



Näyttöön perustuvaa masennuksen lumehoitoa

selailukappale

Maarit Nermes

Miten
depressiosta tuli
lääketeollisuuden
huippubisnestä?

Nomerta

Maarit Nermes

NÄYTTÖÖN PERUSTUVAA MASENNUKSEN LUMEHOITOA

Miten depressiosta tuli
lääketeollisuuden huippubisnestä?



Nomerta Kustannus

© Maarit Nermes ja Nomerta Kustannus Oy

Kirjan kirjoittamista on tukenut Suomen tietokirjailijat ry

ISBN 978-952-7018-02-6

Kansi: Perttuli

Painopaikka: Painosalama Oy, Turku 2013

Nomerta Kustannus Oy

PL 219

20101 Turku

www.nomerta.net

TIIVISTELMÄ

Masennuksen kerrotaan olevan kansantauti, joka paranisi jos vain noudatettaisiin ”näyttöön perustuvaa” hoito-ohjetta, Suomessa depression Käypä hoito. Kuitenkaan depressiivisten käypä lääkitseminen, joka on noin kymmenkertaistunut kahdessakymmenessä vuodessa, ei ole vähentänyt masennuseläkkeelle päätyneiden määrää.

Lääketeollisuuden terveyspoliittinen vaikutus ulottuu kaikkialle, diagnoosikriteeristöjen laadinnasta ”näyttöön perustuvien” hoito-ohjeiden määrittelymiseen, tutkimuksiin ja niiden julkaisemiseen tai julkaisematta jättämiseen. Lääketiedelehtiin ei voi enää luottaa, koska niihin haamukirjoittavat sopivia artikkeleita farmafirmojen PR-yhtiöiden kirjoittajaklubit. Lisäksi alan teollisuus rahoittaa lääketiedejulkaisuja mainoksina, eripainoksina (reprints) ja liitejulkaisuina (supplements), jolloin propagandasoiset tekstit kelpaavat sivujen täyteen.

Uudet, serotoniinin ja muidenkin aivokemiallisten aineiden pitoisuuksia nostavat SSRI- ja SNRI-masennuslääkkeet toivat mukanaan pillerihuuman, jolloin alettiin lääkitä kaikenkarvaisia leikkidepressioita ja masennusta lähellä olevia oireita ja uusia keksittyjä sairauksia. Nykyisin Suomessakin näitä alun perin alakulon täsmälääkkeiksi mainittuja valmisteita on tarjolla yli kahdenkymmenen eri diagnoosin hoitoon. Ne eivät ole selektiivisiä edes biokemiallisesti, saati että ne vaikuttaisivat aivoissa johonkin masennuskeskukseen. Näiden ”täsmätuotteiden” tehon on osoitettu olevan lumetasoa, mikä kävi ilmi vasta, kun oli saatu julki teollisuuden pimentämät surkeaa vaikuttavuutta osoittavat lääketutkimukset. Masennuspillereiden kliiniset kokeet ovat jo perustutkimusasetelmaltaan vinoja, koska niissä käytetään vertailukohtana plaseboa, ja nimenomaan inerttiä lumetta, joka paljastaa useimmille koehenkilöille sen, että he eivät saa tutkittavaa lääkettä, koska heillä ei ole mitään sivuoireita – lisäksi ennen varsinaista tutkimusta suoritetaan ns. lumepesu (placebo washout), jonka avulla vertailukohtaan eli plaseboon liian hyvin reagoivat poistetaan aineistosta. Tämän jälkeen tutkitaan potilaiden lääkevastetta (response) eli pientä muutosta masennuspisteissä suhteessa lumeryhmään, mutta ei taudista toipumista (remission).

Onnellisuuspillerien takana oleva monoamiinihypoteesi on jo aikoja sitten todettu tieteellisesti vääräksi, mutta pillerifirmojen propaganda elää vahvasti

mediassa, potilasoppaissa ja jopa ns. asiantuntijoiden puheissa. Joidenkin lääketeollisuussidonnaisten terveyseksperttien mukaan on hyvä puhua vertauskuvallisesti aivokemian epätasapainosta, vaikka se onkin tieteellistä soopaa.

Psykiatrian aivoistaminen liittyy uskonservatiiviseen ja uusliberalistiseen arvomaailmaan, joka on vallalla erityisesti Yhdysvalloissa. Sieltä myös rantautuvat Eurooppaan *Yhdysvaltain psykiatriyhdistyksen, APA:n (American Psychiatric Association)* lääketeollisuussidonnaisten tohtoreiden laatimat diagnostilistat ja ns. näyttöön perustuvat hoitosuuntaviivat (guidelines) eli lääkitysalgoritmit, joita on kirjoitettu alan teollisuuden tukemissa seminaareissa ja muissa aivoriihikoukuksissa. Hoidon standardoiminen kaikille samaksi perusterveydenhuollossa suoritettavaksi minimitoimenpiteeksi, yleensä lääkitykseksi, on uusliberalistisen uuden julkishallinnon ja lääketeollisuuden yhteinen missio "toiminnan tehostamiseksi".

Näyttöön perustuva lääketiede, (*Evidence Based Medicine, EBM*) on ollut jalo ja hyvä yritys löytää vain vaikuttavat hoidot, mutta nykyjärjestelmällä, jossa lääketeollisuus sekä keksii sairaudet että hoidot, on saatu aikaiseksi vaikuttamatonta ja kallista lääkitysaunomaattitoimintaa. Ei ole siis ihme, että terveydenhuollon kustannukset vain nousevat, vaikka kansa on terveempää kuin koskaan, eikä kliininen depressiokaan ole juuri lisääntynyt. Käypä hoito -suosituksia laativat alan teollisuuteen sidoksissa olevat asiantuntijat lääkäriseura *Duodecim*in puitteissa, ja ne pohjautuvat yhdysvaltaisiin lääkitysohjeistuksiin. Vaikka monet suomalaisekspersteistä ovat julkisen Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen, THL:n työntekijöitä, he ovat siitä huolimatta vahvasti alan teollisuuden vaikutuspiirissä – esimerkiksi depression Käypä hoidon isällä, professori *Erkki Isometsällä* on pitkäaikaiset suhteet ainakin kymmenen lääkeyhtiön kanssa. THL:n ykkösmasennusasiantuntija, professori *Jouko Lönnqvist* on muiden sidonnaisuuksien lisäksi toiminut vuosikautia yhdysvaltalaisen lääketeollisuuden bulvaanisäätiön, *American Foundation for Suicide Preventionin, AFSP:n* tieteellisenä neuvonantajana, ja on itsekin tullut palkituksi AFSP-palkinnolla itsemurhien geenien ja aivotutkimuksen veteraanina.

Kaikesta tästä on seurauksena se, että ihmisillä diagnosoidaan yhä enemmän masennusta ja muita sen liepeillä olevia "sairauksia", joita sitten "hoideetaan" lumevaikutteisiksi todetuilla pillereillä. Kansantaloudellisesti ja kansanterveydellisesti tässä ei ole mitään järkeä.

SAMMANFATTNING

Det sägs att depression är en folksjukdom som kunde botas om "evidensbaserade" vårdinstruktioner skulle följas. För detta används i Finland uttrycket God medicinsk praxis (på finska Käypä hoito). Emellertid har inte God medicinsk praxis -vården av depressiva, vilken nästan har ökat tiofaldigt under de senaste tjugo åren, minskat antalet personer som använder antidepressiva läkemedel.

Läkemedelsindustrins hälsopolitiska inflytande sträcker sig överallt, till fastställande av diagnoskriterier, definiering av evidensbaserade vårddirektiv, och till bedrivande av forskning vars resultat publiceras eller lämnas opublicerade. Man kan inte längre lita på de medicinska tidskrifterna, där det publiceras artiklar som har skrivits av de farmakologiska företagens skrivarklubbars spökskrivare. Dessutom finansierar branschens industri läkarvetenskapliga publikationer genom reklam, särtryck och publicering av bilagor, och för att fylla sidorna används texter som befinner sig på propagandanivå.

De nya SSRI- och SNRI- antidepressiva läkemedlen, som höjer serotoninet och andra hjärnkemiska substansers värden, förde med sig ett pillerrus då man började behandla alla slags lekdepressioner, symptom som kunde förliknas vid depression, samt andra nyuppfunna sjukdomar. Numera erbjuds även i Finland dessa produkter, som från början betecknades som selektiva läkemedel för melankoli, för behandling av över tjugo olika diagnoser. De är inte selektiva ens biokemiskt, och de inverkar inte på något depressionscentrum i hjärnan. Det har visat sig att dessa "selektiva läkemedel" är humbug, vilket framkom först då man hade fått tag på medicinforskningsresultat, som industrin dolde, och som påvisade den usla verkningsgraden. De antidepressiva pillrens kliniska tester är snedvridna redan vad grundforskningskonstellationen anbelangar eftersom man som referenspunkt använder placebo, och uttryckligen inert placebo, som hos de flesta försökspersoner visar, att de inte får det läkemedel som undersöks, eftersom de inte uppvisar några bisymptom – dessutom företar man innan den egentliga undersökningen en s.k. placebo tvätt (placebo washout), med vars hjälp man avlägsnar de som reagerar alltför bra på referenspunkten, d.v.s. placebon. Efter det undersöker man patienternas respons (response) på pillret, d.v.s. en liten förändring i depressionstillståndet i förhållande till placebogruppen, men man undersöker inte återhämtning från sjukdomen (remission).

Den monoaminhypotes, som utgör grunden för lyckopillren, har redan för länge sedan visat sig vara vetenskapligt felaktig, men pillerfirmornas propaganda har starkt fotfäste i median, i patientinstruktionerna och till och med i s.k.

specialisters anföranden. Enligt en del hälsoexperter med anknytning till läkemedelsindustrin, är det bra att symboliskt tala om hjärnkemins obalans, fastän det är fråga om vetenskapligt struntprat.

Att man har gjort psykiatin till ett hjärnproblem beror på de nykonservativa och nyliberalistiska värderingar, som härskar i synnerhet i USA. Därifrån spridde sig till Europa den *amerikanska psykiatrföreningens*, APA:s (*American Psychiatric Association*) diagnoslistor och de s.k. evidensbaserade vårdriktlinjer (guidelines) dvs. medicineringsalgoritmer, som florerar vid seminarier och andra idékläckningsmöten stödda av läkemedelsindustrin. Att standardisera vården, och göra den till en likadan minimiåtgärd för alla, i allmänhet medicinering, inom primärvården, är den nyliberalistiska offentliga förvaltningens (New Public Management) och läkemedelsindustrins gemensamma mission för att "effektivera verksamheten".

Evidensbaserad läkarvetenskap (*Evidence Based Medicine, EBM*) har varit ett nobelt och gott försök att finna endast verkningsfulla behandlingar, men inom dagens system där de farmakologiska företagen uppfinnar både sjukdomarna och behandlingen, har man fått till stånd en automatisk vårdmetod som är både verkningslös och dyr. Det är alltså inte något under att hälsovårdskostnaderna hela tiden stiger, fastän folket är friskare än någonsin – och fastän inte heller den kliniska depressionen har ökat i nämnvärd grad. God medicinsk praxis -rekommendationerna utarbetas av experter med anknytning till läkemedelsindustrin och inom ramen för läkaresällskapet *Duodecim*, och de baserar sig på amerikanska medicineringsrekommendationer. Även om många av de finska experterna arbetar inom det offentliga *"Institutet för hälsa och välfärd, THL"*, befinner de sig trots det inom läkemedelsbranschens starka influensområde. Till exempel God medicinsk praxis -vårdens fader, professor *Erkki Isometsä* har långvariga kontakter till åtminstone tio farmakologiska företag. Professor *Jouko Lönnqvist*, THL:s främsta depressionsexpert, har utöver anknytningar till den farmakologiska branschen, även i årtal fungerat som vetenskaplig rådgivare för den amerikanska läkemedelsindustrins bulvan-stiftelse, *American Foundation for Suicide Prevention, AFSP*, och har blivit prisbelönad av AFSP för sin position som veteran inom hjärnforskningen och inom den genetiska forskningen för självmordsuppförande.

Allt detta innebär, att människorna i allt högre grad diagnostiseras som depressiva eller som drabbade av någon "sjukdom" som kan förliknas med depression, och att de sedan "vårdas" med piller som egentligen inte har någon verkan. Nationalekonomiskt och folkhälsomässigt är detta fullständigt galet.

SUMMARY

Depression is seen as a national disease, curable by 'evidence-based' health care – in Finland, the Current Care Guidelines (Käypä hoito in Finnish) for the treatment of depression. The recent 20 years have seen a tenfold increase in the medication of the depressed according to these guidelines. However, this has not decreased the number of people ending up on disability pension.

The pharmaceutical industry influences all aspects of health policy, from the formulation of diagnostic criteria to the definition of "evidence-based" care instructions, research and its publication or non-publication. Medical journals can no more be trusted, as they publish articles ghostwritten by public relations departments of pharmaceutical companies. Moreover, pharmaceutical industry finances these journals with commercials, reprints and supplements, which result in their pages filling with outright propaganda.

New SSRI and SNRI antidepressants, which increase the levels of serotonin and other neurotransmitters in the brain, roused a pill fever, leading to the medication of multifarious pretend depressions, symptoms similar to depression and new, fictitious illnesses. In present-day Finland, these products, initially regarded as precision drugs for melancholy, are available for over 20 different diagnoses. They are not even biochemically selective, let alone affecting a specific "depression centre" in the brain. These "precision products" have proven to be equally ineffective as placebos, which was only exposed when the research results on their almost non-existent impact, previously hidden by the industry, were made public. The research frame of clinical antidepressant trials is skewed from the start, since the trials are carried out as placebo-controlled studies. The lack of side effects betrays the use of inert placebos to most testees. In addition, the actual trial is preceded by a so-called placebo washout phase, where placebo responders are excluded from the testee group. The actual research only concentrates on the patients' response, or the minor change in HAMD depression scores in comparison with the placebo group – not on the actual remission from depression.

The monoamine hypothesis, basis for "happiness pills", has long proven scientifically wrong, but the propaganda of pill firms still lives strongly in the media, patient guides and even in so called expert speeches. According to some health experts connected to the pharmaceutical industry, the chemical unbalan-

ce of the brain makes a good metaphor, even if it is scientific nonsense.

The brainification of psychiatry is connected to the neoconservative and neoliberal set of values, which prevails especially in the USA. The diagnostic lists and so called evidence based treatment guidelines of *American Psychiatric Association APA*, whose doctors have ties to pharmaceutical companies, have also been adopted in Europe. These documents are written in seminars and other think tank meetings supported by the pharma industry. The standardization of treatment and its reduction to a minimum procedure carried out in the primary health care system, usually by medication, is the shared mission of neoliberal New Public Management and the pharma industry in the name of "increased efficiency".

The introduction of evidence-based medicine is a noble and good attempt to distinguish the effective ways of treatment from others, but in the current system, where both diseases and treatments are defined by the pharmaceutical industry, it results in ineffective and expensive "medication machines". It is thus no wonder that healthcare expenses are on constant rise, despite the fact that people are healthier than ever – and the number of clinical depression patients has hardly increased. The Finnish current care guidelines are written by the experts of Finnish Medical Society Duodecim, who are in close contact with the pharmaceutical industry, and are based on American medication guidelines. Even though many Finnish experts work for the National Institute for Health and Welfare THL, they too are strongly within the pharmaceutical industry's sphere of influence – for instance the father of current care guidelines for depression, professor *Erkki Isometsä*, has long relations with at least ten pharmaceutical companies. THL's number one depression expert, professor *Jouko Lönnqvist*, is also linked to these companies and has worked as a scientific advisor for the American pharmaceutical industry's dummy foundation *American Foundation for Suicide Prevention, AFSP* for several years. He has also received the AFSP research award for his long-term research on suicide-related genetic features and brain functions.

All of this leads to increase in depression diagnoses and diagnoses of depression-related illnesses, which are then "treated" with pills with a verified placebo effect. This makes no sense from the perspective of national economy and public health.

Sisällys

JOHDANTO.....	1
1. MITEN MASENNUKSESTA TULI AIVOSAIRAUS?.....	3
1.1. Kun psykiatriasta tulee biologista, potilaalta lähtee mieli	5
1.2. Oon voimissain – monoamiinihypoteesin haamu heiluu.....	8
1.3. Tryptofaanivajaus – turhaa todistelua.....	10
1.4. Neurotrofinen hypoteesi ja neuroverkkoteoria.....	12
1.5. Tulehdusteoriat.....	13
1.6. Psykologisia selityksiä.....	14
1.7. Aivotutkimuksien aivoituksia.....	15
1.8. Onnellisuuspillerit räjäyttivät ideologisen tajunnan.....	17
1.9. Aivolääkkeiden alakulua.....	18
1.10. Geenit kertoo kohtalomme?.....	23
1.11. Ympäristöperimäpuhetta.....	28
1.12. Aivosairauksien aitoa markkinointia.....	31
1.13. Myös kalaöljykauppiat kannattavat aivohypeä.....	36
1.14. KTL – Kansallinen aivo&geeniTutkimusLaitos.....	41
1.15. Bulvaanisäätiö tekee hyvää.....	46
1.16. Euroopan lobatut aivot.....	53
2. KEMIAKOMPPANIA SUOSITTELEE ITSEÄÄN.....	64
2.1. Miten on voitu, pillerimarkkinateollisuus?.....	65
2.2. Sissi-syndrooman saaga.....	70
2.3. Essitalopraamin erikoisuus markkinointistrategiana.....	74
2.4. Kliinisten kokeiden kiemurat.....	80
2.5. Lumeen lumoissa.....	87
2.6. FDA, EMA ja Fimea lääkehallinnon huipulla.....	88
2.7. Lääketiedelehdet pilleritehtaiden paketeissa.....	95
2.8. Ostetut kurkut kehuvat koko rahan edestä.....	100
2.9. Valkotakkien voittoa tieteen ja koulutuksen nimissä.....	103
2.10. Psykiatristen diagnoosien syytätehdas.....	114
2.11. DSM – Diagnooseilla Saadaan Mammonaa.....	118
2.12. Ja lisää on tulossa – DSM-5 ja IDC-11.....	121
2.13. Prevalenssipeliä.....	125
2.14. Joka paikan pimitetty ja pannaan laitettu paroksetiini.....	131
2.15. Haamukirjoittajat vääristelevät tuloksia.....	136

2.16. Potilasoppaat hyvällä markkinointiasialla.....	140
2.17. Potilasjärjestöt teollisuuden pikku apulaisina.....	143
2.18. Mitä teollisuus lavertelee medisiinareille masennuksesta?.....	146
2.19. Näyttöön perustuva lääketiede on valjastettu.....	149
2.20. Tehon, vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden näyttö.....	152
2.21. Teksasissa kaikki on suurempaa ja parempaa	158
2.22. Aivoriihien aivolääkitysprotokollia.....	160
2.23. Virtuaalisilla laskelmilla onnenpillerit edullisiksi.....	164
 3. KÄYPÄ HOITO – SUOSITUKSESTA DOGMIKSI.....	172
3.1. Depression Käypä hoito ja sen päivitykset.....	173
3.2. Ministeriön hallinnollista horinaa.....	187
3.3. Hoitotakuu ei toimi psykiatriassa.....	190
3.4. Terveyskeskuslääkäreistä reseptiautomaatteja, depressiohoitajista tapausmanagereja ja psykiatreista konsultteja.....	192
3.5. Lääketeollisuuden kouluttamat depressiohoitajat aivopesevät.....	194
3.6. Sosiaaliturvaetuudet on koplattu Käypä hoitoon.....	197
 4. HOITOTULOKSET OVAT HEIKKOJA, MUTTA USKO ON VAHVA....	202
4.1. Tosielämän tutkimukset kertovat karun totuuden.....	204
4.2. STAR*D – miten farmafaaraot tekivät sen?.....	206
4.3. Vantaan vaivalloisia tuloksia.....	209
4.4. Ratkaisuna sairauslomille ja eläkkeelle pääsyn vaikeuttaminen.....	215
4.5. Huono-osaisuuden medikalisointi on päivän messu.....	218
4.6. Tutkimustieto ei kelpaa Käypä hoito -uskonlahkolle.....	220
4.7. Kognitiivisella koirakoululla masennusvalmennusta.....	223
4.8. Lumehoito tulee kalliiksi.....	224
 5. JOHTOPÄÄTÖKSIÄ.....	229
 LÄHTEET	234

JOHDANTO

Tämän kirjan juuret ovat jo vuodessa 2004, jolloin sain käsiini *Der Spiegel* -lehden tiedetoimittajan, *Jörg Blechin* kirjan ”Miten meistä tuli potilaita?”. Hän kertoi mittansa tulleen täyteen, kun lääkefirman PR-yhtiö oli lähettänyt toimittajille tietoa vaarallisesta ”Häkkitiikerin oireyhtymä”-nimisestä taudista, jota esiintyi tunnollisten perheenisien piirissä, ja johon tehoaisivat uudet, tehokkaat SSRI-masennuslääkkeet. *Blechin* kirja ja sen lähdeluettelo avasi minulle aivan uuden maailman medikalisaatioon – varsinkin psykiatrisen sairaustehtailun piiriin.

Siitä alkoi matkani lääketieteellisten tutkimusten ja alan teollisuuden strategioiden pariin. Se on ollut raskas ja osin järkyttävä retki, koska olen menettänyt uskoni psykiatrian alan tutkimuksien ja lääketiedelehtien luotettavuuteen. Olen lukenut näiden vuosien aikana satoja lääketieteellisiä artikkeleita ja selvittellyt erilaisia käsitteitä, tehnyt tilastollisia analyysejä ja arvioinut menetelmiä. Olen keskustellut havainnoistani sekä luonnontieteen että lääketieteen tutkijoiden kanssa, lisäksi muutaman masennuspotilaan kanssa. Käsiini on myös päätenyt lääketieteellisuuden vuodettuja asiakirjoja Yhdysvalloista. Suomen *Fimea* (ent. Lääkelaitos) sen sijaan kieltäytyi antamasta minulle sille toimitettuja SSRI- ja SNRI-masennuslääketutkimuksia missään muodossa, vaikka Euroopan EMA:n ja Yhdysvaltain FDA:n nettisivustoilta voi lukea joitakin osia lääketutkimuksista ja niiden hyväksymismenettelyihin liittyviä pohdintoja. *Fimean* kielteinen kirjallinen päätös olisi maksanut 500 euroa. Asian käsittely jatkuu.

2000-luvun alkupuolella onnellisuuspillerihuuma oli täydessä käynnissä Suomessakin ja masennus oli julistettu kansantaudiksi, jota piti hoitaa serotoniinitasoa aivoissa nostavilla täsmälääkkeillä. Minäkin olin uskonut sen lääketieteellisuuden lanseeraaman propagandan depressiosta aivokemian tasapaino-ongelmana, ennen kuin ryhdyin itse selvittämään asiaa. Olen ollut tyrmistynyt siitä, miten meille syötetään jatkuvasti väärää tietoa – eikä se näytä kiinnostavan ainoatakaan viranomaista, vaikka yleensä esimerkiksi *Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksessa, THL:ssä* ollaan hyvin huolissaan siitä, jos kansalaisilla on väärä käsitys sairauksista ja niiden hoitamisesta.

Media näyttää Suomessakin toimivan pahimpana propaganda- ja medikalisaatiolähteenä, kuten *Blechin* kirjassaan arvioi Saksan tilannetta.

Yleistoimittajien yleissivistys ei riitä lääketeollisuuden tarkkaan harkittujen lehdistötiedotteiden ja muun viestinnän arvioimiseen, lääketiedetoimittajat puolestaan ovat alan teollisuuden lobbauslistalla, lisäksi kiire toimituksissa pitää huolen siitä, ettei tietoja tarkisteta. Myös terveys- ja kauneusmarkkinoiden potentiaali laittaa median tuottamaan alan teollisuuden toivomaa sisältöä, varsinkin yhtiöiden tukemana erityisissä terveys-, tohtori- ja medi-julkaisuissa.

En väitä olevani biologisen psykiatrian asiantuntija, eikä minun tarvitsekaan olla sitä pystyäkseni arvioimaan tutkimusasetelmia, käytettyjä menetelmiä ja johtopäätösten vetämistä. Olen kemiallis-teknisen, akateemisen peruskoulutuksen saanut, myös orgaanista ja biokemiaa, tilastollisia menetelmiä ja matematiikka opiskellut tutkiva talous- ja yhteiskuntatoimittaja.

Haluan korostaa, että tämä kirja on terveyspoliittinen, eikä hoito-ohjeistus. En kehota ketään lopettamaan lääkkeitensä nauttimista. Sen sijaan toivon, että keskustelu psykiatristen tutkimuksen laadusta, lääketeollisuuden vaikutuksesta ja masennuksen hoitokäytännöistä lähtisi vihdoinkin käyntiin myös Suomessa. Tässä teoksessa puhutaan hoidon osalta vain ja ainoastaan unipolaarisesta eli yksisuuntaisesta, ns. tavallisesta masennuksesta, bipolaari masennus on aika lailla eri asia.

Kiitän kaikkia niitä nimettömiksi jääviä asiantuntijoita, ystäviä ja tuttavita, jotka ovat antaneet neuvoja ja palautetta sekä kannustaneet minua. Kiitokset saa myös Suomen tietokirjailijat ry, joka on tukenut tämän kirjan kirjoittamista. Omistan tämän kirjan edesmenneen ystäväni, Leenan muistolle.

Turussa, tihkusateisena syyspäivänä 4.11. 2013

Maarit Nermes

Kirjoittaja on koulutukseltaan prosessikemian diplomi-insinööri ja digitaalisen median luonnontieteiden kandidaatti.

1. MITEN MASENNUKSESTA TULI AIVOSAIRAUS?

Jo antiikin aikana masennuksen edeltäjää, melankoliaa pidettiin aivosairautena. Sittemmin mielen ongelmien on katsottu olevan toisiaan yleviä sieluntiloja ja toisinaan myös syntejä. 1800-luvulla mielisairaudet alkoivat taas olla yhä enemmän aivosairauksia; tällöin psykiatria ja neurologia kulkivat käsi kädessä. Tautien arveltiin yleensä olevan parantumattomia ja perinnöllisiä keskushermosto-ongelmia, mikä myöhemmin johti myös rotuhygieniaan: mielisairaiden lobotomioihin, sterilointeihin ja tappamisiin. Depressio ilmaantui sanastoon 1600-luvun loppupuolelta, yleisemmin käyttöön se tuli englannin kielessä 1800-luvun puolivälissä. Silloin myös riehui naisten hittisairaus hysteria, ja vuosisadan loppupuolelta alkaen psykoanalyttiset ajatukset valtasivat alaa.

Toisen maailmansodan jälkeen Yhdysvalloissa pääosin hylättiin freudilaisuus ja siirryttiin vahvasti behavioristisen psykologian teorioiden taakse. Näkemyksen mukaan ihminen on ehdollistettavissa kuolaamaan kuin *Pavlovin koirat*. Kuuluisimpiin behavioristeihin lukeutuva *Burrhus Fredrick Skinner*, joka toimi pitkään *Havardin yliopiston* psykologian professorina, tutki muun muassa ohjelmoitua oppimista. Hän torjui mielen, tunteet ja ihmisen oman tahdon ehdollistumisen nimissä. *Skinner* ei kokonaan hylännyt ajatusta mielen tiedostamattomasta osasta, mutta sillä ei ollut merkitystä käyttäytymisen tai psyykkisten ongelmien syynä: ihminen oli ohjelmoitu olio ilman vapaata tahtoa. Behaviorismi on reduktionistinen eli yksinkertaistava teoria, jonka mukaan mielen liikkeet näkyvät suoraviivaisesti ihmisen toiminnassa. Psykologia on siis sama asia kuin tietynlainen käyttäytyminen¹.

Behaviorismia kritisoinut, mutta siihen vahvasti pohjautuva kognitivismi ei hylkää behaviorismia kokonaisuudessaan, vaan oikeastaan laajentaa behavioristista psykologiaa hyväksymällä sisäisten mielentilojen olemassaolon, mutta määrittelee ne uudelleen symbolirakenteina, psykoanalyttisten subjektiivisten, yksilöllisten tajunnantilojen sijaan. *Skeema* eli jonkinlai-

¹ Engl. behavior = käyttäytyminen.

1. MITEN MASENNUKSESTA TULI AIVOSAIRAUS?

nen ajattelurata on kognitiivisen psykologian mielen malli.

Ewan Cameron oli 1950–60-luvulla kuuluisa behavioristi ja CIA:n psykiatri, joka teki Kanadassa potilaiden tietämättä ihmiskokeita, joissa hän sähköshokki- ja lääkeainekuurein (mm. LSD:llä) regressoi potilaita lapsenomaiseen tilaan ja pyrki ohjelmoimaan heitä uudestaan. *Cameron* oli aikoinaan arvostettu psykiatri, sillä hän toimi sekä *Kanadan* että *Yhdysvaltojen psykiatriyhdistyksen*, *APA:n* sekä *Psykiatrien maailmanliiton*, *WPA:n* puheenjohtajana. CIA käytti hänen tutkimuksiaan kidutusmenetelmien kehittämiseen. Ei liene sattumaa sekään, että Yhdysvaltain tiedustelupalvelun konsultoimissa Latinalaisen Amerikan diktatuurimaissa poltettiin ja kiellettiin marxilaisen kirjallisuuden lisäksi *Freudin* teokset. Psykoanalyysin historiasta kirjan kirjoittanut professorin *Elisabeth Roudinescon* mukaan *Freud* kuoli Yhdysvalloissa, koska siellä on aina luotettu kaikenlaiseen mekaaniseen ja numeeriseen mittaamiseen.

Nykyinen kognitiivinen psykologia on siis jatkoa behaviorismille. Se soveltuu mainiosti yhteen depression aivosairausteorioiden kanssa. Behaviorismin *tabula rasa* -ajatuksista (ihminen on tyhjä taulu, joka voidaan ”ohjelmoida” uudestaan) luovuttiin, ja tilalle tulivat skeemat, ajattelun tiedot tai tavat, joita voidaan ja pitää muokata – myös kemiallisesti ja fyysikaalisesti.

Biologinen psykiatria on ideologinen näkemys, paradigma tai tutkimussuuntaus, jonka mukaan ihmisen mieli, tahto, pyrkimykset, tunteet ja toiveet voidaan redusoida eli kutistaa aivokemiaksi ja geeneiksi. Ala perustuu pitkälti eläinkokeisiin, joten johtopäätösten vetäminen ihmisen mieleen on hyvin kyseenalaista.

Biologisen psykiatrian ja kognitiivisen psykologian yhteistä voittokulkua ovat edistäneet ideologiset ja kulttuuriset sekä myös taloudelliset syyt. Uuskonservatiivinen ja uusliberalistinen ajattelumaailma pitää kaikkia psyykkis-sosiaalisia ongelmia yksilön pulmina. Kognitiivinen psykologia puolestaan soveltuu hyvin yhteen luonnontieteellisen hermotautiopin kanssa, koska se pitää mielenhäiriöitä vääränlaisina skeemoina eli virheellisenä ajatteluna. Postmodernissa kulttuurissa, jossa ihmiset eivät enää koe olevansa vain yksi persoona tai minä, vaan jossa ihmistä tuunataan sopivaksi eri tilanteisiin, ja työpaikalla sekä elämässä ylipäättään pitää olla kyllä kiinnostunut kaikesta, mutta ei välittää mistään, on helppoa uskoa omien

ongelmien päänsisäisyyteen: Henkilökohtaiset ongelmat johtuvat vain liian vähäisestä onnellisuus- ja terveysvalmennuksesta. Nykyihminen, erityisesti nuorempi sukupolvi, on halukas virittämään itseään myös pillereillä ja ravintolisillä.

Viime kädessä aivo- ja geeniteorioiden sekä ”täsmälääkkeiden” voittokulun takana ovat lääketeollisuuden rahat ja strategiat. *Big Pharma*² eli lääkeajatit ja niiden lobbausjärjestöt ovat tehokkaasti käyttäneet hyväkseen ihmisten ahdistusta ja huonovointisuutta epävarmassa, kovien arvojen maailmassa rahoittamalla tutkimusta, lääketieteen koulutusta, poliitikkoja sekä laadituttamalla diagnoosikriteerejä ja hoito-ohjeita lakeijoillaan. On saatu yhä enemmän potilaita, joiden ongelmat ovat yhä lievempiä ja enemmän sosiaalista laatua, mutta aivojen vuosikymmenen vanavedessä niistä on tulut vakavasti otettavia keskushermostotauteja.

Depressiopotilaille ja heidän omaisilleen on ollut helpottavaa ajatella, että masennus johtuu vain siitä, että aivot menivät yhtäkkiä epäkuntoon. Siksi lääketeollisuus ja myös potilasjärjestöt pyrkivät puhumaan masennuksesta sairautena muiden joukossa eli luonnontieteellisenä ongelmana, kuten muutkin ”oikeat” sairaudet. Siksi ei tarvitse lainkaan miettiä sitä, miksi esimerkiksi alkoholistin (aikuistunut) lapsi tai fyysisesti ja psyykkisesti pahoinpidelty tai köyhä ja yksinäinen pitkäaikaistyötön masentuu. Depression irrottaminen inhimillisestä vuorovaikutuksesta ja yhteiskunnallisesta tilanteesta poistaa syyllisyyden tunnetta sekä lähiomaisilta että poliitikoilta, mutta johtaa väärin johtopäätöksiin ja virheellisiin ongelmanratkaisuyrityksiin.

1.1. Kun psykiatriasta tulee biologista, potilaalta lähtee mieli

Biologisen psykiatrian viimeisimmän voittokulun juuret ovat Yhdysvalloissa, jossa presidentti *George Bush vanhempi* julisti 1990-luvun aivojen vuosikymmeneksi. Sitä ennen, 1970–80-luvun taitteessa *Ronald Reaganin* hal-

² Big Pharma = Iso Farna, yleensä tarkoitetaan tällä 12 suurinta lääkeyritystä.

1. MITEN MASENNUKSESTA TULI AIVOSAIRAUS?

linto lakkautti yhteisöpsykiatrisen, sosiaalisen hoitojärjestelmän rahoituksen. Uuskonservatismi on aina pyrkinyt selittämään käyttäytymistä ja sosiaalisia ongelmia biologisilla syillä, geeneillä tai aivokemialla, koska eliitin ajattelumaailmassa ympäristötekijöillä ja yhteiskunnalla ei ole mitään vaikutusta ihmisten toimintaan tai terveyteen. Lääketeollisuus näki tilaisuutensa tulleen nimenomaan psykiatristen sairauksien osalta, kun aivokemiaan vaikuttavien lääketutkimusten arveltiin olevan riittävän onnistuneita.

Vuonna 2000 Nobelin lääketieteen palkinnon saanut neuropsykiatri *Eric Kandel* totesi vuonna 1998, että nykyinen psykiatrinen näkemys edellyttää

”Peter Zachar (2000) pitää biologisen psykiatrian aatteellisina pääärkitehteina filosofi ja kognitiotieteilijä Paul Churlandia sekä skitsofrenian tutkijana tunnettua neuropsykiatri Nancy Andreasenia. Jälkimmäinen on muun muassa ollut valmistelemassa Yhdysvaltojen psykiatriyhdistyksen nykyisen tautiluokituksen eri versioita. Andreasenin (1984) *Broken brain* (aivot epäkunnossa/hajonnut aivo) on Zacharin kirjan mukaan biologisen psykiatrian ydinteos.”

Vesa Talvitie ja Risto Skoglund Duodecim 2010;126:49–54.

”Nancy C. Andreasen, M.D., Ph.D., served as a consultant to Janssen and received travel expenses from Lilly and AstraZeneca.”

Disclosure of Competing Interests Am J Psychiatry 2005;162:210-210.

aivojen rakenteen ja toiminnan parempaa tuntemista. Psykiatriaan soveltuu biologisten ja sosiaalisten tekijöiden vuorovaikutuksen tutkiminen, mutta hänen mukaansa psykiatrian pitää ensin saada kunnollinen selko käyttäytymisen biologisista tekijöistä. *Kandel* oli ollut vuonna 1997 mukana perustamassa nykyisin *Roche*-konserniin kuuluvaa *Memory Pharmaceutical*-sia ja toiminut sen tieteellisen neuvottelukunnan puheenjohtajana. Hän on työskennellyt myös *BrainCells*-yhtiön konsulttina. Firma on ainakin nykyisin erikoistunut masennus- ja alzheimerlääkkeiden sekä ns. hoitoresistentin³ masennuksen lääkehoidon kehittämiseen. Sen tieteellisessä ja kliinisessä neuvottelukunnassa istuu useita tunnettuja ja vahvasti lääketeollisuussidonnaisia asiantuntijoita.

³ Hoitoresistentiksi depressioksi määritellään yleisesti se, että masennus ei ole parantunut tai oireet eivät ole lievittyneet 2–3 :lla eri lääkkeellä. Hoitoresistentti on biologisen psykiatrian määritelmän mukaan sama asia kuin lääkeresistentti, vaikka ne joskus erotellaan. Hoito depressiosta puhuttaessa tarkoittaa käytännöllisesti katsoen aina vain lääkehoitoa.

Usein sanotaan, että psykoanalyttinen psykiatria on aivotonta, mutta biologinen psykiatria on mielestöntä. Biologisen hermotautiopin myötä masennus ei ole enää psyykkinen tauti tai mielen ongelma, vaan aivosairaus tai keskushermoston toiminnan häiriö, joten sitä hoitamaan ei tarvita enää psykiatreja, mielisairaanhoitajia, psykologeja tai sosiaalityöntekijöitä, koska pelkkä ”täsmälääkitys” riittää. Siksi tätä vakavaksi luokiteltua sairautta voidaan hoitaa terveyskeskuksissa reseptejä kirjoittelemalla.

Luonnontieteellisen hermotautiopin asiantuntijat eivät kuitenkaan halua masennusta määritettäväksi biologisin keinoin, esimerkiksi serotoniinintason mittaamisella verestä tai PET-aivokuvien⁴ avulla, vaikka masennuksen aivosairausluonteesta ollaan vakuuttuneita. Depressiota diagnosoidaan epämääräisillä oiremittareilla, jolloin potilaita voidaan saada mahdollisimman paljon, ja mielialalääkekauppa käy.

Suuntauksen selvityksissä on tapana käyttää epämääräisiä tutkimusmetodeja, kuten käänteinen induktio (kun jonkun kemiallisen aineen vajausta aiheutetaan aivoissa ja saadaan masennusoireita aikaiseksi, niin depression syy on sen biokemiallisen aineen puute), pieniä otoksia ja lennokkaita johtopäätöksiä, ei-merkitseviä vastemuuttujia, alaryhmillä retoteltua, valikoivaa tutkimusten julkaisupolitiikkaa ja syiden etsimistä seurauksista. Alan tyyliin kuuluu myös hypoteesien eli arvelujen esittäminen tosiasiaina tai todistettuna näyttönä. Propagandamalli on peräisin suoraan natseilta: kun tarpeeksi kauan ja usein toistetaan aivosairausteorioita, ne muuttuvat ”totuudeksi”. Ja voilä, mitään tieteellistä näyttöä ei tarvitakaan.

Kaikki biologisen psykiatrian keskeiset hypoteesit, siis arvelut eli luulot masennuksen syistä pohjautuvat eläinkokeisiin tai käänteiseen induktioon ja sen tapaisiin menetelmiin, yleensä pienin otannoin ja lennokkaain johtopäätöksiin. Induktio on täysin käyttökelpoinen matemaattis-luonnontieteellinen todistelumetodi, mitä taas käänteinen induktio ei ole. Induktiota voisi verrata dominopalikoiden joukkokaatumiseen: kun ensimmäinen tönäistään kumoon, niin muutkin jonossa sopivalla etäisyydellä olevat nappulat kaatuvat. Koska voimme nähdä tai todistaa muuten, että palikoiden kaatuminen yksi kerrallaan edellisen voimasta on totta, niin tiedämme että vii-

⁴ PET = positroniemissiotomografia, aivokuvausmenetelmä ks. tarkemmin Aivotutkimuksen aivoituksia.

1. MITEN MASENNUKSESTA TULI AIVOSAIRAUS?

meinen kellahti, koska ensimmäinen kaatui. Ensimmäisen ja viimeisen kaatumisen välillä on siis syy-seuraussuhde eli kausaliteetti. Mutta jos ryhdytään väittämään käänteisesti, että ensimmäinen on kumollaan, koska joku toinen jonossa perässä oleva palikka on kaatunut, se ei ole pätevää todistetta.

Tyypillinen luonnontiedepsykiatrian väite onnellisuuspilleri-intoilun alkuaikoina 1990-luvulla ja edelleen lääkeyhtiöiden depressioproosassa on se, että koska jotkut masennuspotilaat saavat helpotusta oireisiinsa serotoniinipitoisuutta nostavilla lääkkeillä, niin depression pitää johtua aivokemian vajauksesta. Yhtä loogista ja tieteellistä olisi väittää, että syöpä johtuu morfiinivajauksesta, koska monet syöpäpotilaat saavat helpotusta oireisiinsa kunnon kipulääkityksellä. Masennukseen on liitetty koko joukko aivokemiallisia aineita esimerkiksi ns. monoamiineja, kuten serotoniini, dopamiini ja noradrenaliini – joiden tasoa uudet masennuslääkkeet kohottavat estämällä takaisinottoa – mutta mitään tieteellistä todistetta näiden vaikutuksesta kliiniseen alakuloon ei ole esitetty.

1.2. Oon voimissain – monoamiinihypoteesin haamu heiluu

Suomen johtaviin neurotutkijoihin kuuluva professori *Eero Castrén* on rehellinen tiedemies tunnustaessaan selvästi, että vuonna 1965 lanseerattu ns. monoamiinihypoteesi on virheellinen, ja että sitä tukevia tutkimustuloksia on hämmästyttävän vähän. Silti serotoniinivajaususkomuksesta tai aivokemian epätasapainoteoriasta on tullut ”totuus” sekä alan tutkijoille että tavalliselle kansalle. Serotoniinin määrä aivoissa ei terveillä ihmisillä korreloi mielialaan, eikä serotoniinin tai noradrenaliinin pitoisuuksien ole osoitettu olevan alhaisia masentuneilla. Monoamiinihypoteesi elää kuitenkin omaa elämäänsä, ja monien asiantuntijoiden mukaan ”aivokemian epätasapaino” -käsite on käyttökelpoinen vertauskuva, vaikka teoria onkin tieteellisesti väärä.

Esimerkiksi netissä vakuuttavasti ”tohtoritietoa” välittävällä tohtori.fi-nettisivustolla väitetään edelleenkin monoamiinihypoteesin olevan mel-

koisen pätevää tietoa, koska niin moni kuulema tervehtyy lääkityksellä. Terveysasiantuntijasivuston ylläpitäjä ei ole viitsinyt tai halunnut korjata asiaa, vaan vuoden 2007 ”fakta” löytyy sieltä edelleenkin.

”Monoamiinihypoteesin tärkein anti liittyy siihen, että nykyisten koh-
tuullisen tehokkaiksi todettujen depressiolääkkeiden vaikutus toden-
näköisesti välittyy ainakin osittain näiden aineiden kautta. Useimmat
kliinisessä käytössä olevat depressiolääkkeet lisäävät eri tavoin lähes
välittömästi serotoniinin, noradrenaliinin tai molempien aineenvaih-
duntaa. Varsinainen antidepressiivinen vaikutus on havaittavissa useita
viikkoja myöhemmin, mikä osoittaa lääkkeiden vaikutus-mekanism-
ien monimutkaisuutta ja seurausta lääkkeen aiheuttamasta uudesta
tasapainotilasta eri välittäjäainejärjestelmissä”

*Masennuksen esiintyvyys ja syyt. Masennuksen neurokemiallista taustaa
Julkaistu 15.11.2007 Tohtori.fi -sivusto. [http://www.tohtori.fi/?
page=8581646&id=8813316](http://www.tohtori.fi/?page=8581646&id=8813316) (edelleen netissä 17.10. 2013).*

Tohtorisivuston kerrotaan olevan koko perheen hyvinvointi- ja terveys-
palvelu, joka on oman alansa klassikko jo 10 vuoden ajalta:

Palvelulla on yli 100 000 eri käyttäjää viikoittain. Tohtorin klinikat
ovat tehokas sisältökonsepti hyvinvointimarkkinoijalle ja ne tarjoavat
kuluttajille ainutlaatuista ja ajankohtaista tietoa kiinnostavista aihe-
alueista. Klinikoiden sisällöt tuottaa Tohtorin toimitus ja hyvinvoin-
nin ja terveydenhuollon asiantuntijat yhteistyössä markkinoijan kans-
sa. Tohtorin hyvinvointi- ja terveysuutiset kiinnostavat kuluttajia päi-
vittäin”

Samanlaista ”aivokemian epätasapainotarinaa” tai ”serotoniinivajaustu-
rinaa” löytyy käytännössä kaikista masennuksen potilasoppaista ja depres-
sionettisivustoilta, jotka ovat yleensä pilleritehtaiden kustantamia osittain
tai kokonaan. Samaa tarinaa saa lukea myös antidepressiivisten alkuperäis-
lääkkeiden tuoteselosteista eli pakkausteksteistä. Jos kansalta kysyttäisiin
mistä masennus johtuu, todennäköisesti monoamiinihypoteesi eri muodoi-
ssaan saisi enemmistön kannatuksen.

Yleensä alan tutkijat ja *Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen, THL:n*
asiantuntijat ovat kovin huolissaan siitä, jos ihmisillä on väärä käsitys sai-

rauksista. Tämä monoamiiniharhaluulo ei ole yhtään haitannut tiedeyhteisöä: esimerkiksi jokavuotisilla *Aivoviikoilla* alan asiantuntijat ovat toistelleet depression olevan aivosairaus.

1.3. Tryptofaanivajaus – turhaa todistelua

Kolminkertaisella käänteisellä induktiolla on pyritty selittämään tryptofaanin ja sitä kautta serotoniinivajauksen merkitystä masennuksen syynä. Onnellisuuspillerien huippuaikojen ykkösmarkkinamies, kohuteoksen *Mielen muuttajat* (engl. *Listening to Prozac*) kirjoittaja, psykiatri *Peter Kramer* hehkutti näitä tryptofaanipuuteteorioita kirjassaan. L-tryptofaani on biokemiallinen aine, jota ihmisen pitää saada ravinnosta syntetisoidakseen⁵ siitä serotoniinia. Aivot eivät siis pysty tuottamaan sitä ilman sopivaa ravintoa. Teorian mukaan keinotekoisen tryptofaanivajauksen⁶ järjestäminen aiheuttaa serotoniinin puutteen, joka puolestaan johtaa depression. Ensinnäkin teoria serotoniinivajauksesta depression aiheuttajana on virheelliseksi todettu ja serotoniinivajauksen aiheuttaminen tryptofaanin puutteella on käänteistä induktiota. Toiseksi, tutkimuksessa ”aiheutettiin masennusta” eli masennusoireita oletetulla aivokemian vajauksella. Tilapäisiä masennusoireita voi tulla vaikka unettomalle, nälkäiselle tai janoiselle. Kolmanneksi, siinä jätetään ottamatta huomioon, että tryptofaanivajaus saattaa vaikuttaa myös muihin keskushermoston biokemiallisiin reaktioihin kuin vain serotoniinin syntetisoitumiseen.

Kun tutustuu 1990-luvulla ja 2000-luvulla tehtyihin tryptofaanivajaus-tutkimuksiin niin havaitsee, että suurin osa tutkituista on ollut aivolääkkeitä nauttineita entisiä masentuneita, joille sitten aiheutettiin aivokemiallista puutetta, ja heille tuli alakulon oireita paljon enemmän kuin terveille verrokeille. Lajityypin tutkimuksista löytyy muutama sellainen selvitys, joissa potilaiden joukossa on myös kognitiivisella psykoterapialla toipuneita entisiä depressiopotilaita ja kas kummaa: nämä puhumalla pa-

⁵ Biokemiallinen reaktio, tässä tapauksessa elimistössä tryptofaanista syntyy serotoniinia.

⁶ Yleensä ns. nopea vajaus eli RTD, rapid tryptophan depletion.

1.7. Aivotutkimuksien aivoituksia

Psykiatrisissa tutkimuksissa aivoja tutkitaan pääasiassa parilla kuvantamismenetelmällä: PET ja fMRI /MRI. Myös esimerkiksi fyysisten sairauksien diagnostiikassa ja hoidon apuna käytettyä uudempaa röntgenmenetelmää, tietokonetomografiaa (TT) on käytetty psykiatrissa keskushermostotutkimuksissa. Näissä todetaan ”epänormaali” aivot, vaikka aivokeemiallisesti ja geneettisesti normaaleja aivoja ei ole edes määritelty, eikä depressiivisten aivoissa ole havaittu rakenteellisia ongelmia. Tutkimuksissa vertaillaan ns. normaaleiden ja masentuneiden aivoja toisiinsa – yleensä todella pienin otoksin.

Positroniemissiotomografia (PET) on isotooppikuvausmenetelmä, jossa radioaktiivisia alkuaineiden muotoja ruiskutetaan merkkiaineeksi potilaaseen. Kerroskuvausperiaatteella tutkitaan leimatun tutkimusaineen jakaumaa elimistössä ajan ja paikan suhteen. PET-menetelmällä on mahdollista selvittää aivojen toiminnallisia muutoksia, kuten veren virtauksia tai aineenvaihduntaa. Masennusta tutkittaessa kohteina ovat yleensä hermoston välittäjäaineet tai reseptorien¹⁰ määrät. Virtauksien tasot määritellään eri kategorioihin ja värjätään kuvissa eri värein. Kyse ei ole siis mistään kliinisistä tai ehdottomista rajoista, joiden perusteella voitaisiin määritellä sairauksia – rajat on vain sovittu alan sisällä. PET-kuvissa saadaan aikaiseksi ”epänormaaleja” löydöksiä, jos tutkittava on esimerkiksi vihainen tai surullinen.

”Aivoja ymmärretään toistaiseksi varsin vähän. Ei ymmärretä, miten ne toimivat kokonaisuutena, samaan tapaan kuin ymmärretään, miten verenkierto toimii. Perimän vaikutuksesta, aivojen sähköisistä ilmiöistä ja muista yksityiskohdista tietoa on valtavasti, mutta vielä ne eivät muodosta kokonaiskuvaa. Jos sellainen onnistuttaisiin laatimaan, pystyttäisiin ehkä suunnittelemaan esimerkiksi hoitoja nykyistä paljon rationaalisemmin. Ja ymmärrettäisiin monipuolisesti, mitä mielen ongelmat pohjimmitaan ovat.”

Neurotieteen professori Eero Castrén Hyvä Terveys -lehdessä 2011

¹⁰ Reseptori = solun erikoistunut molekyyli, joka toimii eräällä tavalla viestinvälittäjänä. Monet lääkeaineet toimivat joko aktivoimalla tai inaktivoimalla (estämällä) jonkun reseptorin toimintaa.

1. MITEN MASENNUKSESTA TULI AIVOSAIRAUS?

Magneettikuvaus (magnetic resonance imaging, MRI) soveltuu runsaasti vetyä sisältävien kudosten (rasva- ja vesipitoiset pehmytkudokset, myös luuydin) tutkimiseen. Toiminnallisella magneettikuvauksella (engl. functional magnetic resonance imaging, fMRI) mitataan aivojen eri osissa tapahtuvia veren happipitoisuuden muutoksia. Menetelmä soveltuu erityisesti aivohalvauksen ja epilepsian seurantaan.

Ohimolohkon alla sijaitsevan hippokampus eli aivokurkiainen näyttää olevan voimakkaasti tekemisessä erilaisten muistitoimintojen ja oppimisen kanssa. Ja se näyttäisi ainakin osalla depressiopotilaita kutistuvan pitkäaikaisessa masennustilassa. Samoin osalla potilaista on havaittu lisääntyntä kortisolin eritystä. Kortisoli on aine, joka pitkään pommittaessaan hippokampusta vaurioittaa sen hermosoluja. Myös mantelitumaketta eli amygdalaa on tutkittu ja havaittu jotain ”epänormaalia” joillakin depressiopotilailla. Mantelitumake vaikuttaa tunnekokemuksiin.

Aivojen monimuotoisesta muokkautuvuudesta kertoo ihmeellistä kieltään suomalainen, professori *Hasse Karlssonin* johdolla vuonna 2009 julkaistu psykoterapiatutkimus, jonka mukaan lyhyt psykodynaaminen (psykoanalyttinen) terapia näyttäisi lisäävän lievästä ja keskivaikeasta masennuksesta kärsivien 5-HT1A-serotoniinireseptorien määrää useilla aivokuoren alueilla. Samankaltaista muutosta ei havaittu masennuslääkehoitoa (fluoksetiinia) saaneilla. Kyseisten reseptorien vähäisyyttä pidetään depression riskitekijänä. Tutkijoiden mukaan psykoterapia saattaa myös vaikuttaa masennusalttiuteen lääkehoitoa paremmin. Mitään varsinaista tieteellistä näyttöä ei ole reseptorien määrän yhteydestä alakuloon, mutta on todella mielenkiintoista, että psykolätinäksi usein väitetyllä menetelmällä voidaan saavuttaa tuon kaltaisia muutoksia potilaiden päissä. Se vahvistaa käsitystä ihmisen psykosomaattisesta kokonaisuudesta ja aivojen muuntautumiskyvystä.

1.8. Onnellisuuspillerit räjäyttivät ideologisen tajunnan

Prozacin (lääkeaine fluoksetiini), ensimmäisen varsinaisen SSRI-lääkkeen¹¹ markkinoille tulon jälkeen 1980-luvun loppupuolella alkoi todellinen aivokemiovallitus. Serotoniinivajaushypoteesista tuli lääketieteellinen ”totuus” vuosikymmeniksi, vaikka sitä ei ole todistettu tieteellisesti oikeaksi, ja jopa *Yhdysvaltojen mielenterveyslaitoksen, NIMH:n (National Institute of Mental Health)* innokkaat serotoniinitutkijat ovat joutuneet myöhemmin tunnustamaan, ettei ole yhteyttä alhaisen serotoniinitason ja depression välillä. Myös *Listening to Prozac*¹² -kirjan 1990-luvun alussa kirjoittanut *Peter Kramer* on 2000-luvulla myöntänyt, että se teoria, johon hänen näkemyksensä perustui, ei ollut oikea.

SSRI- ja myöhemmin SNRI¹³-lääkkeitä on markkinoitu täsmälääkkeinä, koska ne ovat nimeltään selektiivisiä eli valikoivia serotoniinin ja/tai noradrenaliinin takaisinoton estäjiä eli käytännössä ne nostavat näiden monoamiinien, ja monien muidenkin aineiden, pitoisuuksia aivoissa. Todellisuudessa pillerit eivät ole kovin selektiivisiä eli täsmällisiä edes biokemiallisesti, ja mikä huomattavinta, ne eivät ole mitenkään täsmällisiä masennuslääkkeinä. Nykyisin näitä keskushermostopillereitä käytetään Suomesakin noin kahdenkymmenen eri diagnoosin hoitamiseen. Lääketeollisuus on kehittänyt jatkuvasti uusia masennuksen liepeillä olevia sairauksia, joihin on tarjolla hoidoksi samoja ”täsmälääkkeitä”.

Brittiläinen neurobiologi *Steven Rose* totesi ranskalaiselle *La Libération* lehdelle 21.3. 1995 antamassaan haastattelussa mm. seuraavaa:

”....Tällaiset ajatukset [mm. tietyn ei-toivotun käyttäytymisen johtuminen geeneistä tai aivokemiasta] saavat nykyään jalansijaa Yhdysvaltain ja Iso-Britannian kaltaisissa maissa sen vuoksi, että niiden vahvasti oikeistolaiset hallitukset yrittävät epätoivoisesti etsiä yhteiskunnallisiin ongelmiin ratkaisuja, jotka pohjautuvat yksilöön....On kiinnostavaa havaita tiettyjen tiedelehtien julkaisevan ihmistä koske-

¹¹ SSRI= selektiivinen serotoniinin takaisinoton estäjä.

¹² suom. Mielen muuttajat.

¹³ SNRI = selektiivinen noradrenaliinin ja serotoniinin takaisinoton estäjä.

1. MITEN MASENNUKSESTA TULI AIVOSAIRAUS?

via tutkimuksia, jotka ovat niin huonoja, että ne olisi ilman muuta hylätty, jos ne olisivat perustuneet eläinkokeisiin.....Huumorimielessä kirjoitin taannoin *Nature*-lehteen, että jos tämäntyyppinen tutkimustyö jatkuu, niin pian väitetään, että Bosnian sota on seurausta tohtori *Karadzicin* aivoissa esiintyneestä serotoniiniongelmasta ja että se voidaan lopettaa määräämällä hänelle hevoskuuri *Prozac*...."

1980-luvun lopulla ja 1990-luvulla lääkkeitä käytettiin myös itsevarmuuden ja onnellisuuden lisäämiseksi, kuten *Kramer* kirjassaan kuvailee. Masennuksen määrittäminen onnellisuuden puuttumiseksi on edelleenkin yleinen näkemys farmafirmojen mainos- ja valitusteksteissä. Sittemmin *Listening to Prozac* on saanut jatkokseen sanat... *but hearing placebo* eli kuunnellaan *Prozac*iä, mutta kuullaan lumetta. Mielialälääkityksen läpilyönti toi mukanaan lopullisesti näkemyksellisen muutoksen depression luonteesta, jolloin sitä tuli aivosairaus, aivokemian epätasapainotauti; ja siinä sivussa hyvän, onnellisen ja normaalin elämän vastakohta.

1.9. Aivolääkkeiden alakulua

Virallisessa lääkelistassa masennuslääkkeet ovat keskushermosto- ja aivo- sairauksien hoitoon käytettäviä lääkkeitä, kuten monet kipulääkkeet. Tässä kirjassa näitä pillereitä kutsutaan mm. aivo-, keskushermosto-, mieliala-, masennus- ja depressiolääkkeiksi sekä antidepressiiveiksi. Rakkaalla lapsella on monta nimeä.

Nimityksellä mielialälääke annetaan ymmärtää, että kemialla voitaisiin hallita mielialaa. Monet depression biokemialliseen hoitoon liittyvät käsitteet, kuten hoitoresistentti masennus, lääkeresistentit eli lääkkeisiin tehoamattomat, mielialälääke, selektiivinen tai täsmälääke, ovat tarkoin harkittua verbaalista manipulaatiota. On ehkä myös syytä todeta sekin, että antidepressiivit ovat virallisestikin oireidenmukaista hoitoa.

Trisykliset ovat vanhin masennuslääkkeiden ryhmä. Ne otettiin käyttöön maailmalla 1950-luvulla ja Suomessa 1960-luvun lopulla. Ns. vanhojen antidepressiivien sivuvaikutuksien on arveltu olleen melkoisen pahoja, mutta kuitenkin näitä lääkkeitä käytetään ainakin yhtä menestyksekkäästi

1.12. Aivosairauksien aitoa markkinointia

Lääketeollisuuden strategioihin kuuluu yhä enemmän sairauksien markkinointi, puhutaan myös tautitehtailusta (engl. disease mongering). Sairauksien myymisellä pyritään saamaan lisää asiakkaita, mikä on psykiatristen diagnoosien osalta erittäin helppoa, kun oirekriteeristöt ovat niin epämääräisiä. Kukapa ei olisi joskus alamaissa, väsynyt tai ahdistunut? Samalla hämärretään sairauden ja terveyden rajaa. Depressio ja muut psyykeongelmat on olennaista kaupata nimenomaan aivosairauksina, joihin luonnollisesti tarvitaan täsmällisiä aivopillereitä hoidoksi. Kolmas markkinointitapa parantaa tuloslaskelmaa on myydä enemmän tai vähemmän epämääräisesti loistavaa lääkettä ohi virallisen käyttöaiheen, esimerkiksi elämäntapapilleriksi tai lisälääkitykseksi.

Yhdysvalloissa, jossa reseptilääkkeiden markkinointi suoraan kuluttajille on luovallista, pillereiden ja sairauksien kauppaaminen on megalomaanista erilaisin viestintäkeinoin. Kuitenkin myös Atlantin tuolla puolen pyritään valvomaan markkinointikeinoja. Lääkintäviranomaiset päättävät mihin käyttötarkoitukseen lääke saa myyntiluvan, mutta käytännössä tohtori voi määrätä mitä tahansa tuotetta mihin tahansa tarkoitukseen – vaikka ei virallisesti, niin todellisesti. Aikoinaan, kieltoain aikaan pirtua määrättiin Suomessa sianhoitoon, ja nykyisin psyykelääkkeitä syötetään mummoille, jotta he pysyisivät ”kunnossa” eli nukuksissa tai ainakin hiljaa, kun henkilökunta ei kroonikko-osastoilla ehdi hoitaa.

Mutta lääketehdas ei saa markkinoida lääkettä *off-label* -tarkoituksiin eli määritellyn käyttöaiheen vierestä. Yhdysvalloissa vuosina 1996–2010 kuusitoista eri pilleritehdasta on joutunut maksamaan yhteensä liki 9 miljardin dollarin korvaukset käyttöaiheen ohittavan petoksellisen kauppauksen vuoksi. Yleensä yhtiöt maksavat korvaukset vapaaehtoisesti, jolloin summaa voidaan sovitella, eikä tarvitse jatkaa vuosia kestävästä oikeusprosessista. Joukossa ovat liki kaikki tärkeimmät alan toimijat, kuten *Eli Lilly*, *Pfizer*, *Novartis*, *GSK* ja *AstraZeneca*. Suurinta markkinointihässäkkää ovat aiheuttaneet taas kerran psyykelääkkeet, erityisesti ns. uuden polven antipsykootit, joista tuli alan uusiin kultakaivos 2000-luvulla. Niitä käy-

1. MITEN MASENNUKSESTA TULI AIVOSAIRAUS?

tetään nykyisin joko virallisesti tai epävirallisesti myös depression lääkin-
näissä.

Myös masennuslääkemarkkinoilla on kuohunut: vuonna 2010 tanskalaisen *Lundbeckin* pillereitä Yhdysvalloissa markkinoiva *Forest Laboratories* joutui maksamaan 13 miljoonaa dollaria korvauksia sitalopraamin (Yhdysvalloissa kauppanimi *Celexa*, Suomessa *Cipramil*) ja essitalo-praamin (Yhdysvalloissa kauppanimi *Lexapro*, Suomessa *Ciprallex*) lainvastaisesta myyntitoiminnasta. *Forestin* (*Lundbeckin*) epätoivoinen ja epäeettinen, mutta melkoisen onnistunut projekti uudemman, patenttisuojatun essitalo-praamin muuttamiseksi tehokkaaksi tai ainakin paremmaksi kuin patenttisuojan menettänyt sitalopraami, on ihan oma tarinansa, josta myöhemmin lisää.

Muutaman kymmenen tai sadan miljoonan dollarin korvaukset ovat pikkujuttu miljardituloksia tuottaville organisaatioille. Yhtiöissä näytetään laskevan, että reipas markkinointi tuottaa sen verran paljon lisätuottoa, että korvausriskin toteutuminenkaan ei tuloksen tahkoamista vähennä. Kovimmat korvaukset yhden lääkkeen ohikauppaamisesta on maksanut *Eli Lilly*, joka joutui maksamaan atypillisen psykoosilääkkeen, *Zyprexan* (lääkeaine olansapiini) markkinointivirheestä 1,4 miljardia dollaria vuonna 2009. Ei liene sattumaa, että sekä *Zyprexaa* että *Lexaprota* on markkinoitu myös haamukirjoittamisilla, joissa lääketehaan konsulttifirman sanasepot kirjoittavat sopivaa tekstiä – usein tulosten vastaista ja ikävät asiat pimittäen, mutta ainakin asiaa kaunistellen – tieteellisiä julkaisuja varten, joihin sopivat lääketieteellisyysmyönteiset, alan rahoittamat tutkijat laittavat nimensä esiin.

Lääketuotannon ohimarkkinointistrategiaa toteutetaan Yhdysvalloissa jakamalla ilmaisia näytteitä, antamalla valkotakeille taloudellisia etuja, kouluttamalla (erityisesti lääkäreiden jatkokoulutus), myöntämällä tutkimusapurahoja tai ottamalla lääketutkijaksi sekä toimittamalla tiedotusmateriaalia. Asiaa edistetään myös mm. rahoittamalla kuluttaja- ja potilasjärjestöjä, pimittämällä käyttötarkoitusta, jotta vakuutusyhtiöt korvaisivat käyttöaiheen ohittavan lääkkeen käytön sekä pyrkimällä vaikuttamaan lääkäreihin ja apteekkien henkilökuntaan, jotta he valitsisivat ”sopivista” lääkkeen käyttötavoista. Kun rajuiimpaan markkinointiin on jo jonkun

verran puututtu, niin teollisuus on siirtämässä sivukauppaamista rajoittamattomien koulutusapurahojen (unrestricted educational grant) suuntaan. Näillä koulutustukirahoilla on perinteisesti jo toteutettu farmafirmoille sopivien viestien levittäminen erilaisissa seminaareissa, konferensseissa ja aivoriihissä. Niiden tapahtumien tekstitulvasta on yleensä tuotettu (haamukirjoittajien avulla) lääketiedelevhtiin artikkeleita, erityisesti maksettuihin supplementteihin, lääketiedelevhtien liitteisiin.

Suomessa aivosairauksien markkinointi ja tautien oirekuvan laajentaminen näkyy alkuperäislääkkeiden pakkausselosteissa, lääkäreille suunnatussa mainoksissa sekä yleisölle tarkoitettutussa viestinnässä mm. lehdissä, nettisivustoilla ja masennusvalistusmateriaaleissa. Viranomaisia ei juuri näytä kiinnostavan minkälaista tietoa lääketeollisuus jakaa. *Pfizer* julisti suuressa pillerimainoksessaan syksyllä 2006 ainakin Turun Sanomissa ja Helsingin Sanomissa löytäneensä masennuksen syyn. Vaikka ilmoituksessa ei mainittu reseptilääkkeiden kauppanimiä, siinä mainostettiin lääkejätin pillereitä ja sairauksia, esimerkiksi depressiota keskushermostotautina aivan aidosti ja avoimesti kaikelle kansalle.

Pakkausselostetekstissä on olennaista vahvistaa käsitystä depressiosta aivosairautena, keskushermoston kemiallisen tasapainon järkkymisenä, jotta pillerit näyttäytyisivät syyperusteisena hoitona. Esimerkiksi Irlannissa moinen sepustelu on ollut kiellettyä. Vaikka monien alkuperäislääkkeiden patenttiajan umpeutuminen on laimentanut pilleripakkausten aivotekstejä, niin kuitenkin aivosairauskirjoittelu jatkuu edelleen netissä, lehti-ilmoituk-

Masennuksen syy löytyi

”1969 doksepiini

Pfizer ryhtyi ensimmäisenä maailmassa tutkimaan serotoniinia. Tutkimustyön myötä havaittiin, että aivojen serotoniinitasoa nostamalla pystyttiin tehokkaasti hoitamaan masennusta. Ensimmäisen masennuslääkkeen pohjalta on kehitetty lukuisia uusia lääkkeitä tukemaan ihmisiä vaikeina aikoina.”

”1996 setraliini

Eteenpäin masennuksen hoidossa Uuden sukupolven **selektiiviset** mielialalääkkeet toivat tullessaan merkittävän avun masennuksen hoitoon. Aiemmistä lääkkeitä poiketen ne eivät aiheuta niin paljon ikäviä haittavaikutuksia, kuten rytmihäiriöitä tai turtuneisuutta.”

Jonkun on oltava ensimmäinen. Lääkeyhtiö Pfizerin kokoaukeaman mainoksesta Helsingin Sanomissa 25.11. 2006 (lihavoinnit kirjoittajan).

1. MITEN MASENNUKSESTA TULI AIVOSAIRAUS?

sisä ja masennuksen potilasoppaissa.

”Ihmisen aivoissa on serotoniini-nimistä välittäjäainetta. Serotoniinin vähyys saattaa aiheuttaa sairauksia. Näitä voidaan hoitaa Fontex-lääkkeellä, joka vaikuttaa todennäköisesti lisäämällä vapaan serotoniinin pitoisuutta.”

Fontexin pakkausseloste (Eli Lilly)

”Nämä lääkkeet auttavat normalisoimaan serotoniinin määrää aivoissa. Aivojen serotoniinijärjestelmän häiriöt ovat avainasemassa masennuksen ja muiden siihen liittyvien häiriöiden kehittymisessä.”

Ciprallexin pakkausseloste (Lundbeck)

”Edellä mainitut tilat voivat ilmetä, kun tietyn aineen, serotoniinin (5-hydroksitryptamiinin) määrä aivossa vähenee.”

Paroksetiini GlaxoSmithKlinen pakkausseloste (GlaxoSmithKline)

Pfizerin lisäksi esimerkiksi *Eli Lilly* on kaupannut masennusta. Firma markkinoi laajasti TV-kampanjalla ja ”Masennus sattuu” -nettisivustolla (<http://www.masennussattuu.fi>) vuonna 2011 depressiota ja samalla siinä sivussa lääkettä – ja vielä yhteistyössä *Mielenterveyden Keskusliiton*, *MTKL* kanssa. Sivustolla väitetään, että depressiossa serotoniinin ja noradrenaliinin pitoisuudet vähenevät; sen lisäksi masennukseen liitetään kivun tuntemukset eli laajennetaan masennuksen oireistoa ja antidepressiivin käyttöaihetta erilaisiin kipuihin:

”Eli ainakin osittain samat välittäjäaineet säätelevät elimistössä sekä mielialan että kivun kokemista. Myös keskeiset aivoalueet depressiossa sekä kivun kokemisessa ja säätelyssä saattavat olla osin samoja. Muista kertoa lääkärillesi kaikista oireistasi.”

Fimeaa ei tietävästi ole asia yhtään kiinnostanut. *Eli Lillyn Cymbaltalla* (duloksetiini) lääkitään jo masennusta, yleistynyt ahdistuneisuushäiriötä, stressin aiheuttamaa virtsankarkailua ja diabeettista neuropatiakipua, niin

sekään riittä, vaan kaikki ainakin joskus kipuilevat kansalaiset, joita on enemmistö, pitää saada lääkityiksi. Nettisivustolla olevalla oirekartoitustilastalla on hyvin vähän tekemistä kliinisen masennuksen diagnosoimisen kanssa.

Lääketeollisuus ry palkitsi *Adsekin Eli Lilly Finlandille* suunnitteleman kampanjan vuoden 2011 lääkeinformaatiotekona. Perusteluissa todettiin, että ”Masennus sattuu” -kampanjan tavoitteena oli ollut lisätä tietoisuutta depressiosta ja sen erilaisista oireista sekä edistää masennuksen hyvää hoitoa:

”Markkinointi-, media- ja terveydenhuollon ammattilaisista koostunut raati piti Masennus sattuu -kampanjakokonaisuutta laadukkaana ja toimivana. Kampanja koostuu muun muassa selkeistä internetsivuista, sivuilla olevasta helppokäyttöisestä oirekartoituksesta ja tunnelmallisesta tv-mainoksesta, raati perusteli. Se on toteutettu kuluttajalähtöisesti, mutta sen sisältämästä tietopaketesta on hyötyä myös alan ammattilaisille. Kampanjan koettiin alentavan hoitokynnystä ja ohjaavan hoitoon sekä ottavan huomioon myös masentuneen omaiset.”

Lähde: Adesek Oy nettisivusto, <http://www.adsek.fi/>

Suomen Lundbeck ylläpitää <http://www.masennusinfo.fi/>-sivustoa. Netitieteksteissä ei puhuta serotoniinivajauksesta, ja masennuksen syistä puhuttaessa sanat on aseteltu hyvin tarkkaan viitaten hermostotautiin:

”Aivotutkimuksissa on saatu viitteitä siitä, että masentuneiden ihmisten hermovälityksessä on sairauteen liittyen poikkeavuuksia ei-sairastaviin henkilöihin verrattuna.”

Sivustolla todetaan tuttuun tapaan, että hoitoon kannattaa hakeutua heti, kun oireita alkaa ilmaantua, ja että masennuksesta kyllä toipuu, koska lääkitys on niin tehokasta. Lisäksi Tanskan *Lundbeck* on ylläpitänyt selviydyn.fi -sivustoa (<https://www.irecover.com/fi/>) osana monikielistä ”I recover” -sivustoa, joka on tarkoitettu *Ciprallexin* käyttäjille. Se muodostaa eräänlaisen sosiaalisen median verkoston valmisteen nauttijoille. Nykyisin suomenkieliset sivut on lopetettu ja käyttäjät ohjataan masennusinfosivustolle.

1. MITEN MASENNUKSESTA TULI AIVOSAIRAUS?

Masennusinfo-sivustolla on *Kansanterveyslaitoksen* kasvatin, lääketieteen tohtori *Tarja Melartinin* nimissä julkaistu artikkeli *Masennus vaikuttaa aivojen toimintaan ja rakenteeseen*. Vaikka *Duodecimin* masennustee-*numerossa* vuonna 2009 tohtori *Melartin* nimenomaisesti totesi, että masennus ei aiheuta mitään rakenteellisia ongelmia aivoihin, niin lääketeh-*tehtaan* sivustolla väitetään hänen nimissään muuta.

”Masennus vaikuttaa aivojen toimintaan ja rakenteeseen

LT, psykiatrian dosentti Tarja Melartin.

Tieto siitä, miten psykiatriset sairaudet näkyvät aivojen toiminnassa ja **rakenteessa** lisääntyy koko ajan. **On merkityksellistä, että aivojen hoito on saamassa asenteellisesti saman aseman kuin muiden sisäelinten hoitaminen.** Depressioon liittyvistä aivomuutoksista on saatu tietoa muun muassa uusien aivokuvantamismenetelmien avulla...”

*Lundbeckin masennusinfo.fi -sivusto. Ajankohtaista 09.08.2011
<http://www.masennusinfo.fi/ajankohtaista/masennus-vaikuttaa-aivojen-toimintaan-ja-rakenteeseen> (Lihavointi kirjoittaja)*

1.13. Myös kalaöljykauppiat kannattavat aivohypeä

Myös vaihtoehtolääkintä eli uskomushoito on löytänyt oman totuutensa aivosairaushypoteesissa. Kalaöljykauppiat ja muut luontaislääkitsijät käyttävät hävyttömästi hyväkseen depressiopotilaiden tyytymättömyyttä masennuksen täsmälääkityshoitoon. Luontaistuotekauppiaille kelpaa biologisen psykiatrian näkemys masennuksesta aivosairautena, sillä erotuksella, että syynä ei olisikaan aivokemian ongelmat, vaan krooninen tulehdustila, johon tehoavat loistavat luontaistuotteet. Luontaistuoteteollisuus on havainnut tilaisuutensa tulleen muun medikalisaation vanavedessä. Omega-3-rasvahapot on julistettu ”onnenpillereiden” eli mielialalääkkeiden kaltaiseksi patenttiratkaisuksi mm. masennukseen ja sydänsairauksiin.

Suomessa kuuluisin luontaistuotekauppias lienee nykyisin Espanjassa

Organonin johtaja *Matti Pellinen* oli lahjoittanut syntymäpäivärahastostaan 4 000 euroa *Jouko Lönnqvistille* itsemurhatutkimukseen, mutta *Lönnqvist* oli siirtänyt rahan osarahoitukseksi KTL:ssä johtamaansa nuorten itsemurhien ehkäisyprojektin. *Orion*-yhtymä oli puolestaan rahoittanut skitsofrenian ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön fenotyyppitutkimusta eli riskigeenien etsintää 62 000 eurolla. Tutkimuksen johtajana toimi *Jouko Lönnqvist* ja mukana olivat myös mm. *Timo Partonen* ja *Leena Palotie-Peltonen*. Suuri osa KTL:n väitöstutkijoista on saanut henkilökohtaisia apurahoja lääketehtailta tai niiden säätiöiltä, joten niitä ei kirjata KTL:n/THL:n tileihin. Samoin henkilökohtaiset matka-apurahat sekä puhuja- ja konsultointipalkkiot jäävät jokaisen tutkijan omaan tietoon.

”...KTL:ssa on toiminut Suomen Akatemian tautigeenien tutkimuksen huippuyksikkö. Geneettisen tutkimuksen tukena on käytetty lisääntyvässä määrin biolaskentaa sekä perimän laajuisia analyysimenetelmiä. Geneettisen tutkimuksen painopiste on ollut sydän- ja verisuonisairauksissa, neuropsykiatrisissa sairauksissa sekä suomalaisen tautiperimän sairauksissa...”

Lähde: Kansanterveyslaitoksen vuosikertomus 2004 (KTL2005).

Viime vuosina THL:n mielenterveysyksikkö on erikoistunut Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2009–2015 eli Mielen täytäntöönpanoon erilaisin hallinnollisin toimin mm. luomalla verkkoportaalia, jossa on hoitosuositukset sekä asiakaspolkujen kehittämällä. Suunnitelman osana THL on esimerkiksi tutkinut kansalaisten masennusoireita, siis ei-diagnostisia oireita, olennaisena kansanterveysongelmana. Muutoin depression osalta THL on naulannut hoito-ohjeensa Käypä hoitoon ja työterveyshuollon hyvät käytännöt MASTO-hankkeen²² kautta Työterveyslaitoksen, TTL:n huoleksi. TTL:n nettisivustolla ilmoitetaan masennuksen johtuvan aivokehityksen epätasapainosta ja masennuslääkkeiden palauttavan tasapainotilan.

²² MASTO-hanke. Sosiaali- ja terveysministeri Liisa Hyssälän (kesk.) käyntiin polkaisema hanke, jonka tavoitteena oli vähentää työperäistä depressiota ja masennuksesta johtuvia työkyvyttömyyseläkkeitä.

1. MITEN MASENNUKSESTA TULI AIVOSAIRAUS?

Masennusinfo – 10 kysymystä: Mitä potilaan on hyvä tietää masennuksesta

”Kuka tahansa voi sairastua masennukseen. Masennus on hyvin yleinen sairaus, jota noin joka viides meistä sairastaa elämänsä aikana. Kahdenkymmenen ihmisen joukosta vähintään yksi sairastaa parhaillaan masennusta

Masennus on myös aivojen sairaus. Masentuneella stressihormonia eli kortisolia on yleensä aivoissa liikaa. Tämä heikentää hermosolujen uusiutumiskykyä eli muovautuvuutta ja siten vaikeuttaa muistitoimintoja, ajattelun joustavuutta ja uuden oppimista. Masennuksessa aivojen kemiallinen tasapaino on häiriytynyt muun muassa serotoniini- ja noradrenaliinivälittäjäaineiden osalta.”

Suurin osa (2/3) masennukseen sairastuneista toipuu mielialälääkityksellä, mutta se edellyttää lääkekuurin loppuunviemistä ja lääkkeen ottamista säännöllisesti. Mielialälääke vaikuttaa aivoihin muun muassa palauttamalla välittäjäaineiden tasapainotilan ja lisäämällä hermoverkoston uusiutumiskykyä, eli mielialälääke suojaa hermosoluja ja estää muistialueiden surkastumisen.”

Lähde: Masennusinfo – 10 kysymystä (kirjan s. 62–70). Masennuksen ehkäisy ja hoito -kirja Työterveyslaitos/MASTO-hanke.

Lönnqvist puolestaan toteaa Mieli-ohjelman asiakirjassa vuodelta 2011, että akuutin masennuksen asianmukainen hoito (=lääkitys) onnistuu meillä kohtuullisen hyvin, mutta masennuksen laajamittainen ehkäisy sekä uusia masennusjaksoja tehokkaasti ehkäisevä ylläpitohoito (=lääkitys) ei ole vielä toteutunut. Lisäksi hän linkittää itsemurhat selkeästi vain depression, vaikka muitakin tekijöitä toki on. Ei siis mitään uutta THL:stä.

1.15. Bulvaanisäätiö tekee hyvää

THL:n tutkimusprofessori *Jouko Lönnqvist* on tunnettu itsemurhien vastaisesta kampanjoinnista, ja siksi hän on istunut vuosikausia yhdysvaltaisen itsemurhia estävän säätiön, *American Foundation for Suicide Prevention, AFSP:n* (Amerikan itsemurhien ehkäisyssätiö) tieteellisenä neu-

vonantajana. Säätiössä vaikuttavat myös pilleriteollisuuden ja biologisen psykiatrian lääketeollisuussidonnaiset ja usein skandaalinkäryiset asiantuntijat, joiden sidonnaisuuksia on setvitty Yhdysvaltain senaatissa asti, ja joista monet ovat joutuneet eroamaan viroistaan.

Säätiön hallituksen puheenjohtajana toimii kemian monialayhtiön *Johnson&Johssonin* (tytäryhtiö farmafirma *Janssen*) hallituksen puheenjohtaja *David Norton*, sihteerinä (entinen varapuheenjohtaja) puuhailee lääketeollisuuden puolustusasianajaja *Andrew R. Rogoff*, *Pepper Hamilton LLP*-asianajofirmasta. Yhteisön johtokunnassa istuvat mm. farmafaarao²³ *Charles Nemeroff* sekä *Philip Chappelli* *Pfizerista*, ja *Philip T. Ninan* *Wyethista*. Tieteellisessä komiteassa tai neuvonantajina toimivat *Lönnqvistin* lisäksi mm. vahvasti lääketeollisuussidonnaiset *Nemeroff* ja *Robert M.A. Hirschfeld*, *Alan Schatzberg*, *Martin Keller*, *Andrew Nierenberg*, *Maurizio Fava*, *Frederick K. Goodwin*, *Michael Thase*, *Lewis Judd* ja *Pfizerin Steven Romano* sekä ruotsalainen *Danuta Wasserman* *Karoliinista instituutista*.

Itsemurhien vastaisen AFSP-säätiön slogan on: ”Estä itsemurhan aikaisella masennuksen ja muiden psykiatristen sairauksien havaitsemisella ja hoitamisella”. Ja hoito on tunnetusti lääkitystä. Säätiön äänitorvet väittävät, että 90 % itsemurhan tekevästä on psyykkisesti sairaita. Yhteisöä rahoittaa lääketeollisuus ja se on vastustanut mielialalääkkeisiin liitettyjä varoituksia ja kieltoja, ettei niitä saisi määrätä nuorille itsemurhariskin vuoksi. Vuoden 2010 toimintakertomuksessa yhteisö ilmoittaa: ”AFSP pitää tärkeimpänä politiikkana vaikuttaa keskeisiin asioihin, joilla on merkitystä itsemurhien ehkäisyssä, kuten lasten ja nuorten aikuisten masennuslääkitys, aseet ja siltojen kaiteet.”

Vuoden 2010 vuosikertomuksen mukaan monet alan firmat ovat lahjoittaneet 10 000 – 100 000 dollaria: *Bristol-Myers Squibb*, *Forest Laboratories*, *Janssen Pharmaceutical*, *Johnson & Johnson*, *Johnson Family Foundation*, *Lundbeck Research USA Inc.*, *Novartis Pharmaceutical*, *Otsuka Ame-*

²³ Farmafaarao = vahvat lääketeollisuussidonnaisuudet omaava ns. asiantuntija, joka on saanut rahaa farmafirmoilta eri tarkoituksiin ja käytännössä laulaa teollisuuden lauluja, mutta jota silti pidetään arvostettuna alan asiantuntijana. Kaikkien mainittujen henkilöiden sidonnaisuudet (ja toiminta) käyvät ilmi tästä kirjasta ennemmin tai myöhemmin.

1. MITEN MASENNUKSESTA TULI AIVOSAIRAUS?

rica Pharmaceutical, *Pfizer*, *Pfizer Primary Care* sekä Ison Farman²⁴ asianajaja *Pepper Hamilton LLP*. *Eli Lilly* oli vuonna 2010 kustantanut retken USA:n kongressiin lobbaamaan oikean itsemurhien eston puolesta. Säätiö tukee vahvasti ”näyttöön perustuvan” depression hoidon juurruttamista Yhdysvaltain terveydenhuoltoon, ihan niin kuin Kansanterveyslaitos aiemmin ja nykyisin Terveyden ja hyvinvoinnin laitos Suomessa.

Aiemmin säätiössä oli myös illalliskomitea (engl. dinner committee), jonka puheenjohtajana toimi *Anthony C. Hooper*, *Bristol-Myers Squibbin* vanhempi varapuheenjohtaja vastuualueena kaupalliset toimet, varapuheenjohtajina *Patrick A. Toalson* *Eli Lillystä*, *Janet Vergis Janssen Pharmaceutica*sta, *David Y. Norton Johnson & Johnsonista* ja *Philip T. Ninan Wyeth Pharmaceuticalsista*, komitean jäseninä toimivat mm. *Sean Nolan Lundbeckista* ja *Kevin Rigby Novarts-yhtiöstä*. Tuloja AFSP:llä oli vuonna 2010 noin 7 miljoonaa dollaria.

Frederick Goodwin on entinen **Yhdysvaltain mielenterveyslaitoksen**, (National Institute of Mental Health, **NIMH**) johtaja. Hän ansaitsi ainakin 1,3 miljoonaa dollaria vuosina 2000–2007 pitämällä markkinaluentoja yleislääkäreille lääketeollisuuden piikkiin. Tämän lisäksi hän piti ”puolueettomia” mielenterveysluentoja kymmenen vuoden ajan otsikolla ”The Infinite Mind,” (ääretön mieli) julkisesti rahoitetussa **National Public Radiossa, NPR:ssä**. Kun radiolle selvisi Goodwinin sidonnaisuudet, hänen ohjelmansa lakkautettiin.

vähentyneen itsemurhariskin kanssa. Itsemurhat korreloivat matemaattisesti myös New Yorkin pörssin NASDAQ -indeksin kanssa, mutta onko niillä joku substanssikorrelaatio?

Ei siis ole ollut mikään ihme, että KTL:n tutkimusprofessori *Jouko Lönnqvist* sai AFSP-säätiön tutkimuspalkinnon (engl. research award) vuonna 2003, koska hän oli siihen mennessä kirjoittanut yli 220 artikkelia itsemurhista, keskittyen nuorten ja nuorten aikuisten masennukseen. Hänen ajatuksensa ovat linjassa säätiön kannanottojen kanssa. Itsemurha on

²⁴ Iso Farma = Big Pharma, 12 suurinta lääkefirmää.

1. MITEN MASENNUKSESTA TULI AIVOSAIRAUS?

keneet.

"Professori Jes Olesen, European Brain Councilin puheenjohtaja, selittää tilannetta näin: – Sairauksien merkityksen ja niihin kohdistettavien resurssien välillä on hälyttävä epäsuhde. Tutkimus osoittaa selvästi, että aivosairauksien merkitys ja kustannukset ovat valtavat, mutta muihin sairausryhmiin verrattuna niihin kiinnitetään hyvin vähän huomiota ja kohdistetaan hyvin vähän resursseja. Aivosairauksien tutkimukseen täytyy investoida lisää, koska niiden odotetaan yleistyvän jopa 20 prosentilla, kun väestö ikääntyy. – Se että suoranaista terveydenhuoltokustannuksista vain pieni osa käytetään aivosairauksien hoitoon, on perua niiltä ajoilta, jolloin näitä sairauksia ei yksinkertaisesti hoidettu eikä pystytty parantamaan, Olesen jatkaa."

Lähde: Aivoviikon nettisivut 2006 (www.aivoviikko.fi, ei enää käytössä)

Aivoviikot ovat viime vuosina keskittyneet enemmän oikeisiin aivosairauksiin ja neurologisiin ongelmiin, yleensä lääketeollisuuden tukemin luennoin, mutta vuonna 2006 meno oli toinen. Tällöin esimerkiksi työeläkeyhtiö *Eteran* ylilääkäri *Juhani Juntunen* piti masennusta keskushermostotautina. Nyt kun Suomeenkin on perustettu EBC:n alainen aivokomitea, Suomen Aivot ry, jossa mukana on mm. Mielenterveyden Keskusliitto ja Psykiatriyhdistys, on taas saatu uutta potkua myös mielenterveysongelmien aivoistamiseen.

European Brain Councilin nyt jo entinen toiminnanjohtaja *Ian Ragan* on käynyt eri Euroopan maissa avittamassa kansallisten aivoneuvostojen perustamista. Hän kävi nostattamassa henkeä Ruotsissa 5.11. 2009. Kokous pidettiin Ruotsin lääkäriiliiton, *Sveriges Läkarförbundin* tiloissa Tukholmassa ja sitä sponsoroi *AstraZeneca*. Mukana *Raganilla* oli EBC:stä projektipäällikkö *Tadeusz Hawrot*, jonka virallinenkin tehtävä EU:n (FP7- tiedeohjelman) rahoittamassa PARADISE -projektissa (*Psychosocial fActors Relevant to Brain DISorders in Europe* eli aivosairauksiin liittyvät psykososiaaliset tekijät, myös 'paratiisi') on kannustaa perustamaan kansallisia

aivoneuvostoja²⁶. Hankkeen johtajana toimii EBC vt. toiminnanjohtaja, entinen *GlaxoSmithKline*-mies, nykyisin lääketieteellisen konsulttifirman *Integritas Medical Solutionsin* toimitusjohtaja *Alistair Benbow*. PARADISE--hankkeessa on Suomesta partnerina mukana *A-klinikkasäätiön* Järvenpään sosiaalisairaala. Dementia, depressio, aivohalvaus, epilepsia, skitsofrenia, päihderiippuvuus sekä MS- ja Parkinsonin tauti on paratiisihankkeen selvittelytyössä määritelty aivosairauksiksi.

Ruotsissa aivoriihikokouksessa syksyllä 2009 oli läsnä viisi professoria *Karoliinisesta instituutista*, joista yksi, psykiatrian professori *Lars Farde* on akateemisen uran lisäksi myös farmafirma *AstraZenaca* palkkalistoilla. Mukana olivat myös mm. Ruotsin Aivosäätiön toiminnanjohtaja ja Parkinsonsäätiön puheenjohtaja. Lounasta ennen ja sen jälkeen keskusteltiin aivotutkimuksesta. EBC:n *Tadeusz Hawrot* esitteli kansallisten toimintaryhmien (National Action Groups) ja kansallisten aivoneuvostojen (National Brain Councils) idean. Palaverissa toivottiin aivotutkimuksen nostamista paremmin esille ja todettiin, että potilasjärjestöt toimivat siinä hyvänä yhteistyökumppanina. Aivotutkimuksen painopisteen siirtämistä osin neurologiasta psykiatrian suuntaan toivottiin. Tutkimuksen haluttaisiin palvelevan kliinisiä hoito-ohjeita, ja tarvittaisiin lisäsatsauksia varhaisemmassa iässä iskevien sairauksien, kuten skitsofrenian, bipolaarin mielialahäiriön ja depression aivotutkimukseen, sekä lisää voimavaroja fysiologian ja farmakologian tutkimuksiin. Kokouksessa perustettiin Ruotsin aivotoimintaryhmä.

Samantyylinen kokous pidettiin Kreikassa 31.10. 2010 Ateenan yliopistokerholla. Siellä perustettiin helleeninen aivotoimintaryhmä. Palaverissa päätettiin kirjoittaa artikkeli aivotutkimuksesta ja rahoituksen surkeasta tasosta sanomalehtiä varten, sen lisäksi päätettiin luonnostella artikkeleita eri aivosairauksista kuten MS-tauti, Alzheimer, Parkinson, epilepsia ja mielialahäiriöt. Artikkelit olisi tarkoitus julkaista kreikkalaisissa tiedejulkaisuissa. Sopivien kreikkalaisten potilasjärjestöjen ottaminen mukaan toimintaryhmään tai ainakin tiedon levittämiseen osallistumista selvitetäisiin. Lisäksi lähestyttäisiin ainakin europarlamentaarikkoja, joista kahden piti osallistua jo lokakuun kokoukseen, mutta he olivat loppujen lopuksi esty-

²⁶ National Brain Councils vrt. European Brain Council.

neitä.

Suomen aivoneuvosto perustettiin 13.3. 2012 Mielenterveyden keskusliiton, MTKL:n tiloissa. Keskusliitossakin ollaan näköjään sitä mieltä, että psykiatriset sairaudet ovat aivotauteja. *Finnish Brain Council* on nimeltään suomeksi Suomen Aivot ry. Yhdistyksen slogan on: ”Vaikuttamista, tietoa ja tiedettä aivosairauksia sairastavien ihmisten hyväksi”. Yhdistyksen jäsenenä on EBC-konseptin mukaisesti potilasjärjestöjä, lääkäri- tai tiedejärjestöjä sekä lääketeollisuutta. MTKL:n lisäksi mukana ovat mm. Aivoliitto, Epilepsialiitto, Uniliitto, Psykiatriyhdistys, Lastenpsykiatriyhdistys sekä lääketeollisuuskumppanit *Lundbeck, Orion Pharma ja UCB Pharma Oy Finland*. Todennäköisesti kaikkia jäsenjärjestöjä on lääketeollisuus ainakin jossakin vaiheessa rahoittanut. Yhdistyksen varapuheenjohtajana toimii vahvasti teollisuusvetoisen Suomen Psykiatriyhdistyksen puheenjohtaja *Jyrki Korkeila* ja varajäsenenä istuu mm. kansanedustaja *Sari Sarkomaa* (kok).

Ennen varsinaista aivoneuvoston perustamiskokousta järjestettiin Helsingin Biomedicumissa pohjustuspalaveri jo maaliskuussa 2011, johon myös EBC:n lobbari *Tadeusz Hawrot* ja EBC:n puheenjohtaja, entinen *GlaxoSmithKline*-mies, *Alistair Benbow* osallistuivat. Paikalla oli enimmäkseen lääkäri- tai tiedeyhdistyksien edustajia, muutaman potilasjärjestön edustaja sekä *Orion Pharmed* pitkäaikainen *Brain Council* -mies, vuonna 2009 professorin arvonimen saanut *Reijo Salonen*. *Orion* myös rahoitti kokouksen pitämisen. Kokouksessa esiteltiin aivolobbausjärjestön tavoitteita ja erityisesti korostettiin tulevaa aivovuotta 2014. *Benbow* kertoi, että kun EBC perustettiin, oli tarve lisätä aivotutkimuksen rahoitusta, joka oli tällöin vaatimatonta, mutta että nyt organisaatio lisännyt toimintaa muillekin aloille, kuten potilaiden hoitoonpääsyyn ja edukaatioon. *Korkeilan* mukaan kansalaisten ikääntyminen tulee johtamaan yhä suurempaan neurologisten ja psykiatristen sairauksien diagnosoimiseen. Projektityöntekijä *Hawrot* totesi tyytyväisenä, että neurologit ja psykiatrit ovat lähentyneet toisiaan yhteisellä asialla. *Orionin Salonen* kertoi hyvistä kokemuksistaan *European Brain Council*issa ja sanoi, että on tärkeää löytää yhteinen tekijä, jonka avulla voidaan ryhtyä puhaltamaan yhteen hiileen. Hän piti hyvin tärkeänä EBC-toimintana vuoden 2005 kustannuslaskentaa ja aivotutkimuksen konsensusasiakirjaa vuodelta 2006. *Salosen* mukaan EBC oli perustettu

vastaamaan EU:n instituutioille aivotutkimukseen liittyvissä asioissa ja nykyisin unionista käännytäänkin helpommin aivotoimikunnan puoleen kuin että kysyttäisiin lukuisilta lääketiede- ja potilasjärjestöltä. Kokouksessa puhuttiin myös poliitikkoihin vaikuttamisesta, johon lobbari *Hawrot* totesi, että poliitikot tarvitsevat konkreettista tietoa. Myös kansan valistamisesta puhuttiin, jolloin *Hawrot* otti esille Belgian aivokomitean, *Belgian Brain Councilin* esimerkin: maassa pidetään säännöllisesti tietoisuuskampanjoita opiskelijoiden keskuudessa. *Orionin Reijo Salonen* piti teollisuuden osallistumista Suomen aivokomiteaan tärkeänä, muttei pitänyt farmafirmojen näkyvää osallistumista esimerkiksi organisaation hallituksessa hyvänä. Potilasjärjestöjen osallistumisesta keskusteltiin ja sitä pidettiin hyvin tärkeänä, jotta järjestö ei olisi vain aivotutkimuksen lobbausorganisaatio. Myös mediasuhteista puhuttiin ja organisaation perustamista pidettiin ensimmäisenä eleenä tiedotusvälineiden suuntaan. Jatkossa mahdollisesti erityiset aivolähettiläät voisivat antaa toimittajille aivotietoa.

Teollisuusmyönteinen *European College of Neuropsychopharmacology (ECNP)* eli Euroopan neuropsykofarmakologiakorkeakoulu²⁷ kuuluu EBC:n perustajajäseniin ja harjoittaa myös aivotutkimuksen lobbausta. Vuonna 2011 järjestö julkaisi yhdessä EBC:n kanssa uuden tutkimuksen aivosairauksien kustannuksista ja rasituksista Euroopassa vuonna 2010. Mittarina oli tällä kertaa *Maailmanpankin* kehittämä DALY²⁸, jolla lasketaan uusliberalistisen ekonomistisesti menetettyjä ikä- ja työvuosia. ECNP:n lehdistötiedotteessa (5.9. 2011) todetaan, että tehty tutkimus osoittaa mielenhäiriöiden ja muiden aivosairauksien olevan Euroopan suurin terveysongelma 2000-luvulla. Selvityksen mukaan suurin osa psyyken keskushermostotaudeista jää hoitamatta. *European Neuropsychopharmacology* -lehdessä julkaistun artikkelin mukaan 38, 2 % EU:n väestöstä kärsii mielen ongelmista, kuten ahdistuneisuudesta (14,0%), unettomuudesta (7,0%), vakavasta depressiosta (6,9%), elimellisoireisista (somaatoformisista) häiriöistä eli psykosomaattisista oireista ml. luulosairaus (6,3%) ja alkoholi- ja huumeriippuvuudesta (>4%). Tautirasitus DALY-mittarilla on tekstin mukaan kaikkien aivosairauksien osalta 26,6% Euroopan sairauskuolleisuudesta.

²⁷ Neuropsykofarmakologia = psyyke- ja neurologialääkkeiden tutkimusta.

²⁸ DALY = Disability-Adjusted Life Year, toimintakykyiset elinvuodet.

1. MITEN MASENNUKSESTA TULI AIVOSAIRAUS?

Pahimmiksi rasitteiksi oli arvioitu depressio, dementia, alkoholismi ja aivo-
halvaus. Lehdistötiedotteessa kehoitetaan lisäämään kliinistä aivotutkimus-
ta, jotta saataisiin yhtenäisyyttä tutkimukseen, hoitokäytäntöihin ja diag-
nosoimiseen. Lisäksi aivosairaat joutuvat marginaaliin ja ovat stigmati-
soituja, koska ei ole riittävästi tutkimusta ja suuri yleisö ei ymmärrä aivo-
sairauksien merkitystä. Tätäkin tutkimusta – kuten vuoden 2005 kustan-
nuslaskentaa – oli tukenut pilleritehdas *Lundbeck*.

European Brain Council järjesti puolestaan samasta aiheesta lobbaustil-
aisuuden 4.10. 2011 Euroopan parlamentissa emäntänään puolalainen kris-
tillisdemokraattimeppi ja taloustieteen professori *Danuta Hübner*. Tilaisuus-
dessa puhuivat EBC:n tutut farmafaaraot, *GlaxoSmithKlinen* kanssa uuden
depression, Sissi-syndrooman keksinyt Saksan pilleriteollisuuden sielun-
hoitaja, professori *Hans-Ullrich Wittchen* ja EBC:n entinen puheenjohtaja,
Kööpenhaminan yliopiston neurologian professori *Jes Olesen*. Lisäksi pu-
heenvuoron käytti Tukholman kauppakorkeakoulun professori ja lääke-
teollisuuden terveystaloustaloustutkija *Bengt Jönsson*. Puheiden jälkeen tarjol-
la oli lounasta. *EBC:n* lehdistötiedotteessa samalta päivältä ilmoitettiin, että
Euroopan 800 miljardin euron vuosittaiset aivosairauksikustannukset ovat
sosiaalisesti, poliittisesti ja taloudellisesti tikittävä aikapommi. Vuoden
2005 kustannuksiin oli saatu 50 % lisää, mikä johtunee ainakin osin siitä,
että mukaan on otettu uutena sellaiset ”sairaudet” kuin unihäiriöt, joista
kuulema kärsii 45 miljoonaa eurooppalaista. Suurin osa summista on epä-
suoria kustannuksia, hypoteettisia tuotannon menetyksiä ja sosiaaliturva-
kuluja.

Lehdistötiedotteen luvuista voidaan laskea ”aivosairauksien” suorat
terveydenhuoltokustannukset, noin 300 miljardia euroa ($800 \text{ mrd} \cdot 37\%$),
jotka ovat siis terveydenhoitokuluja, lääkkeitä mukaan lukien. Tukholman
taloustaikuri *Jönsson* on onnistunut kehittämään siis jostain liki 500
miljardia ”ylimääräisiä” kuluja. Epäsuorien kulujen laskeminen on täysin
virtuaalista ja mielivaltaista. Tavoitteena on vain esittää kaikki mahdolliset
oireet aivosairauksina sekä hirvittävä uhkana Euroopan terveydelle ja
taloudelle, jotta sillä voidaan perustella aivo(lääke)tutkimuksen
rahoituksen lisäämistä ja aivolääkkeiden lisäsyöttämistä eurooppalaisille,
sillä liki 40 % kansasta on sairaita, vaikka eivät itse sitä tietäisikään. *EBC:n*
lehdistötiedotteessa pahoitellaankin sitä, että EU:n tiederahoitusohjelma

dit oli ensin keksitty ja yleisyys laajennettu.

Koko sissittelyystin kustansi brittiläinen lääkejätti *SmithKlineBeecham* (nykyisin *GlaxoSmithKline*, *GSK*). Vuonna 1999 järjestettiin myös lääketehtaan kustantama *Sissi-tag*, Sissi-päivä: pääosin yleislääkäreille tarkoitettu koulutuspäivä Pohjois-Saksassa. *Der Spiegel* -lehden mukaan 616:lle valkotakille oli tarjolla kukkia, viiniä ja somia sanoja. Niitä ihania lauseita oli jakamassa professori *Wittchen*, joka totesi, että depressio on paljon yleisempää kuin mitä on luultu. Häiriön alihoito on tavanomaista ja se on hengenvaarallista, koska niin moni *ajattelee* itsemurhaa. *Wittchenin* mukaan 75 % vakavista masennuksista jää diagnosoimatta.

Wittchenin ohella *SmithKlineBeechamin* ostoasiantuntija on ollut *Bonnin yliopiston* gynekologisen psykosomatiikan laitoksen johtaja *Anke Rohde*, jonka pilleritehdas lennätti vuonna 1998 Mallorcalle puhumaan Sissi-syndrooma -foorumiin. Samana vuonna hän puhui wieniläisessä loistohotellissa pidetyssä lääkeyhtiön lehdistötilaisuudessa keisarinna *Elisabetistä* esimerkkinä alitunnistetusta masennuksesta. Myös *Wittchen* esiintyi siellä ja ilmoitti, että pelkästään Saksassa noin kolme miljoonaa naista kärsii Sissi-syndroomasta. Lääkefirma käytti myös saksalaista viestintäyhtiötä, *Webopressiä* sairauden markkinoimiseen Sissi-professorin ohella. Saksalaisissa naistenlehdissä esiteltiin entistä epämääräisempiä oireluetteloa ja väitettiin niiden ennakoivan vakavaa masennusta.

GSK:n ja *Wittchenin* ryhmän keksimä Sissi-syndrooma ammuttiin alas. Vuonna 2003 Saksan psykiatrisessa lääkirilehdessä, *Nervenartzissa* munsterilaiset tutkijat ruotivat Sissi-syndroomaa ja totesivat, ettei se pohjaudu mihinkään tieteelliseen käsitykseen, vaan ainoastaan markkinoimiseen. Vielä vuonna 2006 yhdessä vahvasti lääketeollisuussidonnaisten tohtori *Katja Beesdon* kanssa kirjoittamassa masennusta käsittelevässä kirjassa *Wittchen* väittää keisarinna Elisabetin olleen masentunut, vaikka Sissi-syndroomasta ei varsinaisesti puhutakaan. Puheet epämääräisestä alakulosta toivat kuitenkin vauhtia depressiodiagnosoimiseen ja lääkitsemiseen Saksassa: vuonna 2000 antidepressiivejä myytiin 420 miljoonalla eurolla ja vuonna 2009 jo 1070 miljoonalla eli 1,1 miljardilla eurolla.

Professori *Wittchen* on siis arvioinut, että noin kolmella miljoonalla sairautentunnottomalla saksattarella olisi keksitty sairaus, Sissi-syndroo-

ma. Alan teollisuuden sielunhoitajaa pidettiin ja pidetään edelleenkin mainiona epidemiologina eli psykiatristen sairauksien esiintyvyyksien arvailijana. Hänellä on riittänyt energiaa lukuisien artikkeleiden ja oppikirjalukujen kirjoittamiseen, CD-ROMin tuottamiseksi psyykkisistä häiriöistä *Glaxo-SmithKlinen* piikkiin, luennoitiin (*Novartisin*, *Schering-Ploughin*, *Pfizerin* ja *Wyethin* kustantamana), konsultointiin (*Eli Lillyn*, *GlaxoSmithKlinen*, *Hoffmann-La Rochen*, *Novartisin*, *Pfizerin* ja *Wyethin* rahoittamana) sekä tutkimukseen (*GlaxoSmithKlinen*, *Eli Lillyn*, *Novartisin*, *Pfizerin* ja *Schering-Ploughin* rahoilla). Nykyisin saksalaisprofessori vaikuttaa *Dresdenin teknillisen yliopiston* kliinisen psykologian ja psykoterapian instituutin johtajana ja müncheniläisen *GSK:n* kumppanin, *Max Planck Psykiatrian Instituutin* kliinisen psykologian ja epidemiologian yksikön konsulttina. Ansioluettelon mukaan hän on saanut vuodesta 2000 alkaen yli 10 miljoonaa euroa tutkimusrahaa ainakin *Novartisilta*, *Pfizerilta*, *Wyethilta*, *Sanofiltä* *Merckiltä*, *Organonilta* ja *Hoffman-LaRochelta* – jostain syystä yksi päärahoittajista eli *GSK* oli unohtunut listasta. Saksalaisasiantuntija on myös tunnettu maksettujen supplementtien eli liitelehtien ja symposiumijulkaisujen mies. Hän on behaviorististyyppisen käyttäytymisterapiakoulukunnan kannattaja.

Tämäkään ei riitä, vaan asiantuntijaprofessori on toiminut lääketeollisuuden bulvaanijärjestön *European Brain Councilin* (Euroopan aivoneuvoston) puitteissa arvioimassa ja laskemassa aivosairauksien kustannuksia Euroopassa sekä vuonna 2006 että vuonna 2011 *Lundbeckin* tukemana. Aivosairauksiksi luokiteltiin myös mm. masennus, tupakkariippuvuus ja erilaiset päänsäryt. *Yhdysvaltain psykiatriyhdistys*, *APA* pitää *Wittcheniä* niin pätevänä, että hänet otettu mukaan keksimään uusimpia diagnooseja ja arvioimaan sairauksien laajuutta eli prevalenssia DSM-5³² -paneeliin, joka tuotti uusimman psyykkisten sairauksien listan. *Wittchen* oli luvannut *APA*:lle, ettei hän vastaanota enempää kuin 10 000 dollaria lääketeollisuudelta sinä aikana kun hän paneelin jäsen. Summaan ei lasketa mukaan teollisuuden myöntämää tutkimusrahoitusta.

³² DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, mielenhäiriöiden diagnostinen ja esiintyvyyden käsikirja eli Yhdysvaltain psykiatriyhdistyksen toimikuntien kehittämä diagnoosilista, joka sisältää myös epidemiologisen eli esiintyvyyden arvioinnin. Uusin lista on DSM-5 eli viides versio.

YK:n alainen, lääketeollisuuden rahoituksesta riippuvainen *Maaailman terveysjärjestö WHO* pitää *Wittcheniä* asiantuntijanaan: Hän toimii WHO:n mielenterveysjaoston (*Division of Mental Health*) tieteellisenä neuvonantajana ja johtajana *WHO:n* diagnostisia menetelmiä kehittävän keskuksessa, *CIDI:ssä* (*WHO-Collaborative Center for Diagnostic Instruments*) sekä jäsenenä *CIDI:n* lehden toimituskunnassa. Myös Euroopan unioni luottaa aivosairauksien karmeita kustannuksia esittäneeseen saksalaisepidemiologiin, koska hän toimii EU:n biomedikaalisten, *Biomed*-ohjelmien arvioitsijana.

Elisabet-nimisten naisten depressionekspertti *Wittchen* on ainakin istunut kolmentoista lääketiedelehden toimituskunnassa, kuten *Archives of Women's Mental Health* (naisten mielenterveyden julkaisu), *Behavioural Psychotherapy* (käyttäytymispsykoterapialehti), *Psychological Medicine* (psykologinen lääketiede), *Acta Psychiatrica Scandinavica* (pohjoismaisen psykiatrin julkaisu), *Diagnostica* (diagnoositutkimuksen lehti) *BioMed Central Psychiatry* (biologisen psykiatrian lehti) ja *European Psychiatric Review* (eurooppalainen psykiatria-julkaisu). Hän toimii myös pilleriteollisuuden kaveriyhdistyksien, kuten *European College of Neuropharmacology*, *ECNP:n* varapuheenjohtajana, *Maaailman psykiatriyhdistyksen*, *WPA:n* (*World Psychiatric Association*) diagnoosien ja luokitusten osaston jäsenenä ja *Yhdysvaltain psykiatriyhdistyksessä APA:ssa*.

Saksalainen tiedetoimittaja *Jörg Blech* on kirjoittanut mainion kirjan medikalisaatiosta, suomeksi "Miten meistä tuli potilaita?"³³, jossa hän valottaa myös Sissi-syndroomaa. Vuonna 2011 hän paljasti *Der Spiegel* -lehdessä saksalaisten neurologien ja psykiatrien lääketeollisuussidonnaisuuksia. Mukana on myös vanha ystävämme *Wittchen*. Artikkelissaan *Seelsorge für die Industrie* (sielunhoitoa teollisuudelle) *Blech* kertoo nimeltä tärkeimpien teollisuuden sielunhoitajien nimet ja lääketeollisuusyhteydet, ja sanomatta-kin on selvää, että juuri nämä asiantuntijat ovat olleet laatimassa saksalaisia hoito-ohjeita.

³³ Alkuperäinen saksalainen nimi: Die krankheitserfinder – Wie wir zu Patient gemacht werden = Sairauksienkeksijät – miten meistä tehtiin potilaita.

2.3. Essitalopraamin erikoisuus markkinointistrategiana

Tanskalainen *Lundbeck* kehitti aikaisemman SSRI-masennuslääkkeen, sitalopraamin (Suomessa kauppanimi *Cipramil*, Yhdysvalloissa *Celexa*) jatkeeksi seuraavan lääkkeen, essitalopraamin (Suomessa kauppanimi *Cipralex*, Yhdysvalloissa *Lexapro*). Yhdysvalloissa *Lundbeckin* kumppanina ja markkinointifirmana toimii *Forest Laboratories*. Koska sitalopraamin patenttisuoja oli umpeutumassa, oli suuri tarve saada markkinoille uusi tehokas antidepressiivi.

Yhdysvalloissa on vuotanut julkisuuteen *Forestin* luottamuksellinen essitalopraamin vuoden 2004 markkinointistrategia *Lexapro Marketing Plan FY 2004*. Asiakirja edustanee laajemminkin lääkeyhtiöiden kauppatapoja. Dokumentti tuli ilmi senaatin talousvaliokunnan kuulemisessa, jossa *Forestia* epäiltiin lainvastaisesta markkinoinnista. Keväällä 2003 kirjoitetussa paperissa kerrotaan yksityiskohtaisesti, miten uusi pilleri markkinoidaan lääkäreille, viranomaisille ja potilaille. Paperissa on lueteltu tieteelliset julkaisut ja niiden pääviesti, lääkäreiden koulutus- ja tiedotustilaisuudet, tuetut järjestöt, konferenssit ja muut tapahtumat:

” Tämä suunnitelma kattaa kaikki lanseerausajan näkökohdat, mukaan lukien markkina-analyysin tavoitteet, SWOT -analyysi, kriittiset kohdat, yksityiskohtaisen kuvauksen markkinoinnin strategiasta ja taktiikasta, mukaan lukien yleisen ahdistuneisuushäiriön (GAD) lanseeraamisen lääkkeen käyttöaiheeksi.”

*Yhdysvaltain elintarvike- ja lääkelaitos, FDA*³⁴ myönsi Lexaprolle (essitalopraamille) kesällä 2002 myyntiluvan, käyttöaiheena masennus. *Forest* toimitti FDA:lle kaksi lääketutkimusta, joista toinen ei osoittanut lääkelaitoksen arvion mukaan tehoa, mutta jo aiemmin hyväksytyn sitalopraamin

³⁴ FDA = Food and Drug Administration, Yhdysvaltain elintarvike- ja lääkehallinto suoraan käännettynä.

pincott Williams & Wilkins, liki 300 tiedejulkaisun firma ja sen nettijulkaisufirma on nimeltään *Ovid*. Ainakin maailman kolmella suurimmalla mainostoimistolla on sekä lääketieteellinen viestintäfirma että sopimustutkimuslaitos.

Usein sanotaan, että työnteko on tärkeintä maailmassa, ja että mitä tahansa työtä pitäisi tehdä, eikä vain laiskotella kotona. Kun tuhannet tai kymmenet tai sadattuhannet ihmiset tekevät työtä, jonka tavoitteena on tieteellisten tutkimusten vääristäminen, lääkkeiden sivuvaikutusten vähättely tai peittely ja huonosti toimivien lääkkeiden markkinointi, niin tätä ”työtä” ei voi pitää edes nollatyönä, vaan tihutyönä, jonka tavoitteena on aiheuttaa yhteiskunnalle ja potilaille mahdollisimman paljon haittoja ja kustannuksia. Poliitikoilla ei näytä olevan halua puuttua tähän tuhotoimintaan, ja toimialalla moraali näyttää olevan tuntematon käsite – ehkäpä siksi, koska sitä ei voi havaita aivokuivissa.

Skandaalien julkitulon jälkeen, vuonna 2009 *Yhdysvaltain Lääketiedeinstituutti (Institute of Medicine)* suosittelee, että lääketieteelliset tiedekunnat kieltäisivät haamukirjoittamisen. Kuitenkin vain noin puolet USA:n medisiinikorkeakouluista oli vuoteen 2010 mennessä kieltänyt tai ottanut kantaa varjoverbaliikkaan. Suomen lääketieteellisissä tiedekunnissa tai THL:ssä asiasta ei edes puhuta, eikä ilmiön olemassaoloa näytetä edes tunnustettavan, koska esimerkiksi *Kellerin* artikkeleihin viitataan ihan vakavasti otettavana tieteenä. *Suomen Lääkärilehdessä* on kyllä uutisoitu haamukirjoittamisskandaaleista, mutta niillä ei näytä olevan mitään vaikutusta suomalaisiin asiantuntijoihin.

2.16. Potilasoppaat hyvällä markkinointiasialla

Lääketeollisuus kustantaa mielellään jonkun sopivan asiantuntijan tekemään (mahdollisesti ainakin osin haamukirjoitettuna) potilasoppaita tai/ja tekee yhteistyötä potilasjärjestöjen kanssa. Suomessa useampi lääketehdas on julkaissut masennusoppaita. Lääketehtaiden luottoasiantuntija on naantalilainen, Turussa vaikuttava psykiatri *Jukka Turtonen*, joka on myös omalta osaltaan osallistunut *Lundbeckin* essitalopraamin edistämiseen lääkkeen tutkijana. Hänen kirjoittamissa depressiokirjasissa koroste-

taan, että masennus johtuu aivokemian epätasapainosta, ja että lääkitys korjaa tätä epätasapainoa tehokkaasti. Lääkitys ei luonnollisestikaan ole mikään mielipidekysymys, ja se mahdollistaa muut hoidot. Suomen Mielenterveysseura on julkaissut yhdessä *GlaxoSmithKlinen* kanssa useita potilasoppaita, myös masennusoppaan ja nuorten masennussoppaan. Viesti on sama kuin *Turtosen* oppaissa: Masennus on aivokemian ongelma ja mielialälääkitys korjaa keskushermoston epätasapainon.

Vuonna 2006 *Lotta Hautamäki* kirjoitti masennusoppaiden sisällöstä sosiologian pro gradu -tutkielman ”Mahdollinen masennus. Eettinen työ valistusteksteissä.” Siinä kuvaillaan ja analysoidaan 31 depressiokirjasen ja nettisivuston sisältöjä. Suurin osa on lääketeollisuuden tuottamia, joko yksin tai yhteistyössä jonkun potilasjärjestön, kuten Omaiset mielenterveyden tukena Tampere ry ja Suomen Mielenterveysseuran kanssa; mukana oli myös muutama terveysviranomaisen kirjoittama opus. Depression potilasoppaita tutkaillut *Hautamäki* löysi valistusmateriaalista hyvin yhtenäisen näkökulman masennukseen, eroja oli vain siinä miten asioista kerrottiin. 1980-luvulla keskityttiin lääkkeiden oikeaan käyttöön ja varoitettiin sivuoireista. 1990-luvulla lääkkeiden esittelemisen lisäksi alettiin puhua yhä enemmän itsensä tarkkailemisesta, arvioimisesta ja itsehoidosta. Lääkitys oli kuitenkin keskeinen asia kaikessa materiaalissa, ja se merkitsi asianmukaista hoitoa. Masennusta saatettiin kuvata monimuotoisena tilana, jolla oli useita syitä, tai ei syytä ollenkaan, mutta joka kuitenkin hoituisi depressiolääkityksellä, joka tasapainottaisi aivojen toiminnan. Kognitiivisen psykologian näkemykset alakulosta vääristyneinä, kielteisinä ajatuksina olivat valitsevia sielutieteen toteamuksia valistusmateriaaleissa. *Hautamäen* mukaan irrottautuminen masennuksen noidankehästä eli väärästä ajattelusta vaati siirtymistä muutoksen kehään, kohti tasapainoista oloa ja sisäistä tavoitetasoa. Neuropsykiatrinen selitysmalli oli linjassa kognitiivisen kokonaisuuden kanssa: Depressio oli biologinen häiriötila, jonka selittävänä tekijänä oli aivojen hermosolujen välittäjäaineiden (serotoniini, dopamiini tai noradrenaliini) vajaatoiminta eli monoamiinihypoteesi.

Masennuslehtisissä oli jopa ylistetty haittavaikutuksia, koska monet tutkijat suorastaan epäilevät sivuoireettomia lääkkeitä, koska olisi pelättävissä, etteivät niiden positiivisetkaan ominaisuudet olisi voimakkaita. Depression keskushermostopillereitä verrataan verenpainelääkitykseen tai anti-

bioottikuureihin:

”Mielialalääkkeet ovat aivan yhtä luonnollinen hoitomuoto kuin verenpainelääkkeet tai mitkä muut tahansa pitkäaikaissairauksien lääkeshoidot. Sinun ei tarvitse salailla sitä, että tuntee syyllisyyttä.”

Depressio ja siitä selviytyminen. Tietoa masentuneelle ja läheiselle. Pfizer Neuroscience Oy 1997.

Antidepressiiveistä annettiin myös sellainen käsitys, että ne tekisivät ihmisestä entistä ehomman, kun olotila olisi loppujen lopuksi lääkekuurin jälkeen parempi kuin aikoihin. Aluksi olisi vain hieman kärsittävä sivuouireista. Tämä retoriikka on jatkoa puheille onnellisuuspillereistä, jotka tekisivät ihmisistä tehokkaita ja onnellisia. Valistusteksteissä korostettiin myös sitä, että lääkitys pitäisi aloittaa ennaltaehkäisevästi, jopa ennen kuin varsinaiset masennuskriteerit täyttyivät, koska kaikki olivat riskissä sairastua. Teksteissä käytettiin masennuksen mittarina yleensä yhdysvaltalaista DSM-oireluetteloa. Yleisimmin esitettiin kuitenkin vain joitakin oireita, esimerkiksi levottomuus, keskittymiskyvyttömyys, syyllisyydentunteet, vähäpuheisuus, jotka oppaiden mukaan olivat merkki kliinisestä depressiosta.

Depressioprosossa häiriön syillä eli etiologialla ei ollut varsinaisesti mitään merkitystä, koska masennus oli vain oireiden jatkumo, yleinen kansansairaus, alitunnistettu ja riittämättömästi hoidettu yksilön riski, joka voisi koskettaa ketä tahansa. Se aiheutti kärsimyksiä yhteiskunnalle ja vähän yksilöllekin. Siksi yksilön tulisi olla valpas omien tuntemustensa suhteen ja kiiruhtaa pikaisesti lääkärin pakeille, jos jotain oireita oli näköpiirissä, jotta yhteiskunnalle ei tulisi paha mieli. Valistus sisälsi kognitiivista valmennusta siitä, miten omaa elämää voisi hallita ja mitkä toiminnot olisivat oikeaa elämää. Tekstit edistivät tietynlaista, etukäteen määriteltyä keski-määräistä onnellisuutta ja harmoniaa. Depressioalttiin heikomman astian tulisi keskittyä ulkonäkönsä parantamiseen ja kotinsa sisustamiseen, jotta elämä pysyisi hallinnassa. Kognitiivissävytteisen valmennuksen mukaan siis shoppailemalla sekä tuunaamalla itseään ja kotiaan voisi hallita elämäänsä lääkkeiden kera.

2.19. Näyttöön perustuva lääketiede on valjastettu

Näyttöön perustuva lääketiede, EBM (Evidence Based Medicine) on ollut jalo ajatus arvioida lääketieteellisten hoitojen tehoa ja suositella vain vaikuttavien terapioiden käyttöä. Käytännössä EBM on valjastettu lääketieteellisuuden käsikassaraksi – erityisesti psykiatrian alalla. Mielialalääkeille kielteisten lääketutkimusten julkaisematta jättäminen ja myönteisten kliinisten kokeiden julkaiseminen moneen kertaan eri lääketiedelehdissä on ollut lääketieteellisuuden strategia ”näyttöön perustuvien” standardien luomiseksi.

Ja kun alan teollisuus ja biologisen psykiatrian läpitunkemat julkiset ja yksityiset organisaatiot rahoittavat psykiatrian hoitotutkimusta, niin lääkkeettömiä vaihtoehtoja ei edes tutkita, jolloin ei saada edes tietoa siitä, olisi jokin muu hoito näyttöön perustuvaa vai ei. Lääketeollisuus on ahkerasti tukenut genetiikan ja aivokemian tutkimusta pilleritutkimuksen lisäksi. Saksassa menttiin jopa niin pitkälle, että lääkejätti *GlaxoSmithKline* perusti yhdessä saksalaisin verovaroin ylläpidetyn lääketieteellisen yhdistyksen, *Max-Planck-Gesellschaftin* kanssa geneettisen tutkimuskeskuksen, *Genetic Research Centerin*, joka on depression aivokemian ja genetiikan jäljillä. Tarkoituksena on ollut ilmeisesti paikallistaa se masennuskeskus (tai edes jotain sinne päin) aivoista, johon GSK olisi voinut sitten kehittää ”todellisen täsmälääkkeen”. Muualla Euroopassa, kuten Iso-Britanniassa, on vastaavanlaisia koalitioita, jossa vapaa tutkimus on lopullisesti kahlittu lääketieteellisuuden intressien edistämiseen.

Kun psykiatriset diagnoosit ovat oireluetteloja, niin oireiden väliaikainen lieveneminen lääkityksellä katsotaan näyttöön perustuvaksi hoidoksi, vaikka potilas saattaisi masentua nopeastikin uudestaan. Depressiopotilasta puolet masentuu uudestaan ensimmäisen masennusepisodin jälkeen, noin 70 % toisen episodin jälkeen ja 90 % kolmannen episodin jälkeen. Vaikka psykoterapian vaikutusta masennukseen tutkitaan vähän, on viitteitä siitä, että psykoterapialla toipuneet eivät masentuisi uudelleen niin helposti kuin vain lääkkeillä toipuneet. Useimmissa tutkimuksissa potilaiden toipumista pelkästään psykoterapialla ei edes tutkita, koska ”hyväksi hoidoksi” on vakiintunut psykoterapian ja lääkehoidon yhdistäminen. Vi-

meisimmät tutkimukset jopa osoittaisivat, että lääkitystä nauttineet masentuisivat helpommin uudelleen kuin lumetta saaneet.

Lääketieteellisten käytäntöjen tehoa ja näyttöön perustumista arvostelivat Tampereen yliopiston ortopedian osaston tutkijat vuonna 2011 *British Medical Journalissa*. Dosentti *Teppo Järvinen* kollegoineen kyseenalaisti lääkkeillä suoritettavan sairauksien estohoidon, erityisenä esimerkkinä osteoporoosin preventiolääkitys. Suomalaistutkijoiden mukaan koeolosuhteissa suoritettavat lääketutkimukset eivät anna näyttöä muuta kuin siitä, että tuote voisi edes jotenkin toimia. Varsinainen lääkkeen todellinen vaikuttavuus arvioidaan kliinisesti ihan oikeilla, mahdollisesti monisairailla potilailla. Farmavalmisteen todellinen käyttöarvo punnitaan vasta kustannusvaikuttavuuden avulla eli onko sen vaikutukset riittävän suuria ja taloudellisesti perusteltuja. Tutkijat ehdottavat, että lääkelaistosten ympäri maailmaa tulisi vaatia kustannusvaikutusarvioita varsinkin kun kyse on ennaltaehkäisevästä hoidosta. Julkisen vallan intressissä on osallistua näiden tutkimusten kustannuksiin tai suorittaa ne itse. EBM:stä on kehitetty hoitosuosituksia – Suomessa Käypä hoito – joiden laatijat ovat vahvasti lääketieteellisuussidonnaista. He siis istuvat päättämässä, mikä on näyttöön perustuvaa ja mikä ei... Ja mikä on se evidenssi, mitä haetaan.

Suomessa harva alan mies tai nainen uskaltaa arvostella biologisen psykiatrian valjastamaa näyttöön perustuvaa lääketiedettä tai depression Käypä hoitoa. Ainoa kritiikkiä julkisesti esittänyt on psykiatristen lääketutkimuksien veteraani, emeritus professori *Matti. O. Huttunen*, joka pohtii asiaa kirja-artikkelissaan *Näyttöön perustuva psykiatria ja etiikka*. Siinä hän muun muassa pohtii, onko näyttöön perustuva (evidence based) psykiatria sittenkin piiloauktoriteetteihin tai arvovaltaan perustuvaa (eminence based):

”Tutkimuksen vaarana on kuitenkin se, että tuloksena voi olla tutkimukseen perustuvien *eminence-based* -uskojen muodostuminen. Lääkkeiden, lyhytterapioiden ja kognitiivisen psykoterapian tehokkuutta oireiden lievityksessä on metodologisesti olennaisesti helpompi tutkia kuin oireita ylläpitävien persoonallisuuden rakenteiden muutokseen tarkoitettujen analyttisten psykoterapioiden tuloksellisuutta. Näin tutkimus helposti perusteetta kanonisoii jonkin hoitotavan muita paremmaksi.”

Suomen hoito-ohjeessa, depression Käypä hoidossa on viitteenä ainakin kaksitoista Biologisen psykiatrian maailmanliiton hoitosuosittajien ja Britannian psykielääketutkijoiden asiantuntijapaneelijäsenten sekä Teksasin poikien yhdessä tai erikseen kirjoittamaa artikkelia.

2.23. Virtuaalisilla laskelmilla onnenpillerit edullisiksi

Sairauksien vakavuutta on ryhdytty arvioimaan ekonomistisesti oletuin, näennäisin kustannuksin ja nimenomaan siltä kannalta, että paljonko tuotantoa menetetään. Laskentatapa lähtee olettamuksesta, että jos masentuneet eivät makaisi ”laiskoina” sairaalomilla tai työkyvyttömyyseläkkeillä, he olisivat tuottamassa kansantuloa palkkatyössä tai yrittäjinä. Ihmisen todellinen hyvinvointi on kevyttä kamaa silloin, kun ryhdytään olemaan huolissaan siitä, että kliinisesti vakavasti masentunut ihminen ei tuota lisäarvoa tai ole tarpeeksi tuottava. Idea lienee alun perin kaiketi kotoisin uusliberalistisen ideologian *Maailmanpankista*, joka on arvioinut masennuksen olevan vuonna 2020 tärkein kustannuksia aiheuttava sairaus. Myös YK:n alainen *Maailman terveysjärjestö WHO* on lähtenyt mukaan talouslaskemattalkoisiin ja arvioinut, että ns. aivosairaudet aiheuttavat noin 35 % sairausrasituksesta Euroopassa. Organisaatiot käyttävät mittarina yleensä DALY⁷³:ä, joka on suoraviivaisen vulgaariekonomistinen, eikä se ota ollenkaan huomioon todellista elämää ja kansantalouden dynamiikkaa. Mittari on määrällinen, ja siinä annetaan ihmisen hengelle ja terveydelle joku hintalappu. Pankin terveysmittaria arvosteltiin jo 1990-luvulla, mutta silti myös WHO on hyväksynyt sen. DALY:n käyttäminen arviointimenetelmänä on aivan tarkoituksellisesti harhaanjohtavaa, koska siinä käytetään vain yksinkertaista talouden mittaria eli ihmisiä tuotannon tekijänä, eikä ihmisten terveyttä tai elämän laatua.

Uusliberalistinen ja virtuaalinen terveystaloustiede on viimeisin villitys siinä lobbauksessa, jota käydään aivo- ja geenitutkimuksen sekä keskus-

⁷³DALY = disability-adjusted life year, siinä lasketaan ennenaikaisten kuolemien vammautumisien ja sairastumisien hinta.

Samassa *CNS Spectrumsin* "asiantuntijapaneelisuplementissa" arvioitiin farmafiman piikkiin lääkeshoidon tehoa hyväksi tai ainakin riittäväksi ja unelmoittiin geneettisesti räätälöidyistä antidepressiiveistä, kehoitettiin koikeilemaan myös atyyppisia antipsykootteja depression hoidossa ja kehoitettiin STAR*D:n lääkitysprotokollaa.

Ulla Leskelän ja kollegoiden tutkimuksista Vantaan aineistosta käy ilmi, että toiveikkuus ja sosiaalinen tuki edistävät toipumista. Tutkimusryhmän julkaisusta selviää, että masentuneet ovat keskimäärin vähemmän koulutettuja ja liki neljä kertaa useammin työttömiä kuin alueen vertailuväestö keskimäärin.

Vantaan aineistoon pohjautuvassa *Mikael Holman* väitöskirjassa vuodelta 2010 kehoitetaan jatkamaan lääkkeiden syöttämistä pidempään, vaikka koko tutkimuksessa ei ole edes tutkittu pillereiden vaikutusta toipumiseen. *Holma* oli saanut tukea väitöstutkimustaan varten lääketeollisuudelta, *Lundbeckiltä* ja *Pfizeriltä*. Sen sijaan *Holman* väitöskirjasta käy ilmi masentuneiden surkea toipuminen "tavanomaisella hoidolla" (=lääkitys), vaikka väitöskirjan tiedotteessa kovasti toistettiin, että masennuksesta toipuu: "Vakavan masennuksen pitkäaikaisennuste on luultua valoisampi." Aineistosta käy kuitenkin ilmi, että vain vajaa puolet masennuspotilaista toipui kokonaan viiden vuoden seurannan aikana (oli toipumisasteessa viiden vuoden tarkastelupisteessä). Potilaista 71% oli masentunut uudestaan ainakin kerran vuosien aikana. Ensimmäisen episodin aikana liki 90 % potilaista sai masennuslääkkeitä, joista noin 60% SSRI-lääkkeitä. Liki puolet käytti viiden vuoden tutkimuspisteessä lääkitystä. 15 % oli päätenyt sairaalahoitoon ja saman verran oli yrittänyt itsemurhaa. Toipuminen ensimmäisestä episodista oli kestänyt keskimäärin 11 kuukautta.

Kauanko potilaat olivat oikeasti käyttäneet lääkitystä ja kuinka moni masentui lääkityksestä huolimatta, sitä ei tutkimusaineistossa kerrota. Olettavasti tulos ei olisi kovin myönteinen lääkityksen käytölle. *Melartinin* väitöstutkimuksestahan käy ilmi, että siitä ensimmäisestä episodista parantuminen on todennäköisempää ilman lääkkeitä tai riittämättömällä lääkityksellä. *Holman* aineiston mukaan viiden vuoden tarkastelussa 88,4 % toipui jossain vaiheessa täysin (kriteerinä vähintään kahden kuukauden oireettomuus). 29,3 % ei masentunut uudelleen, 30 % masentui kerran uudelleen

4. HOITOTULOKSET OVAT HEIKKOJA, MUTTA USKO ON VAHVA

12,9 % kaksi kertaa ja 14,3 % kolme kertaa; osa ehti masentua kuusikin kertaa viiden vuoden aikana. Masennuksen vaikeusaste ja monihäiriöisyys ennakoi uudelleen masentumista. Potilasaines oli hyvin lievästi masentunut, noin 60 % oli vain lievästi tai keskivaikeasti masentunut. Tästä huolimatta vain noin 30% loppujen lopuksi toipui viiden vuoden tarkastelussa. Lievästi ja keskivaikeasti masentuneista toipui vain 38,8 % ja vaikeasti tai psykoottisesti masentuneista vain 4,5 %, vaikka masennuslääketutkimuksia on nimenomaan pitänyt tehdä oikeasti vakavasti masentuneilla, ja nimenomaan heihin vaikutusta pitäisi olla. Lievempien tapausten pitäisi hoitua itseksensäkin.

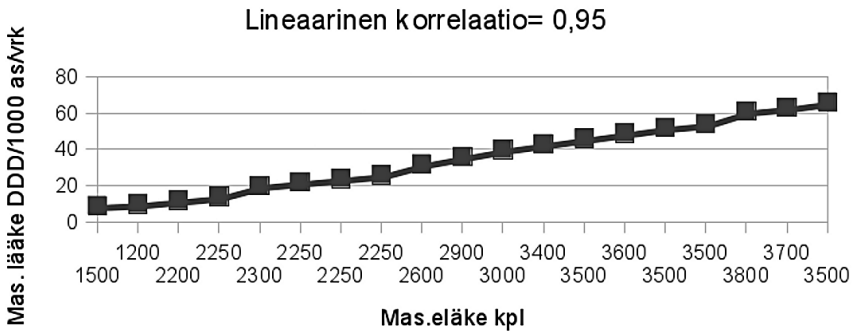
Irina Holma yhdessä *Mikael Holman*, *Tarja Melartinin* ja *Erkki Isometsän* kanssa on tutkinut ylläpitohoitoa. Aineiston 86:lla potilaalla olisi hyvien hoito-ohjeiden eli Käypä hoidon perustella aiheutta pidempiaikaiseen lääkkeen syömiseen, koska heillä oli ollut yli kolme masennusepisodia. Heistä 57 %:lla oli ylläpitohoito, ja sen käyttämistä ennusti muiden psykiatristen häiriöiden, erityisesti ahdistuneisuuden samanaikaisuus ja myönteinen suhtautuminen lääkkeisiin ja niihin akuuttivaiheessa tottuminen. Tutkimuksessa ei selvitetty sitä, auttaako ylläpitohoito, vaan vain sitä noudatetaanko hoitosuosituksia.

Vantaa tutkimuksista käy ilmi sekin, että viiden vuoden aikana 20% psykiatrisen erikoissairaanhoidon depressiopotilaista jää työkyvyttömyyseläkkeelle. Keskeisiä riskitekijöitä eläkkeelle jäämiselle olivat seurannan alussa heikko toimintakyky, persoonallisuustekijät (introversio eli sisään-päin kääntyneisyys) sekä korkeampi ikä (yli 50 v).

Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksella vuonna 2010 tehty pro gradu -tutkielma masennuslääkityksen yhteydestä toipumiseen ei täytä tieteellisen tutkimuksen kriteerejä, mutta sisältää mielenkiintoista aineistoa oikeiden masennuspotilaiden tilanteesta. Aineiston mukaan psykoterapiassa käyneistä Pohjois-Savon ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirien sekä Jorvin/HUS masentuneista selvästi parhaiten kahden vuoden seurannassa toipuivat ne, jotka eivät syöneet masennuslääkitystä, heistä toipui 86 %, kun lyhytkestoisella lääkityksellä (alle 10 kk) toipui 72 % ja pitkää lääkitystä (aina 2 vuotta) nauttineista toipui vain 59 % ylipäätään, mutta koska heistä 28 % ehti masentua uudelleen kahden vuoden aikana, niin lopulta kahden

4. HOITOTULOKSET OVAT HEIKKOJA, MUTTA USKO ON VAHVA

lineaarinen korrelaatio. Vaikka masennuslääkkeitä käytetään monen muun diagnoosin hoitoon, niin masennuksen osalta kaikki eläkkeelle pyrkivät ovat lääkitystä käyttäneet. Masennuseläköitymisen ja lääkkeiden kutuksen välisen lineaarisen korrelaation laskeminen on hieman hupimielessä ja biologisen psykiatrian poikien menetelmien mukaisesti tehty, mutta se antaa viitteitä siitä, ettei lääkkeiden syöttäminen ole ainakaan estänyt eläköitymistä.



KUVIO 1. Lääkkeiden kulutus vuorokausiannoksina (DDD/1000/ as/vrk) ja yksityisen sektorin masennuseläköityminen⁸⁷

Viitehintajärjestelmä toi mukanaan noin 8 miljoonan euron säästöt vuonna 2008 masennuslääkkeiden ja muiden keskushermostolääkkeiden ryhmässä. Vuonna 2009 lääkitystä sai 421 405, keskimääräinen hinta 118 euroa ja kokonaishinta noin 50 miljoonaa euroa. Turhien ja tehottomien SSRI- ja SNRI-lääkkeiden syöttäminen on voinut maksaa viimeisen 30 vuoden aikana jopa miljardi euroa.

On vaikeaa kuvitella, että jalkansa katkaisseelle potilaalle sanottaisiin, että otapas tuosta sopivia keskushermostolääkkeitä, jotka lievittävä oireita ja koita nyt vaan nilkuttaa, kyllä se siitä, kun uskot vaan. Hoitaja vielä vaakuuttelee, että kyllä se tehoaa, kun vaan jaksat kärsivällisesti odottaa ja onkos sinulla muuten vatsa toiminut tänä aamuna. Katsotaan sitten taas parin viikon tai kuukauden päästä miten se jalka voi. Tämän tapaisesti voidaan

⁸⁷ DDD/1000 as/vrk = vuorokausiannos tuhatta asukasta kohden.

Masennusta on pidetty kansansairautena, koska niin moni päättyy masennuslääkkeelle. Samaan aikaan on kerrottu, että meillä on tehokas hoito depression, ne onnellisuuspillerit eli masennuksen täsmälääkkeet. Nykyisen tiedon valossa pikemminkin vaikuttaa siltä, että mielialalääkkeiksi kutsuttujen keskushermostolääkkeiden nauttiminen lisää masennuksen uusiutumista. Lääkkeet ovat osoittautuneet lähinnä lumevaikutteisiksi.

Miten näin pääsi käymään? Miten on mahdollista, että masennuslääkkeet on hyväksytty myytäviksi ja niitä pidetään edelleenkin ”hyvänä hoitona”?

Aivojen vuosikymmenen, 1990-luvun vanavedessä psykiatriasta tuli biologista, jolloin mielenhäiriöt alettiin luokitella aivosairauksiksi. Takana oli sekä uuskonservatiivinen ideologia että lääketeollisuuden rahat ja strategiat. Farmafirmat alkoivat voimallisesti rahoittaa ns. näyttöön perustuvia hoito-ohjeita, koska uudet, serotoniinitasoa aivoissa nostavat SSRI-lääkkeet oli julistettu masennuksen syiden hoitajiksi, vaikka väitteiden takana oleva ns. monoamiinihypoteesi on tieteellisesti väärä. Lääketeollisuus on vaikuttanut diagnoosien laadintaan, hoito-ohjeisiin, tutkimuksien sisältöihin ja niiden julkaisemiseen tai julkaisematta jättämiseen sekä lääkäreihin ja potilaisiin koulutuksen, yhteistyön ja viestinnän kautta.

On saatu aikaiseksi yhä enemmän lääkittäviä, yhä enemmän masennuslääkkeitä, yhä enemmän depression vuoksi sairauslomalla olevia... ja lääkeyhtiöissä kassakoneet ovat laulaneet.

Tiesitkö, ettei masennus johdu aivokemian epätasapainosta tai serotoniinivajauksesta?

Tiesitkö, ettei depressiolääkkeiden kaksoissokkotutkimuksissa edes selvitetä toipuvatko potilaat, vaan vain jonkinlaista lääkevastetta?

Tähän päättyy selailukappale.

Kirjaa voi tilata kustantajan nettisivuston kautta tai suoraan sähköpostin tilaukset@nomerta.net välityksellä hintaan 27,50 € (sis. alv + postituskulut).

ISBN 978-952-7018-02-6
www.nomerta.net