

Niina Markkula ja Jaana Suvisaari

Masennushäiriöiden esiintyvyys, riskitekijät ja ennuste

Masennushäiriöt ovat maailmanlaajuisesti merkittävä kansanterveydellinen ongelma. Suomessa niiden esiintyvyyttä, pitkäaikaisennustetta ja riskitekijöitä on tutkittu Terveys 2000- ja Terveys 2011 -tutkimusaineistoissa. Yhdellä kymmenestä suomalaisesta aikuisesta oli masennushäiriö vuonna 2011, ja vuoteen 2000 verrattuna erityisesti naisten masennushäiriöiden esiintyvyys oli lisääntynyt. Uusien masennusjaksojen riskitekijöitä ovat muun muassa naissukupuoli, nuori ikä, lapsuuden vastoinkäymiset ja lievät masennusoireet. Suomalaisaineistossa kolme neljästä masentuneesta oli toipunut yhdentoista vuoden seurannassa, ja häiriön pitkittymisen riski oli suurempi yksineläjillä sekä niillä, joilla oli vakavampia masennusoireita. Masennushäiriöihin liittyy kaksinkertainen kuolemanriski, joka selittyy vain osittain fyysisillä sairauksilla ja terveyskäyttäytymisellä. Masennuksen ehkäisyyn ja masennusjaksojen hyvään hoitoon on kiinnitettävä entistä enemmän huomiota.

Masennushäiriöt – masennustila ja pitkäkestoinen masennus eli dystymia – ovat tavallisia, yksilölle suurta kärsimystä tuottavia ja kansanterveyden kannalta keskeisiä sairauksia. Maailman tautitietäessä masennustila on toiseksi merkittävin sairaana elettyjen elinvuosien (years lived with disability, YLD) aiheuttaja alaselkävun jälkeen (1). Yhdessä masennustila ja dystymia aiheuttavat 9,4 % sairaana eletyistä elinvuosista.

Suomessa masennushäiriöiden esiintyvyyden muutoksia, pitkäaikaisennustetta ja riskitekijöitä on tutkittu suomalaista aikuisväestöä edustavissa Terveys 2000- ja Terveys 2011 -tutkimusaineistoissa ([TIETOLAATIKKO](#)). Katsauksessa sanaa ”masennus” käytetään kuvaamaan masennushäiriöitä, joka käsittää terminä sekä masennustilan (major depressive episode) että pitkäkestoisen masennuksen (dystymia). Keskitämme aikuisväestön masennukseen, jonka oireista käytämme sanaa masennusoireet.



Kuva: iStock

TIETOLAATIKKO. Terveys 2000- ja 2011 -tutkimukset.

Terveys 2000 oli Suomen aikuisväestöä edustava laaja väestötutkimus. Tutkimukseen kutsuttiin 8 028 vähintään 30-vuotiasta henkilöä, joista 7 415 (92 %) osallistui johonkin tutkimuksen osaan ja 6 005 (75 %) strukturoituun mielenterveyshaastatteluun (Composite International Diagnostic Interview, CIDI). Lisäksi osallistujien fyysisestä terveydestä, terveyskäyttäytymisestä, työ- ja muista olosuhteista sekä kokemuksista kerättiin paljon tietoa kotona tehdyssä haastattelussa ja laajassa terveystarkastuksessa sekä kyselylomakkeiden avulla.

Terveys 2011 oli Terveys 2000:n seurantatutkimus, johon kutsuttiin vuoden 2000 otoksen lisäksi uusi nuorten aikuisten satunnaisotos. Näin Terveys 2011 edustaa Suomen väestöä myös poikittaistutkimuksena. Otokseen kuuluvista 7 885 vähintään 30-vuotiaasta 5 806 (74 %) osallistui johonkin tutkimuksen vaiheeseen ja 4 371 (55 %) mielenterveyshaastatteluun. Vähentynyttä osallistumisaktiivisuutta korjattiin kahdella menetelmällä, painokertoimilla ja moni-imputoinnilla, käyttämällä hyväksi rekisteripohjaisia tietoja sairaalahoidoista.

Tutkimuksista vastasi Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) yhdessä muiden terveysalan organisaatioiden ja laajan asiantuntijaverkoston kanssa.

10,4 %:iin (3). **TAULUKKON 1** on koottu tutkimuksia masennustilan vuotuisesta esiintyvyydestä (2,3,4). Dystymian tai pitkäaikaisen masennushäiriön esiintyvyys on eri tutkimuksissa ollut noin 1–2 % (5).

Tanskalaisessa rekisteritutkimuksessa arvioitiin, että 9 %:lla miehistä ja 16 %:lla naisista on elinaikanaan psykiatrisen erikoissairaanhoidon hoitokontakti masennuksen vuoksi, ja lievemmistä muodoista kärsivien tai ilman hoitoa jäävien joukko on luultavasti paljon suurempi (6).

Lisääntynyt tietoisuus masennuksesta ja erilaiset epäsuorat indikaattorit, kuten lisääntynyt masennuslääkkeiden käyttö, ovat johtaneet käsitykseen, että masennushäiriöt ovat yleistyneet. Kansainvälisten väestötutkimusten ja katsojen perusteella masennuksen esiintyvyys maailmassa on kuitenkin pysynyt suunnilleen samana viime vuosikymmenet (7).

Psykiatrisessa epidemiologiassa tärkeä seikka on osallistujakadon huomioiminen väestöaineistoissa – psykiatrisista häiriöistä kärsivät osallistuvat väestötutkimuksiin muuta väestöä harvemmin. Tämän valikoitumisharhan vaikutus esiintyvyyсарvioihin voidaan korjata erilaisin menetelmin, kuten painokertoimilla tai moni-imputoinnilla, joista jälkimmäinen on toteutukseltaan monimutkaisempi mutta tehokkaampi (**INTERNETTIELÄITIKKO**). Tehokas osallistujakadon huomioiminen on käytännössä mahdollista vain, jos katoon kuuluvien mielenterveydestä on saatavissa pätevää tietoa esimerkiksi kansallisista terveysrekistereistä. Kansainvälisissä väestötutkimuksissa on lähinnä käytetty sosiodemografisia taustatietoja huomioivia painokertoimia.

Maailmanlaajuinen esiintyvyys

Masennustilan vuotuinen esiintyvyys maailmassa on noin 5 % (2). Esiintyvyydessä ei ole suuria eroja tulotasoltaan köyhien tai rikkaiden maiden välillä, mutta muutoin alueellinen vaihtelu on huomattavaa (3). Maailman terveysjärjestö WHO:n mielenterveystutkimuksessa, jossa käytettiin samoja menetelmiä useissa maissa, esiintyvyys vaihteli Japanin 2,2 %:sta Brasilian

TAULUKKO 1. Masennustilan vuotuinen esiintyvyys.

| Viite | Tutkimusmenetelmä | Käytetty instrumentti | Masennustilan ¹ vuotuinen esiintyvyys |
|-------|--|---|---|
| (4) | Systemaattinen katsaus eurooppalaisista tutkimuksista, jota täydennetty asiantuntija-arvioilla | 25 väestötutkimusta | 5,7 % pelkkien tutkimusten perusteella, 6,9 % korjattuna asiantuntija-arvioilla |
| (3) | WHO:n World Mental Health Surveys, mukana 18 maan edustava väestöotos | WHO-CIDI | Keskiarvo 5,5 % kehittyneissä ja 5,9 % kehittyvissä maissa; vaihtelu Japanin 2,2 %:sta Brasilian 10,4 %:iin |
| (2) | Systemaattinen katsaus ja meta-analyysi | 116 tutkimusta, joissa vaihtelevat menetelmät | Piste-esiintyvyys (point prevalence) 4,7 % |

¹MDD (major depressive disorder) tai MDE (major depressive episode)

Esiintyvyys Suomessa

Masennuksen esiintyvyyttä Suomessa on mitattu useissa kansallisissa väestötutkimuksissa. Vuosina 1978–80 toteutetussa Mini-Suomi-tutkimuksessa neuroottisen masennuksen vuotuinen esiintyvyys oli 4,6 % (8). Terveys 2000-tutkimuksessa masennustilan vuotuinen esiintyvyys oli 5,9 %, dystymian 3,8 % ja kumman tahansa masennushäiriön 7,3 % (9).

Terveys 2011 -tutkimuksessa todettiin 7,4 %:n väestöstä kärsineen masennustilasta kahdentoista viime kuukauden aikana. Dystymiaa oli potenu 4,5 % ja kumpaa tahansa häiriötä 9,6 % 30-vuotiaista tai sitä vanhemmista (9). Masennustilan esiintyvyyden lisääntyminen oli tilastollisesti merkitsevä naisilla mutta ei miehillä.

Ilman moni-imputointia pelkillä painoker-toimilla laskettu masennushäiriöiden vuotui-

nen esiintyvyys oli pienempi, 6,8 %, ja pelkän masennustilan esiintyvyys 5,4 %. Ero selittyy kadon valikoivuudella: 61 % henkilöistä, joilla oli jossain elämänvaiheessa ollut hoitajakso masennuksen vuoksi, ei osallistunut Terveys 2011:n mielenterveyshaastatteluun. Tätä valikoitumisharhaa korjattiin moni-imputoinnilla, jossa käytettiin hyväksi tietoja sairaalahoidoista (**INTERNETTIELÄÄNTIETOLAAKTIKKO**). Painokertoimilla korjatut esiintyvyyksiluvut taas ovat lähellä kansainvälisissä tutkimuksissa havaittuja keskiarvoja, joista valtaosaa ei ole korjattu moni-imputoinnilla. Masennuksen esiintyvyys Suomessa ei siten luultavasti ole suurempi kuin muissa länsimaissa.

Terveys 2000- ja 2011 -aineistot eivät suoraan vastaa kysymykseen siitä, miksi masennushäiriöt ovat Suomessa yleistyneet, mutta mahdollisia syitä ovat muutokset masennuksen riskitekijöissä ja niiden yleisyydessä (**TAULUKKO 2**).

TAULUKKO 2. Masennushäiriöiden epidemiologiaa Suomessa: Terveys 2000- ja 2011 -väestötutkimusten päätuloksia.

| Masennushäiriöiden esiintyvyys viimeksi kuluneen vuoden aikana (Terveys 2011) | (%) | 95 %:n luottamusväli |
|--|-----------------------------|----------------------|
| Masennustila, koko väestö | 7,4 | 5,7–9,0 |
| Miehet | 4,4 | 2,1–7,0 |
| Naiset | 10,0 | 8,2–11,8 |
| Dystymia, koko väestö | 4,5 | 3,1–5,9 |
| Miehet | 4,7 | 2,4–7,0 |
| Naiset | 4,3 | 3,0–5,7 |
| Uusien masennushäiriöiden riskitekijät | Kerroinsuhde (OR), vakioitu | 95 %:n luottamusväli |
| Ikä (per ikävuosi) | 0,97 | 0,95–0,99 |
| Naissukupuoli | 1,46 | 1,01–2,12 |
| Vähintään kolme lapsuuden vastoinikäymistä | 1,76 | 1,10–2,83 |
| Hyvä kyky tuntea luottamusta (vs heikko tai keskitasoinen) | 0,58 | 0,36–0,96 |
| Ahdistushäiriö | 2,75 | 1,36–5,56 |
| Masennusoireet (BDI 9–18 pistettä) | 1,65 | 1,04–2,61 |
| Masennusoireet (BDI vähintään 19 pistettä) | 2,49 | 1,20–5,17 |
| Ennuste 11 vuoden seurannan jälkeen | % | |
| Masennustila vuonna 2000, edelleen masennushäiriö | 20,9 | |
| Dystymia vuonna 2000, edelleen masennushäiriö | 27,0 | |
| Masennustila vuonna 2000, edelleen jokin masennus-, ahdistus- tai alkoholihäiriö | 33,8 | |
| Dystymia vuonna 2000, edelleen jokin masennus-, ahdistus- tai alkoholihäiriö | 42,6 | |
| Kuolleisuus kahdeksan vuoden seurannassa | Riskisuhde (HR), vakioitu | 95 %:n luottamusväli |
| Masennushäiriöt | 1,97 | 1,15–3,39 |

BDI = Beckin masennustesti

Riskitekijät

Masennushäiriöt ovat monitekijäisiä, ja niin geneettiset kuin ympäristötekijätkin vaikuttavat yksilön sairastumisriskiin. Iän myötä ympäristötekijöiden merkitys suurenee ja geneettisten tekijöiden pienenee (10). Masennuksessa perimän eli geneettisen vaihtelun selitysosuus (periytyvyys) väestötason vaihtelusta on 37 % (11). Se on huomattavasti pienempi kuin esimerkiksi skitsofrenian tai kaksisuuntaisen mielialahäiriön, joissa perimän osuus on 65–80 %. Masennushäiriöiden etiologiassa erilaisilla ympäristötekijöillä on siis keskeisempi merkitys kuin perinnöllisellä alttiudella.

Masennushäiriöiden riskitekijöitä tutkittaessa on keskeistä ymmärtää, että näiden tekijöiden suhde masennukseen ei ole yksinkertaisen lineaarinen, vaan riskitekijöiden välillä on monimutkaisia keskinäisiä suhteita. Esimerkiksi varhain kehityksessä koettu stressi vaikuttaa henkilön stressinsäätelyjärjestelmään, minkä seurauksena henkilö masentuu herkemmin kohdatessaan vaikeuksia myöhemmin elämässään (12). Näiden monimutkaisten yhteyksien mallintaminen väestötutkimuksissa ei yleensä ole mahdollista, vaan niitä on selvitetty esimerkiksi kaksostutkimusten avulla. Riskitekijöiden merkitys voi myös muuttua elämänkaaren eri vaiheissa. **TAULUKKO 3** havainnollistaa masennuksen riskitekijöitä elämänkaaren eri vaiheissa (13,14). Se ei ole kattava esitys masennuksen riskitekijöistä, ja eri ikäkausiin sijoitettuja riskitekijöitä voi esiintyä muulloinkin.

Masennushäiriöt ovat yleisempiä naisilla ja nuoremmilla ikäryhmissä (15). Parisuhteen puuttuminen ja alhainen sosioekonominen asema lisäävät masennushäiriöiden riskiä väestötutkimuksissa (15). Kaikissa tapauksissa syyssuhde ei kuitenkaan ole selvä. Jotkin tekijät voivat lisätä masennuksen puhkeamisen riskiä, toiset voivat pitkittää sen kestoja, ja joskus syyssuhde voi olla päinvastainenkin. Masennuksella voi olla kielteisiä seurauksia esimerkiksi opinnoissa ja työelämässä sekä parisuhteessa ja vanhemmuudessa (15). Tämän vuoksi paras

Monet lapsuusajan tekijät liittyvät suurempaan riskiin sairastua masennukseen myöhemmin elämässä.

asetelma masennuksen riskitekijöiden tutkimiseen on pitkittäistutkimus, jossa syyssuhteita voidaan päätellä luotettavammin kuin poikittaistutkimuksissa.

Sukupuoli. Masennus on yleisempää naisilla kuin miehillä. Suomessa masennushäiriöiden vuotuinen esiintyvyys vuonna 2011 oli naisilla 12,2 % ja miehillä 6,7 % (9). Tämä johtuu siitä, että naisilla masennuksen ilmaantuvuus on suurempi, vaikka masennuksen ennusteesta ei olekaan eroa sukupuolten välillä (16). Suurimmillaan ero ilmaantuvuudessa sukupuolten välillä on 20-vuo-

tiaana, minkä jälkeen ero pienenee, eikä naisten ja miesten sairastumisriskissä ole suurta eroa 40. ikävuoden jälkeen (6).

Kaksostutkimusten perusteella tehdyssä mallinnuksessa naisilla persoonallisuustekijät sekä varhaiset ja lähimenneisyydessä koetut ihmissuhdeongelmat ovat keskeisiä riskitekijöitä masennuksen puhkeamiselle. Miehillä masennuksen riskitekijöinä korostuvat työhön, talouteen tai juridisiin asioihin liittyvät elämäntapahtumat, aiempi masennus sekä eksternalisoiva (ulkoistava) psyykinen oireilu, kuten aggressiivisuus tai päihteiden käyttö (17).

Biologiset syyt, kuten hormonaaliset muutokset, voivat myös selittää sukupuolten välistä eroa masennuksen esiintyvyydessä. Estrogeeni saattaa lisätä masennuksen riskiä hermoston kasvutekijöiden ja serotonergisen järjestelmän kautta (18). Tutkimustulokset ovat kuitenkin osittain ristiriitaisia. Esimerkiksi varhainen menarke on yhdistetty nuoruusiän masennusoireisiin, kun taas pidempi hedelmällinen aika kokonaisuudessaan suojaa vaihdevuosisien jälkeiseltä masennukselta.

On myös esitetty, että jotkin kyselylomakkeissa korostuvat oireet, kuten itkuisuus ja seksuaalisen halukkuuden väheneminen, ovat tavallisempia naisilla kuin miehillä (19).

Ikä. Masennuksen esiintyvyys ja ilmaantuvuus pienenevät iän myötä (15,16). Sekä pohjoismainen rekisteritutkimus että laaja meta-analyysi osoittavat ilmaantuvuuden pienenevän 20. ikävuoden jälkeen ja suurenevan taas 75. ikävuoden jälkeen (6,20). Terveys 2011 -tut-

kimuksessa masennushäiriöiden esiintyvyys viimeksi kuluneen vuoden aikana oli 12,5 % 30–44-vuotiailla ja 8,0 % yli 75-vuotiailla (9).

On mahdollista, että jotkin elämäntilanteeseen liittyvät stressitekijät tai masennukselle altistavat persoonallisuuden piirteet muuttuvat iän myötä, mikä vähentää häiriön puhkeamisen riskiä. Yleisesti väestötutkimuksissa käytetyt masennusmittarit eivät kuitenkaan ole välttämättä soveltuvia masennuksen mittaamisen iäkkäiltä ja voivat aliarvioida esiintyvyyttä tässä ikäryhmässä (21). Lisäksi vanhempien ikäryhmien osallistuminen väestötutkimuksiin voi olla muuta väestöä vähäisempää ja valikoituneempaa (9).

Sosioekonominen asema. Masennuksen esiintyvyys on keskimäärin 1,8-kertainen alimassa sosioekonomisessa luokassa ylimpään verrattuna (22). Suomessa on havaittu vastaavan suuruinen vanhempien koulutustasoon liittyvä ero nuorten vakavien masennusoireiden esiintyvyydessä (23). Masennuksen ilmaantuvuudessa ero kuitenkin kutistuu 1,2-kertaiseksi. Suomessa työikäisen väestön keskuudessa alimmassa tuloluokassa masennuksen esiintyvyys on suurempi kuin ylemmissä tuloluokissa (24). Terveys 2011 -tutkimuksessa matalampi koulutustaso liittyi suurempaan dystymian mutta ei masennustilan esiintyvyyteen (9). Sen sijaan pitkittäisessä tarkastelussa kumpikaan sosioekonomisen aseman mittari, tulotaso tai koulutus, ei ennustanut riskiä sairastua masennukseen 41–77-vuotiaana (25).

Masennuksen ja heikon sosioekonomisen aseman yhteyteen vaikuttanevat sekä valikoituminen että kausaalisuus. Valikoituminen tarkoittaa sitä, että masennusta sairastavien henkilöiden sosioekonominen asema heikkenee tai ei kohene yhtä paljon kuin terveiden henkilöiden. Kausaalisuusteorian mukaan heikko sosioekonominen asema on suora masennuksen kehittymisen riskitekijä. Lisäksi on otettava huomioon yhteys lapsuuden ja aikuisiän sosioekonomisen aseman välillä, sillä mahdollinen masennuksen riskin lisääntyminen voi johtua molemmista.

Siviilisäätty. Masennus on yleisempää henkilöillä, jotka eivät ole parisuhteessa (15). Suomessa parisuhteen puuttuminen yhdistyi ajankohtaiseen masennukseen ja ennusti ma-

TAULUKKO 3. Masennuksen riskitekijöitä elämänkaaren eri vaiheissa (13,14).

| Lapsuus |
|---------------------------------------|
| Geneettinen riski |
| Kylmä tai etäinen vanhemmuus |
| Vanhemman menetyt |
| Fyysinen kaltoinkohtelu |
| Koulukiusaaminen |
| Perheen taloudelliset vaikeudet |
| Nuoruus |
| Neuroottisuus |
| Huono itsetunto |
| Ulkoistava (eksternalisoiva) käytös |
| Varhain alkavat ahdistuneisuushäiriöt |
| Päihteiden käyttö |
| Aikuisikä |
| Vähäinen koulutus |
| Elinaikaiset traumat |
| Vähäinen sosiaalinen tuki |
| Viimeaikaiset elämäntapahtumat |
| Taloudelliset vaikeudet |
| Vanhuus |
| Fyysiset terveysongelmat |
| Toimintakyvyn heikkeneminen |
| Läheisen menetyt |
| Yksinäisyys |

sennuksen pitkittymistä mutta ei masennuksen ilmaantuvuutta (9,25,26). Mahdollisia välittäviä mekanismeja ovat vähentynyt sosiaalinen tuki ja yksinäisyys.

Muissa tutkimuksissa on havaittu myös, että mielenterveysongelmista kärsivät solmivat avoliittoja muita harvemmin ja eroavat parisuhteista useammin (27).

Lapsuusajan kielteiset kokemukset. Monet lapsuusajan tekijät, kuten pieni syntymäpaiko, vanhempien vähäinen koulutus ja vanhemman masennus tai muu mielenterveyden häiriö, liittyvät suurempaan riskiin sairastua masennukseen myöhemmin elämässä (17). Erityisesti kiusatuksi tuleminen tai fyysinen, psyykinen tai seksuaalinen kaltoinkohtelu ovat tunnettuja masennuksen riskitekijöitä (28).

Terveys 2011 -tutkimuksessa henkilöillä, joilla oli kolme tai useampia lapsuusajan kielteisiä kokemuksia (esimerkiksi vanhemman työttömyys tai sairaus, vanhempien avioero,

Ydinasiat

- ▶ Masennushäiriöiden vuotuinen esiintyvyys lisääntyi Suomessa vuodesta 2000 vuoteen 2011.
- ▶ Masennushäiriöiden ilmaantuvuus oli suurempaa naisilla sekä henkilöillä, joilla oli useampia lapsuuden kielteisiä kokemuksia, heikko sosiaalinen pääoma, ahdistushäiriö tai lieviä masennusoireita.
- ▶ Yhdentoista vuoden seurannan jälkeen kolmanneksella masentuneista oli edelleen jokin masennus-, ahdistus- tai alkoholihäiriö.
- ▶ Masennushäiriöistä kärsivien kuolleisuus on keskimäärin kaksinkertainen yleisväestöön verrattuna.

kiusatuksi tuleminen tai oma fyysinen sairaus) oli 1,8-kertainen riski sairastua myöhemmin masennushäiriöön verrattuna henkilöihin, joilla ei ollut kielteisiä lapsuusajan kokemuksia. Erityisesti dystymian riski oli suurentunut (25). Lapsuuden tapahtumiin liittyvä masennusriskin suureneminen voi välittyä esimerkiksi masennukselle altistavien persoonallisuuden piirteiden kehittymisen kautta, mikä selittäisi riskin säilymisen suurena pitkälle keski-ikään, kuten suomalaisaineistossa todettiin (29). Myös epigeneettiset säätelymekanismit ja niiden aiheuttama herkistyminen myöhempien elämäntapahtumien kielteisille vaikutuksille saattavat selittää lapsuusajan vaikeuksien pitkäkestoista vaikutusta masennusriskiin (30). Lapsiperheiden tukeminen ja esimerkiksi koulukiusaamisen vähentäminen ovat siten tärkeitä keinoja masennuksen vähentämiseksi.

Muut riskitekijät. Muita tekijöitä, jotka on liitetty suurempaan masennuksen riskiin joko suomalaisessa tai kansainvälisessä kirjallisuudessa ovat muun muassa vähäinen sosiaalinen pääoma (sosiaaliset suhteet ja niissä syntyvä luottamus ja vastavuoroisuus), krooniset somaattiset sairaudet ja vammat, ylipaino ja lihavuus, alkoholin käyttö ja alkoholihäiriöt sekä

kannabiksen käyttö ja tupakointi. Stressaavat elämäntapahtumat, kuten avioero tai taloudelliset vaikeudet, voivat toimia masennuksen laukeavana tekijänä eri elämänvaiheissa (13,14).

Masennuksen riskiä lisäävät myös muut psykiatriset sairaudet, erityisesti ahdistushäiriöt (16). Terveys 2011 -tutkimuksessa ahdistushäiriöistä kärsivillä oli lähes kolminkertainen riski sairastua masennukseen (25). Myös subkliiniset masennusoireet ennustavat selvästi myöhempää masennuksen puhkeamista, joskaan ei ole selvää, ovatko ne itsenäinen riskitekijä vai sairauden esiaste. Joka tapauksessa ne ovat seikka, johon tulee kiinnittää huomiota potilastyössä. Omahoito-ohjelmia on saatavilla esimerkiksi Mielenterveystalosta (mielenterveystalo.fi), ja mielialahäiriöiden ehkäisyyn on kehitetty erilaisia ryhmämuotoisia interventioita, joiden saatavuus vaihtelee alueittain.

Ennuste

Keskimäärin masennusjakso kestää 3–4 kuukautta. Jopa 15–20 %:lla potilaista on pitkittynyt tai krooninen taudinkuva (16). Viimeaikaisissa kansainvälisissä väestötutkimuksissa noin kolme neljäsosaa masentuneista on toipunut 2–7 vuoden seurannan aikana, kun taas kliinisissä potilasotoksissa noin puolet on toipunut samassa ajassa (31,32,33). Jos toipumisen määritelmänä käytetään diagnoosin sijaan oiremitaria, toipuneiden osuus on pienempi. Jännös-oireet, kuten kognitiiviset ongelmat, ovat tavallisia toipumisen jälkeenkin.

Dystymian kesto sen sijaan mitataan vuosissa, mutta sen ennusteesta on olemassa hyvin vähän tarkkaa tutkimustietoa (5,34). Eräässä tutkimuksessa toipumisajan mediaani oli 52 kuukautta (34).

Terveys 2011 -seurantatutkimuksessa 21 %:lla niistä, joilla oli masennustila tutkimuksen alussa, oli edelleen masennushäiriö ja yhteensä 34 %:lla jokin masennus-, ahdistus- tai alkoholihäiriö. Dystymian osalta vastaavat luvut olivat 27 % ja 43 % (26). Masennuksen pysyvyyttä ennustavia tekijöitä olivat häiriön vaikeus Beckin masennustestin perusteella ja parisuhteen puuttuminen.

Masennushäiriöt ja kuolleisuus

Rekisteritutkimusten perusteella arvioidaan, että 4–7 % masentuneista tekee itsemurhan (35). Masennus lisää kuitenkin myös tautikuolemien sekä tapaturmaisten kuolemien riskiä.

Tuoreet systemaattiset katsaukset arvioivat masennukseen liittyvän kuolemanriskin 1,5–1,9-kertaiseksi (20,36). Vaikka suurin osa kuolemista on tautikuolemia, on riski kuolla muuten kuin tauteihin (tapaturmat, itsemurhat ja henkirikokset) suhteellisesti suurin (36).

Suomalaisessa seurantatutkimuksessa masentuneiden kuolemanriski oli kaksinkertainen, kun mahdolliset muut kuolleisuutta lisäävät tekijät, kuten muut psyykkiset ja fyysiset sairaudet, tupakointi ja paino oli vakioitu (37).

Mahdollisia suuremman kuolemanriskin välittäviä mekanismeja ovat itsemurhien lisäksi muun muassa terveystyötyminen: suurempi muiden fyysisten sairauksien esiintyvyys, masennuslääkitys sekä vähäisempi terveyspalvelujen käyttö ja huonompi sitoutuminen lääkehoitoon (38). Lisäksi tietyt biologiset mekanismit, kuten neuroimmunijärjestelmän säätelyhäiriö, hypotalamus-aivolisäke-lisämunuaisakselin yliaktiivisuus tai sympaattisen järjestelmän säätelyhäiriö, voivat toimia joko välittävänä tai itsenäisinä reitteinä suurempaan kuolleisuuteen (39).

Lopuksi

Suomalaiset väestötutkimukset osoittavat, että masennushäiriöt ovat lisääntyvä ongelma. Vaikka suurin osa potilaista toipuu, häiriöillä on pitkäkestoisia seurauksia, kuten sairauden pitkitäminen, jäännösoireet ja kuolleisuuden lisääntyminen. Masennushäiriöiden taakka ei jakaudu väestössä tasaisesti, ja yksilön ominaisuudet ja elämäntapahtumat voivat lisätä masennuksen riskiä. Masennuksen ehkäisy on ensiarvoisen tärkeää tautitaakan vähentämisessä. Yhtä tärkeää on edistää fyysistä terveyttä sekä estää kielteiset seuraukset jo masennukseen sairastuneille muun muassa takaamalla heille pääsy asianmukaiseen masennuksen hoitoon. ■

NIINA MARKKULA, LT, tutkija, neuvonantaja
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, mielenterveysyksikkö
Terveysministeriö, mielenterveysosasto, Chile

JAANA SUVISAARI, LT, tutkimusprofessori, yksikönpäällikkö
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, mielenterveysyksikkö

SIDONNAISUUDET

Niina Markkula: Apuraha (Jalmari ja Rauha Ahokkaan säätiö, Psykiatrian tutkimussäätiö, Suomen lääketieteen säätiö, Matti ja Maija Vaskion säätiö), työsuhde (Chilen terveysministeriö), muu palkkio (Helsingin yliopisto, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (FRESHER -projekti))

Jaana Suvisaari: Ei sidonnaisuuksia

SUMMARY

Prevalence, risk factors and prognosis of depressive disorders

In Finland, one out of ten adults had a depressive disorder on 2011, and compared to year 2000, the prevalence increased especially in women. Risk factors for recurrent depressive episodes included female gender, young age, childhood adversities, and prior mild depressive symptoms. During follow-up, 75% of patients recovered, and the risk for prolonged depression was increased in those living alone or with severe symptoms. Depressive disorders are associated with a two-fold risk of death, which can only partly be explained by physical illness and negative health behavior.

KIRJALLISUUTTA

1. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015;386:743-800.
2. Ferrari AJ, Somerville A, Baxter AJ, ym. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychol Med* 2013;43:471-81.
3. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, ym. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med* 2011;9:90.
4. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, ym. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011; 21:655-79.
5. Charlson FJ, Ferrari AJ, Flaxman AD, Whiteford HA. The epidemiological modelling of dysthymia: application for the Global Burden of Disease Study 2010. *J Affect Disord* 2013;151:111-20.
6. Pedersen CB, Mors O, Bertelsen A, ym. A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders. *JAMA Psychiatry* 2014; 71:573-81.
7. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, ym. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Med* 2013;10:e1001547.
8. Lehtinen V, Joukamaa M, Lahtela K, ym. Prevalence of mental disorders among adults in Finland: basic results from the Mini Finland Health Survey. *Acta Psychiatr Scand* 1990;81:418-25.
9. Markkula N, Suvisaari J, Saarni SI, ym. Prevalence and correlates of major depressive disorder and dysthymia in an eleven-year follow-up - results from the Finnish Health 2011 Survey. *J Affect Disord* 2015;173:73-80.
10. Nivard MG, Dolan CV, Kendler KS, ym. Stability in symptoms of anxiety and depression as a function of genotype and environment: a longitudinal twin study from ages 3 to 63 years. *Psychol Med* 2015;45:1039-49.
11. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2000;157:1552-62.
12. Lehtola S, Tuulari J, Karlsson L, ym. Miten varhainen stressi vaikuttaa aivojen kehitykseen? *Duodecim* 2016;132:1345-51.
13. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *Am J Psychiatry* 2002;159:1133-45.
14. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. *Am J Psychiatry* 2006;163:115-24.
15. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health* 2013;34:119-38.
16. Eaton WW, Shao H, Nestadt G, ym. Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:513-20.
17. Kendler KS, Gardner CO. Sex differences in the pathways to major depression: a study of opposite-sex twin pairs. *Am J Psychiatry* 2014;171:426-35.
18. Borrow AP, Cameron NM. Estrogenic mediation of serotonergic and neurotrophic systems: implications for female mood disorders. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2014;54:13-25.
19. Salokangas RK, Vaahtera K, Pacriev S, ym. Gender differences in depressive symptoms. An artefact caused by measurement instruments? *J Affect Disord* 2002;68:215-20.
20. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, ym. The epidemiological modelling of major depressive disorder: application for the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS One* 2013;8:e69637.
21. O'Connor DW, Parslow RA. Differences in older people's responses to CIDI's depression screening and diagnostic questions may point to age-related bias. *J Affect Disord* 2010;125:361-4.
22. Lorant V, Deliège D, Eaton W, ym. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2003;157:98-112.
23. Torikka A, Kaltiala-Heino R, Rimpela A, ym. Self-reported depression is increasing among socio-economically disadvantaged adolescents - repeated cross-sectional surveys from Finland from 2000 to 2011. *BMC Public Health* 2014;14:408.
24. Pulkki-Råbäck L, Ahola K, Elovainio M, ym. Socio-economic position and mental disorders in a working-age Finnish population: the health 2000 study. *Eur J Public Health* 2012;22:327-32.
25. Markkula N, Marola N, Nieminen T, ym. Predictors of new-onset depressive disorders - results from the longitudinal Finnish Health 2011 study. *J Affect Disord* 2016;208:255-64.
26. Markkula N, Härkänen T, Nieminen T, ym. Prognosis of depressive disorders in the general population- results from the longitudinal Finnish Health 2011 study. *J Affect Disord* 2016;190:687-96.
27. Breslau J, Miller E, Jin R, ym. A multi-national study of mental disorders, marriage, and divorce. *Acta Psychiatr Scand* 2011;124:474-86.
28. Norman RE, Byambaa M, De R, ym. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2012;9:e1001349.
29. Hovens JGFM, Giltay EJ, van Hemert AM, Penninx BWJH. Childhood maltreatment and the course of depressive and anxiety disorders: the contribution of personality characteristics. *Depress Anxiety* 2016;33:27-34.
30. Sun H, Damez-Werno DM, Scobie KN, ym. ACF chromatin-remodeling complex mediates stress-induced depressive-like behavior. *Nat Med* 2015;21:1146-53.
31. Rhebergen D, Batelaan NM, de Graaf R, ym. The 7-year course of depression and anxiety in the general population. *Acta Psychiatr Scand* 2011;123:297-306.
32. Fuller-Thomson E, Battiston M, Gadalla TM, Brennenstuhl S. Bouncing back: remission from depression in a 12-year panel study of a representative Canadian community sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014;49:903-10.
33. Penninx BW, Nolen WA, Lamers F, ym. Two-year course of depressive and anxiety disorders: results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Affect Disord* 2011;133:76-85.
34. Klein DN, Shankman SA, Rose S. Ten-year prospective follow-up study of the naturalistic course of dysthymic disorder and double depression. *Am J Psychiatry* 2006;163:872-80.
35. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:1058-64.
36. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2015; 72:334-41.
37. Markkula N, Härkänen T, Perälä J, ym. Mortality in people with depressive, anxiety and alcohol use disorders in Finland. *Br J Psychiatry* 2012;200:143-9.
38. Fagiolini A, Goracci A. The effects of undertreated chronic medical illnesses in patients with severe mental disorders. *J Clin Psychiatry* 2009;70(Suppl 3):22-9.
39. Cuijpers P, Schoevers RA. Increased mortality in depressive disorders: a review. *Curr Psychiatry Rep* 2004;6:430-7.