

# Terapiaa, lääkkeitä ja toisia ihmisiä

## Sosiaalisen tuen merkitys masennuksesta toipumisessa

Tässä kyselytutkimuksessa tarkastellaan sosiaalisen tuen merkitystä masennuksesta toipumisessa suhteessa terapiaan ja mielialalääkitykseen. Aineistona käytettiin masennuksesta kärsiville suunnattua Internet-kyselyaineistoa ( $N = 678$ ). Aineisto edustaa Internet-muodossa kerättyyn kyselyyn vastanneita henkilöitä, jotka oman ilmoituksensa mukaan ovat kärsineet jostakin masennushäiriöstä tai sen oireista. Tulosten mukaan koetulla sosiaalisella tuella on tärkeä merkitys masennuksesta toipumisessa erityisesti kyselyyn vastanneilla nuorilla aikuisilla. Sosiaalinen tuki tuli vastauksissa esille masennuslääkkeitä tai terapiaa tärkeämpänä toipumiskeinona. Sosiaalinen tuki oli merkityksellistä myös vakavammasta masennuksesta kärsivillä ja masennukseensa lääketieteellistä hoitoa saaneilla. Ne, jotka eivät ilmoittaneet saaneensa lääketieteellistä hoitoa, olivat kokeneet saaneensa sosiaalisesta tuesta apua masennuksesta toipumiseen. Tuloksemme tukevat sosiaalisen tuen merkitystä masennuksesta toipumisessa.

**HEIKKI HIILAMO, ANNAMARI TUULIO-HENRIKSSON**

### JOHDANTO

”Kummallisinta ei ollut muurin äkillinen ilmestyminen, vaan sen näkymättömyys.” Panu Rädyn romaanissa *Muuri* (1998) nuoren miehen ulkoven eteen on kasvanut muuri. Hän ei havaitse sitä silmin mutta tuntee sen sisällään. Pitkämielisen rakastetun tuella masentunut mies alkaa etsiä tietä ulos sairaudesta.

Masentunut mieliala voi olla luonnollinen reaktio esimerkiksi erilaisiin menetyksen tai pettymyksen kokemuksiin. Jos masentunut mieliala pitkittyy ja siihen liittyy muita oireita, puhutaan masennustilasta. Masennustila eli depressio on oireyhtymä, jonka tunnistamiseen käytetään diagnostisia kriteereitä (alentunut mieliala, kyvyttömyys kokea mielihyvää, uupumus, itseluottamuksen menetys, itsesyytökset, itsetuhoisuus, päättämättömyys tai keskittymisen vaikeus, psykomotorinen hidastuminen tai kiihtyneisyys, unihäiriöt ja ruokahalun muutokset) (Isometsä 2011). Diagnostiikka voi muodostua hyvinkin erilaisista oirekokonaisuuksista eri ihmisillä, ja samallakin henkilöllä oireyhtymä voi muuttua sisällöltään eri ma-

sennusjaksojen aikana. Erilisten arviointiasteikoiden – kuten Hamiltonin ja Montgomery-Åsbergin ulkopuoliseen arvioon perustuvat depressioasteikot (Hamilton 1960, Montgomery ja Åsberg 1979) sekä Beckin kyselylomakkeeseen perustuva depressioasteikko BDI (Beck ym. 1961) – perusteella arvioidaan esimerkiksi masennusoireiden vaikeusastetta.

Masennuksen katsotaan nykyään olevan yksi Suomen vakavimmista kansantaudeista. Suomalaisen Terveys 2000 -väestötutkimuksen perusteella masennuksesta kärsii noin viisi prosenttia suomalaisista (Pirkola ym. 2005) ja lähes joka viidennellä on jonkinasteinen masennustila elämänsä aikana (Isometsä 2011). Suomalaisia 18–30-vuotiaita koskevassa tutkimuksessa 17,7 prosentilla oli elämänaikainen masennustila ja masennushäiriöt olivat tässä ikäryhmässä yleisimpiä mielenterveyden häiriötä (Suvisaari ym. 2009). Masennuksen vuoksi 2000-luvulla on vuosittain myönnetty 23 000–32 000 sairauspäivärahaa, joista monet ovat erittäin pitkiä (Masto 2010). Lähes puolet nuorten aikuisten mielenterveysy-

tä myönnettyistä työkyvyttömyyseläkkeistä alkaa masennustilan takia (Raitasalo ja Maaniemi 2011). Kaikista mielenterveyden häiriöistä masennustilaan myönnetään myös eniten Kelan kuntoutuspsykoterapiaa (Kelan kuntoutustilasto 2012).

Masennuksen syitä voidaan tarkastella biologisten, psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden näkökulmista. Jatkuvasti vahvistuvassa biologisessa lähestymistavassa korostetaan aivojen biokemian roolia mielialojen välittäjänä. Masennus nähdään neuraalisen säätelyn ja biokemian muutosten aiheuttamana informaatiovirran häiriintymisenä, joka on yhteydessä käyttäytymisen joustamattomuuteen ja mielialahäiriöihin. Masennus on sairaus, ja masennuksesta kärsivät ihmiset ovat depressiopotilaita, joiden hoitoon tarvitaan mielialalääkkeitä, ainakin silloin kun masennus on keskivaikeaa tai vaikeaa (esim. Belmaker ja Agam 2008). Psykologisessa näkökulmassa painotetaan joko lapsuuden ihmissuhteiden ongelmia (psykodynaaminen malli) tai vääristyneitä ajattelutottumuksia (kognitiivinen malli), joita hoidetaan erilaisilla vuorovaikutteisilla, asiakkaan aktiivisuutta edellyttävillä psykoterapioilla (Kendler ym. 2002, Kendler ym. 2006). Sosiaalisten tekijöiden näkökulmasta masennuksen taustalla on yhteiskunnallisia ja sosiaalisia ongelmia, kuten työn aiheuttamaa stressiä, työttömyyttä, köyhyyttä, yksinäisyyttä ja syrjäytymistä. Ratkaisuksi nähdään sosiaalisten ja yhteiskunnallisten olojen muuttaminen. Psykososiaalisilla hoitomuodoilla voidaan tukea asiakkaan selviytymistä ongelmistaan (esim. Enäkoski 2002).

Masennusta on kuitenkin tarkasteltava tilana, joka muodostuu ihmisen synnynnäisen alttiuden, lapsuuden tapahtumien, vinoutuneiden ajattelutottumusten sekä sosiaalisten ongelmien yhteisvaikutuksesta. Masennus kietoutuu ihmisen arkeen, toimintaan ja sosiaalisiin suhteisiin, eikä ole irrallinen psykologinen tai aivokemiallinen ongelma. Toisaalta masennus ei myöskään ole yksinomaan sosiaalinen ongelma, vaan sillä on psykologisia ja aivokemiallisia ulottuvuuksia. Tästä syystä masennuksen hoidossa on otettava kaikki mainitut näkökulmat huomioon (Isometsä 2011).

Suomessa laaditaan Käypä hoito -suosituksia kansanterveydellisesti merkittävistä ongelmista tai sairauksista, joissa hoitokäytännöt vaihtelevat eri puolilla maata. Suositukset perustuvat kunkin alan parhaimpaan tieteelliseen tutkimusnäyttöön, jonka suomalaiset asiantuntijat ovat arvioineet.

Säännöllisesti päivitettävien hoitosuositusten tavoite on potilaiden mahdollisimman hyvä hoito. Suosituksista julkaistaan myös potilasversioita. Seuraavassa tarkastellaan niitä suosituksia, joiden kohderyhmänä ovat masennuspotilaiden hoitoon osallistuvat lääkärit ja muu henkilökunta perusterveydenhuollossa ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa ja myös muilla lääketieteen erikoisaloilla. Käypä hoito -suosituksessa kokonaishoidon suunnittelussa ohjeistetaan ottamaan huomioon sekä masennuksen vaikeusaste että potilaiden erilaiset elämäntilanteet (Depressio: Käypä hoito -suositus 2010).

Suosituksen mukaan masennustilojen keskeiset hoitomuodot ovat masennuslääkkeet ja vaikeuttaviksi osoitetut psykoterapiat. Lääkehoidon tavoite on muuttaa aivojen kemiallista toimintaa. Lääkkeitä tarkastellaan suosituksessa yksityiskohtaisesti sekä yleisenä että erityisryhmien (ml. nuorten) hoitomuotona. Myös erilaisia psykoterapioita selostetaan laajasti. Masennustilojen hoidossa psykoterapioiden tavoitteena on muun muassa vaikuttaa ihmisen masennusta ylläpitäviin mielikuviin, ajattelumalleihin, tunne-elämään, minäkäsitykseen ja toimintatapoihin. Lähtökohta on yksilöllinen, mutta tarjolla on myös ryhmä- ja pariterapioita.

Depression Käypä hoito -suosituksessa mainitaan ihmisen elämäntilanteen ja psykososiaalisen tuen tarpeen kartoittaminen (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2010). Masennuksen kokonaishoidossa keskeistä on psykososiaalinen tuki, jonka yhtä muotoa psykoterapiakin edustaa. Käypä hoito -suositukset eivät velvoita hoitokäytäntöihin, mutta ne perustuvat laajojen näytönastekatsausten tietoihin, joiden perusteella kokonaishoitoa on hyvä suunnitella asiakkaan yksilölliset tarpeet huomioon ottaen. Suomessa hyvin käynnistyneessä depressiohoitajatyömallissa depressiohoitajan tehtävä on asiakkaan tilanteen tustakartoitus ja psykososiaalisen tuen antaminen sekä asiakkaan aktivointi ja tukeminen yhteydenpitoon läheisten ja ystävien kanssa (Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa 2010).

#### SOSIAALISEN TUEN MERKITYS MASENNUKSESTA TOIPUMISESSA

Sosiaalisen tuen yhteyttä somaattisista sairauksista – ennen muuta sydänsairauksista – toipumiseen on tutkittu runsaasti. Sosiaalinen tuki on kuitenkin määritelty eri tutkimuksissa eri tavoin eikä sen erilaisia muotoja ole juurikaan vertailtu. Sosiaalista tukea voidaan tarkastella annettuna tai koettuna tukena (Enäkoski 2002, Uchino

2009). Sosiaalisella tuella tarkoitetaan perheeltä, ystäviltä, työtovereilta tai muilta ihmisiltä saatua henkistä ja fyysistä tukea ja lohdutusta. Erään tutkimuksen (Lett ym. 2005) tulokset osoittivat, että sosiaalisen tuen vähäisyys kasvattaa sekä terveiden että jo sairastuneiden sydäntautiriskiä 1,5–2-kertaiseksi. Kanadalaisen tutkimuksen (Frasure-Smith ym. 2000) mukaan sydänpotilaiden kokemaa sosiaalisen tuen puutetta lievittää masennusta ja sitä kautta vähensi kuolleisuutta. Orr, Reznikoff ja Smith (1989) havaitsivat, että nuorina pahoja palovammoja saaneilla ihmisillä erityisesti ystäviltä saatu sosiaalinen tuki oli yhteydessä myönteisempään ruumiinkuvaan, parempaan itseluottamukseen ja vähäisempään masennukseen.

Kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu sosiaalisen tuen merkitys myös masennuksen ennaltaehkäisyssä ja toipumisessa (esim. Dowrick ym. 2011, Lin 1981). Eräässä yhdysvaltalais tutkimuksessa vanhuksat kärsivät vähemmän masennuksesta, jos he saivat sosiaalista tukea muilta kuin samassa vanhainkodissa asuvilta ystäviltään (Potts 1997). Ystävät samassa vanhainkodissa antoivat paljon tukea, mutta se ei ollut selvästi yhteydessä vähäisempään masennukseen. Toisessa yhdysvaltalais tutkimuksessa haastateltiin 62:tä vakavasta masennuksesta kärsinyttä ihmistä ensin sairaalassa ja uudelleen kolme kuukautta sairaalajakson päättymisen jälkeen (Nasser ja Overholser 2005). Perheen ja ystävien tuki auttoi heitä toipumaan masennuksesta sen vakavuusasteesta riippumatta. Esimerkiksi uskonnollisuudella ei ollut yhtä selvää vaikutusta.

Myös Suomessa on tutkittu sosiaalisen tuen yhteyttä masennukseen. Tutkimushankkeessa Health and Social Support in Finland (HeSSup, N = 21 101) havaittiin, että sosiaalisen tuen määrä ja laatu ovat yhteydessä muun muassa masennukseen ja muihin terveysongelmiin (esim. Korkeila ym. 2005). Kliiniseen aineistoon perustuvassa kysely- ja haastattelututkimuksessa (N = 269) vähäiseksi koettu sosiaalinen tuki näytti hidastavan toipumista vakavasta masennuksesta kärsivillä potilailla (Leskelä 2008). Pitkät masennusjaksot myös heikensivät sosiaalisia verkostoja. Laadullisessa tutkimuksessa (Enäkoski 2002) haastatellut (N = 20) totesivat, että toisen ihmisen apu on välttämätöntä masennuksesta toipumisessa ja että yhdestäkin merkittävästä ihmissuhteesta voi saada huomattavaa tukea.

Masennuksen ja sosiaalisen tuen yhteyttä on tutkittu Suomessa myös nuorilla sekä nuorilla

aikuisilla. Nuorten aikuisten seurantatutkimuksen perusteella sosiaalisessa tuessa havaitut erot eivät selitä masennuksen esiintyvyydessä olevia sosioekonomisia eroja (N = 2 194, Huurre ym. 2007). Lähes 3 300 15–16-vuotiaan koululaisen kyselyaineistolla selvitettiin koetun sosiaalisen tuen yhteyttä masennukseen ja epäsosiaaliseen käyttäytymiseen (Ritakallio ym. 2010). Vähäinen sosiaalinen tuki oli yhteydessä masennukseen ja epäsosiaaliseen käyttäytymiseen sekä tytöillä että pojilla. Sosiaalisen tuen puute ei kuitenkaan yksinään luonut yhteyttä masennuksen ja epäsosiaalisen käyttäytymisen välille. Kouluterveyskyselyyn perustuvassa tutkimuksessa selvitettiin masennuksen sosiodemografisia taustatekijöitä 14–16-vuotiailla (N = 16 464, Kaltiala-Heino ym. 2001). Masennus oli sosiaalisen tuen puutteen lisäksi yhteydessä ennen muuta samaan ajankohtaan kasautuviin elämänmuutoksiin.

## TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan masennuksesta kärsivien henkilöiden subjektiivista kokemusta siitä, mikä heitä on auttanut parhaiten toipumaan masennuksestaan. Keskitymme erityisesti sosiaaliseen tukeen, joka on luokiteltu erikseen ystäviltä, kumppanilta ja sukulaisilta saaduksi tueksi. Toisin kuin monissa aiemmin tarkastellessa tutkimuksissa, joissa sosiaalisen tuen määrää ja laatua on kysytty yleisellä tasolla, tässä tutkimuksessa tarkastelun kohteena on se tuki, jonka on koettu olevan avuksi erityisesti masennuksesta toipumisessa.

## AINEISTO JA MENETELMÄT

### AINEISTON MUODOSTAMINEN JA MUUTTUJAT

Tutkimuksen aineistona käytettiin valikoituja vastauksia Helsingin Sanomien Nyt-liitteen lokakuussa 2002 Internetin kautta toteuttamaan kyselyyn. Kysely oli suunnattu Nyt-liitteen lukijoille, jotka kärsivät ”kroonisesta masennuksesta, maanis-depressiivisyydestä tai jaksottaisesta, normaalista poikkeavasta alakuloisuudesta voimakkaammasta mielialan laskusta, jonka oireita ovat muun muassa mielenkiinnon häviäminen, keskittymiskyvyn puute ja uupumuksen tunne pienimmästäkin ponnistelusta”. Aineisto ei ole edustava väestöotos, vaan koskee kyseisen lehden niitä lukijoita, jotka olivat huomanneet ilmoituksen ja vastanneet kyselyyn. Internet-kyselyihin sisältyy lukuisia valikoitumisongelmia, eikä tuloksia voida yleistää koskemaan kaikkia suomalaisia tai

**Taulukko 1.**  
Kyselyn koodauslista

Maininnat avovastauksissa	Toipumiskeino
Terapia, muu ammattiapu kuin lääkehoito	Terapia
Lääkkeet, eri lääkeaineiden ja -valmisteiden nimiä	Lääkkeet
Perhe, lapset, läheiset, vanhemmat, isovanhemmat	Sukulaiset
Ystävät, kaverit	Ystävät
Tyttöystävä, poikaystävä, puoliso, viittaukset parisuhteeseen	Kumppani
Työpaikka, työ	Työ
Liikunta, urheilu, eri liikunta- ja urheilumuotojen nimiä, ulkoilu	Liikunta
Sairautta tai toipumista koskeva tieto	Informaatio
Viittaukset omiin ponnisteluihin sairauden voittamisessa	Itse
Lepääminen, sairausloma	Lepo
Lemmikkieläin, lemmikkieläinten nimiä	Lemmikki
Muu kuin ym. toipumiskeino	Muu

tässä tapauksessa kaikkia masennuksesta kärsiviä (Dadi ym. 2010, Bethlehem 2009, Börsch-Supan ym. 2004). Tutkijat saivat lupamenettelyn jälkeen aineiston käyttöönsä Yhteiskuntatieteellisestä tietoaarkistosta (<http://www.fsd.uta.fi/fi>). Tutkimusaineisto on arkistoitu Yhteiskuntatieteelliseen tietoaarkistoon kolmessa eri osassa. Aineisto *FSD1256 Masennuskysely* muodostuu strukturoiduista vastauksista ja aineisto *FSD1293 Kokeemukset masennuksen hoidosta ja toipumisesta* osasta avovastauksia. Tutkimusaineisto muodostettiin yhdistämällä nämä kaksi aineistoa havaintotunnuksen avulla. Aineistoa on käsitelty siten, etteivät yksittäiset vastaajat ole tunnistettavissa.

Vastaajia oli yhteensä 1 019. Taustatietoina vastaajista oli sukupuoli, ikäryhmä, työsuhteen laatu (vakituinen tai määräaikainen), parisuhde (sinkku, avoliitossa, naimisissa, eronnut, leski) ja se oliko vastaajalla lapsia. Ammattia tai asemaa kysyttiin avovastauksella, jota ei voitu luokitella analyysijä varten. Vastaajilta tiedusteltiin strukturoiduilla kysymyksillä muun muassa siitä, millaisia masennusoireita heillä oli ollut, millaista hoitoa he ovat saaneet masennukseensa, millaisia lääkkeitä he olivat käyttäneet ja millaisia kokemuksia heillä oli näistä lääkkeistä. Tässä artikkelissa käytetty aineisto on muodostettu vastaajista, jotka ilmoittivat toipuneensa masennuksesta tai ainakin saaneensa jonkinlaista helpotusta kokeemaansa masennukseen. Nämä henkilöt saatiin selville tarkastelemalla vastauksia kahteen avokysymykseen. Ensimmäinen kysymys oli: ”Kuvaile ratkaisevaa käännettä parempaan.” Toiseksi kysyttiin: ”Mikä on ollut konkreettinen apu selviämässä?” Tutkimuksen aineiston muodostivat ne 678 vastaajaa, jotka olivat vastanneet jompaankumpaan tai molempiin näistä kohdista. Oletuksena on, että vastaajat kuvaavat aidosti, mistä he

ovat saaneet apua. Vain muutama vastaaja oli vastannut, ettei käännettä parempaan ollut tapahtunut tai ettei mistään konkreettisesta asiasta ollut apua selviytymisessä. Näitä vastauksia ei otettu mukaan analyysiin.

Kvantitatiivista analyysia varten avovastaukset luokiteltiin Depression Käypä hoito -suosituksen (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2010) ohjaamana aineistolähtöisesti 12:een toipumiskeinoja kuvaavaan kategoriaan. Luokittelussa käytettiin apuna koodauslistaa (Taulukko 1). Jotkut lomakkeet sisälsivät luettelomaisesti lukuisia toipumiskeinoja. Huomioon otettiin kaikki mainitut keinot (aineistossa toipumiskeinoja oli keskimäärin 1,83 vastausta kohden). Tutkijan laadullisesta aineistosta laatima luokittelu ei ole ongelmaton. Koodauslistalla voitiin ratkaista useimmat ongelmat. Joissain tilanteissa oli vaikeaa tietää, tarkoitiko vastaaja esimerkiksi läheisillä kumppania, ystäviä vai sukulaisia. Tällöin merkintä tehtiin vain yhteen mainituista kategorioista sen perusteella, mikä kaikkien lomakkeissa annettujen vastausten perusteella vaikutti ilmeisimmältä. Kategoriaan ”terapia” sisältyy mainintoja myös lääkäriltä tai sairaanhoitajalta saadusta keskustelusta.

Avovastaukset olivat keskimäärin melko lyhyitä, eikä niiden perusteella ollut mahdollista arvioida sosiaalisen tuen tarkempaa sisältöä (esim. aineellinen, toiminnallinen, tiedollinen, emotionaalinen tai henkinen tuki). Koodauksessa kategoriaan ”muu” sijoitettiin mainintoja muun muassa hengellisestä avusta, taloudellisen tilanteen parantumisesta, ajan kulumisesta, harrastuksista (lukeminen, pelit), päihteen käytöstä (alkoholi, kannabis), epätydyttävistä ihmissuhteista irtipääsemisestä, asuinympäristön muutoksesta (myös muutto ulkomaille) ja muista elämänmuu-

## Taulukko 2.

Vastaajien sukupuolijakauma ikäryhmittäin

Ikä	Nainen, %	Mies, %	N
18–20	92.4	7.6	92
21–25	75.9	24.1	166
26–30	74.8	25.2	127
31–40	76.0	24.0	150
41–50	80.3	19.8	81
51+	76.7	23.3	43
Yhteensä	78.6	21.4	659
Tieto puuttuu			19
Vastaajia			678

toksista (opiskelun aloittaminen, äitiys). Lopullisessa analyysissä lääkkeitä, terapiaa ja sosiaalista tukea (ystävät, kumppani, sukulaiset) lukuun ottamatta muut toipumiskeinot yhdistettiin luokkaan ”muu keino”.

Yli puolet (58,4 prosenttia) vastaajista oli nuoria eli enintään 30-vuotiaita (Taulukko 2). Naisten osuus vastaajista oli 78,6 prosenttia. Puolet vastaajista eli parisuhteessa.

## AINEISTON TILASTOLLINEN KÄSITTELY

Tilastollisilla testeillä (ristintaulukointi, X<sup>2</sup>-testi ja pakottava logistinen regressioanalyysi) kartoitettiin sosiaalisen tuen rakennetta ja sen laajuutta suhteessa terveydenhoidolliseen apuun. Tehtiin kuusi logistista regressioanalyysia siten, että selittävänä muuttujana oli vuorollaan yksi seuraavista kaksiluokkaisista muuttujista: vastaaja oli raportoinut saaneensa apua masennukseensa lääkkeistä (0 = ei, 1 = kyllä), terapiasta (0 = ei, 1 = kyllä), sosiaalisesta tuesta (0 = ei, 1 = kyllä) ja jostakin sosiaalisen tuen (ks. taulukko 1) muodosta (ystävät, kumppani, sukulaiset, 0 = ei, 1 = kyllä), lääkkeistä (0 = ei, 1 = kyllä) tai terapiasta (0 = ei, 1 = kyllä). Selittävinä muuttujina jokaisessa analyysissä käytettiin edellä kuvattuja taustamuuttujia (sukupuoli, ikäryhmä, työsuhteen laatu [1 = vakituinen, 2 = määräaikainen], parisuhde [onko parisuhteessa, 0 = ei; tässä luokassa aikaisemmasta luokittelusta ”sinkut”, ”eronneet” ja ”lesket”, 1 = kyllä, tässä luokassa ”avoliitossa” ja ”naimisissa” olevat], onko lapsia [0 = ei ja 1 = kyllä]). Lopuksi sosiaalisesta tuesta raportointia (0 = ei, 1 = kyllä) selitettiin edellä mainittujen taustamuuttujien lisäksi samalla kertaa seuraavilla kyselyistä muokatuilla masennukseen ja sen hoitoon liittyvillä muuttujilla: onko toipunut (eli masennuksen vaihe, 0 = ei, 1 = kyllä), onko ollut masennuksen takia sairauslomalla (0 = ei, 1 = kyllä), onko käynyt masennuksen takia

lääkärissä (0 = ei, 1 = kyllä), lääkärikkäyntien lukumäärä, fyysisten oireiden lukumäärä (päänsärky, selkäkivut, itkuisuus, unettomuus, seksuaalinen haluttomuus, ruokahaluttomuus, laihtuminen, lihominen, muut, max 9) sekä uskooko parantuvansa masennuksesta (0 = ei, 1 = kyllä). Selittävän muuttujan ja selittävien muuttujien välisen yhteyden suuntaa ja voimakkuutta kuvattiin vetosuhteilla ja niiden 95 prosentin luottamusväleillä (95 %:n lv).

## TULOKSET

Yli puolet naisista ja yli 40 prosenttia miehistä mainitsi masennuksesta toipumiskeinoksi jonkin sosiaalisen tuen muodon (tuki ystäviltä, sukulaisilta tai kumppanilta) (Taulukko 3). Naiset ilmoittivat saaneensa masennuksesta toipumiseen yleisimmin apua terapiasta (osuudet eivät summaudu 100:aan, koska vastaajat kertoivat useammista kuin yhdestä toipumiskeinosta). Lähes kolmasosa vastaajista kertoi saaneensa toipumiseensa apua masennuslääkkeistä. Terapia mainittiin yli kolmasosassa naisten vastauksista, kun miehillä vastaava osuus oli noin neljäsosa. Selkein miesten ja naisten välinen ero liittyi juuri terapiaan.

Molemmilla sukupuolilla sosiaalisen tuen yleisin apu masennukseen oli ystäviltä saatu sosiaalinen tuki. Myös sukulaisilta ja kumppanilta saatu tuki oli varsin tärkeää etenkin naisille. Monet vastaajat raportoivat saaneensa samanaikaisesti useita sosiaalisen tuen muotoja. Kohdassa ”muu keino” vastaajat kertoivat muun muassa omista ponnisteluistaan masennuksesta toipumisessa.

Logistisessa regressiomallissa ikäryhmä vaikutti tilastollisesti merkitsevällä tavalla lääkkeistä saadusta avusta raportointiin siten, että vanhemmat raportoivat saaneensa nuorempia useammin apua lääkkeistä (Taulukko 4).

Sosiaalisen tuen muodoista raportointi poikkesi jonkin verran taustatekijöiden mukaan

## Taulukko 3.

Erilaisia toipumiskeinoja ilmoittaneiden vastaajien osuudet naisilla ja miehillä

	Nainen, %	Mies, %	N
Lääkkeet	29.2	30.1	197
Terapia	36.4	25.2	228
Sosiaalinen tuki	50.8	43.3	330
– ystävät	30.3	28.7	201
– kumppani	16.5	13.2	106
– sukulaiset	17.2	11.1	107
Muu keino	19.7	29.7	146

#### Taulukko 4.

Logistinen regressioanalyysi masennuksesta toipumiskeinojen raportoimisen yhteydestä taustatekijöihin<sup>1)</sup>

	Lääkkeet		Terapia		Sosiaalinen tuki	
	Vetosuhde	95 %:n lv	Vetosuhde	95 %:n lv	Vetosuhde	95 %:n lv
Sukupuoli	1.1	0.68–1.78	0.74	0.46–1.20	0.86	0.55–1.34
Ikäryhmä	<b>1.26</b>	<b>1.05–1.52</b>	1.17	0.98–1.4	<b>0.83</b>	<b>0.7–0.98</b>
Parisuhde	1.34	0.88–2.04	1.01	0.67–1.5	1.21	0.82–1.78
Onko lapsia	0.75	0.44–1.27	0.78	0.47–1.31	0.73	0.45–1.19
Työsuhteen laatu	0.78	0.5–1.22	1.38	0.91–2.11	0.96	0.64–1.44

<sup>1)</sup> Tilastollisesti merkitsevät yhteydet lihavoitu.

#### Taulukko 5.

Logistinen regressioanalyysi sosiaalisen tuen muodoista raportoimisen yhteydestä taustatekijöihin<sup>1)</sup>

	Ystävät		Sukulaiset		Kumppani	
	Vetosuhde	95 %:n lv	Vetosuhde	95 %:n lv	Vetosuhde	95 %:n lv
Sukupuoli	0.86	0.53–1.4	0.78	0.41–1.47	1.12	0.57–2.21
Ikäryhmä	0.97	0.81–1.16	<b>0.73</b>	<b>0.58–0.93</b>	0.93	0.73–1.19
Parisuhde	<b>0.55</b>	<b>0.36–0.82</b>	1.43	0.85–2.42	<b>9.0</b>	<b>4.37–18.6</b>
Onko lapsia	<b>0.57</b>	<b>0.33–0.98</b>	<b>2.34</b>	<b>1.19–4.7</b>	<b>0.36</b>	<b>0.17–0.76</b>
Työsuhteen laatu	0.88	0.57–1.35	1.37	0.81–2.36	1.11	0.63–1.97

<sup>1)</sup> Tilastollisesti merkitsevät yhteydet lihavoitu.

(Taulukko 5). Parisuhteessa olevat ja ne joilla oli lapsia raportoivat muita harvemmin ystäviltä saadusta sosiaalisesta tuesta. Nuoremmat vastaajat raportoivat harvemmin sukulaisilta saadusta sosiaalisesta tuesta. Sen sijaan nuoremmat ja ne, joilla oli lapsia, raportoivat useammin sukulaisilta saadusta tuesta. Parisuhde lisäsi luonnollisesti kumppanilta saadusta sosiaalisesta tuesta raportoimista. Lapsen olemassa olo kuitenkin vähensi kumppanilta saadusta tuesta raportoimista.

Sosiaalinen tuki oli tärkeintä nuorimmille vastaajille. Reilusti yli puolet alle 26-vuotiaista vastaajista raportoi vähintään yhdestä sosiaalisen tuen muodosta masennuksesta toipumisessaan (Taulukko 6, N = 152, miesten osuus vastaajista oli selvästi pienempi kuin naisten). Vastaava osuus 26–40-vuotiaista oli hieman alle puolet (N = 126). Noin kaksi viidestä 41–50-vuotiaasta kertoi saaneensa apua masennukseensa ystäviltä, kumppanilta tai sukulaisilta (N = 34). Yli 50-vuotiaista vastaajista sen sijaan vain noin joka kolmas raportoi sosiaalisesta tuesta (N = 11). Ero oli tilastollisesti merkitsevä myös logistisessa regressiomallissa (Taulukko 4).

Vastaajat luokiteltiin viiteen eri luokkaan sen perusteella, mitä hoitoa he strukturoidussa vastauksessa ilmoittivat saaneensa masennukseen (Taulukko 7). Luokittelu kuvastaa osin myös masennuksen vaikeusastetta. Oman luokkansa muo-

#### Taulukko 6.

Vähintään yksi tärkeä sosiaalisen tuen muoto masennuksesta toipumisessa iän ja sukupuolen mukaan

Ikä	Nainen, %	Mies, %	N
18–20	57.6	42.9	52
21–25	66.7	40.0	100
26–30	46.3	50.0	60
31–40	45.6	38.9	66
41–50	40.0	50.0	34
51+	21.2	40.0	11
Yhteensä	50.6	43.3	323

$\chi^2 = 12.7$ , vapausasteita = 6,  $p < 0.05$

dostivat ne, jotka olivat ilmoittaneet saaneensa vain lääkettä (N = 179), sekä ne, jotka olivat ilmoittaneet saaneensa vain terapiaa (N = 63). Kolmanteen luokkaan kuuluivat ne, jotka ilmoittivat saaneensa sekä terapiaa että lääkettä (N = 262). Neljännessä luokassa olivat ne, jotka olivat saaneet myös sairaalahoitoa (N = 86). Viidennen luokkaan sijoituivat ne, jotka eivät kertoneet saaneensa edellä mainittuja hoitoja (N = 145). Strukturoidussa kysymyksessä oli myös vastausvaihtoehto ”joitain muuta”. Luokka ei ollut pois sulkeva, vaan siihen olivat vastanneet myös muita hoitokeinoja saaneet. Seuraava avokysymys – ”muu masennukseen saamasi hoito”

## Taulukko 7.

Ilmoitetut toipumiskeinot saadun hoidon mukaan

Saatu hoito	Toipumiskeino				
	Lääkkeet, %	Terapia, %	Sosiaalinen tuki, %	Muu keino, %	N
1. Lääkkeet	45.3	24	45.3	18.4	179
2. Terapia	3.2	60.3	46	14.3	63
3. Lääkkeet ja terapia	43.1	52.7	48.5	14.1	262
4. Sairaala*	32.6	45.9	51.2	15.1	86
5. Ei hoitoa	2	4.8	54.4	40.8	145

\* Sisältää muihin luokkiin kuuluvia.

– paljasti, että vastaajat olivat kirjanneet tähän kohtaan tarkennuksia hoitomuodoista, esimerkiksi eri terapioiden tai lääkkeiden nimiä. Tämän artikkelin aineistossa luokkaan ”ei hoitoa” on sijoitettu vain ne vastaajat, jotka eivät ilmoittaneet mitään hoitokeinoa, eivät edes vaihtoehtoa ”muu hoito”.

Lähes puolet (45,3 %) lääkehoitoa saaneista ilmoitti lääkkeiden auttaneen masennuksesta toipumisessa. Yhtä suuri osuus lääkehoitoa saaneista raportoi sosiaalisesta tuesta, ja neljäsosa niistä, jotka olivat ilmoittaneet saaneensa lääkehoitoa, ilmoitti kuitenkin hyötynensä myös terapiasta. Lääkkeistä olivat hyötynneet eniten 41–50-vuotiaat vastaajat, joista 47 prosenttia kertoi lääkkeiden auttaneen heitä masennuksesta toipumisessa. Muissa ikäryhmissä lääkkeistä hyötynneiden osuus oli noin kolmasosa – paitsi kaikkein nuorimmista eli 18–20 -vuotiaista (noin 12,7 prosenttia).

Terapiaa saaneista yli 60 prosenttia ilmoitti sen auttaneen toipumisessa. Tässä ryhmässä 46 prosenttia raportoi saaneensa apua myös sosiaalisesta tuesta. Kaikista vastaajista noin puolet ilmoitti sosiaalisen tuen auttaneen heitä masennuksesta toipumisessa riippumatta saadusta hoidosta. Myös ilman lääketieteellistä hoitoa olleet raportoivat sosiaalisesta tuesta (54,4 %) masennuksesta toipumisessa. Lähes yhtä moni sairaalahoidon saaneista oli saanut apua myös sosiaalisesta tuesta (51,2 %). Sekä masennuslääkkeitä että terapiaa saaneet kertoivat sosiaalisen tuen auttaneen heitä masennuksesta toipumisessa useammin kuin vain jompaakumpaa saaneet. Sukupuolen, iän, parisuhteen ja lasten vakioinnin jälkeen sosiaalisen tuen raportoisessa ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja saadun hoitomuodon mukaan.

Sosiaalisen tuen muodot poikkesivat jonkin verran masennukseen saadun hoidon mukaan. Ystävien merkitys oli suurin niillä, jotka eivät olleet saaneet lääketieteellistä hoitoa masennuk-

## Taulukko 8.

Logistinen regressioanalyysi sosiaalista tuesta raportoisesta yhteydestä taustatekijöihin sekä masennukseen ja sen hoitoon liittyviin tekijöihin

	Vetosuhde	95 %:n luottamusväli
Sukupuoli	0.73	0.4–1.32
Ikäryhmä	0.81	0.64–1.02
Parisuhte	1.17	0.7–1.96
Onko lapsia	0.72	0.38–1.37
Työsuhteen laatu	0.74	0.42–1.28
Onko toipunut	1.16	0.6–2.25
Onko ollut sairauslomalla	1.03	0.58–1.83
Onko ollut lääkärissä	1.08	0.54–2.13
Lääkärissäkäyntien lkm	1.06	0.94–1.19
Fyysisten oireiden lkm	0.98	0.82–1.16
Uskoko parantuvansa	1.07	0.6–1.93

seen. Erot eivät kuitenkaan olleet suuria. Sukulaisten rooli oli vähäisin vain lääkkeitä tai terapiaa saaneilla. Erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä  $X^2$ -testissä.

Selvitimme lopuksi logistisen regressioanalyysin avulla tekijöitä, jotka olisivat yhteydessä sosiaalisesta tuesta saatuun apuun masennuksesta toipumisessa (Taulukko 8). Käytimme selittävinä muuttujina strukturoidusta kyselystä saatuja taustamuuttujia sekä sellaisia muuttujia, jotka kuvasivat toipumista, sairauden uusiutumista, sairaslomalla oloa, lääkärissä käyntiä, lääkärikäyntien lukumäärää, fyysisten oireiden lukumäärää ja uskoa paranemiseen. Tulosten selittävät muuttujat eivät olleet tilastollisesti merkitsevissä yhteydessä sosiaalisen tuen saamiseen.

## POHDINTA

Laajalevikkisen sanomalehden masennuksesta toipumista koskevaan kyselyyn vastanneista naisista yli puolet ja miehistä yli 40 prosenttia mainitsi jonkin sosiaalisen tuen muodon toipumiskeinoksi. Tulosten perusteella koetulla sosiaalisella tuella on tärkeä merkitys masennuksesta toipumi-

nessa tähän kyselyyn vastanneilla. Myös terapiasta ja lääkähoidosta oli saatu apua, ja terapia tuli toipumiskeinona esille useammin kuin lääkkeet. Vertailussa on otettava huomioon, että terapia on väljemmin määriteltävä ja mahdollisesti myös helpommin hyväksyttävä hoitomuoto kuin lääkehoito.

Masentuneiden ihmisten ilmoittamat sosiaalisen tuen muodot vaihtelivat elämäntilanteen ja iän mukaan. Yksin asuvilla korostui ystävien merkitys. Parisuhteessa elävillä korostui kumppanin rooli, mikä voi liittyä yleiseen ystäväpiiriin supistumiseen nuoruuden ja perheen perustamisen jälkeen. Kumppanilta saatava apu oli vähemmän tärkeää niille masennuksesta toipuville, joilla oli lapsia. Tällaiset perheet tarvitsevat mitä ilmeisemmin muutakin tukea. Kansallisen mielen-terveys- ja päihdesuunnitelman (Mieli 2009–2015) yhdeksi kärkihankkeeksi on otettu Toimiva lapsi & perhe -hanke (Solantaus ym. 2011), jossa toiminnan periaatteena on suojata koko perhettä jommankumman vanhemmista sairastuttua mielen-terveyden häiriöön tai muihin sairauksiin. Tässä hankkeessa korostetaan erityisesti psykososiaalisen tuen merkitystä. Vanhempia autetaan tukemaan lapsiaan ja käyttämään omaa sosiaalista verkostoaan ja tarpeen tullen erilaisia palveluja apunaan. Tuloksemme sosiaalisen tuen tärkeystä masennuksesta kärsivien kansalaisten toipumisessa tukee Toimiva lapsi & perhe -hankkeen merkitystä myös ylisukupolvisten mielen-terveysongelmien ehkäisyssä.

Tämän tutkimuksen olennaisin tulos oli se, että vastaajat ilmoittivat sosiaalisen tuen auttaneen heitä masennuksesta toipumisessa riippumatta siitä, millaista hoitoa he olivat saaneet masennukseen. Ilman lääketieteellistä hoitoa olleet raportoivat useimmin saamansa sosiaalisen tuen auttaneen masennuksesta toipumisessa. Sekä masennuslääkkeitä että terapiaa saaneet kertoivat sosiaalisen tuen auttaneen heitä masennuksesta toipumisessa useammin kuin vain jompaakumpaa saaneet. Lähes puolet myös niistä, jotka ilmoittivat saaneensa ensisijaisesti lääkehoitoa, ilmoitti sosiaalisen tuen tärkeystä masennuksesta toipumisessa.

Samanaikaisesti lääkehoitoa ja terapiaa saaneiden sekä sairaalahoitossa masennuksen vuoksi olleiden voidaan katsoa edustavan vakavimpia masennustiloja. Esimerkiksi Depression Käypä hoito -suosituksessa korostetaan psykoterapian yhdistämistä lääkehoitoon juuri vaikeiden masennustilojen hoidossa (Depressio: Käypä hoito -suo-

situs, 2010). Sukupuolen, iän, parisuhteen ja lasten vakioinnin jälkeen sosiaalisen tuen raportoisemisessa ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja saadun hoitomuodon mukaan. Myöskään muut masennuksen luonnetta ja hoitoa kuvaavat muuttajat eivät olleet yhteydessä sosiaalisesta tuesta raportoimiseen. Tuloksemme tukevat havaintoja, joiden mukaan sosiaalisen tuen merkitys on yhtä tärkeää sekä lievissä että vakavissa masennustiloissa oleville (Nasser ja Overholser 2005). Sosiaalinen tuki ei ole korvike lääketieteelliselle hoidolle, vaan se on muiden hoitokeinojen rinnalla yleispätevä keino masennuksesta toipumisessa. On myös neurobiologista näyttöä siitä, että lääkehoidon tehokkuus paranee, kun se yhdistetään psykoterapiaan tai muuhun psykososiaaliseen hoitomuotoon (Karpova ym. 2011).

Lähes puolet lääkehoitoa saaneista ilmoitti lääkkeiden auttaneen masennuksesta toipumisessa. Luku on jonkin verran pienempi kuin meta-analyysissä yleisimmin saadut tulokset (Isometsä 2010). On kuitenkin otettava huomioon, että tieto lääkkeen tuomasta helpotuksesta perustuu tässä tutkimuksessa vain niiden henkilöiden vastauksiin, jotka olivat kokeneet toipuneensa masennuksesta. Mukana ei siis ollut niitä lääkkeiden käyttäjiä, jotka eivät olleet toipuneet tai jättivät vastaamatta näihin kysymyksiin.

Yli puolet vastaajista ilmoitti saaneensa apua terapiasta. Vastausten koodauksessa ei kuitenkaan ollut mahdollista selvittää, millaisesta terapiasta vastaaja oli saanut hyötyä – vai oliko toipumisessa ollut kyse joltain muulta ammattilaiselta kuin psykoterapeutilta saadusta keskusteluvuorosta. Tämä näkyy siinä, että peräti neljäsosa vain lääkehoidon ilmoittaneista kertoi kuitenkin saaneensa apua terapiasta, jota he siis eivät ilmoittaneet saaneensa masennuksen hoitomuotona. Näillä henkilöillä on voinut olla useita sairausjaksoja, joista toisissa on korostunut lääkehoito, toisissa terapia. Epäjohdonmukaisuutta voi selittää myös se, että lääkehoidon saaminen edellyttää käyntejä lääkärin vastaanotolla, jotka potilas on voinut kokea terapiana.

#### AINEISTON RAJOITUKSET

Tutkimuksessa käytetty aineisto on tiedonkeruutavan vuoksi valikoitunut. Kyselystä tiedotettiin vain Helsingin Sanomien Nyt-liitteessä, mikä rajasi vastaajat lehden levikkialueelle sekä julkaisun lukijaprofiiliin. Kyselyyn vastaaminen edellytti tietokoneyhteyttä. Tietoa vastaajien diagnooseista, oireiden vakavuudesta, masennuksen alka-

misiästä tai sen kestosta ei ollut käytössä. Emme voi tietää, kärsivätkö kaikki vastaajat kliinisestä depressiosta vai oliko kyse jostain muusta masennusoireilusta. Emme myöskään voineet selvittää vastaajien mahdollisia muita masennukseen usein liittyviä mielenterveyden häiriöitä, päihteiden käyttöä tai somaattisia sairauksia (vrt. Pirkola ym. painossa). Aineisto painottui opiskelijoihin, naisiin, pääkaupunkiseudulla asuviin ja nuorimpiin masentuneisiin. Tämä saattoi korostaa esimerkiksi sosiaalisen tuen merkitystä terapia- ja lääkehoitojen kustannuksella. Tulokset eivät kerro masennuksesta toipumiseen saatavan avun yleisyydestä tai tehokkuudesta. Tutkimuksemme tulokset kertovat, mistä tämäntyyppiseen kyselyyn vastanneet henkilöt, joilla oman ilmoituksen mukaan oli ollut jokin mielialahäiriö tai mielialahäiriön oireita, kokivat saaneensa apua masennuksesta toipumiseen.

Internet-kyselyissä on mahdollista, että vastaajat ovat keksineet vastauksia, vastanneet useita kertoja tai täyttäneet lomakkeita piloillaan. Masennuskysely oli kuitenkin melko laaja. Epäasiallisesti kyselyyn suhtautuneet eivät ehkä olisi vaivautuneet täyttämään koko lomaketta avovastauksineen. Lisäksi kysely toteutettiin 2002, jolloin vastaavia kyselyitä ei ollut vielä kovinkaan paljon Internetissä. Masennuksesta ja sen hoidosta käytiin runsaasti julkista keskustelua jo vuosituhaten alussa, mikä saattoi osaltaan vaikuttaa kyselyn herättämään kiinnostukseen.

Aineiston vahvuus on siinä, että se kuvaa masennuksesta selviytymiseen liittyviä kokemuksia eri tavoin kuin esimerkiksi potilastietoihin perustuva aineisto kuvaisi. Mukana oli myös niitä vastaajia, jotka eivät olleet hakeneet masennukseen lääketieteellistä apua mutta jotka silti katsoivat kärsineensä masennuksesta. Aineistossa saattoi tulla esiin myös sellaisia toipumiskeinoja, joita ei ole esiintynyt strukturoiduissa kyselyissä. Sanallisten vastausten kategorisointi ei ole ongelmaton, minkä vuoksi tulokset ovat suuntaa antavia.

## JOHTOPÄÄTÖKSET

Sosiaalinen tuki on tärkeä keino masennuksesta toipumisessa riippumatta masennuksen vaiheesta, vakavuudesta tai siihen saadusta hoidosta. Sosiaalisen tuen merkitys masennuksesta toipumisessa on hyvin dokumentoitu useissa kliinisissä ja väestötutkimuksissa. Tämän tutkimuksen tulokset perustuvat niiden henkilöiden vastauksiin, jotka ovat itse aktiivisesti halunneet kertoa toipumiskokemuksistaan Internet-kyselyssä. Rajoitukseemmekin aineistomme tukee psykososiaalisen tuen tärkeyttä ja sosiaalisen verkoston vahvistamisen merkitystä sekä masennuksesta kärsiville että heidän läheisilleen.

## Kiitokset

Kiitämme Jani Miettistä avusta tutkimusaineiston luomisessa ja Tarja Hyväristä kielen tarkastuksesta.

Hiilamo H, Tuulio-Henriksson A. Therapy, drugs and human relationships. The role of social support in recovering from depression *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine* 2012;49:209–219

This study reports the role of social support vis-a-vis medication and therapies in recovering from depression. The subjects of the study were derived from an Internet survey in which 678 persons who reported having suffered from depression or depressive symptoms took part in year 2002. The study represents persons who voluntarily answered an Internet-based inquiry concerning their depression. The results demonstrate that received social support plays a major role in recovering from depression. Social support was

mentioned more often than drugs or psychotherapy. Social support was significant also for those suffering from more severe depression and receiving medical treatments. For those who reported not having received any medical treatment for their depression, social support had played an important role in relieving their mood. Our results give further support for the generic significance of social support in helping people suffering from depressive disorders or symptoms.

## AINEISTOT

- Masennuskysely 2002 [elektroninen aineisto]. FSD1256, versio 2 (2003-12-16). Nyt-liite, Helsingin Sanomat [tuottaja]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [jakaja], 2003.
- Kokemukset masennuksen hoidosta ja toipumisesta [elektroninen aineisto]. FSD1293, versio 2 (2004-06-16). Rätty, Reetta (Nyt-liite, Helsingin Sanomat) [tekijä]. Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [jakaja], 2006.

## KIRJALLISUUS

- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561–71.
- Belmaker RH, Agam G. Major depressive disorder. *New England Journal of Medicine* 2008;358:55–68.
- Bethlehem J. Can we make official statistics with self-selection web surveys? Ottawa: Statistics Canada, Component of Statistics Canada Catalogue no. 11-522-X. Statistics Canada's International Symposium Series: Proceedings, 2009.
- Börsch-Supan A, Elsner D, Fassbender H, Kiefer R, McFadden D, Winter J. How to make internet surveys representative. A case study of two-step weighting procedure. Mannheim: Department of Economics, University of Mannheim, D-68131, 2004.
- Dadi L, Hiilamo H, Mikkola Hennamari. Yksityisten terveysterveys- ja hammashoitopalvelujen hintatietojen tarve ja käyttö. Kansalaiset toivovat internet-kyselyssä parannusta yksityisten terveysterveystietojen vertailuun. Kela. Nettityöpapereita 25, 2010.
- Depressio: Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysiatriryhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2010. <http://www.kaypahoito.fi> [Luettu 21.7.2011]
- Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa. Masto-hanke. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2010:1. [http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/\\_julkaisu/1481106](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1481106) [Luettu 8.6.2011]
- Dowrick C, Shiels C, Page H, Ayuso-Mateos JL, Casey P, Dalgard OS, Dunn G, Lehtinen V, Salmon P, Whitehead M. Predicting long-term recovery from depression in community settings in Western Europe: evidence from ODIN. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011;46:119–26.
- Enäkoski M. "Kun elämä satuttaa". Kokemuksia masennuksesta ja masennuslääkkeistä. Kuopion yliopisto, Farmaseuttinen tiedekunta, Kuopio 2008.
- Frasure-Smith N, Lespérance F, Gravel G, Masson A, Juneau M, Talajic M, Bourassa MG. Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation* 2000;101:1919–24.
- Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56–62.
- Huurre, T, Eerola M, Rahkonen O, Aro H. Does social support affect the relationship between socioeconomic status and depression? A longitudinal study from adolescence to adulthood. *Journal of Affective Disorders* 2007;100:55–64.
- Isometsä E. Masennustiloja voidaan hoitaa tehokkaasti masennuslääkkeiden avulla. Käypä hoito -suositusten näytönastekatsaus. 21.10.2010. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../nak04327> [Luettu 21.7.2011]
- Isometsä E. Masennushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T (toim.) *Psykiatria*. Duodecim, Helsinki, 2011.
- Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Rantanen P, Laippala P. Adolescent depression: the role of discontinuities in life course and social support. *Journal of Affective Disorders* 2001;64:155–66.
- Karpova NN, Pickenhagen A, Lindholm J, Tiraboschi E, Kuleskaya N, Agustdottir A, Antila H, Popova D, Akamine Y, Sullivan R, Hent R, Drew LJ, Castrén E. Fear erasure in mice requires synergy between antidepressant drugs and extinction training. *Science* 2100:334:1731–4.
- Kelan kuntoutustilasto. Kelan kuntoutustilasto 2011. Kansaneläkelaitos, tilastoryhmä, Helsinki, 2012.
- Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *Am J Psychiatry* 2002;159:1133–45.
- Kendler KS, Gardner CO, Prescott C. Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. *Am J Psychiatry* 2006;163:115–24.
- Korkeila K, Korkeila J, Vahtera J, Kivimäki M, Kivela S-L, Sillanmäki L, Koskenvuo M. Childhood adversities, adult risk factors and depressiveness: a population study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005;40:700–6.
- Leskelä U. Life events and social support among patients with major depressive disorder. University of Helsinki, Helsinki 2008.
- Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Strauman, TJ, Robins C, Sherwood A. Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosomatic Medicine* 2005;67:869–78.
- Lin N, Dean A, Ensel WM. Social support scales: a methodological note. *Schizophr Bull* 1981;7:73–89.
- Masto (2010): Masto-hanke masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseksi. Aineistopankki. <http://www.tartumasennukseen.fi> [Luettu 14.5.2010]
- Montgomery SA, Åsberg M. A new depression scale to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979;134:382–89.
- Nasser EH, Overholser JR: Recovery from major depression: the role of support from family, friends, and spiritual beliefs. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111:125–32.
- Orr D, Reznikoff M, Smith GM. Body image, self-esteem, and depression in burn-injured

- adolescents and young adults. *J Burn Care Rehabil* 1989;10:454–61.
- Pirkola SP, Isometsä E, Suvisaari J, Aro H, Joukamaa M, Poikolainen K, Koskinen S, Aromaa A, Lönnqvist JK, Koskinen S. DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population--results from the Health 2000 Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:1–10.
- Pirkola T, Pelkonen M, Karlsson L, Kiviruusu O, Strandholm T, Tuisku V, Ruuttu T, Marttunen M. Difference in characteristics and treatment received among depressed adolescent psychiatric outpatients with and without co-occurring alcohol misuse: A 1-year follow-up study. *Depression research and treatment, painossa.*
- Potts MK. Social support and depression among older adults living alone: the importance of friends within and outside of a retirement community. *Soc Work* 1997;42:348–62.
- Raitasalo R, Maaniemi K. Nuorten mielenterveyden häiriöiden aiheuttamat sairauspoissaolot ja työkyvyttömyys vuosina 2004–2009. Kelan tutkimusosasto. *Nettityöpapereita* 23/2011. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/25936>
- Ritakallio M, Luukkaala T, Marttunen M, Pelkonen M, Kaltiala-Heino R. Comorbidity between depression and antisocial behaviour in middle adolescence: the role of perceived social support. *Nordic Journal of Psychiatry* 2010;64:164–71.
- Räty P. Muuri. WSOY, Juva 1998.
- Solantaus T, Niemelä M, Huilaja T, Räsänen S. Mielenterveys- ja päihdeongelmien sekä sosiaalisen syrjäytymisen ylisukupolvisen siirtymisen ehkäisy – Toimiva lapsi & perhe THL:n kärkihankkeena. Teoksessa Moring J, Martins A, Partanen A, Bergman V, Nordling E, Nevalainen V (toim.). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja, 6/2011.
- Suvisaari J, Aalto-Setälä T, Tuulio-Henriksson A, Härkänen T, Saarni SI, Perälä J, Schreck M, Castaneda A, Hintikka J, Kestilä L, Lähteenmäki S, Latvala A, Koskinen S, Marttunen M, Aro H, Lönnqvist J. Mental disorders in young adulthood. *Psychol Med* 2009;39:287–99.
- Uchino B. Understanding the links between social support and physical health: a life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspectives in Psychological Science* 2009;4: 236–55.

**HEIKKI HILAMO**

*VTT, FT, tutkimusprofessori,  
Kela, tutkimusosasto*

**ANNAMARI TUULIO-HENRIKSSON**

*FT, dosentti  
Kela, tutkimusosasto*