 (2011), s. 388.
- Martin, T., Karlsson, L., Marttunen, M., 'Temperamentti ja kiintymyssuhde nuoruusiän masennuksen riskitekijöinä', *Suomen Lääkärilehti* 66:7 (2011), s. 547–522.
- Kaltiala-Heino, R., Lindberg, N., Sailas, E., 'Nuorten väkivaltaisen käyttäytymisen riskin arvioiminen', *Suomen Lääkärilehti* 66:8 (2011) s. 643–650.
- Koponen, H., 'Painonnousu psyykenlääkkeiden haittavaikutuksena', *Suomen Lääkärilehti* 66:9 (2011), s. 729–733.
- Kaila, E., Väisänen, A., Varjonen, J., Laamanen, A., Leino, T., 'Onko masennus hoidettavissa työterveyshuollossa', *Suomen Lääkärilehti* 66:10 (2011), s. 835–840.
- Idänpään-Heikkilä, J., 'Masennuslääkkeet ja raskaus', *Suomen Lääkärilehti* 66:10 (2011), s. 848.
- Honkonen, T., Vuorilehto, M., 'Masennuksen lyhytpsykoterapia - vähän käytetty mahdollisuus julkisessa terveydenhuollossa', *Suomen Lääkärilehti* 66:12 (2011), s. 1012–1017.
- Herse, F., Tamminen, N., Rinta, S., Bengtström, M., Reissell, E., 'Masennus tulee yhteiskunnalle kalliiksi', *Suomen Lääkärilehti* 66:14 (2011), s. 1184–1185.
- Taiminen, T., 'Syväaivostimulaatio auttaa masentunutta', *Suomen Lääkärilehti* 66:14 (2011), s. 1187.
- Idänpään-Heikkilä, J., 'Trisyklisten masennuslääkkeiden käyttäjiltä lisääntynyt sydänsairauksien vaara', *Suomen Lääkärilehti* 66:14 (2011), s. 1211.
- Tuunainen, A., Hublin, C., Härmä, M., 'Psykiatrinen sairaus - soveltuuko vuorotyö?', *Suomen Lääkärilehti* 66:18 (2011), s. 1483–1486.
- Kähärä, K., Grönlund, J., Mattila, K., 'Kenen on vastuu ja kuka voi vaikuttaa mielenterveysongelmiin', *Suomen Lääkärilehti* 66:18 (2011), s. 1487–1492.
- Leinonen, E., Koponen, H., 'Bupropioni - vanha masennuslääke, uusi vaihtoehto', *Suomen Lääkärilehti* 66:19 (2011), s. 1590–1592.
- Vehmanen, M., 'Iltasatu on parasta mielenterveystyötä', *Suomen Lääkärilehti* 66:20 (2011), s. 1676–1678.
- Idänpään-Heikkilä, J., 'Vanhusten psyykenlääkkeet ongelma Yhdysvalloissa', *Suomen Lääkärilehti* 66:21 (2011), s. 1767.
- Suominen, K., Valtonen, H., 'Itseään vahingoittavan potilaan psykiatrinen hoito', *Suomen Lääkärilehti* 66:23 (2011), s. 1819.
- Nurmi-Lüthje, I., Hinkkurinen, J., Salmio, K., Lundell, L., Lüthje, P., Karjalainen, K., 'Itseään vahingoittaneiden potilaiden psykiatrinen konsultaatio toteutuu päivityksessä vain osittain', *Suomen Lääkärilehti* 66:23 (2011), s. 1905–1910.

- Salokangas, R., Korkeila, J., Saarijärvi, S., Hietala, J., Sandqvist, A., Haapasalo-Pesu, K., Viinamäki, H., Koponen, H., Laukkanen, E., Isohanni, M., Leinonen, E., Isometsä, E., Marttunen, M., Joukamaa, M., Tiihonen, J., 'Nuorisopsykiatriasta ei saa luopua', *Suomen Lääkärilehti* 66:24 (2011), s. 1985–1985.
- Raitanen, L., 'Joskus lumi ja kipu sulavat', *Suomen Lääkärilehti* 66:24 (2011), s. 2016–2017.
- Lammi, U., 'Psykiatriset potilaat saavat puheenvuoron teatteri Viiruksessa', *Suomen Lääkärilehti* 66:24 (2011), s. 2045.
- Taiminen, T., Hietala, J., 'Bentsodiatsepiinit heikentävät kognitiivista suorituskykyä ja saattavat aiheuttaa masennusta', *Suomen Lääkärilehti* 66:26–39 (2011), s. 2176–2178.
- Pylkkänen, K., Laukkanen, E., 'Nuoret eivät pelkää hakeutua mielenterveyspalveluihin', *Suomen Lääkärilehti* 66:33 (2011), s. 2316–2317.
- Idänpään-Heikkilä, J., 'Vanhoille sopivat vanhimmat masennuslääkkeet', *Suomen Lääkärilehti* 66:33 (2011), s. 2351.
- Laine, M., 'Joukkosurmien taustalla on heikko status vertaisryhmässä', *Suomen Lääkärilehti* 66:33 (2011), s. 2396–2397.
- Vuola, T., 'Seksuaalisuuteen liittyvät lääkkeiden haittavaikutukset', *Suomen Lääkärilehti* 66:35 (2011), s. 2493–2496.
- Järvi, U., 'Ahdistuksen geenitutkimus tukee myös terapioiden kehitystä', *Suomen Lääkärilehti* 66:36 (2011), s. 2568.
- Pitkälä, K., 'Vanhuksen masennuksen hoidon trendit', *Suomen Lääkärilehti* 66:36 (2011), s. 2572.
- Korkeila, J., 'Psykiatristen hoitojärjestelmien kansainvälinen vertailu - onko sillä antia suomelle?', *Suomen Lääkärilehti* 66:36 (2011), s. 2591–2597.
- Idänpään-Heikkilä, J., 'Sitalopraami voi aiheuttaa rytmihäiriöitä', *Suomen Lääkärilehti* 66:36 (2011), s. 2609.
- Töysä, T., 'Bentsodiatsepiinit ja kognitio - korrelaatio ja kausaalisuhde sekaisin', *Suomen Lääkärilehti* 66:38 (2011), s. 2742.
- Taiminen, T., Hietala, J., 'Lisätutkimuksia tarvitaan', *Suomen Lääkärilehti* 66:38 (2011), s. 2743.
- Taiminen, T., 'Persoonallisuushäiriöistä paranee', *Suomen Lääkärilehti* 66:38 (2011), s. 2750.
- Taiminen, T., 'Masentaako ahdistuksen hillintä?', *Suomen Lääkärilehti* 66:38 (2011), s. 2751.
- Seppänen, A., 'Verkkoterapiaa kokeillaan lieviin mielenterveysongelmiin', *Suomen Lääkärilehti* 66:40 (2011), s. 2914.
- Koski, S., 'Bentsodiatsepiinien häpeäleima on ristiriidassa käytännön kanssa', *Suomen Lääkärilehti* 66:40 (2011), s. 2919.
- Joutsenniemi, K., Stenberg, J., Reiman-Möttönen, P., Räsänen, P., Isojärvi, J., Sihvo, S., 'Masennuspotilaiden kognitiiviset verkkoterapiat', *Suomen Lääkärilehti* 66:40 (2011), s. 2941–2948.
- Toikkanen, U., 'Ratkaisukeskeinen lyhytterapia auttaa terveyskeskuslääkärin työtä', *Suomen Lääkärilehti* 66:41 (2011), s. 3106–3107.
- Mulari, K., Lukkari, O., 'Tietokannat tukevat odottavien ja imettävien äitien lääkitystä', *Suomen Lääkärilehti* 66:41 (2011), s. 3145–3148.
- Wahlbeck, K., 'Työ on myös masentuneen oikeus', *Suomen Lääkärilehti* 66:43 (2011), s. 3195.

- Luutonen, S., Tikka, M., Nieminen, M., From, T., Salokangas, R., 'Takuulla hoitoon – mutta millaiseen? Varhain-tutkimus psykiatrisen erikoissairaanhoidon käynnistymisestä', *Suomen Lääkärilehti* 66:43 (2011), s. 3227–3231.
- Idänpään-Heikkilä, J., 'Sitalopraamin enimmäisannostusta pienennetään?', *Suomen Lääkärilehti* 66:43 (2011), s. 3239.
- Nimimerkki "Ei vuosien bentsodiatsepiinilääkityksiä", 'Rauhoittavien lääkkeiden pitkäaikaiskäyttökulttuuri on virhearvio', *Suomen Lääkärilehti* 66:44 (2011), s. 3295.
- Honkonen, T., Gould, R., 'Masennusperusteisen työkyvyttömyyden määrä on taittunut', *Suomen Lääkärilehti* 66:44 (2011), s. 3296–3297.
- Idänpään-Heikkilä, J., 'Sitalopraamin enimmäispäiväannos 40mg', *Suomen Lääkärilehti* 66:45 (2011), s. 3427.
- Idänpään-Heikkilä, J., 'Masennuslääkkeen jatkotutkimukset tyssäsivät', *Suomen Lääkärilehti* 66:46 (2011), s. 3507.
- Järvi, U., 'Depressiohoitajat juurtuivat Keski-Suomeen', *Suomen Lääkärilehti* 66:47 (2011), s. 3556–3557.
- Aalberg, V., Arajärvi, T., Haukkamaa, K., Laukkanen, E., Lehtonen, J., Pylkkänen, K., Taipale, V., Tiihonen, J., 'Lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian erikoisalojen säilyttäminen on yhteiskunnallinen kysymys', *Suomen Lääkärilehti* 66:47 (2011), s. 3562–3563.
- Raivio, T., 'Hyväntekeväisyysrahalla saatiin aikaiseksi paljon hyvää', *Suomen Lääkärilehti* 66:47 (2011), s. 3569–3591.
- Taiminen, T., 'Luovuus ja psyykkiset sairaudet', *Suomen Lääkärilehti* 66:48 (2011), s. 3648.
- Idänpään-Heikkilä, J., 'Essitalopraamin rytmihäiriöriski arvioitiin', *Suomen Lääkärilehti* 66:49 (2011), s. 3775.
- Soinila, S., 'Musiikki on terapiaa terveelle ja sairaalle', *Suomen Lääkärilehti* 66:50–52 (2011), s. 3820.
- Vierula, H., 'Kesäkandi tarvitsee tukea', *Suomen Lääkärilehti* 66:50–52 (2011), s. 3822–3825.
- Huttunen, M., 'Jokainen potilas on laulun arvoinen', *Suomen Lääkärilehti* 66:50–52 (2011), s. 3834–3835.
- Raivio, T., 'Luottamuslääkäri madaltaa hoitoon menemisen kynnystä', *Suomen Lääkärilehti* 66:50–52 (2011), s. 3878–3879.
- Tamminen, T., 'Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria vai lasten- ja nuorisopsykiatria?', *Suomen Lääkärilehti* 67:1–2 (2012), s. 26–27.
- Kaltiala-Heino, R., Sourander, A., 'Lasten- ja nuorisopsykiatriassa isompi on vahvempaa', *Suomen Lääkärilehti* 67:1–2 (2012), s. 28.
- Piha, J., Karlsson, H., 'Erikoisalarakenteen vastattava psykiatrian tieteellistä kehitystä', *Suomen Lääkärilehti* 67:3 (2012), s. 143.
- Kivisaari, J., 'Anksiolyyttien pitkäaikaista käyttöä ei pidä puolustella', *Suomen Lääkärilehti* 67:3 (2012), s. 144.
- Kaivola, J., Lehtonen, L., 'Hoitoon liittyvä masennus', *Suomen Lääkärilehti* 67:3 (2012), s. 169–172.
- Idänpään-Heikkilä, J., 'Depression hoito onnistuu monisairaillekin', *Suomen Lääkärilehti* 67:3 (2012), s. 177.
- Hietanen, P., 'Miksi lääketieteen totuus muuttuu?', *Suomen Lääkärilehti* 67:4 (2012), s. 219.

- Aalberg, V., Haukkamaa, K., Lehtonen, J., Pylkkänen, K., 'Erikoisalojen yhdistäminen ei ole oikea ratkaisu', *Suomen Lääkärilehti* 67:4 (2012), s. 229.
- Taiminen, T., 'Masennuslääkkeet tehoavat, mutta vain osaan potilaista', *Suomen Lääkärilehti* 67:4 (2012), s. 234.
- Pitkälä, K., 'Vanhuksen masennuksen hoidon trendit', *Suomen Lääkärilehti* 67:4 (2012), s. 235.
- Idänpään-Heikkilä, J., 'SSRI-lääkkeet lisäävät vastasyntyneen keuhkoverenpainetta', *Suomen Lääkärilehti* 67:4 (2012), s. 267.
- Vehmanen, M., 'Puuttuminen ehkäisee perhesurmia', *Suomen Lääkärilehti* 67:5 (2012), s. 318–320.
- Seppänen, A., 'Kenttä tyrmää lasten- ja nuorisopsykiatrian yhdistämisen', *Suomen Lääkärilehti* 67:5 (2012), s. 321.
- Idänpään-Heikkilä, J., 'Masennuslääkkeet lisäävät vanhusten kaatumistaipumuksia', *Suomen Lääkärilehti* 67:5 (2012), s. 355.
- Idänpään-Heikkilä, J., 'Lääkehoito nuoruusiän masennuksessa', *Suomen Lääkärilehti* 67:7 (2012), s. 522.
- Taiminen, T., 'Uskonto suojaa masennukselta', *Suomen Lääkärilehti* 67:8 (2012), s. 580.
- Honkalampi, K., Rajala, K., Pajula, J., Saarinen, P., 'Seitsemäsosa psykiatrisen avohoidon vastaanottoajoista jää käyttämättä', *Suomen Lääkärilehti* 67:8 (2012), s. 607–610.
- Taiminen, T., 'Psykykenlääkkeet eivät ole muita lääkkeitä huonompia', *Suomen Lääkärilehti* 67:11 (2012), s. 861.
- Idänpään-Heikkilä, J., 'Masennuksen hoito raskaudessa ongelmallista', *Suomen Lääkärilehti* 67:11 (2012), s. 882.
- Alanen, Y., 'Miksi psykiatria ei kiinnosta?', *Suomen Lääkärilehti* 67:12 (2012), s. 935.
- Marttunen, M., 'Psykoteraapia tehoaa nuorten mielenterveyshäiriöiden hoidossa', *Suomen Lääkärilehti* 67:13 (2012), s. 1019.
- Seppänen, A., 'Varhainen puuttuminen voi pelastaa paljon', *Suomen Lääkärilehti* 67:13 (2012), s. 1022–1024.
- Laukkanen, E., 'Nuorten psykoterapian uudet mahdollisuudet', *Suomen Lääkärilehti* 67:13 (2012), s. 1053–1059.
- Holopainen, E., Lahti, J., Rahkonen, O., Lahelma, E., Laaksonen, M., 'Liikunta ehkäisee pitkiä sairauslomia', *Suomen Lääkärilehti* 67:14–15 (2012), s. 1155–1159.
- Idänpään-Heikkilä, J., 'Sitalopraamin käytössä tarkistuksia', *Suomen Lääkärilehti* 67:14–15 (2012), s. 1164.
- Puura, K., Mäntymaa, M., 'Lapsen itsetuhoisuus - hätähuuto mahdollittoman edessä', *Suomen Lääkärilehti* 67:17 (2012), s. 1329–1333.
- Sariola, S., 'Kuntoutus pysäytti lääkärin', *Suomen Lääkärilehti* 67:21 (2012), s. 1638–1640.
- Erkkilä, J., Tervaniemi, M., 'Musiikkiterapia masennuksen hoidossa', *Suomen Lääkärilehti* 67:21 (2012), s. 1656–1661.
- Anttila, L., Korkeila, J., 'Stressi ja lapsettomuus', *Suomen Lääkärilehti* 67:26–31 (2012), s. 2076–2080.
- Tulppala, M., 'Lapsettomuus ja parisuhde', *Suomen Lääkärilehti* 67:26–31 (2012), s. 2081–2086.

- Pitkälä, K., 'Voiko masennusta hoitaa puhelimitse?', *Suomen Lääkärilehti* 67:35 (2012), s. 2362–2363.
- Leppämäki, S., 'Neurostimulaattorihoidot - tulevaisuuden psykiatria', *Suomen Lääkärilehti* 67:36 (2012), s. 2454–2459.
- Näätänen, P., Paunio, T., 'Haasteena älykäs, oppiva ja informoiva psykoterapiajärjestelmä', *Suomen Lääkärilehti* 67:37 (2012), s. 2515–2516.
- Paunio, T., Lindfors, O., Kalska, H., Karlsson, H., Kurri, K., Lehtovuori, P., Melart, P., Melartin, T., Näätänen, P., Pirkola, S., Wahlström, J., 'Psykoterapiaprosessit nyt ja tulevaisuudessa', *Suomen Lääkärilehti* 67:37 (2012), s. 2547–2453.
- Järvi, U., 'Mitä synnytyospelko on?', *Suomen Lääkärilehti* 67:42 (2012), s. 2985.
- Saisto, T., Rouhe, H., 'Synnytyospelon taustatekijät ja hoitotulokset tutkimuksen valossa', *Suomen Lääkärilehti* 67:42 (2012), s. 3007–3012.
- Vehmanen, M., 'Puhumalla paras', *Suomen Lääkärilehti* 67:44 (2012), s. 3176–3178.
- Taiminen, T., 'Psykoterapia saattaa kehittää psyyken puolustusmekanismia', *Suomen Lääkärilehti* 67:44 (2012), s. 3191.
- Idänpään-Heikkilä, J., 'SSRI-lääkkeiden käyttöön liittyy lisääntynyt aivoverenvuotoriski', *Suomen Lääkärilehti* 67:44 (2012), s. 3227.
- Viikki, M., Leinonen, E., 'Sitalopraamin ja essitalopraamin käyttöön liittyvä QT-ajan piteneminen', *Suomen Lääkärilehti* 67:46 (2012), s. 3407–3410.
- Korkeila, J., 'Lääkärin kuuluu vaikuttaa nettitiedon laatuun', *Suomen Lääkärilehti* 67:47 (2012), s. 3462.
- Idänpään-Heikkilä, J., 'Masennuslääkkeen maksahaitat', *Suomen Lääkärilehti* 67:47 (2012), s. 3500.
- Lehto, S., 'Keho ei erota stressiä ja masennusta?', *Suomen Lääkärilehti* 67:48 (2012), s. 3539.
- Rikala, M., Korhonen, M., Hartikainen, S., 'Vanhukset käyttävät rauhoittavia ja unilääkkeitä vuosien ajan', *Suomen Lääkärilehti* 67:48 (2012), s. 3583–3584.
- Idänpään-Heikkilä, J., 'Lumevaikutus vahva vaikeassakin masennuksessa', *Suomen Lääkärilehti* 67:48 (2012), s. 3585.
- Seppänen, A., 'Tasa-arvo ei toteudu lasten psykoterapioissa', *Suomen Lääkärilehti* 67:49 (2012), s. 3624.
- Alarotu, E., 'Lääkärit lääkärien tukena', *Suomen Lääkärilehti* 67:49 (2012), s. 3682.
- Seppänen, A., 'Hengähdystauko tai hyppy työelämään', *Suomen Lääkärilehti* 67:50–52 (2012), s. 3778–3781.
- Järvi, U., 'Hyksin Oy aloittaa psykoterapioilla', *Suomen Lääkärilehti* 68:1–2 (2013), s. 19.
- Kirkinen, P., 'SSRI-lääkkeiden käyttö raskauden aikana ei lisää lapsen kuolemia', *Suomen Lääkärilehti* 68:3 (2013), s. 130.
- Husman, K., 'Johtaako masennuksen huono hoito työkyvyttömyyseläkkeelle?', *Suomen Lääkärilehti* 68:4 (2013), s. 193.
- Järvi, U., 'Masentunut yhä harvemmin eläkkeelle', *Suomen Lääkärilehti* 68:4 (2013), s. 201.
- Saarela, T., Hiltunen, P., 'Vaikeasti traumatisoitunut vanhus', *Suomen Lääkärilehti* 68:4 (2013), s. 217–223.

Suominen, K., Kronqvist, K., Karjalainen, K., Husman, K., Katila-Keso, L., Haanpää, M., 'Johtaako masennuksen huono hoito eläkkeelle?', *Suomen Lääkärilehti* 68:4 (2013), s. 232–236.

Hakoniemi, S., 'Omaisien tuska voi olla sairaus', *Suomen Lääkärilehti* 68:4 (2013), s. 238–240.

Van Der Meer, M., 'Psykiatria vaatii kokonaisvaltaista kohtaamista', *Suomen Lääkärilehti* 68:6 (2013), s. 386–387.

Idänpään-Heikkilä, J., 'Käytetäänkö masennuslääkkeitä liikaa?', *Suomen Lääkärilehti* 68:6 (2013), s. 426.

Pylkkänen, K., Lehtonen, J., Aalberg, V., 'Mitä on masennuksen käypä tai huono hoito?', *Suomen Lääkärilehti* 68:8 (2013), s. 564.

Kronqvist, K., Suominen, K., Karjalainen, K., Husman, K., Katila-Keso, L., Haanpää, M., 'Kirjoittajat vastaavat: kysymys osuu naulan kantaan', *Suomen Lääkärilehti* 68:8 (2013), s. 564–565.

Hurme, J., 'Viileä kyyti', *Suomen Lääkärilehti* 68:8 (2013), s. 596–597.

Pirkkola, S., 'Kommentti kuulluksi tulemisen tärkeydestä', *Suomen Lääkärilehti* 68:8 (2013), s. 597.

Korkeila, J., 'Hatara kokonaisuus syrjäyttää masentuneita', *Suomen Lääkärilehti* 68:10 (2013), s. 724.

Salokangas, R., 'Miten välttää masentuneen eläköityminen?', *Suomen Lääkärilehti* 68:10 (2013), s. 724–725.

Laukkala, T., Henriksson, M., Ponteva, M., 'Varusmiespalvelus ja mielenterveys', *Suomen Lääkärilehti* 68:13–14 (2013), s. 1028–1029.

Nuotio, T., Karukivi, M., Saarijärvi, S., 'Nuorten masennusta voidaan ehkäistä', *Suomen Lääkärilehti* 68:15 (2013), s. 1089–1095.

Pylkkänen, K., 'Nuorisopsykiatrinen avohoito toteutuu kohtalaisesti', *Suomen Lääkärilehti* 68:16 (2013), s. 1164–1165.

Seppänen, A., 'Yhä useammalla nuorella on masennuslääkitys', *Suomen Lääkärilehti* 68:17 (2013), s. 1241.

Idänpään-Heikkilä, J., 'Äidin masennuslääkkeillä yhteys lapsen autismiin?', *Suomen Lääkärilehti* 68:18 (2013), s. 1367.

Furubacka, L., "'Uskomushoitojen" rajoittamiselle tuskin on perusteita', *Suomen Lääkärilehti* 68:19 (2013), s. 1402–1403.

Saarikivi, J., 'Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyden sukupuolierot', *Suomen Lääkärilehti* 68:20 (2013), s. 1487–1492.

Toikkanen, U., 'Kyselyillä kiinni masennukseen', *Suomen Lääkärilehti* 68:21 (2013), s. 1556.

Isometsä, E., Paunio, T., 'DSM-5 valmistui viimein', *Suomen Lääkärilehti* 68:23 (2013), s. 1702.

Hovi, S., Sarelahti, M., 'Vagushermostimulaattori hoitoresistentin depression hoidossa - suosituksen päivitys', *Suomen Lääkärilehti* 68:24 (2013), s. 1827.

Korkeila, J., 'DSM-5 - paljon melua tyhjästä', *Suomen Lääkärilehti* 68:33 (2013), s. 1962–1963.

Idänpään-Heikkilä, J., 'Masennuslääkkeet lisäävät verenvuotoja synnytyksen jälkeen', *Suomen Lääkärilehti* 68:35 (2013), s. 2139.

Taiminen, T., 'Aivokuvaus ennustaa psykoterapian ja lääkkeen tehoa masennuspotilaalla', *Suomen Lääkärilehti* 68:36 (2013), s. 2193.

- Nietola, M., Korkeila, J., 'Psykoottisen masennuksen diagnostiikka ja hoito', *Suomen Lääkärilehti* 68:36 (2013), s. 2203–2207.
- Idänpään-Heikkilä, J., 'Masennuslääkkeet eivät heikennä luustoa', *Suomen Lääkärilehti* 68:38 (2013), s. 2383.
- Karukivi, M., Mäkelä, A., Haapasalo-Pesu, K., 'Akuuttityöryhmä tehosti nuorisopsykiatrista avohoitoa Satakunnassa', *Suomen Lääkärilehti* 68:40 (2013), s. 2524–2528.
- Idänpään-Heikkilä, J., 'Uusi masennuslääke tuloillaan', *Suomen Lääkärilehti* 68:41 (2013), s. 2609.
- Lautala, T., 'Miten masennuslääke vaikuttaa?', *Suomen Lääkärilehti* 68:42 (2013), s. 2657.
- Rantamäki, T., 'Masennuslääkkeet edistävät hermoverkkojen muovautuvuutta – mitä hyötyä siitä on aivoille?', *Suomen Lääkärilehti* 68:42 (2013), s. 2675–2680.
- Järvi, U., 'Stressi voi ohjelmoida sairauden jo kohdussa', *Suomen Lääkärilehti* 68:43 (2013), s. 2740.
- Taiminen, T., 'Ketamiini tehoaa masennukseen sähköhoidon veroisesti', *Suomen Lääkärilehti* 68:43 (2013), s. 2746–2747.
- Idänpään-Heikkilä, J., 'Lisäävätkö SSRI-lääkkeet luunmurtumia?', *Suomen Lääkärilehti* 68:43 (2013), s. 2770.
- Soininen, M., 'Kun kaikki ei ole hyvin', *Suomen Lääkärilehti* 68:44 (2013), s. 2814–2816.
- Taiminen, T., 'Miesten masennus jää tunnistamatta', *Suomen Lääkärilehti* 68:45 (2013), s. 2920.
- Idänpään-Heikkilä, J., 'Vortiooksetiini tulossa masennuksen hoitoon EU-maissa', *Suomen Lääkärilehti* 68:45 (2013), s. 2949.
- Idänpään-Heikkilä, J., 'Läketutkimuksia uudelleentarkastelussa', *Suomen Lääkärilehti* 68:47 (2013), s. 3097.
- Gergov, V., Lindberg, N., Tainio, V., Marttunen, M., 'Nuorten ostopalvelupsykoterapiat - mitä ostetaan ja kenelle?', *Suomen Lääkärilehti* 68:49 (2013), s. 3239–3244.
- Idänpään-Heikkilä, J., 'Masennuslääkkeiden käyttö on lisääntynyt nopeasti', *Suomen Lääkärilehti* 68:50–52 (2013), s. 3343.
- Järvi, U., 'Apua nuorille – ilman rajoja', *Suomen Lääkärilehti* 69: (2014), s. 293.
- Saxén, U., Lampela, M., Elo, T., Nevalainen, M., Haapasalo-Pesu, K., Korkeila, J., 'Psykiatriassa avohoitoa tehostettu Satakunnassa', *Suomen Lääkärilehti* 69:6 (2014), s. 400–405.
- Taiminen, T., 'Tupakoinnin lopettaminen lievittää psykiatrisia oireita lääkehoidon veroisesti', *Suomen Lääkärilehti* 69:10 (2014), s. 700.
- Taiminen, T., 'Aiemmat psykiatriset oireet tapaavat unohtua', *Suomen Lääkärilehti* 69:13 (2014), s. 950–951.
- Idänpään-Heikkilä, J., 'Agomelatiinia vertailtiin muihin masennuslääkkeisiin', *Suomen Lääkärilehti* 69:14 (2014), s. 1080.
- Toikkanen, U., 'Nuorten masennus toistuu useammin kuin aikuisten', *Suomen Lääkärilehti* 69:21 (2014), s. 1545.
- Heilä, H., Blomgren, J., Vainiemi, K., 'Nuorten työkyvyn psykiatrinen arviointi', *Suomen Lääkärilehti* 69:23 (2014), s. 1716–1720.
- Pirkola, S., 'Masennuslääkkeillä mediaan', *Suomen Lääkärilehti* 69:33 (2014), s. 1948–1949.

Saloheimo, P., 'Tutkimusartikkelit voivat harhauttaa systemoituja katsauksia', *Suomen Lääkärilehti* 69:35 (2014), s. 2025.

Hintikka, J., 'Masennuspotilaita ei pidä mitätöidä', *Suomen Lääkärilehti* 69:37 (2014), s. 2260.

Idänpään-Heikkilä, J., 'Masennuslääke agomelatiiniin liittyy maksavaurioita', *Suomen Lääkärilehti* 69:40 (2014), s. 2559.

Pirkola, S., 'Psykoterapian muuttuvat maisemat', *Suomen Lääkärilehti* 69:41 (2014), s. 2596.

Knekt, P., Lindfors, O., Vaarama, M., 'Psykoterapia pitää kohdentaa paremmin', *Suomen Lääkärilehti* 69:41 (2014), s. 2609–2609.

Katila, H., Kontunen, J., 'Interpersoonalinen psykoterapia pureutuu ongelmiin sosiaalisessa vuorovaikutuksessa', *Suomen Lääkärilehti* 69:41 (2014), s. 2619–2624.

Pitkälä, K., 'Masennuksen, mielialalääkkeiden ja osteoporoosin yhteydet', *Suomen Lääkärilehti* 69:44 (2014), s. 2862–2863.

Kaila, E., Varjonen, J., Leino, T., 'Masennus on hoidettava työterveyshuollossa', *Suomen Lääkärilehti* 69:44 (2014), s. 2885–2893.

Idänpään-Heikkilä, J., 'Poistuuko itsetuhovaroitus SSRI-masennuslääkkeistä?', *Suomen Lääkärilehti* 69:47 (2014), s. 3195.

Vuorilehto, M., Riihimäki, K., 'Depression hyvä hoito perusterveydenhuollossa', *Suomen Lääkärilehti* 69:48 (2014), s. 3259–3264.

Ahola, K., Joensuu, M., Mattila-Holappa, P., Tuisku, K., Vahtera, J., Virtanen, M., 'Mielenterveyssyistä työkyvyttömiä nuorten aikuisten tausta', *Suomen Lääkärilehti* 69:50-52 (2014), s. 3441–3448.

Minkkinen, M., 'Vielä viimeinen mahdollisuus', *Suomen Lääkärilehti* 69:50–52 (2014), s. 3482–3483.