

**MIELENTERVEYS JA KULTTUURI: MASENNUKSEN ILMENEMINEN JA
MASENNUSTA SELITTÄVÄT TEKIJÄT SOMALIALAISISSA JA
SUOMALAISSA KULTTUURISSA**

**Saija Kuittinen
Pro gradu –tutkielma
Psykologian laitos
Tampereen yliopisto
Maaliskuu 2009**

TAMPEREEN YLIOPISTO

Psykologian laitos

KUITTINEN, SAIJA: Mielenterveys ja kulttuuri: Masennuksen ilmeneminen ja masennusta selittävät tekijät somalialaisessa ja suomalaisessa kulttuurissa

Pro gradu – tutkielma, s. 40

Ohjaaja: Raija-Leena Punamäki

Psykologia

Maaliskuu 2009

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin masennuksen ilmenemistä kulttuuripsykologisesta näkökulmasta. Masennusoireiden ja masennusta selittävien tekijöiden kulttuurisidonnaisuutta tutkittiin vertailemalla Suomessa asuvia ikääntyneitä somalialaisia ja suomalaisia. Lisäksi analysoitiin masennuksen ja sukupuolen välistä yhteyttä suhteessa kulttuuriin, sekä masennuksen, somatisaation ja aleksitymian välisten yhteyksien kulttuurisidonnaisuutta. Masennusta selittävinä tekijöinä tarkasteltiin yksilöllistä ominaisuutta (koherenssin tunne) ja sosiaalista tekijää (sosiaalinen tuki).

Tutkimukseen osallistui yhteensä 256 yli 50-vuotiasta henkilöä, joista 128 oli suomalaisia ja 128 somalialaisia. Naisia tutkimushenkilöistä oli 58.6 % ja miehiä 41.4 %, ja osallistujien keski-ikä oli 57.9 vuotta. Somalialaiset osallistujat haastateltiin pääkaupunkiseudulla somalinkielellä vuonna 2007. Heille valittiin suomalaiset vastinparit vuosina 2000 ja 2001 kerätystä valtakunnallisesta Terveys 2000 -tutkimusaineistosta. Tutkimukseen osallistuneet suomalaiset ja somalialaiset kaltaistettiin sukupuolen, iän ja siviilisäädyn mukaan. Tutkimustiedot kerättiin BDI, SCL-90-R, TAS-20 ja SOC-13 -mittareilla. Sosiaalista tukea arvioitiin siviilisäädyllä ja kysymyksillä päivittäisiin askareisiin tarvitusta ja niihin saadusta avusta. Tutkimusaineiston tilastollisessa analyysissä käytettiin varianssianalyysia ja Pearsonin korrelaatiokerrointa.

Tulokset olivat pääsääntöisesti oletusten mukaisia. Masennusoireet erosivat kulttuuriryhmän mukaan siten, että somalialaiset ilmaisivat suomalaisia enemmän somaattis-affektiivisiä oireita, ja suomalaiset puolestaan somalialaisia enemmän kognitiivisia depressio-oireita. Yleisellä tasolla somalialaiset raportoivat enemmän masentuneisuutta kuin suomalaiset. Lisäksi naiset ilmaisivat miehiä enemmän masennusoireita kummassakin kulttuurissa. Oletusten mukaisesti masennuksen ja somatisaation välinen yhteys oli voimakkaampi somalialaisessa kuin suomalaisessa kulttuurissa. Aleksitymia puolestaan liittyi koettuihin somaattisiin oireisiin yhtä merkittävästi kummassakin kulttuurissa. Somalialaisten taipumusta ilmaista somaattisia oireita ei siten voitu selittää tunnekokemuksiin liittyvillä tekijöillä. Oletusten vastaisesti heikko koherenssin tunne ja hyvä sosiaalinen tuki olivat yhteydessä masentuneisuuteen sekä suomalaisessa että somalialaisessa kulttuurissa.

Tutkimustulokset vahvistavat aikaisempia tuloksia kulttuuritaustan ja masennusoireiden välisestä yhteydestä. Tutkimus oli ensimmäinen, jossa tutkittiin masennusta ja siihen liittyviä tekijöitä Suomen kantaväestön ja maahanmuuttajien parissa. Tuloksia tarkasteltiin suhteessa kulttuurin yksilöllisyyteen ja yhteisöllisyyteen sekä mielenterveyteen liittyviin käsityksiin. Tutkimus tarjoaa hyödyllistä tietoa sekä psyykkisten ongelmien teoreettista ymmärtämystä että monikulttuurista mielenterveystyötä varten.

Avainsanat: masennus, somaattis-affektiiviset oireet, kognitiiviset oireet, somatisaatio, aleksitymia, kulttuuri, Suomi, Somalia, yksilöllisyys, yhteisöllisyys, koherenssin tunne, sosiaalinen tuki

SISÄLLYS

1	Johdanto	1
1.1	Tutkimuksen lähtökohta	1
1.2	Masennus ja kulttuuri	2
1.2.1	Alakuloisuuden tunteet ja kulttuuri	2
1.2.2	Masennusoireyhtymä ja kulttuuri	4
1.3	Yksilölliset ja yhteisölliset kulttuurit ja masennus	8
1.3.1	Kulttuuri ja masennusta selittävät tekijät	10
1.4	Somalialainen ja suomalainen kulttuuri ja mielenterveyteen liittyvät käsitykset	11
1.5	Masennus somalialaisessa ja suomalaisessa kulttuurissa	13
1.6	Tutkimusongelmat ja hypoteesit	15
2	Menetelmät	16
2.1	Tutkimushenkilöt ja aineiston keruu	16
2.2	Käytetyt mittarit	18
3	Tulokset	19
3.1	Kulttuuri ja masennusoireet	20
3.2	Masennus, somatisaatio ja aleksitymia	21
3.3	Masennusta selittävät tekijät	22
4	Pohdinta	22
4.1	Masennusoireet ja kulttuuri	23
4.2	Masennusta selittävien tekijöiden kulttuurisidonnaisuus	26
4.3	Tutkimuksen anti ja rajoitukset	28
4.4	Lopuksi	29
	Lähteet	31

1 Johdanto

1.1 Tutkimuksen lähtökohta

Kulttuuripsykologian perusoletuksena on, että inhimillisen toiminnan ymmärtämiseksi tulee huomioida se sosiokulttuurinen konteksti, jossa toiminta syntyy. Kulttuuri voidaan määritellä mielen kollektiivisena ohjelmoimisena, jolloin yhteisöllisellä tasolla omaksutut arvot, normit ja toimintatavat erottavat eri ryhmät ja yhteisöt toisistaan (Hofstede, 2001). Psyhyken ja kulttuurin välinen suhde nähdään kulttuuripsykologiassa dynaamisena ja vastavuoroisena (Bruner, 1996; Church, 2001; Heine, 2001). Sosiokulttuuriset prosessit vaikuttavat kokonaisvaltaisesti kognitioon, emootioihin ja kokemusten subjektiiviseen tulkintaan. Jopa se, miten yksilöllisyys tai minuus käsitetään eri kulttuureissa, rakentuu sosiaalisesti ja se vaihtelee paikasta ja ajasta toiseen (Heine, 2001; Markus & Kitayama, 1991).

Kulttuuriset käsitykset yksilöstä ovat useiden psykologisten teorioiden ja käytäntöjen taustalla ja ne ohjaavat niin tulkintojamme ympäröivästä maailmasta kuin emotionaalisia kokemuksiakin (Kirmayer, 1989). Yksilökeskeisiä psykologisia teorioita on syytetty siitä, etteivät ne kiinnitä tarpeeksi huomiota sosiokulttuurisiin prosesseihin. Länsimaisten näkemysten mukaan esimerkiksi psyykkiset ongelmat, kuten masennus, ovat yksilön ominaisuuksia. Tämä johtaa hoidon kohdistamiseen yksilötason ongelmiin, tavoitteena muutos yksilössä (Sloan, 2001). Vaikka yksilölliset ominaisuudet ovat tärkeitä, ne eivät ole irrallisia kulttuurista, eikä psyykkisten häiriöiden paikantaminen yksilöön tai niiden selittäminen individualistisilla tekijöillä ole luontaista kaikissa yhteisöissä (esim. Lutz, 1985; Sow, 1980). Koska psykologiset tutkimusmenetelmät eivät usein ota riittävästi huomioon kulttuurin merkitystä ihmisen toiminnassa (Kirmayer, 1989), pyrkii kulttuuripsykologia yhdistämään psykologiseen tutkimukseen myös laadullista etnografista tutkimustietoa (esim. Berry, Poortinga, Segall, & Dasen, 1992; Church, 2001). Kulttuurisen näkökulman omaksuminen ja kulttuuriseen kontekstiin liittyvien eroavaisuuksien tiedostaminen rikastuttavat psykologista tutkimustietoa ja -teoriaa sekä auttavat välttämään kapea-alaisen tiedon yleistämistä. Monikulttuurinen mielenterveystyö asettaa puolestaan psykologialle käytännön haasteita kulttuuristen tekijöiden huomioimiseksi.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa masennuksen oirekuvaa ja masennusta selittäviä tekijöitä kahdessa kulttuurisessa ryhmässä. Tässä tutkimuksessa Suomessa asuvat somalialaiset edustavat itäafrikkalaista ja yhteisöllistä kulttuuria, ja suomalaiset puolestaan pohjoiseurooppalaista ja yksilöllistä kulttuuria. Termeillä *somalialainen* ja *suomalainen* viitataan ensisijaisesti etniseen ja kielelliseen taustaan, ei Somalian tai Suomen kansalaisuuteen.

Masennuksen ilmenemistä tarkastellaan kummassakin kulttuurissa suhteessa somatisaatioon ja aleksitymiaan. Masennusoireiden erilaiset ilmenemismuodot on tärkeä tuntea, sillä länsimaisessa psykiatriassa masennuksen diagnosointi on hyvin oirekeskeistä (DSM-IV-TR; APA 2000; ICD-10; WHO 1992). Mielenkiinnon kohteena on lisäksi masennukselle altistavien tai siltä suojelevien tekijöiden merkitys suomalaisessa ja somalialaisessa kulttuurissa. Näiden tekijöiden tunnistaminen on keskeistä etenkin ennaltaehkäisevässä mielenterveystyössä.

Suomessa asuvat somalialaiset muodostavat maamme suurimman yksittäisen afrikkalaislähtöisen ja islaminuskoisen väestöryhmän (Tilastokeskus, 2008). Valtaosa Suomessa asuvista somalialaisista on nuoria, jotka ovat kasvaneet sekä suomalaisen ja somalialaisen kulttuuripiirin alla. Tämän tutkimuksen kohdejoukkona on ikääntynyt suomalainen ja somalialainen väestö, joiden ajatellaan parhaiten edustavan kummankin kulttuurin ominaispiirteitä. Aikaisemmat tutkimukset Suomessa asuvista somalialaisista ovat keskittyneet pääosin nuoriin, ja ikääntyviä maahanmuuttajia on tutkittu yleisesti hyvin vähän (Martikainen & Tiilikainen, 2007; Mölsä & Tiilikainen, 2008). Somalialaisten mielenterveyteen liittyviä tekijöitä ei juurikaan tunneta Suomessa (Hassinen-Ali-Azzani, 2002). Tietääkseni Suomessa ei ole aikaisemmin tutkittu eroja masennuksen ilmenemisessä etnisten tai kulttuuriryhmien välillä.

Jotta masennusta ja sen yhteyttä sosiokulttuurisiin tekijöihin voidaan selvittää, tarkastellaan ensin alakuloisuuden ja surullisuuden tunteiden ilmenemistä ja käsittelyä eri kulttuureissa.

1.2 Masennus ja kulttuuri

1.2.1 Alakuloisuuden tunteet ja kulttuuri

Emootiot ovat keskeinen osa psyykeä ja inhimillistä toimintaa kaikissa yhteisöissä. Psykologisen ja etenkin antropologisen tutkimuksen parissa on käyty keskustelua siitä, missä määrin emootioilla on samankaltaisia piirteitä kulttuurista ja ajasta toiseen, ja mikä on sosiokulttuurisen kontekstin merkitys tunnekokemuksissa (esim. Ekman, 1972; 1992; Levy, 1984; Lutz, 1988; Schieffelin, 1985). Yhteenvetona voidaan todeta, että emootioiden biologinen perusta ja fysiologinen ilmeneminen ovat tietyssä määrin synnynnäisiä ja yhdenmukaisia kulttuurista toiseen, mutta ympäröivän kulttuurin merkitys on ratkaiseva emotionaalisten prosessien, kuten tunteiden säätelyn, ilmaisun, tunnistamisen ja kokemisen kannalta (Elfenbein & Ambady, 2002; Kitayama & Markus,

1994; Kirmayer, 1989). Kulttuuri on yhteydessä emootioihin eri tavoin. Keskeisiä tekijöitä ovat esimerkiksi yhteisön normit, emootioihin liittyvät uskomukset ja kielelliset kategoriat (Kirmayer, 2001).

Yhteiskunnan normit ja uskomukset määrittävät, miten ja mitä tunteita voidaan ilmaista (Wellenkamp, 1995). Esimerkiksi iranilainen kulttuurihistoriallinen käsitys arvostaa melankolian ja surumielisyyden avointa ilmaisua (Good, DelVecchio, Good, & Moradi, 1985). Surullista ihmistä pidetään syvällisenä ja pohtivana, eikä surun ilmaisemiseen liity häpeää. Perinteisten kiinalaisten näkemysten mukaan voimakkaiden emootioiden ilmaiseminen on sen sijaan merkki heikkoudesta (Parker, Cheah, & Roy, 2001). Dysforisten tunteiden ilmaisu on häpeällistä itselle ja perheelle, ja mielenterveyshäiriöihin liittyy huomattava stigma (Kleinman & Kleinman, 1985; Yang, Link, & Phelan, 2008). Kiinassa, kuten muissa yhteisöllisissä kulttuureissa, toisten huomioonottaminen ja sosiaalinen harmonia ovat tavoiteltavampia asioita kuin tunteiden vapaa ilmaiseminen (Lutz, 1988; Markus & Kitayama, 1994). Yksilökeskeisissä kulttuureissa itsensä ja tunteidensa korostaminen on sen sijaan sallittua ja sitä pidetään yksilön oikeutena.

Kulttuureissa vallitsevat uskomukset ovat yhteydessä tunteista tehtäviin tulkintoihin ja selitysmalleihin. Eurooppalais-amerikkalaisen käsityksen mukaan emootiot ovat pohjimmiltaan psykobiologisia yksilöiden ominaisuuksia, joita yksilön täytyy pyrkiä säätelemään omalla toiminnallaan (Lutz, 1988). Tämän teorian mukaan masentuneisuuden tunteet liittyvät ongelmiin tunteiden kontrolloinnissa, jolloin rationaalinen ajattelu ja toiminta vaikeutuvat (Beeman, 1985). Länsimaisessa viitekehyksessä kehittyneet psykologiset teoriat selittävätkin taipumusta masennukseen ja alakuloiseen mielialaan usein yksilöiden ominaisuuksilla, joihin kuuluvat persoonallisuustyyli (esim. Morse & Robins, 2005), huono itsetunto (esim. Smith & Betz, 2002), attribuutiotyylit ja selitysmallit (esim. Tripp, Catano, & Sullivan, 1997), kielteiset kognitiiviset edustukset ja murehtiminen (esim. Ciesla & Robert, 2007) sekä opittu avuttomuus (esim. Nolen-Hoeksema, Seligman, & Girgus, 1986). Myös länsimaisen kognitiivisen psykoterapian hoito keskittyy ensisijaisesti masentuneen yksilön puutteellisiin tai vinoutuneisiin ajatusmalleihin, jotka oletetaan keskeisiksi tekijöiksi masennuksen ilmenemisessä (esim. Beck, 1967). Kaikissa kulttuureissa pitkään jatkunutta alavireistä mielialaa, surullisuutta tai psyykkisiä häiriöitä ei kuitenkaan pidetä yksilön ominaisuuksina, vaan ne ymmärretään reaktioina ulkoisiin tapahtumiin ja olosuhteisiin. Esimerkiksi Mikronesiassa pitkäaikainen suru läheisen menettämisen jälkeen tulkitaan johtuvaksi siitä, ettei henkilö ole pystynyt korvaamaan menetettyä suhdetta toisella (Lutz, 1985). Tällöin tunteista ja ongelmista myös selvittäään kohdistamalla ratkaisu yksilöllisten ominaisuuksien sijaan ulkoisiin tekijöihin.

Kulttuurisia eroja on myös tunteisiin ja mielialoihin liittyvissä kielellisissä kategorioissa.

Masennukselle käsitteenä ei löydy suoraa vastinetta monista kielistä indoeurooppalaisen kieliryhmän ulkopuolelta. Yksiselitteinen masennusta kuvaava termi puuttuu esimerkiksi kiinan kielestä Aasiassa (Kleinman, 1977), hopi-intiaanien kielestä Pohjois-Amerikassa (Manson, Shore, & Bloom, 1985) sekä yorubojen kielestä Afrikassa (Leff, 1981). Monissa kulttuureissa epämiellyttäviä tunteita kuvaavat sanat korvataan sanoilla tai ilmaisuilla, jotka viittaavat ruumiilliseen tuntemukseen, eikä emootioihin liittyviä psykologisia kokemuksia välttämättä eritellä sanallisesti (Bernstein, Lee, Park, & Jyoung, 2007; Leff, 1981). Tunnekokemusta voidaan sen sijaan kuvailla metaforien avulla ja niihin voidaan viitata konkreettisina ruumiillisina kipuina tai kokonaisvaltaisina tuntemuksina esimerkiksi painavuudesta tai oppoisesta.

1.2.2 Masennusoireyhtymä ja kulttuuri

Koska etnografinen tutkimusaineisto todistaa kiistatta emotionaalisten ilmaisujen kulttuurisidonnaisuuden, voimme olettaa myös affektiivisten häiriöiden ja niiden ilmiön vaihtelevan kulttuurisesti (Jenkins, 1994). Rajan vetäminen siihen, mikä koetaan normaalina tunnereaktiona tai mielialana ja mikä taas tulkitaan normaalista poikkeavana, onkin hyvin kulttuurisidonnaista (Kirmayer, 1989). Monissa kulttuureissa emotionaalisia ongelmia kuten masennusta ei pidetä mielenterveyshäiriönä vaan sosiomoraalisina ongelmina, joihin haetaan apua sosiaalisesta yhteisöstä (Kirmayer, 2001). Ongelmat voidaan tulkita myös rangaistuksiksi tabujen rikkomisesta tai pahojen henkien ja kirousten aiheuttamiksi (esim. Helman, 1984). Länsimaissa pitkään jatkuvat masennusoireet käsitetään sen sijaan toimintakykyä haittaavaksi mielenterveyshäiriöksi eli masennusoireyhtymäksi (esim. Isometsä, 1999). Keskeisenä oireena pidetään pitkään jatkunutta surullista mielialaa tai huomattavaa mielenkiinnon vähenemistä (DSM-IV-TR; APA 2000).

Depressioon liittyvistä kulttuurisista eroavaisuuksista ei voida suoraan päätellä, että masennusta ilmiönä ei olisi olemassa. Masennus todennäköisesti käsitetään ja koetaan vaihtelevin tavoin kulttuurisesta kontekstista riippuen (Marsella, 1980; Schieffelin, 1985). Osittain tämän takia masennusta ei ole aina tunnistettu kaikissa kulttuureissa (German, 1972; Kirmayer, 1989). Epidemiologiset tutkimukset kuitenkin osoittavat, että maailmanlaajuisesti yleisin mielenterveyshäiriö on juuri masennus (Weissman ym., 1996). Lisäksi masennuksen ilmenemisessä sukupuolen ja iän suhteen on todettu huomattavia yhtäläisyyksiä kulttuurista riippumatta. Masennusta ilmenee enemmän naisilla kuin miehillä, ja keskimääräinen ikä masennuksen

puhkeamishetkellä on noin 25 – 30 -vuotta (Chen, Copeland, & Wei, 1999; Lopes Cardozo ym., 2005; Slone ym., 2006; Weissman ym., 1996). Aikaisempien tutkimusten mukaan naisilla on miehiin verrattuna jopa kaksinkertainen riski sairastua masennukseen (Lucht ym., 2003; Weissman ym., 1996). Sukupuolieroja on pyritty selittämään mm. geneettisillä, hormonaalisilla, psykologisilla ja psykososiaalisilla riskitekijöillä, mutta tietämys naisia masennukselle altistavista tekijöistä on edelleen puutteellista (Kuehner, 2003).

Masennuksen prevalenssi vaihtelee maittain, mutta kehittyneiden ja kehitysmaiden välillä ei ole yhdenmukaisia eroja (WHO, 2001). Japanissa masennusta on todettu vain noin kolmella prosentilla väestöstä, kun taas Chilessä masennus koskettaa lähes joka kolmatta. Huomattavat erot prevalenssiluvuissa johtunevat osin metodologisista rajoituksista ja ongelmista masennuksen tunnistamisessa (Lecrubier, 2001; Tajima, 2001).

Yleisemmin todetut erot masennuksen ilmenemisestä eri kulttuureissa liittyvät depressio-oireiden luonteeseen. Masennusoireet voidaan luokitella karkeasti emotionaalisiin, kognitiivisiin, somaattisiin ja motivationaalisiin oireisiin (Beck, 1967; Hammen, 1998; WHO, 2001). Emotionaalisiin oireisiin kuuluvat alakuloisuus, itkuisuus, mielihyvän ja kiinnostuksen väheneminen, apatia, ärtyneisyys, surullisuus ja tyhjyyden tunne. Kognitiivisiin oireisiin luetaan keskittymiskyvyttömyys, päättämättömyys ja muistin heikkeneminen, negatiiviset ajatukset itsestä, maailmasta ja tulevaisuudesta, kohtuuttomat itsesyytökset, itsekritiikki sekä arvottomuuden ja syyllisyyden tunteet. Somaattisia oireita ovat muun muassa poikkeava ruokahalu ja unen laatu, toimintojen hidastuminen tai kiihtyneisyys, väsyneisyys, uupumus ja energian vähyys, muutokset seksuaalisessa halussa ja ruumiilliset kivut. Motivationaaliset oireet liittyvät tyypillisen toiminnan vähentymiseen, passivoitumiseen sekä sosiaalisten aktiviteettien välttelyyn. Tässä tutkimuksessa käytettävä oireluokittelu perustuu Aaron Beckin tekemään masennusoireiden jaotteluun niiden sisällön perusteella (Beck, Steer, & Brown, 1996). Hänen mukaansa somaattis-affektiivisiä oireita ovat surullisuus, mielihyvän väheneminen, itkuisuus, levottomuus, mielenkiinnon puute, päättämättömyys, väsyneisyys, univaikeudet, keskittymisvaikeudet, ärtyneisyys ja muutokset mielenkiinnossa sukupuolielämää kohtaan. Kognitiiviset oireet liittyvät kielteisiin ajatuksiin, syyllisyyden tunteisiin, rangaistuksen tunteeseen, itsekritiikkiin, itsetuhoisiin ajatuksiin tai toiveisiin ja arvottomuuden tunteisiin.

Masennustila ilmenee edellä mainittujen oireiden erilaisina yhdistelminä, ja se on hyvin heterogeeninen ilmiö. Tästä johtuen myös tietyn kulttuurisen kontekstin sisällä oirekuvassa ja subjektiivisessa kokemuksessa on yksilöiden välillä huomattavaa vaihtelua. Kun mukaan luetaan kulttuuriset eroavaisuudet emotionaalisisissa prosesseissa sekä mielenterveyteen liittyvissä käsityksissä, voidaan olettaa masennuksen saavan hyvin erilaisia ilmenemismuotoja ja oirekuvan

vaihtelevan merkittävästi eri kulttuureissa ja eri aikoina.

Kansainvälisten tutkimusten mukaan etenkin depression somaattisten ja psyykkisten (lähinnä kognitiivisten) oireiden yleisyydessä on kulttuurisia eroja (Weissman ym., 1996). Somaattiset oireet näyttävät olevan psyykkisiä oireita yleisempiä monissa Aasian, Etelä-Amerikan ja Afrikan kulttuureissa (Marsella 1980; Halbreich ym., 2007; Kanazawa, White, & Hampson, 2007; Ryder ym., 2008). Etenkin useissa afrikkalaisissa ja muslimikulttuureissa masennukselle ominaista on somaattinen oireilu, kun taas syyllisyyden tunteet, itsetuhoiset ajatukset ja itsemurhat ovat hyvin harvinaisia (Al-Issa, 2000a; Al-Subaie & Almahad 2000; Bhui ym., 2003; Binitie, 1981; German, 1972; Marsella, Sartorius, Jablensky, & Fenton, 1985; Sow, 1980; Weissman ym., 1996). Somaattisten oireiden yleisyys näissä kulttuureissa saattaa johtua mielenterveyshäiriöihin liittyvistä stigmoista ja tabuista ja siitä, että psyykkisten ongelmien avoimeen ilmaisemiseen suhtaudutaan yhteisössä hyvin kielteisesti (Bäärnhielm & Ekblad, 2000; Cheung & Lin, 1997; Kleinman & Kleinman, 1985; Yilmaz & Weiss, 2000).

Kansainvälisten tutkimusten lisäksi myös käytännön monikulttuurinen asiakastyö on osoittanut, että tavassa kuvata masennuksen oireita ja masennuksen subjektiivisessa kokemuksessa on kulttuurisia eroja (Schubert, 2007). Länsimaisten kulttuurien ulkopuolelta lähtöisin olevat asiakkaat saattavat paikantaa ongelmat ruumiiseen, ja ongelmia voidaan kuvailla konkreettisina kipuina ja fyysisinä tuntemuksia. Tunnekokemusten merkitystä ei aina tunnisteta, eikä masentunut potilas välttämättä tuo esille emotionaalisia ongelmiaan. Apua haetaan usein somaattisiin vaivoihin.

Länsimaisissa yhteiskunnissa tyypilliset masennusoireet liittyvät psykologisoimiseen, eli emotionaaliseen kokemukseen keskittymiseen ja oireiden selittämiseen yksilön sisäisillä ristiriidoilla ja ongelmilla (Kirmayer, 1989; Lecrubier, 2001). Masennuksen liittyviä itsesyytöksiä ja syyllisyyden tunteita on pidetty tyypillisinä lähinnä juutalais-kristillisille kulttuuriympäristöille, jotka korostavat ihmisten autonomiaa ja vastuuta omasta terveydestään (Jackson, 1985; Sow, 1980; Braam ym., 2000). Näiden oireiden lisääntymistä viimeaikoina muslimikulttuureissa pidetään seurauksena länsimaalaistumisesta (Al-Issa, 2000a). Syyllisyys on yhdistetty masennukseen etenkin kristinuskon voimistumisen myötä, jota ennen melankolian keskeisinä oireina pidettiin lähinnä ruokahaluttomuutta ja unettomuutta (Jackson, 1985). Freudin mukaan itsesyytökset ovat masennuksen keskeisin piirre, sillä ne erottavat masennuksen murheesta ja suremisesta (Freud, 2005). Nykyiset yleispsykiatriset käsitykset pitävät kuitenkin edellä mainittuja kognitiivisia oireita keskeisinä masennusoireina myös maailmanlaajuisesti (WHO, 2001), mikä johtunee osin länsimaisen psykiatrian hallitsevasta asemasta.

Eroja niin sanotussa psykologisoinnissa ja kognitiivisten depressio-oireiden ilmenemisessä

on selitetty muun muassa taipumuksella keskittyä emotionaaliseen kokemukseen ja tunteiden analysoimiseen. Aleksitymiaksi nimitetään persoonallisuuden piirteiden yhdistelmää, johon liittyvät vaikeudet tunteiden tunnistamisessa ja niiden erottamisessa ruumiillisista tuntemuksista, vaikeudet subjektiivisten tunteiden kuvailussa ja taipumus keskittää huomio enemmän ulkoisiin asioihin kuin sisäisiin kokemuksiin (Parker, Bagby, Taylor, Endler, & Schmitz, 1993; Joukamaa, 1999). Koska aleksityymisten henkilöiden sisäisten tunnetilojen käsittely on rajoittunutta, on sen oletettu altistavan somaattiselle oireilulle (Waller & Scheidt, 2006; Taylor, 2000). Somatisoinniksi kutsutaan taipumusta kokea somaattisia oireita reaktiona psyykkisiin ongelmiin ja pahaan oloon (Lipowski, 1988).

Aikaisemmin aleksitymian on todettu selittävän masennuksen somaattisia oireita turkkilaisessa väestössä (Sayar, Kirmayer, & Taillefer, 2003). Kiinalaisessa kulttuurissa somaattisten oireiden on todettu olevan yhteydessä aleksitymiaan kuuluvaan ulospäin suuntautuvaan ajatteluun (externally oriented thinking), mutta ei tunteiden tunnistamiseen tai niiden kuvailuun (Ryder ym., 2008). Aleksitymiaa ei pidä kuitenkaan käsittää ominaisena tietyille kulttuureille, vaan se on yleismaailmallinen ominaisuus (Taylor, Bagby, & Parker, 2003). Somaattisten oireiden ja aleksitymian välisen yhteyden selvittäminen vaatiikin lisätutkimuksia, sillä esimerkiksi muslimikulttuureissa tehdyt tutkimukset ovat osoittaneet, että somaattinen oireilu ei poissulje emotionaalista kokemusta ja ilmaisua (Al-Issa, 2000a). Masennuksen somaattinen ja psyykinen oireilu eivät myöskään ole toistensa vastakohtia, vaan ne esiintyvät usein samanaikaisesti kaikissa kulttuurisissa ryhmissä (Ryder ym., 2008). Länsimaissa tehdyt kliiniset populaatiotutkimukset osoittavat mielialahäiriöiden ja somatoformisten häiriöiden välillä olevan huomattavaa komorbiditeettia (Lieb, Meinlschmidt, & Araya, 2007). Tästä johtuen somaattisten oireiden yleistämistä tiettyihin etnisiin ryhmiin onkin alettu kyseenalaistaa (Kirmayer, Robbins, & Dworkind, 1993). Oirekuvassa ilmenevät erot etnisten ryhmien ja kulttuurien välillä eivät välttämättä johdu eroista somatisaation määrässä, vaan psyykkisten oireiden hallitsevuudesta länsimaalaisissa kulttuureissa (Parker ym., 2001; Ryder ym., 2008). On ehdotettu, että somaattiset piirteet, kuten unettomuus ja ruumiilliset kivut, saattavatkin olla masennuksen yleismaailmallisia oireita ja psyykkiset oireet kulttuurispesifejä.

Masennukseen liittyviä oireita ja masennukselle altistavia tekijöitä tarkastellaan seuraavaksi tarkemmin liittyen kulttuuriin ominaisuuksiin. Masennuksen ilmenemistä suomalaisessa ja somalialaisessa kulttuurissa käsitellään yksilöllisyyden ja yhteisöllisyyden sekä mielenterveyteen liittyvien käsitysten kautta.

1.3 Yksilölliset ja yhteisölliset kulttuurit ja masennus

Vakiintuneimmaksi kulttuurien luokittelutavaksi on viimeisten 20 vuoden aikana muodostunut jako yksilöllisiin (individualistisiin) ja yhteisöllisiin (kollektivistisiin) kulttuureihin (Oyserman, Coon, & Kimmelmeier, 2002; Triandis, 2001; 2005). Kansainvälisten vertailujen mukaan yhteisöllisyys-yksilöllisyys -ulottuvuus liittyy kulttuurissa vallitseviin käsityksiin muun muassa ryhmäsidonnaisuudesta, minäkäsityksistä ja kausaalista selitysmalleista (Hofstede, 2001; Hui & Triandis, 1986; Markus & Kitayama, 1991; Triandis, 2005). Taulukossa 1 on koottu yhteen esitettyjä eroja yhteisöllisissä ja yksilöllisissä kulttuureissa.

Taulukko 1. Yhteisöllisten ja yksilöllisten kulttuurien ominaisuuksia

Yhteisöllisyys	Yksilöllisyys
Laaja perheyhteisö huolehtii jäsenistään	Yksilö huolehtii itsestään ja ydinperheestään
”Me”-tietoisuus: ero itsen ja muiden yhteisön jäsenten välillä ei ole selvärajainen	”Minä”-tietoisuus: ero itsen ja muiden yhteisön jäsenten välillä tiedostetaan selkeästi
Identiteetti perustuu pitkälti yhteisöön kuulumiselle	Identiteetti perustuu pitkälti yksilön ominaisuuksiin
Emotionaalinen riippuvuus sosiaalisesta yhteisöstä vahva	Emotionaalinen riippuvuus sosiaalisesta yhteisöstä vähäistä
Ryhmään kuuluminen, yhteisön huolehtiminen ja resurssien jakaminen tärkeää	Autonomia, itsensä toteuttaminen ja itsenäinen pärjääminen tärkeää
Minäkäsitys on melko riippuvainen yhteisöstä	Minäkäsitys on melko riippumaton yhteisöstä
Vastuu jakaantuu yhteisölle	Vastuu on yksilöillä
Tilanteiden ja tapahtumien selittäminen yksilön ulkopuolisilla tekijöillä on yleistä	Tilanteiden ja tapahtumien selittäminen yksilön sisäisillä tekijöillä on yleistä

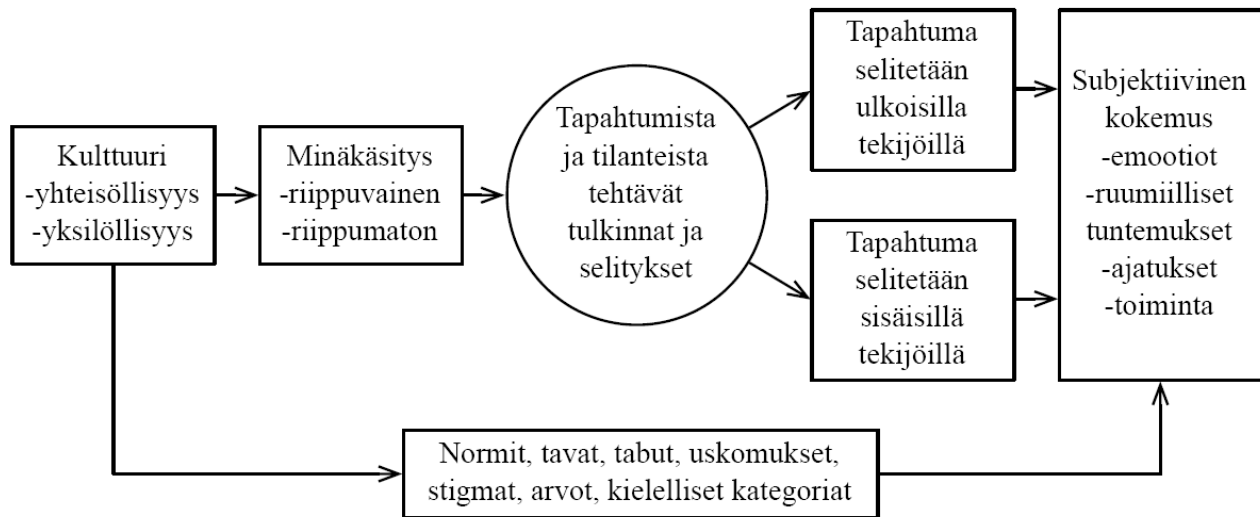
Kulttuurien luokittelua yksilöllisiksi tai yhteisöllisiksi on syytetty yksinkertaistamisesta ja liiallisesta yleistämisestä. Tutkimustulokset ovat kuitenkin osoittaneet jaottelulla olevan kansainvälistä validiteettia (Hui & Triandis, 1986; Oyserman ym., 2002), ja sitä käytetään

tutkimuksissa yhä yleisesti (esim. Oyserman & Lee, 2008). Lisäksi yksinkertaistamisesta on käytännön hyötyä kulttuureja vertailtaessa.

Kulttuurin yksilöllisyys-yhteisöllisyys -ulottuvuus on yhteydessä yksilöiden kognitiivisiin prosesseihin, emootioihin, hyvinvointiin ja käyttäytymiseen (Oyserman ym., 2002; Wainryb, 2004). Tätä jaottelua on sovellettu yksilötasolla myös erilaisten minäkäsitysten luokittelussa (Markus & Kitayama, 1991; Kitayama, Markus, Matsumoto, & Norasakkunkit, 1997). Kalliopuskan (2005) mukaan minäkäsitys, *self-image*, on yksilön kognitiivinen, kokemuksellinen ja sosiaalinen käsitys omasta itsestään. Se muodostuu vuorovaikutuksessa ympäristön ja muilta ihmisiltä tulevan palautteen kanssa. Yhteisöllisissä kulttuureissa tyypillinen minäkäsitys on muista riippuvainen (interdependent), ja ihmissuhteet ovat keskeisiä minäkäsityksen määrittäjiä (Markus & Kitayama, 1991). Yksilöllisissä kulttuureissa minäkäsitys on puolestaan autonominen ja muista riippumaton (independent). Individualistisissa yhteisöissä yksilön sisäiset ominaisuudet määrittävät pitkälle sen, millainen käsitys yksilöllä on itsestään.

Minäkäsitys liittyy keskeisesti moniin kognitiivisiin ja emotionaalisiin prosesseihin (Heine, 2001). Se ohjaa tarkkaavaisuutta ja sitä, mihin huomio kiinnitetään ja miten tapahtumia selitetään. Esimerkiksi vastoinkäymiset tai sairastuminen voidaan tulkita johtuviksi sisäisistä, melko pysyvistä ominaisuuksista (esim. yksilön kyvyt, persoonallisuus tai puutteet) tai ulkopuolisista tekijöistä (esim. sattuma, huono onni tai muiden teot). Tunnereaktiot ovat yhteydessä siihen, miten tapahtuma tulkitaan ja mitä merkityksiä se saa. Jos syy nähdään ensisijaisesti tilannetekijöissä, joihin yksilö ei voi vaikuttaa, tapahtumaan reagoidaan todennäköisesti surullisuudella (Ellsworth, 1994). Jos taas tapahtunutta pidetään seurauksena muiden ihmisten toiminnasta, on päällimmäinen tunne viha. Syyllisyyttä tunnetaan ennen kaikkea silloin, kun yksilö kokee olevansa itse vastuussa tapahtuneesta. Yhteisöissä, joissa epäonni ja pettymykset selitetään johtuviksi ulkoisista tekijöistä, ovat itsesyytökset, syyllisyyden tunteet ja itseen kohdistuva viha harvinaisia (Schieffelin, 1985). Minäkäsitys välittää siis tapahtumista tehtäviä tulkintoja ja se saattaa olla keskeinen selittäjä masennuksen oirekuvan vaihtelussa. Yhteisöllisissä, riippuvaisen minäkäsityksen kulttuureissa raportoidaan vähän itseen kohdistuvia kielteisiä tunteita. Sen sijaan yksilöllisissä kulttuureissa, joissa yksilön rooli on korostuneen itsenäinen, ovat myös itsesyytökset yleisiä. Yksilöitynyt minärakenne onkin yhdistetty sisäisiin tunnetiloihin keskittymiseen ja niiden nimeämiseen ja somaattiset oireet puolestaan yhteisölliseen minärakenteeseen (Marsella, 1980). Kuvassa 1 esitetään kulttuurin, minäkäsityksen ja subjektiivisen kokemuksen välisiä yhteyksiä.

Kuva 1. Kulttuurin yhteys minäkäsitykseen, tapahtumista tehtäviin tulkintoihin ja niistä seuraaviin reaktioihin



1.3.1 Kulttuuri ja masennusta selittävät tekijät

On todennäköistä, että masennuksen oirekuvan lisäksi myös masennukselle altistavat tai siltä suojelevat tekijät ovat erilaisia yhteisöllisissä ja yksilöllisissä kulttuureissa (Abu-Kaf & Priel, 2008). Se, minkä koetaan tuottavan myönteisiä tai kielteisiä tunteita riippuu kulttuurin arvoista sekä onnellisuuden ja surullisuuden tunteita välittävästä minäkäsityksestä (Kitayama & Markus, 1994).

Koherenssin tunne on aikaisempien tutkimusten mukaan vahvasti yhteydessä hyvinvointiin ja mielenterveyteen. Se liittyy kokemukseen sisäisestä kontrollista tai hallinnasta (Antonovsky, 1979). Yksilö, jolla on vahva koherenssin tunne, luottaa siihen, että hänellä on tarpeelliset keinot selvittää elämäntapahtumiin liittyvistä vaatimuksista ja että nämä vaatimukset voidaan kohdata. Vahvan koherenssin tunteen on aikaisemmin todettu suojelevan mm. stressiltä (McSherry & Holm, 1994), ahdistuneisuudelta, posttraumaattiselta psykopatologialta (Frommberger ym., 1999) ja masennukselta (Ying, Lee, & Tsai, 2007; Pallant & Lae, 2002). Heikko koherenssin tunne

puolestaan yhdistyy vaikeuteen kokea maailma ja elämä merkityksellisiksi ja ennustettaviksi. Tutkimustulokset koherenssin tunteen ja masennuksen välisen yhteyden kulttuurisidonnaisuudesta ovat osin ristiriitaisia. Joidenkin tutkimusten mukaan koherenssin tunteeseen liittyvät yksilön emotionaaliset ja kognitiiviset hallintakeinot ovat vahvasti yhteydessä mielenterveyteen riippumatta kansallisuudesta tai etnisyydestä (Eriksson & Lindström, 2006). Kuitenkaan koherenssin tunteen ja masennuksen välillä ei ole aina todettu yhteyttä yhteisöllisissä kulttuureissa (Oyserman ym., 2002).

Tutkimusten mukaan myös subjektiiviset emotionaaliset kokemukset, yksilön oma tunnetila sekä sosiaaliset tekijät saattavat määrätä elämäntyytyväisyyttä eri tavoin yksilöllisissä ja yhteisöllisissä kulttuureissa (Suh, Diener, Oishi, & Triandis, 1998). 41 maan vertailussa yksilön kokemat kielteiset tunteet ja koettu elämäntyytyväisyys olivat vahvemmin yhteydessä toisiinsa yksilöllisissä kuin yhteisöllisissä kulttuureissa. Yksilön tunnetilan ja elämäntyytyväisyyden välinen yhteys oli heikoin Nigeriassa ja vahvin Suomessa. Sen sijaan sosiaaliset tekijät, kuten normit ja niiden noudattaminen, ennustivat elämäntyytyväisyyttä paremmin yhteisöllisissä kuin yksilöllisissä kulttuureissa. Sosiaalisten suhteiden, kuten avioliiton, on todettu olevan myönteisesti yhteydessä yksilön hyvinvointiin hyvin erilaisissa kulttuureissa (Diener, Gohm, Suh, & Oishi, 2000; Weissman ym., 1996). Naimisissa olevat raportoivat naimattomiin verrattuna korkeampaa elämäntyytyväisyyttä sekä yksilöllisissä että yhteisöllisissä kulttuureissa, mutta yhteisöllisissä kulttuureissa elämäntyytyväisyys eroaa enemmän siviilisäädyn mukaan kuin yksilöllisissä kulttuureissa. Sosiaalisten suhteiden merkitys on erityisen korostunut kollektivistisissä yhteisöissä, sillä ne määrittävät pitkälti yksilön minuutta ja identiteettiä (Heine, 2001). Yksilökeskeisissä kulttuureissa sosiaaliset suhteet ovat sen sijaan yksilön ulkopuolella ja niiden arvo korostuu etenkin itsensä toteuttamisen mahdollistajina. Onkin mahdollista, että sosiaalisen tuen puute ja ongelmat sosiaalisessa verkostossa saattavat altistaa enemmän masennukselle yhteisöllisissä kuin yksilöllisissä kulttuureissa.

1.4 Somalialainen ja suomalainen kulttuuri ja mielenterveyteen liittyvät käsitykset

Somalialainen ja suomalainen kulttuuri eroavat toisistaan monessa suhteessa. Maantieteellinen sijainti, ympäröivien kulttuurien vaikutus, uskonto ja sen merkitys, perinteiset uskomukset sekä yhteisöllisyyden ja yksilöllisyyden arvostus ovat osa eroja tuottavista tekijöistä.

Somalia kuuluu itäafrikkalaisiin kulttuureihin, mutta se on saanut paljon vaikutteita arabialaisesta kulttuurista (Laitin & Samatar, 1987). Islamin asema arkielämässä, käytännöissä ja

uskomuksissa on keskeinen (Tiilikainen, 2000). Somalialaisessa kulttuurissa yhteisöllisyys, sosiaalinen verkosto, perhe ja sukulaiset ovat hyvin tärkeitä. Laaja perheyhteisö ja klaani tarjoavat suojan, sosiaalista, emotionaalista ja materiaalista tukea sekä muokkaavat yksilön identiteettiä (Koshen, 2007; Lewis, 2004; Serkkola, 1992). Yhteenkuuluvuus, solidaarisuus ja laaja sukuverkosto takaavat heikommassa asemassa olevien huolehtimisen (Laitin & Samatar, 1987).

Valtaosa suomalaisista kuuluu evankelis-luterilaiseen kirkkoon. Suomalaisille on tyypillistä vähäinen sitoutuminen kirkkoon ja uskonnon vähäinen julkinen harjoittaminen. Uskonnollisuuden merkityksen väheneminen on yhdistetty heikkoon yhteisöllisyyteen (Kääriäinen, Niemelä, & Ketola, 2003). Suomalainen kulttuuri ja muut pohjoismaiset yhteiskunnat voidaankin luokitella maallistuneiksi ja yksilöllisesti orientoituneiksi (Diener, Gohm, Suh, & Oishi, 2000; Hofstede, 2001). Yksilöllisissä kulttuureissa arvostetaan etenkin yksilöiden autonomiaa, itsemääräämisoikeutta, yksilön saavutuksia ja emotionaalista riippumattomuutta (Abu-Kaf & Priel, 2008; Heine, 2001). Suomessa yhteiskunnan tarjoamat palvelut korvaavat monesti sosiaalisen yhteisön merkityksen lasten-, terveyden- ja vanhustenhoidossa, mikä saattaa heikentää yhteisöllisyyttä.

Kulttuurissa vallitsevat käsitykset terveydestä ja sairaudesta ohjaavat oireiden ja ongelmien nimeämistä ja tunnistamista, hoitoon hakeutumista sekä yksilöllistä sairauskokemusta (Kirmayer, Rousseau, Jarvis, & Guzder, 2006). Somalialaisen kulttuurin käsitykset sairaudesta ja sen hoidosta eroavat eurooppalaisista terveystieteistä. Somalialaisessa kulttuurissa terveys ei ole ihmisen omilla käsillä, vaan sitä pidetään Jumalan lahjana ja sairauksien uskotaan johtuvan suorasti tai epäsuorasti Allahin tahdosta (Hassinen-Ali-Azzani, 2002; Serkkola, 1994). Terveyden kannalta on tärkeää, että myös ihmisten väliset sosiaaliset suhteet ja suhteet ympäröivään maailmaan ovat tasapainossa keskenään (Mölsä & Tiilikainen, 2007; Tiilikainen, 2008).

Eurooppalaisten terveystieteiden mukaan terveyden ja sen ylläpidon kannalta keskeistä on muun muassa terveystieteiden ja yhteiskunnan tarjoamat terveyspalvelut, joiden avulla voidaan parantaa yksilön mahdollisuuksia vaikuttaa omaan terveyteensä (Review of the national Finnish health promotion policies and recommendations for the future). Hallitsevien käsitysten mukaan sairaudet liittyvät vahvasti biologis-geneettisiin tekijöihin, yksilön elämäntapoihin ja -kokemuksiin sekä lääketieteellisten hoitomenetelmien saatavuuteen.

Eroavaisuudet suomalaisissa ja somalialaisissa lääketieteellisissä selitysmalleissa hankaloittavat somalialaisten hakeutumista mielenterveyspalvelujen pariin Suomessa (Mölsä & Tiilikainen, 2007). Somaliassa länsimaisen psykiatrian tunnistamat ongelmat, kuten depressio, skitsofrenia ja stressi, ovatkin käsitteinä vieraita, eikä niihin haeta apua mielenterveyspalveluista. Avun tarpeessa hakeudutaan enemmän perinteisten parantajien ja menetelmien, kuten

yrttilääkinnän, Koraanin resitoinnin ja rituaalien pariin, kuin käännetään suomalaisen terveydenhuollon puoleen (Tiilikainen, 2007). Itkuisuus, unettomuus ja krooninen päänsärky saatetaan lukea somalikultuurissa normaaliin elämään kuuluviksi kokemuksiksi, vaikka ne länsimaisen lääketieteen mukaan yhdistettäisiin lähinnä masennukseen tai somatisaatiohäiriöön (Guerin ym., 2004). Toisaalta masennukseen liittyvät oireet, kuten yleinen paha ja onneton olo, väsymys, ruokahaluttomuus, uniongelmat ja erilaiset somaattiset oireet, saatetaan tunnistaa, mutta niiden selitetään johtuvan erilaisista hengistä, noituudesta tai pahasta silmästä (Mölsä & Tiilikainen, 2007; Tiilikainen, 2008). Paranemisen kannalta oleellista on sovittelu ulkopuolisten voimien kanssa, minkä vuoksi hoito ei aina kohdistu sairastuneeseen (Tiilikainen, 2003). Oikean avun on kuitenkin saavuttava ajoissa tai seurauksena saattaa olla pelätty ”hulluus”, *waalli*.

Somalialaisessa kulttuurissa mielikuvat psyykkisistä häiriöistä vastaavat lähinnä länsimaisten diagnoosiluokitusten vaikeita psykoottisia häiriöitä, joissa yksilön toiminta, kuten väkivaltainen käyttäytyminen, itsekseen puhuminen ja hygienian puute, rikkovat huomattavasti yhteisön normeja. Mielenterveyshäiriöistä paranemista pidetään epätodennäköisenä (Mölsä & Tiilikainen, 2007). Koska somalialaiset yhdistävät mielenterveyshäiriöt usein vakaviin mielisairauksiin, termi koetaan häpeällisenä, pelottavana ja stigmatisoivana (Guerin ym., 2004; Tiilikainen, 2007). Lisäksi yhteisöllisissä kulttuureissa stigma koskee laajasti sosiaalista yksikköä, eikä vain yksilöä, mikä tekee mielenterveyshäiriöistä erityisen epätoivottavia (Kirmayer, 1989).

Vaikka myös suomalaisessa yhteiskunnassa mielenterveyskuntoutujiin kohdistuu ennakkoluuloja ja kielteisiä asenteita, on Mielenterveyden keskusliiton Mielenterveysbarometrin (2008) mukaan viime vuosien aikana nähtävissä muutosta myönteisempään suuntaan. Ongelmien nimeämisestä on tullut entistä avoimempaa, ja esimerkiksi masennuksesta on alettu puhua jopa suomalaisten kansantautina. Mielenterveyshäiriöiden hoito on Suomessa hyvin yksilökeskeistä. Yleisinä suosituksina masennuksen hoidossa pidetään lääkehoitoa ja terapiaa (Käypä hoito – suositus, 2004), mutta käytännössä hoito rajoittuu usein lähinnä lääkkeiden ja sairausloman antamiseen (Mielenterveyden keskusliitto, 2008).

1.5 Masennus somalialaisessa ja suomalaisessa kulttuurissa

Länsimaista masennuskäsitettä vastannee parhaiten somalinkielen termi *qalbijab* (Pohjois-Somaliassa *niyadjab*), joka kuvaa pitkään kestävästä toivottomuudesta ja mielialan laskua (Zarowsky, 2004; Tiilikainen, 2003). Länsimaisesta masennuskäsitteestä poiketen termi liitetään kuitenkin

ennemmin tilannesidonnaisiin ja sosiaalisiin tekijöihin kuin yksilön sisäisiin ominaisuuksiin tai mielentiloihin. *Qalbijabiin* ei myöskään välttämättä yhdistetä kovin voimakkaita surullisuuden tunteita eikä sen takia hakeuduta mielenterveyspalveluiden pariin.

Tutkimusten mukaan somalialaisten pakolaisten mielenterveyteen liittyvät keskeisesti somaattiset oireet, ja heikon fyysisen terveyden on todettu altistavan somalialaisia psyykkisille ongelmille (Bhui ym., 2003; Silveira & Ebrahim, 1995). Perinteisten menetelmien lisäksi masennukseen ja ahdistukseen haetaan apua usein yleislääkärin vastaanotolta, ja mielenterveysongelmia hoidetaan pääsääntöisesti lääketieteellisin keinoin. Englannissa ja Hollannissa tehdyissä tutkimuksissa somalialaiset raportoivat vähemmän ahdistuneisuus- ja masennusoireita kuin iranilaiset, afganistanilaiset tai bengalilaiset maahanmuuttajat. Tämän on ajateltu johtuvan somalikulttuurissa mielenterveyteen liittyvistä tabuista ja tietämättömyydestä suhteessa psyykkisiin ongelmiin (Gerritsen ym., 2006; Silveira & Ebrahim, 1998).

Somalialaisessa kulttuurissa omaisten osallistuminen sairauden hoitoon on tärkeää paranemisen kannalta. Somalikulttuurissa yhteisö- ja perhekeskeiset ratkaisutavat ovatkin olleet perinteisiä ja käytetyimpiä hoitomenetelmiä sairaus- ja ongelmatapauksissa. Myös muissa yhteisöllisissä kulttuureissa tehokkaiksi masennuksen hoitokeinoiksi ovat osoittautuneet ryhmä- ja yhteisökeskeiset terapiat (Patel, Araya, & Bolton, 2004). Sosiaalisten tekijöiden merkitys on käynyt ilmi myös Uudessa-Seelannissa tehdyssä tutkimuksessa somalialaisten maahanmuuttajien mielenterveyteen liittyvistä käsityksistä ja subjektiivisista kokemuksista (Guerin ym., 2004). Nykytilanteessa koettujen ongelmien syinä ja ratkaisukeinoina näihin ongelmiin pidettiin usein sosiaalisiin suhteisiin liittyviä tekijöitä. Etenkin perheen yhdessäolo ja sosiaalinen tuki koettiin keskeisiksi ratkaisuksi ongelmatilanteissa. Myös Englannissa tehdyn tutkimuksen mukaan sosiaalisten tekijöiden rooli on tärkeä etenkin iäkkäiden somalialaisten maahanmuuttajien hyvinvoinnin kannalta (Silveira & Ebrahim, 1998). Vaikeudet sosiaalisissa suhteissa, kuten perheen tuen ja huolenpitäjien puuttuminen, ovat yhteydessä alhaiseen elämäntyytyväisyyteen.

Suomessa masennus on yleisin diagnosoitu mielialahäiriö ja yleisin työkyvyttömyyttä aiheuttava syy (Isometsä, 1999; Pirkola ym., 2005). Vuonna 2004 masennuksesta aiheutunutta sairauspäivärahaa myönnettiin lähes 30 000 suomalaiselle ja yli 4 000 henkilöä siirtyi työkyvyttömyyseläkkeelle masennuksen takia (Raitasalo & Maaniemi, 2006). Suomessa masennukseen liitetään yleisesti itsetunnon heikkeneminen, aiheettomat itsesyytökset, arvottomuuden ja huonommuuden tunteet sekä itsetuhoiset ajatukset (esim. Isometsä, 1999). Itsemurhariski 100 000 suomalaista kohti on 34.6 miehillä ja 10.9 naisilla (WHO, 2003).

1.6 Tutkimusongelmat ja hypoteesit

Tutkimuksen tavoitteena on analysoida kulttuurin merkitystä masennuksen ilmenemisessä sekä masennukseen liittyvien tekijöiden kulttuurisidonnaisuutta. Masennusoireita selvitetään suhteessa suomalaiseen ja somalialaiseen kulttuuriin ja sukupuoleen. Lisäksi tutkitaan masennuksen, somatisaation ja aleksitymian välisiä yhteyksiä ja näiden yhteyksien kulttuurisidonnaisuutta. Masennusta selittävinä tekijöinä tarkastellaan koherenssin tunnetta ja sosiaalista tukea suomalaisessa ja somalialaisessa kulttuurissa.

Tutkimuskysymys 1. Onko kulttuurista yhteydessä masennusoireiden ilmaisuun?

- Hypoteesi 1: Koska suomalainen ja somalialainen kulttuuri eroavat toisistaan yhteisöllisyyden ja yksilöllisyyden mukaan ja masennukseen liittyvät käsitykset ovat erilaisia, oletan, että somalialaiset ilmaisevat enemmän masennuksen somaattis-affektiivisia oireita (esim. unettomuus, ruokahaluttomuus ja väsymys) kuin suomalaiset.
- Hypoteesi 2: Oletan, että suomalaiset ilmaisevat enemmän masennuksen kognitiivisia oireita (esim. huonommuuden, epäonnistumisen ja syyllisyyden tunteet) kuin somalialaiset.

Tutkimuskysymys 2. Onko sukupuolen ja masennuksen välinen yhteys samanlainen kulttuurista riippumatta?

- Hypoteesi: Suhteessa aikaisempaan tutkimustietoon oletan, että kummassakin kulttuurissa naiset ilmaisevat miehiä enemmän masennusoireita.

Tutkimuskysymys 3. Onko masennuksen ja somatisaation välisessä yhteydessä eroja suomalaisen ja somalialaisen kulttuurin välillä?

- Hypoteesi: Koska voidaan olettaa, että somalialaisessa kulttuurissa ilmaistaan paljon masennuksen somaattisia oireita ja mielenterveyshäiriöihin suhtaudutaan hyvin kielteisesti, oletan masennuksen ja somatisaation välisen yhteyden olevan merkitsevämpi somalialaisessa kuin suomalaisessa kulttuurissa.

Tutkimuskysymys 4. Onko somaatisaation ja aleksitymian välisessä yhteydessä kulttuurisia eroja?

- Hypoteesi: Koska aleksitymian ja somaattisten oireiden välinen yhteys näyttää olevan yleismaailmallinen, oletan, että sekä suomalaisessa että somalialaisessa kulttuurissa

aleksitymia on yhteydessä somaattisiin oireisiin. Oletan lisäksi, että aleksitymian ja somatisaation välisen yhteyden merkitsevyys ei eroa kulttuurin mukaan.

Tutkimuskysymys 5. Eroavatko masennusta selittävät tekijät somalialaisessa ja suomalaisessa kulttuurissa?

- Hypoteesi 1: Kulttuurien arvot ja kulttuureille tyypilliset minäkäsitykset huomioon ottaen oletan kulttuurin olevan yhteydessä masennusta selittäviin tekijöihin. Koska sosiaalisten suhteiden merkitys korostuu yhteisöllisissä kulttuureissa, oletan, että vähäinen sosiaalinen tuki on yhteydessä masennukseen useammin somalialaisessa kuin suomalaisessa kulttuurissa.
- Hypoteesi 2: Koska suomalainen kulttuuri painottaa yksilöllisiä arvoja, oletan, että vähäinen koherenssin tunne on yhteydessä masennukseen useammin suomalaisessa kuin somalialaisessa kulttuurissa.

2 Menetelmät

2.1 Tutkimushenkilöt ja aineiston keruu

Tutkimukseen osallistui 128 yli 50-vuotiasta Suomessa asuvaa somalialaista ja heidän 128 kaltaistettua suomalaista verrokkia. Tutkittavista 58.6 % oli naisia ja 41.1 % miehiä ja heidän ikänsä vaihteli 50 – 80 vuoden välillä (M = 57.9, m = 50). Sukupuoli, ikä ja siviilisääty on raportoitu Taulukossa 2 kulttuuritaustan mukaan. Somalialaiset osallistujat saatiin Suomen väestörekisterikeskuksen tiedoista ja suomalaiset Kansanterveyslaitoksen Terveys 2000 - tutkimuksesta.

Väestörekisterin mukaan pääkaupunkiseudulla asui 307 yli 50-vuotiasta somalialaista vuonna 2006, ja heistä tutkimukseen valittiin joka toinen. Valituille lähetettiin kirje tutkimuksesta, jossa tiedotettiin anonymiteetista, osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja keskeyttämisen mahdollisuudesta. Jotta mahdollisimman moni somalialaisista tutkimushenkilöistä tavoitettiin, hyödynnettiin somaliyhteisön sosiaalista verkostoa (esimerkiksi kulttuurikeskukset, moskeijat, somalikulttuurin yhdistys, kielikurssit, kahvilat ja kaupat). Somalialaisten osallistujien

tutkimusaineisto kerättiin strukturoiduilla haastatteluilla, sillä monet heistä ovat luku- ja kirjoitustaidottomia. Lisäksi aikaisemmissa tutkimuksissa somalialaisten vastausprosentti kirjallisiin kyselyihin on jäänyt hyvin alhaiseksi. Kyselylomakkeet käännettiin somalinkielelle ja haastattelijoina toimi kuusi tähän tarkoitukseen koulutettua somalinkielistä henkilöä. Haastattelut toteutettiin pääkaupunkiseudulla vuonna 2007. Suurin osa somalialaisista naisista haastateltiin kotonaan, kun taas miesten haastattelut toteutettiin useimmiten kodin ulkopuolella. Valituista somalialaisista kymmenen kieltäytyi osallistumisesta ja 16 muuta menetettiin sairauden tai ulkomailla oleskelun vuoksi.

Suomalaiset verrokkit valittiin Terveys 2000 -tutkimukseen osallistujista (Aromaa & Koskinen, 2002). Tutkimuksen perusjoukko oli 18 vuotta täyttänyt Suomen väestö, joka ositettiin 80 terveyskeskuspiirin alueisiin ympäri maata. Tämän jälkeen Väestörekisterin tiedoista otettiin valtakunnallisesti edustava 10 000 henkilön otos. Aineisto kerättiin syksyn 2000 ja kevään 2001 aikana. Tutkimuksen aikuisotos muodostui 30 vuotta täyttäneistä suomalaisista (n = 8028). Aineiston keräyksessä käytettiin koti- ja puhelinhaastatteluja, terveystarkastuksia sekä kyselylomakkeita. Yhteensä joko terveystarkastukseen, koti- tai puhelinhaastatteluun tai jälkikyselyyn osallistuneen aikuisotoksen koko oli 7 419 ja osallistumisprosentti 93 %. Tästä otoksesta valittiin somalialaisille osallistujille vastinparit iän, sukupuolen ja siviilisäädyn mukaan. Kaltaistamisella pyrittiin varmistamaan luotettavat kulttuurien väliset vertailut.

Taulukko 2. Taustamuuttujien jakaumat kulttuuriryhmän mukaan

Muuttuja	Suomalaiset		Somalialaiset		Yhteensä	
	%	n	%	n	%	n
Sukupuoli						
Mies	41.4	53	41.4	53	41.4	106
Nainen	58.6	75	58.6	75	58.6	150
Ikä (vuosina)						
50–59	60.9	78	60.9	78	60.9	156
60–69	34.4	44	33.6	43	34.0	87
70–80	4.7	6	5.5	7	5.1	13
Siviilisäätö						
Elää yksin	61.7	79	60.9	78	61.3	157
Elää parisuhteessa	38.3	49	37.5	48	37.9	97

2.2 Käytetyt mittarit

Masennusoireita mitattiin BDI-mittarilla (Beck Depression Inventory; Beck, Ward, Mendelson, Moc, & Erbaugh, 1961), joka koostuu 21 väitteestä (esim. ”Olen alakuloinen, enkä pääse siitä tunteesta eroon”). Vastausvaihtoehdot ovat asteikolla 0-3, jossa korkeat arvot kuvastavat vakavaa masennusta. Vastauksista muodostettiin BDI-keskiarvosummamuuttuja (Cronbachin $\alpha = 0.89$). Masennusta kartoittavat väittämät jaettiin lisäksi somaattis-affektiivisiin ja kognitiivisiin masennusoireisiin perustuen BDI-II-version (Beck ym., 1996) alaluokkiin. Somaattis-affektiivisiä oireita mitattiin 12 osiolla, joihin kuuluvat surullisuus, itkuisuus, ärtyneisyys, päätöksenteon vaikeus, vaikeudet työnteossa, mielenkiinnon puute, väsyneisyys, univaikeudet, ruokahalun puute ja laihtuminen, huoli terveydestä ja muutokset kiinnostuksessa sukupuolielämää kohtaan (Cronbachin $\alpha = 0.87$). Kognitiivisia oireita mitattiin yhdeksällä kysymyksellä, jotka liittyvät toivottomuuteen, epäonnistumisen ja tyytymättömyyden tunteisiin, itsesyytöksiin, rangaistuksen tunteeseen, itseen kohdistuvaan pettymykseen, huonommuuden tunteisiin, itsetuhoisiin ajatuksiin tai toiveisiin ja muutoksiin ruumiinkuvassa (Cronbachin $\alpha = 0.80$).

Somatisaatiota mitattiin SCL-90-R-mittarin (Symptom Checklist-90-Revised; Derogatis, 1992) somatisaation alaosiolla, joka koostuu 12 väittämästä. Kysymykset liittyvät nykyhetkessä koettuihin oireisiin (esim. ”Missä määrin sinua vaivaa päänsärky?”) ja niihin vastataan 5-portaisella likert-asteikolla (1 = ei ollenkaan, 5 = todella paljon). Väittämistä muodostettiin summamuuttuja (Cronbachin $\alpha = 0.87$).

Aleksitymiaa mitattiin TAS-20-mittarilla (Toronto Alexithymia Scale; Bagby, Parker, & Taylor, 1994). 20 väitteeseen vastataan likert-asteikolla (1 = ei ollenkaan totta, 5 = täysin totta). Väittämät liittyvät vaikeuksiin tunteiden tunnistamisessa ja kuvailussa sekä ulospäin suuntautuneeseen ajatteluun (esim. ”Minulla on tunteita joita en pysty täysin tunnistamaan”). Väittämistä muodostettiin summamuuttuja (Cronbachin $\alpha = 0.74$).

Koherenssin tunnetta mitattiin Antonovskyn Sense of coherence -mittarilla, josta käytettiin 13 väittämän lyhennettyä versiota (Sense of Coherence scale; Antonovsky, 1993). Väittämät liittyvät kokemukseen elämän ymmärrettävyydestä, hallittavuudesta ja mielekkyydestä (esim. ”Tuntuuko sinusta, ettet oikeastaan välitä siitä, mitä ympärilläsi tapahtuu?”). Kysymyksiin vastataan 7-portaisella likert-asteikolla (esim. 1 = ei koskaan, 7 = hyvin usein). Koherenssin tunteesta muodostettiin summamuuttuja (Cronbachin $\alpha = 0.87$), jossa korkeat pistemäärät heijastavat vahvaa koherenssin tunnetta. Vahvalle koherenssin tunteelle ei ole määritelty tiettyä raja-arvoa. Tässä tutkimuksessa koherenssin tunteesta muodostettiin mediaanin mukaisesti kaksi luokkaa: 1 = heikko

koherenssin tunne (pistearvot 30–50.49, n = 116) ja 2 = vahva koherenssin tunne (pistearvot 50.5–85, n = 140).

Sosiaalista tukea arvioitiin kahden osa-alueen avulla: vastaajien siviilisäätö ja päivittäisiin askareisiin saatu apu. Siviilisäädyn mukaan muodostettiin kaksi luokkaa: 1 = elää yksin (eronneet, lesket ja sinkut, n = 97) ja 2 = elää parisuhteessa (naimisissa tai asuu kumppaninsa kanssa, n = 157). Päivittäisiin askareisiin saatua apua kartoitettiin kysymyksellä avuntarpeesta ja kysymyksellä siitä, onko vastaaja saanut apua puolisoilta, lapsilta ja heidän puolisoiltaan, naapureilta, sukulaisilta, ystäviltä ja tutuilta, kotiavustajalta, vierailevalta hoitajalta tai joltakin muulta. Saadun avun ja siviilisäädyn mukaan vastaajat jaettiin kahteen luokkaan: 1 = heikko sosiaalinen tuki (elää yksin eikä saa apua keneltäkään, n = 106) ja 2 = hyvä sosiaalinen tuki (elää parisuhteessa ja/tai saa apua yhdeltä tai useammalta henkilöltä, n = 148).

Sosiaalista tukea lukuun ottamatta summamuuttujia muodostettaessa puuttuvat arvot korvattiin tarvittaessa ryhmäkohtaisilla keskiarvoilla. Tutkimusaineiston tilastollinen käsittely suoritettiin SPSS 16.0 for Windows -ohjelmalla.

3 Tulokset

Mittareista muodostettujen summamuuttujien jakaumat esitellään Taulukossa 3.

Taulukko 3. Summamuuttujien vaihteluvälit, keskiarvot (M) ja keskihajonnat (SD)

Keskiarvosummamuuttuja	vaihteluväli	M	SD
Masentuneisuus	0-31.10	8.37	7.47
Somaattis-affektiiviset oireet	0-24.25	6.05	5.38
Kognitiiviset oireet	0-11.22	2.18	2.91
Somatisaatio	11.08–52.42	21.57	6.59
Aleksitymia	26.15–79.25	46.76	8.44
Koherenssin tunne	31.25–77.58	53.54	10.11

3.1 Kulttuuri ja masennusoireet

Masennusoireiden somaattis-affektiivista ja kognitiivista ilmenemistä suomalaisessa ja somalialaisessa kulttuurissa analysoitiin 2 (kulttuuriryhmä) x 2 (sukupuoli) varianssianalyysilla, jossa riippuvana muuttujana olivat BDI-mittarin kognitiivisten ja somaattis-affektiivisten oireiden keskiarvosummamuuttujat. Taulukossa 4 esitellään keskiarvosummamuuttujien jakaumat kulttuuriryhmän ja sukupuolen mukaan.

Kuten oletettiin, kulttuuritausta oli yhteydessä masennusoireiden ilmaisuun (Taulukko 5). Tulokset osoittavat oletuksen mukaisesti, että somalialaisilla oli merkitsevästi enemmän somaattis-affektiivisia oireita kuin suomalaisilla. Suomalaisilla puolestaan, kuten oletettiin, oli enemmän kognitiivisia oireita kuin somalialaisilla. Kulttuuriryhmien välinen ero kognitiivisissa depressio-oireissa oli kuitenkin vain marginaalisesti merkitsevä. Kaiken kaikkiaan somalialaiset raportoivat suomalaisia enemmän masennusoireita. Kulttuurin ja sukupuolen välillä ei ollut yhdysvaikutusta depressio-oireiden ilmaisuun, joten kulttuurin ja masennusoireiden yhteys oli samansuuntainen sekä miehillä että naisilla.

Sukupuoli oli yhteydessä masennuspistemäärään ja masennusoireiden ilmaisuun. Naiset ilmaisivat enemmän masennusoireita kuin miehet. Naisilla oli miehiä enemmän sekä depression somaattis-affektiivisia että kognitiivisia oireita.

Taulukko 4. Masennuspistemäärien keskiarvot (M) ja keskihajonnat (SD) kulttuurin ja sukupuolen mukaan

Muuttuja	Suomalaiset		Somalialaiset		Miehet		Naiset	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Masentuneisuus	7.37	6.22	9.36	8.44	6.20	6.01	9.89	8.01
Somaattis- affektiiviset oireet	4.74	3.51	7.35	6.51	4.47	4.19	7.16	5.84
Kognitiiviset oireet	2.55	3.31	1.81	2.40	1.62	2.41	2.57	3.16

Taulukko 5. Masentuneisuuden sekä somaattis-affektiivisten ja kognitiivisten masennusoireiden yhteys kulttuuritaustaan ja sukupuoleen (pää- ja yhdysvaikutus)

	Kulttuuri			Sukupuoli			Yhdysvaikutus		
	F	df	p	F	df	p	F	df	p
Masentuneisuus	4.11	1, 252	.044	16.34	1, 252	.000	.86	1, 252	.356
Somaattis-affektiiviset oireet	14.31	1, 252	.000	17.68	1, 252	.000	2.95	1, 252	.087
Kognitiiviset oireet	3.84	1, 252	.051	6.96	1, 252	.009	.20	1, 252	.652

3.2 Masennus, somatisaatio ja aleksitymia

Somatisaation (SCL-90-R-mittarin somatisaatioasteikon keskiarvosummamuuttuja) ja masennuksen (BDI-keskiarvosummamuuttuja) sekä somatisaation ja aleksitymian (TAS-20-mittarin keskiarvosummamuuttuja) välistä yhteyttä suomalaisessa ja somalialaisessa kulttuurissa analysoitiin Pearsonin korrelaatiokertoimella. Korrelaatiokertoimien yhtäsuuruus testattiin Fisherin transformaation avulla käsin laskemalla (Manninen & Ylén, 2000).

Kuten oletettiin, masennus ja somatisaatio olivat yhteydessä toisiinsa sekä suomalaisessa ($r = .34, p < .001$) että somalialaisessa ($r = .59, p < .001$) kulttuuriryhmässä. Mitä enemmän ilmaistiin masennusoireita, sitä enemmän ilmaistiin myös somaattisia oireita. Ryhmäkohtaiset korrelaatiot poikkesivat toisistaan kuitenkin erittäin merkitsevästi ($Z = 2.67, p < .001$). Oletuksen mukaisesti masennuksen ja somatisaation välisessä yhteydessä oli kulttuurieroja siten, että somalialaisessa kulttuurissa häiriöiden välinen yhteys oli merkitsevämpi kuin suomalaisessa kulttuurissa.

Kuten oletettiin, aleksitymia oli yhteydessä somatisaatioon sekä suomalaisessa ($r = .24, p < .001$) että somalialaisessa ($r = .34, p < .001$) kulttuurissa. Korkeat aleksitymiapistemäärät olivat yhteydessä korkeisiin somatisaatiopistemääriin. Häiriöiden väliset korrelaatiot olivat oletuksen mukaisesti yhtä merkitseviä kummassakin kulttuurissa ($Z = .79, p = .21$).

3.3 Masennusta selittävät tekijät

Masennusta selittävät tekijät jakaantuivat eri tavoin suomalaisessa ja somalialaisessa kulttuurissa. Vahva koherenssin tunne oli tyypillisempää suomalaisille (82 %) kuin somalialaisille (27.3 %) ($\chi^2(1) = 77.24, p = .000$). Somalialaisille (73.8 %) puolestaan oli suomalaisia (43 %) ominaisempaa hyvä sosiaalinen tuki ($\chi^2(1) = 24.84, p = .000$).

Koherenssin tunteen ja sosiaalisen tuen yhteyttä masennukseen suomalaisessa ja somalialaisessa kulttuuriryhmässä tarkasteltiin 2 (kulttuuriryhmä) x 2 (sosiaalinen tuki) x 2 (koherenssin tunne) varianssianalyysilla. Riippuvana muuttujana oli BDI-keskiarvosummamuuttuja.

Kuten oletettiin, vahva koherenssin tunne oli yhteydessä alhaisiin masennuspistemääriin ($F(1, 248) = 35.09, p = .000$). Vastoin oletuksia, koherenssin tunteen ja kulttuuriryhmän välillä ei ollut yhdysvaikutusta, joten masennuksen ja koherenssin tunteen välinen yhteys oli samanlainen kulttuurista riippumatta ($F(1, 248) = .153, p = .696$).

Sosiaalinen tuki oli yhteydessä masennukseen ($F(1, 248) = 12.26, p = .001$). Päinvastoin kuin oletettiin, hyvä sosiaalinen tuki oli yhteydessä korkeisiin masennuspistemääriin. Oletusten vastaisesti kulttuuriryhmän ja sosiaalisen tuen välillä ei ollut yhdysvaikutusta, joten masennuksen ja sosiaalisen tuen välinen yhteys oli samanlainen sekä suomalaisessa että somalialaisessa ryhmässä ($F(1, 248) = 1.21, p = .272$).

4 Pohdinta

Tutkimuksessa haluttiin selvittää masennusoireiden ja masennusta selittävien tekijöiden kulttuurisidonnaisuutta tutkimalla Suomessa asuvia suomalaisia ja somalialaisia. Tulokset osoittivat masennuksen oirekuvassa ilmenevän oletusten mukaisia eroja suhteessa kulttuuritaustaan. Sekä masennuksen somaattis-affektiiviset että kognitiiviset oireet näyttivät tämän tutkimuksen mukaan olevan jossain määrin kulttuurispesifejä: somalialaiset ilmaisivat suomalaisia enemmän somaattis-affektiivisiä oireita, ja suomalaiset somalialaisia enemmän kognitiivisia oireita. Masentuneisuuden ilmenemisessä oli myös kulttuurien välisiä yhtäläisyyksiä. Aikaisemman tutkimustiedon mukaisesti naiset ilmaisivat miehiä enemmän masentuneisuutta riippumatta kulttuuritaustasta. Tutkimustulosten mukaan masennus ja somatisaatio liittyivät toisiinsa kummassakin kulttuurissa, mutta häiriöiden välinen yhteys oli voimakkaampi somalialaisessa kuin suomalaisessa kulttuurissa.

Tunnekokemusten käsittely ja tunteiden ilmaiseminen eivät selittäneet kulttuurisia eroja somaattisten oireiden määrässä. Tulokset osoittivat, että yksilöllinen ominaisuus (alhainen koherenssin tunne) ja sosiaalinen tekijä (hyvä sosiaalinen tuki) olivat yhteydessä masennukseen sekä suomalaisessa että somalialaisessa kulttuurissa. Tutkimuksen tuloksia pohdittiin suhteessa kulttuurin yhteisöllisyyteen ja yksilöllisyyteen sekä kulttuurissa vallitseviin käsityksiin mielenterveydestä.

4.1 Masennusoireet ja kulttuuri

Tämän tutkimuksen tulokset vahvistivat näkemystä, että länsimaisen kulttuuripiirin ja sen ulkopuolisten kulttuurien välillä on eroja masennuksen subjektiivisessa kokemuksessa ja masennusoireiden ilmaisussa (esim. Marsella ym., 1985; Ryder ym., 2008; Weissman ym., 1996). Kulttuuritausta oli oletusten mukaisesti yhteydessä masennuksen oirekuvaan. Somalialaisessa kulttuurissa ilmaistiin enemmän somaattis-affektiivisiä oireita, kuten uniongelmia ja ruokahaluttomuutta, kuin suomalaisessa kulttuurissa. Samoin oletusten mukaisesti suomalaisessa kulttuurissa ilmaistiin enemmän masennuksen kognitiivisia oireita, kuten itsesyytöksiä ja huonommuuden tunteita, kuin somalialaisessa kulttuurissa. Koska eroja todettiin suhteessa sekä somaattisiin että kognitiivisiin oireisiin, ei kulttuurieroja tämän tutkimuksen mukaan voida selittää ainoastaan länsimaisella taipumuksella keskittyä psykologiseen kokemukseen (Parker ym., 2001; Ryder ym., 2008).

Tämän tutkimuksen tulokset tukivat havaintoa, jonka mukaan masennukseen liittyy yhteisöllisissä ja etenkin muslimikulttuureissa länsimaisia kulttuureja harvemmin itseen kohdistuvia kielteisiä ajatuksia ja tunteita (Al-Issa, 2000a; Bhui ym., 2003; Binitie, 1981; German, 1972; Weissman ym., 1996). Tämä saattaa johtua siitä, että somalialaiselle kulttuurille, kuten monille muille yhteisöllisesti orientoituneille yhteisöille, on ominaista selittää tapahtumia ensisijaisesti yksilön ulkopuolisilla tekijöillä. Tällöin henkilökohtaiset ominaisuudet ja yksilön rooli eivät korostu tulkinnoissa tai selitysmalleissa. Koetusta subjektiivisesta pahasta olostasta ei suoraan johdeta, että yksilö olisi vastuussa tai syyllinen olotilaansa, vaan syytä etsitään yhtäläillä ihmisten välisistä suhteista, sosiaalisista rooleista ja tilannetekijöistä (Suh ym., 1998). Yksilöllisten tekijöiden asemesta somalialaisessa kulttuurissa mielenterveyshäiriöt selitetään johtuviksi pahoista hengistä, kirouksista, Allahin tahdosta ja sosiaalisen verkoston ongelmista (Hassinen-Ali-Azzani, 2002; Mölsä & Tiilikainen, 2007). Voidaan olettaa, että tällöin taipumus kokea itseen kohdistuvia

kielteisiä ajatuksia ja tunteita on vähäistä ja että masennus ilmenee pääsääntöisesti affektiivisin ja somaattisin oirein.

Masennuksen kognitiiviset oireet ja psyykkiseen kokemukseen keskittyminen olivat tämän tutkimuksen mukaan tyypillisempiä yksilökeskeiselle (suomalaiselle) kuin yhteisölliselle (somalialaiselle) kulttuurille. Tutkimustulos on yhdenmukainen aikaisemman tutkimustiedon kanssa (Kirmayer, 1989; Lecrubier, 2001). Yksilöllisissä kulttuureissa henkilökohtaiset ominaisuudet ja oma tunnetila ohjaavat ajatuksia ja selitysmalleja voimakkaasti (esim. Markus & Kitayama, 1994). Taipumus kiinnittää huomio ensisijaisesti yksilön sisäisiin tekijöihin saattaa voimistaa kognitiivisten oireiden kokemista osana masennusta. Esimerkiksi alentunut itsetunto sekä huonommuuden ja epäonnistumisen tunteet yhdistetään länsimaaisessa psykiatriassa yleisesti masennukseen, ja vinoutuneita ajatusmalleja ja uskomuksia pidetään usein masennukselle altistavina tekijöinä (esim. Beck, 1967). Koska itseen liittyvät kielteiset ajatukset olivat kuitenkin somalialaisilla harvinaisempia kuin suomalaisilla, on mielenkiintoista pohtia missä määrin masennukseen liittyvät kognitiiviset oireet ovat masennuksen taustalla ja missä määrin ne ovat seurausta masennuksesta. Voi olla, että yksilöllisissä kulttuureissa vinoutuneet ajatusmallit altistavat masennukselle enemmän kuin yhteisöllisissä kulttuureissa. Yksilökeskeisissä kulttuureissa voi masennuksen seurauksena myös ilmetä enemmän kognitiivisia oireita kuin yhteisöllisissä kulttuureissa. Koska tämä tutkimus toteutettiin poikkileikkausasetelmana, ei syy-seurausyhteyksien selvittäminen ole kuitenkaan mahdollista.

Kulttuurien välisiä eroja masennusoireissa voitaneen selittää myös mielenterveyteen liittyvillä käsityksillä ja uskomuksilla, jotka ovat yhteydessä sairaskokemukseen (Kirmayer ym., 2006). Psykkisiin ongelmiin liittyvät stigmat ja tabut saattavat johtaa mielenterveyshäiriöistä kärsivien leimautumiseen hyvin kielteisellä tavalla, jolloin somaattiset oireet voidaan kokea kognitiivisia oireita sallituimpina (Bäärnhielm & Ekblad, 2000; Cheung & Lin, 1997; Kleinman & Kleinman, 1985; Yilmaz & Weiss, 2000). Suomessa ja monissa muissa länsimaissa mielenterveyshäiriöihin ei liity yhtä voimakasta stigmaa kuin somalialaisessa kulttuurissa. Voidaan päätellä, että tästä johtuen suomalaisessa kulttuurissa psyykinen paha olo voidaan ilmaista suoremmin kuin somalilaisessa kulttuurissa. Psyykkisen kokemuksen erittelemisen ja sen pukeminen sanalliseen muotoon saattavat voimistaa niin sanotun kielteisen sisäisen puheen ja kognitiivisten oireiden ilmenemistä. Somalialaisessa kulttuurissa mielenterveyshäiriöihin liittyvät tabut ja stigmat sekä niistä aiheutuva tietämättömyys suhteessa psyykkisiin häiriöihin voivat puolestaan johtaa ensisijaisesti somaattiseen kokemukseen keskittymiseen.

Somalialaiset ilmaisivat tässä tutkimuksessa suomalaisia enemmän masentuneisuutta yleisellä tasolla. Somalialaisille oli myös suomalaisia tyypillisempää heikko koherenssin tunne,

mikä selittyy todennäköisesti Suomessa asuvien somalialaisten aikaisemmillä kokemuksilla sodasta, pakolaisuudesta ja sopeutumisesta vieraaseen kulttuuriin, jotka koettelevat tunnetta elämän mielekkyydestä ja hallittavuudesta. Maahanmuuttaja-asema ja ennen maahanmuuttoa koetut tapahtumat saattavat altistaa mielenterveyshäiriöille (Ehnholt & Yule, 2006; Tinhög, Hemmingson, & Lundberg, 2007). Toisaalta pakolaisten ja maahanmuuttajien keskuudessa mielenterveysongelmien yleisyydessä ei aina ole löydetty eroja verrattuna muuhun väestöön (Steel, Silove, Phan, & Bauman, 2002). Euroopassa muslimimaahanmuuttajat ovat raportoineet jopa vähemmän mielenterveysongelmia kuin paikallinen väestö (Al-Issa, 2000b). Pakolaisuuden, maahanmuuton ja masennuksen välinen yhteys onkin moniulotteinen ja sen ymmärtämiseksi tarvitaan lisätutkimuksia (Bhugra, 2003). Yksilölliset subjektiiviset kokemukset näyttäisivät kuitenkin olevan tärkeämpiä kuin objektiivisesti määritelty traumaattisen tapahtuman kokeminen, minkä takia determinismistä tulisi välttää (Bhui ym., 2003; Birman & Tran, 2008).

Masennuksen oirekuvassa todettujen kulttuurierojen lisäksi masennuksen ilmenemisessä on myös yleismaailmallisia piirteitä. Lähes kaikissa tutkituissa kulttuureissa naiset ilmaisevat miehiä enemmän masentuneisuutta (Chen, Copeland, & Wei, 1999; Lopes Cardozo ym., 2005; Slone ym., 2006). Myös tässä tutkimuksessa masennus näyttäytyi tältä osin samanlaisena kulttuurista riippumatta. Kuten oletettiin, sekä suomalaisessa että somalialaisessa kulttuurissa masennus oli yleisempää naisilla kuin miehillä. Naiset ilmaisivat kummassakin kulttuuriryhmässä miehiä enemmän sekä somaattis-affektiivisiä että kognitiivisia oireita. Kulttuurien väliset yhtäläisyydet masennuksen naisvaltaisuudessa voidaan osaltaan tulkita todistusaineistoksi biologis-geneettisten tekijöiden puolesta. Toisaalta monissa kulttuureissa naisen sukupuolirooliin kohdistuvat sosiaaliset paineet ja stressitekijät sekä ongelmat tasa-arvossa saattavat altistaa naisia masennukselle (Kuehner, 2003). Sukupuolen, kulttuurin ja mielenterveyden välisen yhteyden selvittämiseksi tarvitaan kuitenkin jatkotutkimuksia, jotta näihin kysymyksiin osattaisiin paremmin vastata.

Aikaisemmissa tutkimuksissa mielialahäiriöiden on todettu olevan yhteydessä somaattiseen oireiluun, ja häiriöiden erottaminen toisistaan voi olla vaikeaa (Lieb ym., 2007). Tämän tutkimuksen mukaan masennus ja somatisaatio liittyivät toisiinsa sekä suomalaisessa että somalialaisessa kulttuurissa. Vaikka häiriöiden välinen yhteys oli merkittävä kummassakin kulttuurissa, tutkimustulokset osoittivat oletusten mukaisesti, että somalialaisessa kulttuurissa masennuksen ja somatisaation välinen yhteys oli voimakkaampi kuin suomalaisessa kulttuurissa. Masentuneet somalialaiset ilmaisivat suomalaisia enemmän somaattisia oireita, kuten ruumiillisia kipuja, sydämen tykytystä ja hikoilua. Suomalaisilla masennus yhdistyi somalialaisia harvemmin ruumiillisiin oireisiin. Myös tästä tutkimustuloksesta voidaan päätellä, että mielenterveysongelmat voivat ilmetä monesti somaattisessa muodossa länsimaisen kulttuuripiirin ulkopuolella (Marsella,

1980; Halbreich ym., 2007; Ryder ym., 2008). On myös mahdollista, että somaattiset oireet altistavat somalialaisia suomalaisia herkemmin masennukselle. Fyysisen terveyden onkin todettu olevan keskeisessä asemassa somalialaisten hyvinvoinnissa (Bhui ym., 2003; Silveira & Ebrahim, 1995). Myös muissa aikaisemmissa tutkimuksissa ikääntyneiden maahanmuuttajien parissa koettu terveys ja fyysinen kunto ovat liittyneet psyykkiseen hyvinvointiin (Mui & Kang, 2006). Jatkotutkimuksissa olisi tärkeää pyrkiä selvittämään, altistavatko fyysiset oireet masennukselle, vai ovatko ne pikemminkin seurausta masennuksesta.

Mielialahäiriöiden kokemista ja ilmenemistä somaattisin oirein on aikaisemmin selitetty muun muassa aleksitymiällä eli vaikeutena tunnistaa tunteita ja erottaa niitä ruumiillisista tuntemuksista sekä vähäisenä keskittymisenä sisäisiin kokemuksiin (Ryder ym., 2008; Sayar ym., 2003). Kuten oletettiin, aleksitymia ja somaattiset oireet olivat myös tässä tutkimuksessa yhteydessä toisiinsa. Aleksitymian ja somatisaation välinen yhteys oli oletusten mukaisesti yhtä voimakas sekä suomalaisessa että somalialaisessa kulttuurissa. Kyvyttömyys tunnistaa ja nimetä tunteita sekä taipumus ulkokohtaiseen ajatteluun näyttivät siis liittyvän yleisesti somaattisiin oireisiin, eikä aleksitymiällä voitu selittää kulttuurisia eroja taipumuksessa ilmaista somaattisia oireita. Tuloksesta voidaan päätellä, että emotionaalinen kokemus ja siihen liittyvät tekijät ovat pitkälti yleismaailmallisia inhimillisiä ominaisuuksia, joiden yhteys hyvinvointiin on ainakin osittain riippumaton kulttuurista.

4.2 Masennusta selittävien tekijöiden kulttuurisidonnaisuus

Vastoin odotuksia masennusta selittävät tekijät eivät tässä tutkimuksessa eronneet kulttuurin mukaan. Sekä suomalaisessa että somalialaisessa kulttuurissa heikko koherenssin tunne oli yhteydessä masennukseen. Näin ollen aikaisemmin esitetty oletus, että masennus ja yksilölliset ominaisuudet, kuten henkilökohtainen koherenssin tunne, olisivat yhteydessä toisiinsa yksilöllisissä, mutta eivät välttämättä yhteisöllisissä kulttuureissa, ei saanut tukea (Oyserman, 2008). Masennuksen ja koherenssin tunteen välinen yhteys näyttää siis tämän tutkimuksen mukaan olevan pikemminkin yleismaailmallinen kuin kulttuurisidonnainen. Samansuuntaisia tutkimustuloksia on raportoitu myös aikaisemmin (Eriksson & Lindström, 2006). Terveiden edistämisen kannalta on tärkeää tunnistaa ne tekijät, jotka voivat altistaa mielenterveysongelmille. Koska heikko koherenssin tunne liittyi masennukseen kummassakin kulttuuriryhmässä, voidaan sitä mahdollisesti käyttää apuna masennuksen tunnistamisessa eri kulttuuriryhmissä. Lisäksi edistämällä ja tukemalla

vahvaa koherenssin tunnetta voidaan mahdollisesti jopa ennaltaehkäistä masennuksen puhkeamista.

Oletusten mukaisesti sosiaalinen tuki oli tässä tutkimuksessa yhteydessä masennukseen. Oletusten vastaisesti sosiaalisen tuen ja masennuksen välinen yhteys ei kuitenkaan eronnut kulttuuritaustan mukaan. Yhteyden suunta ei myöskään vastannut odotuksia, sillä hyvä sosiaalinen tuki oli yhteydessä masennukseen. Odottamaton tutkimustulos johtunee osittain sosiaalisen tuen mittaamisessa käytetyistä kysymyksistä, jotka liittyivät käytännön askareisiin tarvitusta ja saadusta avusta. On perusteltua olettaa, että henkilöt, jotka ilmoittivat tarvitsevansa ja saavansa apua päivittäisiin askareisiinsa, eivät kyenneet selviytymään arkiaskareista itse. Alentunut toimintakyky tai sairaudet voivat altistaa masennukselle. Yhtä todennäköistä on myös, että masennus ja siihen liittyvä toimintakyvyn heikkeneminen ja muut oheissairaudet ovat avuntarpeen ja -saamisen taustalla. Kyvyttömyys todentaa sosiaalisen tuen merkitystä masennukselta suojaavana tekijänä saattaa siis johtua tutkimusmenetelmien rajoitteista. Toisaalta tutkimustuloksia hyvän sosiaalisen tuen ja masennuksen välisestä myönteisestä yhteydestä on raportoitu ennenkin. Aikaisemmissa tutkimuksissa muun muassa sosiaalisen tukiverkoston koko tai subjektiivinen tyytyväisyys sosiaaliseen tukeen eivät ole olleet yhteydessä ikääntyneiden masentuneisuuteen (Han, Kim, Lee, Pistulka, & Kim, 2007; Cruza-Guet, Spokane, Caskie, Brown, & Spapocznic, 2008). Lisäksi sukulaisten tarjoaman sosiaalisen tuen on todettu olevan yhteydessä korkeahkoon masentuneisuuteen, kun taas suvun ulkopuoliset sosiaaliset verkostot edistävät hyvinvointia (Gellis, 2003; Mui & Kang, 2006). Tutkimustuloksia hyvän sosiaalisen tuen ja masennuksen välisestä yhteydestä on selitetty muun muassa sillä, että masentuneet yksilöt saattavat saada lähipiiriltään tukea enemmän kuin hyvinvoivat (Cruza-Guet ym., 2008; Gellis, 2003). Tuen vastaanottaminen voi myös lisätä tunnetta oman kontrollin vähentymisestä ja siten alentaa itsetuntoa. Voidaan myös pohtia, että sosiaalisen tuen saamisen lisäksi myös oma sosiaalinen aktiivisuus ja mahdollisuus tarjota oma henkilökohtainen panos sosiaaliseen yhteisöön saattaa olla tärkeää, jotta sosiaaliset tekijät edistäisivät hyvinvointia. Kun sosiaalisena tukena on tarkasteltu kumppanuutta ja emotionaalista tukea, on sen todettu olevan yhteydessä vähäiseen masentuneisuuteen (Wong, Yoo, & Stewart, 2007).

Somalialaisten masentuneisuutta voitaneen siis selittää yhtä lailla hyvällä sosiaalisella tuella kuin heikolla koherenssin tunteella, sillä suomalaisiin verrattuna somalialaisista huomattavasti useampi ilmoitti saavansa apua päivittäisiin askareisiin.

Koska tässä tutkimuksessa sosiaalista verkostoa kartoitettiin käytännön avun tarpeen kautta, antavat tulokset viitteitä siitä, että psyykkisen ja fyysisen toimintakyvyn välinen yhteys on merkittävä kummassakin tutkituista kulttuureista.

4.3 Tutkimuksen anti ja rajoitukset

Tietääkseni Suomessa ei ole aikaisemmin tutkittu masennuksen ilmenemistä valtaväestössä ja vähemmistökulttuureissa. Maahanmuuttajien mielenterveyttä on aikaisemmin tutkittu varsin vähän, ja ikääntyneet maahanmuuttajat ovat jääneet pääsääntöisesti tutkimusten ulkopuolelle (Martikainen & Tiilikainen, 2007; Mölsä & Tiilikainen, 2008). Vaikka somalialaisia maahanmuuttajia on Suomessa suhteellisen paljon, ei heidän hyvinvointiaan ole juurikaan tutkittu (Hassinen-Ali-Azzani, 2002). Tämä tutkimus tarjosi käytännön mielenterveystyötä varten tärkeää tietoa ikääntyneiden suomalaisten ja somalialaisten masennuksen tyypillisistä oireista. Tulokset lisäsivät myös teoreettista tietämystä sosiokulttuuristen tekijöiden yhteydestä mielenterveyteen, sekä masennuksen, somatisaation ja aleksitymian ilmenemisestä kahdessa hyvin erilaisessa kulttuurissa.

Koska tässä tutkimuksessa masennuksen ilmenemistä kartoitettiin suomalaisessa ja somalialaisessa ei-kliinisissä populaatioissa, oli luotettavia kulttuurien välisiä vertailuja varten mahdollista saada tarvittavan suuret otoskoot. Lisäksi normaaleita populaatioita tutkittaessa masennuksen ilmenemisessä voitiin todeta samansuuntaisia kulttuurieroja kuin kliinisissä populaatioissa. Tämä tulos kertoo yleisesti kulttuurisesta taipumuksesta kuvata olotilaa eri tavoin ja keskittyä eri tavoin fyysisiin ja psyykkisiin tuntemuksiin. On kuitenkin muistettava, että tutkimukseen osallistuneet henkilöt eivät olleet kliinisesti masentuneita. Jatkossa olisi tärkeä tutkia myös kulttuurieroja ja yhtäläisyyksiä masennusdiagnoosin saaneiden oirekuvissa. Tällöin on olemassa kuitenkin se riski, että oireisiin perustuva diagnosointi rajaa itsessään pois länsimaisesta psykiatriasta poikkeavat oirekuvat. Kulttuurisensitiivisten diagnosointimenetelmien kehittämiseen olisikin panostettava tulevaisuudessa.

Tutkimuksessa todettujen kulttuurierojen ja -yhtäläisyyksien lisäksi tämän tutkimuksen ansiona voidaan yleisemmällä tasolla pitää myös sitä, että masennuksen kartoittaminen ei-kliinisissä populaatioissa tarjosi tietoa mielialahäiriöiden ja somaattisten oireiden samanaikaisesta ilmenemisestä normaalissa väestössä. Masennuksen, somatisaation ja aleksitymian välisen komorbiditeetin tutkiminen antaa lisätietoa häiriöiden etiologiasta ja auttaa ymmärtämään mielenterveyshäiriöitä paremmin. Tutkimustuloksista on hyötyä etenkin mielenterveyshäiriöluokitusten kehittämisessä ja käytännön työssä häiriöiden samanaikaisessa hoidossa.

Tulosten yleistettävyyden kannalta tulee huomioida, että tämän tutkimuksen kohdejoukoksi rajattiin ikääntynyt suomalainen ja somalialainen väestö. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia masennusoireiden ilmenemistä nuoremman sukupolven maahanmuuttajilla sekä sellaisilla

henkilöillä, jotka ovat kasvaneet useamman kuin yhden kulttuuripiirin alla. Tällaisia henkilöitä ovat esimerkiksi Suomeen varhaisessa iässä muuttaneet somalialaiset, jotka edustavat toisaalta somalialaista kulttuuria perheidensä ja sukujensa kautta, mutta tuntevat hyvin myös länsimaisen kulttuurin. Koska Suomessa asuvilla vanhemman sukupolven somalialaisilla on lähes poikkeuksetta pakolaistausta, on se huomioitava myös tulosten tulkinnassa ja tuloksista tehtävissä johtopäätöksissä. Traumaattisten kokemusten ja maahanmuuttaja-aseman merkitystä voi olla vaikea erottaa kulttuuriin ja mielenterveyteen liittyvistä tekijöistä. Pakolaisuuteen liittyvien tekijöiden yhteyttä psyykkiseen hyvinvointiin on tärkeää tutkia jatkossa, mutta huomiota olisi kiinnitettävä myös liialliseen medikalisoimiseen ja pakolaisten leimaamiseen poikkeuksetta uhreiksi.

Tulevissa tutkimuksissa sosiaalisen tuen mittaamisessa olisi hyvä kartoittaa yksilön saaman henkisen tuen määrää, eikä niinkään käytännön askareisiin tarvittua ja saatua apua. Siviilisäädyn lisäksi parisuhteen laatu voisi tarjota uusia näkökulmia sosiaalisen tuen merkityksestä. Muiden ihmisten tarjoama tuki läheisyyden, keskustelujen ja jakamisen muodossa saattaa olla merkittävä masennukselta suojaava tekijä, jonka yhteyttä kulttuuritaustaan olisi jatkossa mielenkiintoista tutkia.

Jatkotutkimuksissa masennuksen oirekuvassa todettujen eroavaisuuksien taustalla olevien eri kulttuuritekijöiden merkitystä olisi syytä kartoittaa tarkemmin. Tutkimukset tulisi jatkossa suunnitella sellaisista lähtökohdista käsin, että tiettyjen kulttuuristen ominaisuuksien, kuten mielenterveyshäiriöihin liittyvien stigmojen tai yhteisöllisyyden ja yksilöllisyyden merkitystä voitaisiin paremmin analysoida suhteessa masennuksen ilmenemiseen. Tietoa tarvitaan lisäksi muistakin psykologisista ongelmista kuin masennuksesta ja muista Suomessa asuvista kulttuuriryhmistä kuin suomalaisista ja somalialaisista.

4.4 Lopuksi

Ihmisten toimintaa ja psyykkisiä ilmiöitä selitettäessä tulisi huomioida yhä useammin länsimaiset näkemykset yhtenä kulttuurisena variaationa, eikä perustasona johon muita kulttuureita verrataan. Vaarana on, että omasta näkökulmastamme tulkittavia eroavaisuuksia, kuten somaattisten oireiden hallitsevuutta osana masennusta, pidetään ”patologisempana” kuin psykologista oireilua, jonka tyypillisesti ajatellaan kuuluvan masennukseen. Länsimaisen psykiatrian diagnostiset menetelmät on suunniteltu länsimaiseen kulttuuriympäristöön, eikä niillä sen takia tavoiteta aina hyvin

somaattisin oirein ilmenevää masennusta (Halbreich ym., 2007). Tietoisuus masennuksen kulttuurieroista on kuitenkin lisääntymässä ja kulttuuriset erot oirekuvassa mainitaan nykyään mm. DSM-IV-TR diagnoosiluokituksessa (APA 2000). Myös yksittäisiä masennuksen arviointimenetelmiä on kehitetty eri kulttuuriympäristöille (esim. Zheng & Lin, 1991). Ennen kuin käyttöön saadaan luotettavia kulttuurisensitiivisiä menetelmiä, olisi tämän tutkimuksen valossa tärkeää muistaa, että masennukseen ei välttämättä liity korostuneita itsesyytöksiä, arvottomuuden tunteita tai itsetuhoisia ajatuksia. Samanaikaisesti on kuitenkin syytä korostaa kognitiivisten ja somaattis-affektiivisten piirteiden yhdenaikaisuutta ja oireiden kokonaisvaltaisuutta. Koska erilaisia masennusoireita ilmenee jossain määrin kaikissa kulttuureissa ja samassa kulttuurissa masennuksen oirekuva vaihtelee huomattavasti yksilöiden välillä, tulisi liian karkeita luokitteluja välttää.

Kulttuuriset erot somalialaisten ja suomalaisten sairaskokemuksessa ja mielenterveyteen liittyvissä käsityksissä lisäävät haasteita suomalaiselle terveydenhuollolle, sillä ne voivat johtaa avun hakemiseen ennemmin somalialaisen kulttuurin perinteisten menetelmien parista tai yleislääkärin vastaanotolta kuin mielenterveyspalveluista. Suomen väestön muuttuessa yhä monikulttuurisemmaksi, on masennuksen varhaisen tunnistamisen kannalta tärkeää lisätä tietoisuutta masennuksen ja muiden psyykkisten ongelmien ilmenemisestä eri kulttuureissa.

Lähteet

- Abu-Kaf, S., & Priel, B. (2008). Dependent and Self-critical vulnerabilities to depression in two different cultural contexts. *Personality and Individual Differences*, 44, 689–700.
- Al-Issa, I. (2000a). Does the Muslim Religion Make a Difference in Psychopathology? Teoksessa Al-Issa, I. (toim.), *Al-Junun: Mental Illness in the Islamic World* (s. 315–353). International Universities Press, Inc.
- Al-Issa, I. (2000b). The Mental Health of Muslim Immigrants in Europe. Teoksessa Al-Issa, I. (toim.), *Al-Junun: Mental Illness in the Islamic World* (s. 270). International Universities Press, Inc.
- Al-Subaie, A., & Almahad, A. (2000). Psychiatry in Saudi Arabia. Teoksessa Al-Issa, I. (toim.), *Al-Junun: Mental Illness in the Islamic World* (s. 223). International Universities Press, Inc.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4. painos, (s. 349–356). Washington, DC:APA.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress, and Coping. New Perspectives on Mental and Physical Well-Being* (s. 123–128). Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1993). The Structure and Properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science and Medicine*, 36, 725–733.
- Aromaa, A., & Koskinen, S. (2002). *Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 tutkimuksen perustulokset*. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja.
- Bagby R.M., Parker, J.D., & Taylor, G.J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23–32.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Causes and Treatment*, 2. painos (s. 10–43 & 255–267). University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T, Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Moc, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571.
- Beeman, W. (1985). Dimensions of Dysphoria: The View from Linguistic Anthropology. Teoksessa Kleinman A., & Good, B. (toim.), *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder* (s. 216–243). University of California Press.
- Bernstein, K.S., Lee, J-S., Park., S-Y., & Jyoung, J-P. (2007). Symptom manifestations and expressions among Korean immigrant women suffering with depression. *Journal of Advanced Nursing*, 61, 393-402.
- Berry, J. W., Poortinga, Y. H., Segall, M. H., & Dasen, P. R. (1992). *Cross-Cultural Psychology. Research and Applications*, 2. painos (s. 1–8). Cambridge University Press.

- Bhugra, D. (2003). Migration and Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108 (liite 418), 67-72.
- Bhui, K., Abdi, A., Abdi, M., Pereira, S., Dualeh, M., Robertson D., Sathyamoorthy, G., & Ismail, H. (2003). Traumatic events, migration characteristics and psychiatric symptoms among Somali refugees. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 35–43.
- Binitie, A. (1981). Psychiatric disorders in a rural practice in the Bendel State of Nigeria. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 64, 273–280.
- Birman, D., & Tran, N. (2008). Psychological Distress and Adjustment of Vietnamese Refugees in the United States: Association With Pre- and Postmigration Factors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78, 109–120.
- Braam, A.W., Sonnenberg, C.M., Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., & van Tilburg, W. (2000). Religious denomination as a symptom-formation factor of depression in older Dutch citizens. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 458–466.
- Bruner, J. (1996). *The Culture of Education*, 5. painos (s. 3). Harvard University Press.
- Bäärnhielm, S., & Ekblad, S. (2000). Turkish Migrant Women Encountering Health Care in Stockholm: A Qualitative Study of Somatization and Illness Meaning. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24, 431–452.
- Chen., R., Copeland, J.R.M., & Wei, L. (1999). A Meta-analysis of Epidemiological Studies in Depression of Older People in the People’s Republic of China. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 821–830.
- Cheung, F., & Lin, K-M. (1997). Neurasthenia, Depression and Somatoform Disorder in a Chinese-Vietnamese Woman Migrant. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 21, 247–260.
- Church, A.T. (2001). Introduction. *Journal of Personality: Special Issue: Cross-Cultural Psychology*, 69, 787–801.
- Ciesla, J., & Robert, J. (2007). Rumination, Negative Cognition, and Their Interactive Effects on Depressed Mood. *Emotion*, 7, 555–565.
- Cruza-Guet, M-C., Spokane, A.R., Caskie, G.I.L., Brown, S.C., & Szapocznic, J. (2008). The Relationship Between Social Support and Psychological Distress Among Hispanic Elders in Miami, Florida. *Journal of Counseling Psychology*, 55, 427–441.
- Derogatis, L.R. (1992). *The Symptom Checklist-90-Revised*. Minneapolis: NCS Assessments.
- Diener, E., Gohm, C.L., Suh, E., & Oishi, S. (2000). Similarity of the Relations between Marital Status and Subjective Well-Being Across Cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 31, 419–436.
- Ehnholt, K.A., & Yule, W. (2006). Practitioner Review: Assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1197–1210.
- Ekman, P. (1972). *Emotion in the human face*, 2. painos, (s. 128–143). Cambridge University Press.

- Ekman, P. (1992). Are There Basic Emotions? *Psychological Review*, 99, 550–553.
- Elfenbein, H.A., & Ambady, N. (2002). On the Universality and Cultural Specificity of Emotion Recognition: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 128, 203–235.
- Ellsworth, P.C. (1994). Sense, Culture, and Sensibility. Teoksessa Kitayama, S. & Markus, H.R. (toim.), *Emotion and Culture. Empirical Studies of Mutual Influence*, 2. painos (s. 23–36). Washington, DC: APA.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 376–381.
- Freud, S. (2005). *Murhe ja melankolia sekä muita kirjoituksia* (s. 158–174). Tampere Vastapaino. Julkaistu ensimmäisen kerran Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse – lehdessä 6/1917.
- Frommberger, U., Stieglitz, R-D., Straub, S., Nyberg, E., Schlickewei, W., Kuner, E., & Berger, M. (1999). The Concept of Sence of Coherence and The Development of Posttraumatic Stress Disorder in Traffic Accident Victims. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 343–348.
- Gellis, Z.V. (2003). Kin and Nonkin Social Supports in a Community Sample of Vietnamese Immigrants. *Social Work*, 48, 248–258.
- German, G.A. (1972). Aspects of Clinical Psychiatry in Sub-Saharan Africa. *British Journal of Psychiatry*, 121, 461–479.
- Gerritsen, A.A.M., Bramsen, I., Devillé, W., van Willigen, L.H.M., Hovens, J.E., & van der Ploeg, H.M. (2006). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 18–26.
- Good, B.J., DelVecchio Good, M-J., & Moradi, R. (1985). The Interpretation of Iranian Depressive Illness and Dysphoric Affect. Teoksessa Kleinman A., & Good, B. (toim.), *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder* (s. 369–428). University of California Press.
- Guerin, B., Guerin, P., Diiriye, R.O., & Yates, S. (2004). Somali Conceptions and Expectations Concerning Mental Health: Some guidelines for mental health professionals. *New Zealand Journal of Psychology*, 33, 59–67.
- Halbreich, U., Alarcon, R.D, Calil, H., Douki, S., Gaszner, P., Jadresic, E., Jasovic-Gasic, M., Kadri, N., Kerr-Correa, F., Patel, V., Sarache, X., & Trivedi, J.K. (2007). Culturally-sensitive complaints of depressions and anxieties in women. *Journal of Affective Disorders*, 102, 159–176.
- Hammen, C. (1998). *Depression* (s. 3–7). Hove: Psychology Press.
- Han, H-R., Kim, M., Lee, H.B., Pistulka, G., & Kim, K.B. (2007). Correlates of Depression in the Korean American Elderly: Focusing on Personal Resources of Social Support. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 22, 115–127.
- Hassinen-Ali-Azzani, T. (2002). *Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja: etnografia somalialaisten terveyskäytöksistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaiseseen kulttuuriin siirtymävaiheessa* (s. 105–119 & 154). Kuopion yliopisto.

- Heine, S.J. (2001). Self as Cultural Product: An Examination of East Asian and North American Selves. *Journal of Personality*, 69, 881–906.
- Helman, C. (1984). *Culture, Health and Illness*, 5. painos (s. 259). Hodder Arnold.
- Hofstede, G. (2001). *Culture's Consequences. Comparing Values, Behaviors, Institutions and Organizations Across Nations*, 2. painos (s. 9 & 214–255). Sage Publications.
- Hui, C.H., & Triandis, H.C. (1986). Individualism-Collectivism: A Study of Cross-Cultural Researchers. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 17, 225–248.
- Isometsä, E. (1999). Masennushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., & Partonen, T. (toim.), *Psykiatria*, 5.-6. painos (s. 157–195). Duodecim.
- Jackson, S.W. (1985). Acedia the Sin and its Relationship to Sorrow and Melancholia. Teoksessa Kleinman A., & Good, B. (toim.), *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder* (s. 43–62). University of California Press.
- Jenkins, J. (1994). Culture, Emotion, and Psychopathology. Teoksessa Kitayama, S., & Markus, H. (toim.), *Emotion and Culture: Empirical Studies of Mutual Influence*, 2. painos (s. 307–335). Washington, DC: APA.
- Joukamaa, M. (1999). Psykosomatiikka – psyykkiset tekijät fyysisissä sairauksissa. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., & Partonen, T. (toim.), *Psykiatria*, 5.-6. painos (s. 478). Duodecim.
- Kalliopuska, M. (2005). *Psykologian sanasto* (s. 127). Otava.
- Kanawaza, A., White, P. M., & Hampson, S. E. (2007). Ethnic Variation in Depressive Symptoms in a Community Sample in Hawaii. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 13, 35–44.
- Kirmayer, L.J. (1989). Cultural Variations in the Response to Psychiatric Disorders and Emotional Distress. *Social Science and Medicine*, 29, 327–339.
- Kirmayer, L.J. (2001). Cultural Variations in the Clinical Presentation of Depression and Anxiety: Implications for Diagnosis and Treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (liite 13), 22–28.
- Kirmayer, L.J., Robbins, J.M., & Dworkind, M., & Yaffe, M.J. (1993). Somatization and the Recognition of Depression and Anxiety in Primary Care. *American Journal of Psychiatry*, 150, 734–741.
- Kirmayer, L.J., Rousseau, C. Jarvis, G., & Guzder, J. (2006). The Cultural Context of Clinical Assessment. Teoksessa Kay, J., & Tasman, A. *Essentials of Psychiatry* (s. 4–6). Wiley & Sons.
- Kitayama, S., & Markus, H.R. (1994). The Cultural Shaping of Emotion: A Conceptual Framework. Teoksessa Kitayama, S., & Markus, H. (toim.), *Emotion and Culture: Empirical Studies of Mutual Influence*, 2. painos (s. 339–351). Washington, DC: APA.
- Kitayama, S., Markus, H.R., Matsumoto, H., & Norasakkunkit, V. (1997). Individual and Collective Processes in the Construction of the Self: Self-Enhancement in the United States and Self-Criticism in Japan. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 1245–1267.

- Kleinman, A. (1977). Depression, somatization and the “new cross-cultural psychiatry”. *Social Science and Medicine*, 11, 3–10.
- Kleinman, A., & Kleinman, J. (1985). Somatization: The Interconnections in Chinese Society among Culture, Depressive Experiences, and the Meanings of Pain. Teoksessa Kleinman A., & Good, B. (toim.), *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder* (s. 440). University of California Press.
- Koshen, H.I.A. (2007). Strengths in Somali Families. *Marriage & Family Review*, 41, 71–99.
- Kuehner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 163–174.
- Käypä hoito –suositus (2004). Depressio. *Duodecim*, 6, 744–764.
- Kääriäinen, K., Niemelä, K., & Ketola, K. (2003). *Moderni kirkkokansa. Suomalaisten uskonnollisuus uudella vuosituhanella* (s. 253–261). Kirkon tutkimuskeskuksen julkaisu. Gummerus.
- Laitin, D., & Samatar, S. (1987). *Somalia. Nation in Search of a State* (s. 44–47). Colorado: Westview Press.
- Lecrubier, Y. (2001). Prescribing Patterns for Depression and Anxiety Worldwide. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (liite 13), 31–36.
- Leff, J. (1981). Psychiatry around the globe. A transcultural view (s. 42–53). Marcel Dekker.
- Levy, R.I. (1984). Emotion, knowing and culture. Teoksessa Schweder A., & LeVine R.A. (toim.), *Culture Theory: Essays on Mind, Self, and Emotion* (s. 214–237). Cambridge University Press.
- Lewis, I. (2004). Visible and Invisible Differences: The Somali Paradox. *Africa*, 74, 489–515.
- Lieb, R., Meinlschmidt, G., & Araya, R. (2007). Epidemiology of the Association Between Somatoform Disorders and Anxiety and Depressive Disorders: An Update. *Psychosomatic Medicine*, 69, 860–863.
- Lipowski, Z.J. (1988). Somatization: The concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1358–1368.
- Lopes Cardozo, B., Bilukha, O.O., Gotway, C.A., Wolfe, M.I., Gerber, M.L., & Anderson, M. (2005). Mental Health of Women in Postwar Afghanistan. *Journal of Women's Health*, 14, 285–293.
- Lucht, M., Schaub, R.T., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H.J., Bartels, T., von Houwald, J., Barnow, S., Freyberger, H.J., Dilling, H., & John, U. (2003). Gender differences in unipolar depression: a general population survey of adults between age 18 to 64 of German nationality. *Journal of Affective Disorders*, 77, 203–211.
- Lutz, C. (1985). Depression and Translation of Emotional Words. Teoksessa Kleinman A., & Good, B. (toim.), *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder* (s. 63–100). University of California Press.

- Lutz, C. (1988). *Unnatural Emotions: Everyday Sentiments on a Micronesian Atoll & Their Challenge to Western Theory* (s. 4). University of Chicago Press.
- Manninen, P., & Ylén, M. (2000). *Tilastollisen päättelyn käytäntö. Tilastotiedettä soveltajille* (s. 93–94). TI-Tutkimuspalvelu.
- Manson, S.M., Shore, J.H., & Bloom, J.D. (1985). The Depressive Experience in American Indian Communities: A Challenge for Psychiatric Theory and Diagnosis. Teoksessa Kleinman A., & Good, B. (toim.), *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder* (s. 331–368). University of California Press.
- Markus, H.R., & Kitayama, S. (1991). Culture and the Self: Implications for Cognition, Emotion, and Motivation. *Psychological Review*, 98, 224–253.
- Markus, H., & Kitayama, S. (1994). The Cultural Shaping of Emotion: A Conceptual Framework. Teoksessa Kitayama, S., & Markus, H. (toim.). *Emotion and Culture. Empirical Studies of Mutual Influence*, 2. painos (s. 339–352). Washington, DC: APA.
- Marsella, A.J., (1980). Depressive Experience and Disorder across Cultures. Teoksessa Triandis, H.C., & Draguns, J.G. (toim.), *Handbook of Cross-Cultural Psychology, vol. 6* (s. 237–289). Allyn and Bacon, INC.
- Marsella, A.J, Sartorius, N., Jablensky, A., & Fenton, F. (1985). Cross-Cultural Studies of Depressive Disorders: An Overview. Teoksessa Kleinman, A., & Good, B. (toim.) *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder* (s. 299–324). University of California Press.
- Martikainen, T., & Tiilikainen, M. (2007). Maahanmuuttajanaiset: Käsitteet, tutkimus ja haasteet. Teoksessa Martikainen, T., & Tiilikainen, M. (toim.), *Maahanmuuttajanaiset: Kotoutuminen, perhe ja työ*, 2. painos (s. 28). Helsinki: Väestöliitto.
- McSherry, W., & Holm, J. (1994). Sense of Coherence: Its Effects on Psychological Processes Prior to, During, and After a Stressful Situation. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 476–487.
- Mielenterveyden keskusliitto (2008). *Mielenterveysbarometri 2008*. [viitattu 14.10.2008]. Saatavissa: http://www.mtkl.fi/liiton_toiminta/tutkimus/mielenterveysbarometri
- Morse, J., & Robins, C. (2005). Personality-life event congruence effects in late-life depression. *Journal of Affective Disorders*, 84, 25–31.
- Mui, A.C., & Kang, S-Y. (2006). Acculturation Stress and Depression among Asian Immigrant Elders. *Social Work*, 51, 243–255.
- Mölsä, M., & Tiilikainen, M. (2007). Potilaana somali. Auttaako kulttuurinen tieto lääkärin työssä? *Duodecim*, 123, 451–457.
- Mölsä, M., & Tiilikainen, M. (2008). Somalialaisten maahanmuuttajien ikääntymisen ja sairastamisen kokemuksia Suomessa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 45, 59–73.
- Nolen-Hoeksema, S., Seligman, M., & Girgus, J. (1986). Learned Helplessness in Children: A Longitudinal Study of Depression, Achievement, and Explanatory Style. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 435–442.

- Oyserman, D., Coon, H.M., & Kemmelmeier, M. (2002). Rethinking Individualism and Collectivism: Evaluation of Theoretical Assumptions and Meta-Analyses. *Psychological Bulletin*, 128, 3–72.
- Oyserman, D., & Lee, S.W.S. (2008). Does Culture Influence What and How We Think? Effects on Priming Individualism and Collectivism. *Psychological Bulletin*, 134, 311–342.
- Pallant, J.F., & Lae, L. (2002). Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: further evaluation of the sense of coherence scale. *Personality and Individual Differences*, 33, 39–48.
- Parker, G., Cheah, Y-C., & Roy, K. (2001). Do the Chinese somatize depression? A cross-cultural study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 287–293.
- Parker, J.D.A, Bagby, R.M., Taylor, G.J., Endler, N.S., & Schmitz, P. (1993). Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*, 7, 221–232.
- Patel, V., Araya, R., & Bolton, P. (2004). Treating depression in the developing world. *Tropical Medicine and International Health*, 9, 539–541.
- Pirkola, S.P., Isometsä, E., Suvisaari, J., Aro, H., Joukamaa, M., Poikolainen, M., Koskinen, S., Aromaa, A., & Lönnqvist, J.K. (2005). DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population: Results from the Health 2000 Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 1–10.
- Raitasalo, R., & Maaniemi, K. (2006). *Mielenterveyden häiriöiden aiheuttamat haitat kasvaneet. Kelan teemakatsauksia*. [viitattu 7.4.2008]. Saatavissa: [http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/tk150306/\\$File/TK_15_03_06_Mielenterveyden_hairioiden_maaniemi_raitasalo.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/tk150306/$File/TK_15_03_06_Mielenterveyden_hairioiden_maaniemi_raitasalo.pdf?OpenElement)
- Review of national Finnish health promotion policies and recommendations for the future. WHO Europe. [viitattu 2.3.2008]. Saatavissa: <http://www.euro.who.int/document/E78092.pdf>.
- Ryder, A.G., Yang, J., Zhu, X., Yao, S., Yi, J., Heine, S.J., & Bagby, M.R. (2008). The Cultural Shaping of Depression: Somatic Symptoms in China, Psychological Symptoms in North America? *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 300–313.
- Sayar, K., Kirmayer, L.J., & Taillefer, S.S. (2003). Predictors of somatic symptoms in depressive disorder. *General Hospital Psychiatry*, 25, 108–114.
- Schieffelin, E.L. (1985). The Cultural Analysis of Depressive Affect: An Example from New Guinea. Teoksessa Kleinman, A., & Good, B. (toim.), *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder* (s. 101–133). University of California Press.
- Schubert, C. (2007). *Monikulttuurisuus mielenterveystyössä* (s. 94–103). Helsinki: Edita.
- Serkkola, A. (1992). *Somalia. Taival suvun ja valtion varjossa* (s. 14–22). Helsinki: VAPK-Kustannus.
- Serkkola, A. (1994). A Sick Man is Advised by a Hundred. Pluralistic Control of Tuberculosis in Southern Somalia (s. 56–58 & 105–112). Kuopion yliopisto.

- Silveira, E., & Ebrahim, S. (1995). Mental Health and Health Status of Elderly Bengalis and Somalis in London. *Age and Ageing*, 24, 474–480.
- Silveira, E., & Ebrahim, S. (1998). Social Determinants of Psychiatric Morbidity and Well-Being in Immigrant Elders and Whites in East London. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 801–812.
- Smith, H., & Betz, N. (2002). An Examination of Efficacy and Esteem Pathways to Depression in Young Adulthood. *Journal of Counseling Psychology*, 49, 438–448.
- Sloan, T. (2001). Culture, Cognition, and Psychological Individualism. Teoksessa Schumaker, J., & Ward, T. (toim.), *Cultural Cognition and Psychopathology* (s. 3–15). Praeger.
- Slone, L.B., Norris, F.H., Murphy, A.D., Baker, C.K., Perilla, J.L., Diaz, D., Gutiérrez Rodríguez, F., & Gutiérrez Rodríguez, J.J. (2006). Epidemiology of Major Depression in Four Cities in Mexico. *Depression and Anxiety*, 23, 158–167.
- Sow, I. (1980). *Anthropological structures of madness in black Africa* (s. 9–54). New York: International Universities Press.
- Steel, Z., Silove, D., Phan, T., & Bauman, A. (2002). Long-term effect of psychosocial trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia: a population based study. *Lancet*, 360, 1056–1062.
- Suh, E., Diener, E., Oishi, S., & Triandis, H.C. (1998). The Shifting Basis of Life Satisfaction Judgements Across Cultures: Emotions Versus Norms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 482–493.
- Tajima, O. (2001). Mental Health Care in Japan: Recognition and Treatment of Depression and Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (liite 13), 39–44.
- Taylor, G.J. (2000). Recent Developments in Alexithymia Theory and Research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 134–142.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., & Parker, J.D.A. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 277–283.
- Tiilikainen, M. (2000). Islam, pakolaisuus ja somalikulttuuri. Teoksessa Sakaranaho, T., & Pesonen, H. (toim.), *Muslimit Suomessa* (s. 66–69). Helsinki: Yliopistopaino.
- Tiilikainen, M. (2003). *Arjen Islam. Somalinaisten elämää Suomessa* (s. 212–218). Tampere: Vastapaino.
- Tiilikainen, M. (2007). Somaliäidit ja transnationaalinen perhe. Teoksessa Martikainen, T., & Tiilikainen, M. (toim.), *Maahanmuuttajanaiset: Kotoutuminen, perhe ja työ*, 2. painos (s. 266–284). Helsinki: Väestöliitto.
- Tiilikainen, M. (2008). Somalialaiset maahanmuuttajat ja ylijäräinen hoito. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 45, 74–87.
- Tilastokeskus (2008). *Väestörakenne. Suomen väestö 2007*. [viitattu 21.2.2009]. Saatavissa:

http://www.tilastokeskus.fi/til/vaerak/2007/vaerak_2007_2008-03-28_fi.pdf

Tinhög, P., Hemmingson, T., & Lundberg, I. (2007). To what extent may the association between immigrant status and mental illness be explained by socioeconomic factors? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 990–996.

Triandis, H.C. (2001). Individualism-Collectivism and Personality. *Journal of Personality*, 69, 907–924.

Triandis, H.C. (2005). Issues in Individualism and Collectivism Research. Teoksessa Sorrentino, R., Cohen, D., Olson, J., & Zanna, M. (toim.), *Cultural and Social Behavior: The Ontario Symposium on Personality and Social Psychology*, vol 10 (s. 207–225). Erlbaum.

Tripp, D., Catano, V., & Sullivan, M. (1997). The Contributions of Attributional Style, Expectancies, Depression, and Self-Esteem in a Cognition Based Depression Model. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 29, 101–111.

Waller, E., & Scheidt, C.E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective. *International Review of Psychiatry*, 18, 13–24.

Wainryb, C. (2004). The Study of Diversity in Human Development: Culture, Urgencies, and Perils. *Human Development*, 47, 131–137.

Weissman, M., Bland, R.C., Canino, G.J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H-G., Joyce, P.R., Karam, E.G., Lee, C-K., Lellouch, J., Lepine, J-P., Newman, S.C., Rubio-Stipec, M., Wells, J.E., Wickramaratne, P.J., Wittchen, H-U., & Yeh, E-K. (1996). Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder. *The Journal of the American Medical Association*, 276, 293–299.

Wellenkamp, J. (1995). Cultural Similarities and Differences Regarding Emotional Disclosure: Some Examples from Indonesia and the Pacific. Teoksessa Pennebaker, J. (toim.), *Emotion, Disclosure, and Health* (s. 293–313). Washington, DC: APA.

Wong, S.T., Yoo, G.J., & Stewart, A.L. (2007). An Empirical Evaluation of Social Support and Psychological Well-Being in Older Chinese and Korean Immigrants. *Ethnicity and Health*, 12, 43–67.

World Health Organization (1992). *The International Classification of Diseases* (10. painos). Geneva: WHO.

World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope* (s. 19–45). Geneva: WHO.

World Health Organization (2003). *Suicide Rates (per 100,000), by country, year, and gender*. [viitattu 15.1.2009]. Saatavissa:
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suiciderates/en/

Yang, L. H., Link, B. G., & Phelan, J.C. (2008). Stigma and Beliefs of Efficacy Towards Traditional Chinese Medicine and Western Psychiatric Treatment Among Chinese-Americans. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14, 10–18.

Yilmaz, A.T., & Weiss, M.G. (2000). Cultural Formulation: Depression and Back Pain in a Young Male Turkish Immigrant in Basel, Switzerland. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24, 259–272.

Ying, Y-W., Lee, P.A., & Tsai, J.L. (2007). Predictors of Depressive Symptoms in Chinese American College Students: Parent and Peer Attachment, College Challenges and Sence of Coherence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 316–323.

Zheng, Y.P., & Lin, K.M. (1991). Comparison of the Chinese Depression Inventory and the Chinese Version of Beck Depression Inventory. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 531–536.

Zarowsky, C. (2004). Writing Trauma: Emotion, Ethnography, and the Politics of Suffering Among Somali Returnees in Ethiopia. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28, 189–209.