Jonna Levola ja Mauri Aalto

Alkoholiongelmat ja masennus

Alkoholiongelmat ja masennustilat lisäävät väestön sairastavuutta, työkyvyttömyyttä ja kuolleisuutta sekä heikentävät elämänlaatua. Sen lisäksi että molemmat ovat merkittäviä ongelmia itsessään, ne esiintyvät usein samanaikaisesti. Samanaikaisesti esiintyessään alkoholiongelmat ja masennus usein vaikeuttavat toinen toisiaan ja heikentävät toistensa hoitotuloksia. Toisen seulonta onkin tärkeää, jos jompikumpi on todettu. Kokonaiskulutuksen lisäksi alkoholinkäyttötapojen terveysvaikutuksia on viime vuosina tutkittu yhä enemmän. Näyttääkin siltä, että kokonaiskulutuksen lisäksi myös runsas kertakulutus eli humalajuominen on yhteydessä somaattisten sairauksien ohella masennustiloihinkin. Masennustilojen ja alkoholiongelmien psykososiaalinen ja lääkehoito on tutkimustiedon valossa mahdollista ja tuloksellista. Masennusoireiden lievittymisen ja alkoholinkäytön vähenemisen lisäksi hoito parantaa elämänlaatua ja kohentaa toimintakykyä.

Alkoholi ja masennus lisäävät väestön sairastavuutta, kokonaiskuolleisuutta ja menetettyjä työvuosia sekä heikentävät elämänlaatua ja vaikuttavat laaja-alaisesti paitsi sairastuneiden henkilöiden myös heidän läheistensä elämään (1–5). Alkoholiongelmien, mukaan lukien riskikäytön, alkoholin haitallisen käytön ja alkoholiriippuvuuden, yleisyydeksi suomalaisväestössä on arvioitu 11 % ja viimeksi mainitun – alkoholiongelmien vakavimman muodon – yleisyydeksi 4,9 % (6). Masennustilojen yleisyys suomalaisväestössä on 6,5 %, ja niiden lievästä yleistymisestä on saatu viitteitä (7,8). Miesten alkoholiongelmat ovat yleisempiä (17 %) kuin naisten (5 %) (6). Naisten masennustilat taas ovat yleisempiä (8,3 %) kuin miesten (4,6 %) (7).

Alkoholiongelmat ja masennustilat esiintyvät huomattavan usein samanaikaisesti (9). Laajassa yhdysvaltalaisessa väestötutkimuksessa todettiin DSM-IV:n mukainen alkoholinkäyttöhäiriö 16 %:lla masennusta sairastavista henkilöistä (8,5 % yleisväestössä) ja masennus puolestaan 14 %:lla henkilöistä, joilla oli alkoholinkäyttöhäiriö (7,1 % yleisväestössä) (10). Alkoholia ongelmallisesti käyttävien riski sairastua masennukseen on suurempi kuin kohtuukäyttäjien (11). Masennusta sairastavilla ilmenee vakavampia alkoholiongelmia kuin masennusta sairastamattomilla (12). Samanaikaisesti esiintyessään alkoholiongelmat ja masennus usein vaikeuttavat toisiaan ja heikentävät toistensa hoitotuloksia (9). Toisen häiriön seulominen ja tunnistaminen onkin tärkeää, jos jompikumpi on todettu.

Alkoholinkäyttötapojen, esimerkiksi humalajuomisen, tiedetään vaikuttavan monien somaattisten sairauksien ja oireiden syntyyn (3). Käyttötapojen osuutta psyykkisten sairauksien kuten masennustilojen syntyyn on tutkittu vähemmän. Miesten humalajuominen on kokonaiskulutuksesta riippumatta yhdistetty suurentuneeseen masennusriskiin, mutta naisten osalta tulokset ovat olleet ristiriitaisempia (13,14).

Alkoholi

Alkoholinkäytön terveysvaikutusten tutkimista ja tutkimustiedon vertailua vaikeuttaa erilaisten alkoholinkäyttöön liittyvien termien ja määritelmien moninaisuus (15). Alkoholiongelmilla viitataan usein alkoholinkäyttöön, jonka yhteydessä terveysriskit ovat lisääntyneet (riskikäyttö), tai tilanteeseen, jolloin alkoholin haitallisen käytön tai alkoholiriippuvuuden (ICD-10) diagnostiset kriteerit täyttyvät (**TAULUKKO 1**).

Riskikäyttö on alkoholinkäyttöä määrinä, joiden tiedetään tutkimustietoon nojaten li-

TAULUKKO 1. Alkoholiongelman määrittely.

	Määritelmä	Kriteerit
Alkoholi-ongelmat	Juominen ylittää riskikäytön rajat tai jonkin diagnostisen kategorian kriteerit täyttyvät	Suomessa: Käypä hoito -suosituksessa määritetyt suuren riskin rajat tai ICD-10:n mukainen haitallinen käyttö tai riippuvuus
Riskikäyttö	Alkoholinkulutus, joka lisää alkoholin aiheuttamien terveys-haittojen riskiä	Naiset: 144–192 g viikossa TAI 48–60 g kerralla Miehet: 276–288 g viikossa TAI 72–84 g kerralla (Yksi alkoholiannos 12 g suomalaisten kriteerien mukaan)
Alkoholin haitallinen käyttö (ICD-10)	Alkoholinkäyttöön liittyy selvästi määriteltävissä olevia fyysisiä tai psyykkisiä haittoja mutta ei riippuvuutta	Selvä näyttö siitä, että alkoholi on aiheuttanut tai oleellisesti myötävaikuttanut ruumiillisen tai psyykkisen haitan (mukaan lukien heikentynyt arvostelukyky ja häiriintynyt käyttäytyminen, joka voi johtaa fyysiseen tai psyykkiseen kyvyttömyyteen tai haittaan). Haitan luonne on selvästi todettavissa ja määriteltävissä. Alkoholin haitallista käyttöä on kestänyt vähintään kuukauden ajan tai sitä on tapahtunut toistuvasti 12 kuukauden aikana. Häiriö ei täytä minkään muun alkoholiin liittyvän samaan aikaan esiintyvän mielenterveys- tai käyttäytymishäiriön kriteeriä (poikkeuksena äkillinen alkoholipäihtymys).
Alkoholi-riippuvuus (ICD-10)	Oireyhtymä, jonka tyypillisiä piirteitä ovat mm. juomisen pakonomaisuus, vieroitusoireet ja toleranssin lisääntyminen sekä juomisen jatkuminen haitoista huolimatta	Vähintään kolme seuraavista on todettu yhtäaikaisesti vähintään kuukauden ajan viimeksi kuluneen vuoden aikana: Voimakas halu tai pakonomainen tarve käyttää alkoholia Heikentynyt kyky kontrolloida aloittamista ja lopettamista sekä käyttöannoksia Vieroitusoireyhtymä aineen käytön vähentyessä tai lopetuksen yhteydessä Osoitus sietokyvyn (toleranssi) lisääntymisestä Keskittyminen alkoholinkäyttöön niin, että muut mielihyvän lähteet ja kiinnostuksen kohteet jäävät sivuun ja aika kuluu alkoholinkäyttöön ja sen vaikutuksista toipumiseen Alkoholin jatkuva käyttö haitoista huolimatta
Alkoholi-häiriö	Diagnoositasoiset alkoholinkäyttöön liittyvät tilat	Alkoholin haitallinen käyttö (ICD-10) Alkoholiriippuvuus (ICD-10) Alkoholin käyttöhäiriö (DSM-IV ja DSM-5)

säävän alkoholin aiheuttamien terveyshaittojen riskiä. Alkoholi lisää lukuisten eri sairauksien riskiä, mutta toistaiseksi ei tiedetä, miksi riski yhden osalta toteutuu ja toisen osalta ei. Riskikäyttöä tutkittaessa on pitkään arvioitu lähinnä alkoholin kokonaiskulutusta, jonka tiedetään olevan yhteydessä moniin pitkäaikaissairauksiin (16). Viime vuosina on kuitenkin tutkittu yhä enemmän myös alkoholinkäyttötapojen ja nimenomaan runsaan kertakulutuksen eli humalajuomisen merkitystä terveyshaittojen riskitekijänä (15,17).

Alkoholinkulutusta mitataan tavallisesti grammoina tai alkoholiannoksina. Alkoholiannoksien vertailua vaikeuttaa se, että alkoholiannos sisältää eri maissa huomattavankin erilaisen grammamäärän alkoholia. Suomalainen alkoholiannos sisältää noin 12 g absoluuttista alkoholia, kun esimerkiksi Itävallassa alkoholiannos on tästä vain puolet (6 g) ja Japanissa taas selvästi enemmän (lähes 20 g) (18).

Jos naisen viikoittainen alkoholinkulutus ylittää 144–192 g ja miehen 276–288 g, se katsotaan Käypä hoito -suosituksen mukaan suuren riskin rajat ylittäväksi juomiseksi (19). Humalajuominen voidaan määritellä useilla eri tavoilla (19,20). Sitä voidaan arvioida subjektiivisesti (ihmisen oma kokemus hu-

Ydinasiat

- Alkoholihäiriöt ja masennustilat ovat keskeisiä kansansairauksiamme, joiden tunnistaminen ja hoito koskettavat kaikkia terveydenhuollon osa-alueita.
- Nämä ongelmat esiintyvät usein samanaikaisesti ja muodostavat yhdessä hoidollisen haasteen.
- Alkoholiongelmat ja masennustilat heikentävät sairastuneen elämänlaatua sekä erikseen että samanaikaisesti esiintyessään.
- Samanaikainen hoito on mahdollista ja tärkeää, sillä sen myötä elämänlaatu kohenee ja toimintakyky paranee.

maltumisesta) tai objektiivisesti (käyttämällä alkoholimääriä tai veren alkoholipitoisuutta). Suomalaiset suuren riskin kertakulutusrajat ovat naisilla 48–60 g ja miehillä 72–84 g (19). Yhdysvaltalainen humalajuomisen määritelmä sisältää kahden tunnin aikamääreen, jonka kuluessa nautittu alkoholimäärä suurentaa veren alkoholipitoisuuden 0,8 promilleen. Tähän naiset tarvitsevat vähintään 48–56 g alkoholia, miehet 60–70 g (20).

Riskikäytön seulominen on tärkeää, sillä alkoholiongelmien yhteydessä on tavallista, että hoitoa haetaan johonkin alkoholinkäytön liitännäisoireeseen tai -sairauteen, kuten univaikeuksiin tai korkeaan verenpaineeseen. AUDIT- ja AUDIT-C-kyselyt seulovat hyvin yleisväestön ja monien erityisryhmien kuten masentuneiden riskikäyttöä (21,22). Kyselyt toimivat paremmin varhaisvaiheen alkoholiongelmien tunnistamisessa kuin esimerkiksi yleisesti käytetyt laboratoriotutkimukset glutamyylitransferaasin (GT) aktiivisuus veressä, desialotransferriinin (CDT) pitoisuus seerumissa tai punasolujen keskimääräinen tilavuus (MCV) (23).

Alkoholi aiheuttaa maailmassa vuosittain 3,3 miljoonaa kuolemaa ja liittyy yli 200 eri terveyshaittaan (3). Alkoholin aiheuttamat terveyshaitat voivat liittyä alkoholin akuutteihin käyttötilanteisiin tai pitkäaikaiseen käyttöön. Humalajuominen liittyy etenkin akuutteihin haittoihin, kuten onnettomuuksiin, itsemurhiin ja väkivaltaan (3). Humalajuomisella on kuitenkin yhteys myös pitkäaikaishaittoihin, kuten suurentuneeseen sydän- ja verisuonitautiriskiin sekä masennukseen (13,24). Alkoholihaitat eivät kuitenkaan koske vain yksilön terveyttä, vaan aiheuttavat myös sosioekonomisia ongelmia, kuten tulonmenetyksiä, työttömyyttä, perheongelmia, stigmatisoitumista ja asianmukaisen hoidon saamisen vaikeutumista (3).

Masennus

Masennus on yleinen mielenterveyden häiriö, joka näkyy alentuneena mielialana ja toimintakyvyn heikkenemisenä. Masennus aiheuttaa mittavaa kärsimystä ja lisää itseä vahingoittavan käytöksen sekä ennenaikaisen kuoleman riskiä (5,25).

ICD-10:n mukaan masennustilan diagnoosi edellyttää vähintään kahden viikon ajalta ainakin neljää kymmenestä mahdollisesta masennusoireesta (26). Masennuksen ydinoireista tulee täyttyä ainakin kahden (masentunut mieliala, kiinnostuksen menetys, poikkeava väsymys) ja lisäksi ainakin kahden muun mielialaoireen (unihäiriöt, keskittymisvaikeudet, ruokahalun muutokset, itsetuhoiset ajatukset tai teot, psykomotorinen hidastuminen tai kiihtyneisyys, heikentynyt itsetunto, korostuneet syyllisyyden tunteet). Masennus luokitellaan lieväksi, keskivaikeaksi ja vaikeaksi oireiden määrän mukaan.

Masennukseen liittyy yleisväestöön nähden suurentunut kuolleisuus, joka selittyy ennen kaikkea itsemurhilla (27). Masennus on yhteydessä heikentyneeseen elämänlaatuun, ja se on viiden yksilöllisesti ja yhteiskunnallisesti kuormittavimman sairauden joukossa maailmanlaajuisesti (5,28). Työkyvyttömyyttä aiheuttavat masennustilat ovat lisääntyneet jyrkästi 25 viime vuoden aikana, mutta viime vuosina tämä suuntaus on taittunut (25).

Eräs masennuksen piirteistä on sen uusiutumisriski, joka suurenee jokaisen sairastetun masennusjakson ja jäännösoireiden myötä (29). Kroonistuessaan masennus altistaa pysyvälle

työ- ja toimintakyvyn heikkenemiselle ja muun muassa sosiaalisen toiminnan, ihmissuhteiden ja osallisuuden vaikeutumiselle (25,30).

Alkoholi ja masennus

Alkoholihäiriöiden ja masennustilojen samanaikaisen esiintyminen voi teoreettisesti selittyä ainakin seuraavilla neljällä tavalla: yksi häiriö altistaa toiselle, häiriöillä on yhteiset riskitekijät, häiriöillä on erilliset mutta toisiinsa yhteydessä olevat riskitekijät tai kyseessä ovat saman häiriön eri ilmenemismuodot. Alkoholi voi suoraan aiheuttaa psyykkisiä oireita tai se voi pahentaa olemassa olevia oireita. Joissakin tapauksissa alkoholinkäytön taustalla voi olla pyrkimys lievittää psyykkistä kärsimystä (niin sanottu itselääkintähypoteesi). Alkoholiriippuvaisilla henkilöillä on usein masentunut mieliala ja ahdistusta, ja päihdehäiriöiden yhteydessä tavataan usein mielenterveyshäiriöitä, joista mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisimpiä (7,11,31).

Masennustilojen ja alkoholiongelmien välillä on hyvin toteen näytetty yhteys, joka ei selity vain sillä, että kaksi yleistä ilmiötä sattumalta esiintyvät samanaikaisesti (9,32). Kun masennustila esiintyy yhdessä alkoholiongelman kanssa, sen hoito on vaativampaa ja toipuminen voi vaikeutua (9). Nykytiedon valossa näyttää siltä, että alkoholiongelmat voisivat altistaa masennukselle sitä merkittävämmin, mitä vaikeammasta alkoholiongelmasta on kyse (11). Erotusdiagnostisesti masennustila määritellään itsenäiseksi (primaarinen masennus), jos oireet ovat alkaneet ennen päihteen ongelmakäyttöä tai jos ne jatkuvat päihteettömyyden jälkeen vähintään kuukauden ajan (33).

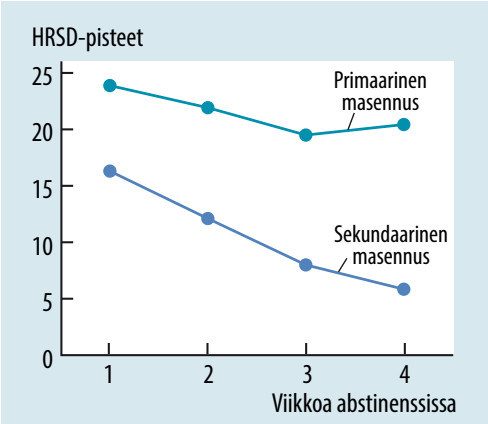
Syysuhteen arviointi on hoidon kannalta olennaista (32). Jos masennus on seurausta alkoholinkäytöstä (sekundaarinen masennus), oikea hoito olisi käytön lopettaminen tai vähentäminen, josta seuraisi masennusoireiden lievittyminen tai väistyminen. Toisaalta, jos alkoholia käytetään masennusoireiden hoitona (primaarinen masennus), pitäisi masennuksen asianmukaisesta hoidosta seurata alkoholinkäytön väheneminen. Jos kuitenkin molempien häiriöiden taustasyyt ovat yhteisiä, yhden häiriön hoito ei välttämättä vaikuta toiseen (32). Oli syysuhde mikä tahansa, on silti mahdollista, että häiriöt pahentavat toisiaan.

Elämänlaatu ja psykososiaalinen toimintakyky ovat alkoholiriippuvuuden yhteydessä merkittävästi heikentyneet verrattuna yleisväestöön ja moniin muihin pitkäaikaissairauksiin (2,31,34). Toimintakyvyn heikkeneminen liittyy suoraan alkoholiongelman vaikeuteen (35). Elämänlaatu on heikentynyt myös riskikäytön ja humalajuomisen yhteydessä (12,36). Psyykkinen sairastavuus muovaa elämänlaadun ja alkoholiriippuvuuden välistä yhteyttä (2,34). Psykososiaalisen toimintakyvyn osalta alkoholiriippuvaisilla on todettu vaikeuksia erityisesti ihmissuhteissa ja päivittäistoiminnoissa (37).

Myös masennusoireet heikentävät elämänlaatua merkittävästi – sitä vakavammin, mitä vaikeammista oireista on kyse (5,38). Elämänlaatu saattaa yhä olla heikentynyt, vaikka masennusoireet olisivat väistyneet, ja heikentynyt elämänlaatu voi edelleen myötävaikuttaa sairauden uusimiseen (5,39). Elämänlaatua on jopa ehdotettu pääasialliseksi masennustilojen hoidon tulosmittariksi (38). Useissa tutkimuksissa on todettu elämänlaadun heikkenevän edelleen, jos henkilöllä on samanaikainen masennus ja alkoholiongelma verrattuna niihin, joilla on vain toinen edellä mainituista (2,34,40). Alkoholiongelman ohella myös humalajuomisen tiheyden on todettu olevan yh-



Kuva: iStock



KUVA. Masennusoireiden muutos alkoholinkäytön loppumisen jälkeen (41).
HRSD = Hamilton Depression Rating Scale. 0–7 pistettä = ei masennusta, 8–15 pistettä = lievä masennus, yli 15 pistettä = vakava masennus.

teydessä masennusta sairastavien henkilöiden heikompaan elämänlaatuun (12).

Hoito

Tutkimusnäyttöön perustuvan alkoholiongelmien ja masennustilojen ehkäisyn toteuttaminen on tärkeää. Humalajuomisen ja alkoholin riskikäytön vähentäminen ehkäisee vaikeampien alkoholiongelmien ja masennustilojen syntyä (18,25).

Alkoholiongelmat ja masennustilat usein vaikeuttavat toinen toistaan ja saattavat heikentää toistensa hoitotuloksia (9). Alkoholiongelma tulee siis muistaa viimeistään siinä vaiheessa, kun masennuksesta toipuminen ei tunnu sujuvan odotetusti. Tärkeää olisi jo varhaisessa vaiheessa seuloa ja tunnistaa toinenkin häiriö, jos jompikumpi on todettu.

Kliinisessä työssä voi olla vaikeaa määrittää syitä ja seurauksia, kun potilas tulee vastaanotolle samanaikaisen alkoholiongelman ja masennusoireiden vuoksi. Näissä tilanteissa on suositeltavaa tukea alkoholinkäytön lopettamista tai vähentämistä riippumatta siitä, kumpi oli ensin (KUVA) (41). Tällöin masennusoireet lievittyvät ja on mahdollista arvioida, onko masennus itsenäinen häiriö vai seurausta alkoholin käytöstä. Erotusdiagnostisesti kuukauden jälkeen kliinisesti merkittävänä jatkuva, diagnostiset kriteerit täyttävä oirekuva viittaa itsenäiseen masennustilaan. Itsenäiseen masennustilaan viittaavat myös ennen runsasta alkoholinkäyttöä alkanut mielialaoireilu, oireilun pitkäkestoisuus tai vaikeus suhteessa käytettyihin määriin sekä mielialaoireilun esiintyminen raittiiden kausien aikana (19).

Kun masennusoireet altistavat retkahduksille ja retkahdukset syventävät masennusoireita, päädytään usein kierteeseen, jossa kokonaisuuden hoito on keskeistä. Alkoholiongelman ja masennuksen samanaikainen hoito on tutkimusten valossa tehokasta ja tarkoituksenmukaisempaa kuin hoitojen eriyttäminen tai jaksoittainen hoito, jossa edellytetään toisen häiriön hoitoa ensin (33). Alkoholiongelman ja masennustilojen hoidosta on laadittu Käypä hoito -suositukset, joissa on esitelty näyttöön perustuvia hoitomuotoja (TAULUKKO 2). Tämän hoitovalikon tulisi olla käytössä myös samanaikaisen alkoholiongelman ja masennustilan hoidossa.

Valitettavasti masennustilojen hoitotutkimuksissa rajataan usein päihdehäiriöt pois, jolloin tutkimustieto samanaikaisten häiriöiden hoidosta on ohuempaa kuin alkoholiongelman tai masennustilan hoidosta ilman oheishäiriöitä. On kuitenkin todettu, että kognitiivinen käyttäytymisterapia yksin tai yhdistettynä motivoivaan haastatteluun ilmeisesti vähentää samanaikaisen alkoholiongelman ja masennustilan hoidossa sekä masennusoireita että alkoholinkäyttöä (25). Mielialalääkitys näyttäisi tehoavan masennustilojen hoidossa samanaikaisesta alkoholiongelmasta huolimatta, ja mielialalääkityksen yhdistäminen opioidiantagonistilääkitykseen saattaa olla hyödyllistä (25).

Hoidolla voidaan vaikuttaa myönteisesti elämänlaatuun ja toimintakykyyn myös silloin, kun alkoholiongelma ja masennustila ilmenevät samanaikaisesti (2). Alkoholinkäytön lopettaminen tai vähentäminen kohentavat elämänlaatua mutta eivät aina ole tämän kohenemisen edellytys (2). Masennusoireiden lievittymisen ja alkoholinkäytön vähenemisen lisäksi on tärkeää arvioida hoidon hyötyjä laajemmin niin, että erityisesti toimintakyky ja elämänlaatu otetaan huomioon.

TAULUKKO 2. Masennustilojen ja alkoholiongelmien hoito Käypä hoito -suosituksia mukaillen.

	Vaikeusaste			
Masennustila	**Lievä**	**Keskivaikea**	**Vaikea**	**Psykoottinen**
Psykoterapia	+	+	(+)	–
Masennuslääkkeet	+	+	+	+
Psykoosilääkkeet	–	–	–	+
Sähköhoito	–	–	+	+
Alkoholiongelma	**Riskikäyttö**	**Humalajuominen**	**Alkoholin haitallinen käyttö**	**Alkoholi-riippuvuus**
Lyhytneuvonta	+	+	+	–
Motivoiva haastattelu	+	+	+	+
Psykoterapia	–	–	+	+
Anonyymit Alkoholistit (AA)[1]	–	–	–	+
Alkoholiriippuvuuslääkkeet	–	–	(+)[2]	+

[1]Ohjaaminen ryhmiin
[2]Alkoholin haitallinen käyttö ei ole virallinen käyttöaihe, mutta opioidiantagonistit voivat joskus tulla kyseeseen

Lopuksi

Alkoholihäiriöt ja masennus ovat keskeisiä kansansairauksiamme, joiden tunnistaminen ja hoito koskettavat kaikkia terveydenhuollon osa-alueita. Yhdessä esiintyessään ne muodostavat hoidollisen haasteen ja heikentävät sairastuneen elämänlaatua. Alkoholiongelmien ja masennustilojen samanaikainen hoito kannattaa, sillä hoidon myötä elämänlaatu kohenee ja toimintakyky paranee. ■

JONNA LEVOLA, LT, apulaisylilääkäri
HUS Psykiatria, Hyvinkään alue, HUS ja Helsingin yliopisto

MAURI AALTO, professori, ylilääkäri
Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta,
Tampereen yliopisto
Psykiatrian toiminta-alue,
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

SIDONNAISUUDET
Jonna Levola: Apuraha (Psykiatriyhdistyksen apuraha 2016), luento-/asiantuntijapalkkio (Lundbeck, Fioca Oy, Nordic Drugs)
Mauri Aalto: Luento-/asiantuntijapalkkio (Camurus, Indivior)

VASTUUTOIMITTAJA
Jaana Suvisaari

SUMMARY

Alcohol problems and depression

Alcohol problems and depression are central causes of mortality, morbidity and disability as well as impaired quality of life (QoL). Both conditions are common and they often occur together. As comorbid alcohol problems and depression can exacerbate one another, screening for one condition in the presence of the other is important. The role of alcohol use patterns as a risk factor for various conditions has been a focus of interest in recent research. It seems that in addition to the total volume of alcohol consumption, binge drinking is associated not only with the risk of somatic illnesses, but also with psychiatric conditions – such as depression. According to research findings, treatment of comorbid alcohol problems and depression is efficacious. In addition to alleviating depressive symptoms and reducing alcohol consumption, treatment is associated with improvements in quality of life and functioning.

KIRJALLISUUTTA

1. Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt 2017. Helsinki: Tilastokeskus 2018. http://tilastokeskus.fi/til/ksyyt/2016/index.html.
2. Levola J, Aalto M, Holopainen A, ym. Health-related quality of life in alcohol dependence: a systematic literature review with a specific focus on the role of depression and other psychopathology. Nord J Psychiatry 2014;68:369–84.
3. The global status report on alcohol and health 2014. Geneve: WHO 2014.
4. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, ym. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012;380:2163–96.
5. Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H, ym. Depression and quality of life: results of a follow-up study. Int J Soc Psychiatry 2002;48:189–99.
6. Halme JT, Seppä K, Alho H, ym. Hazardous drinking: prevalence and associations in the Finnish general population. Alcohol Clin Exp Res 2008;32:1615–22.
7. Pirkola SP, Isometsä E, Suvisaari J, ym. DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population – results from the Health 2000 Study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005;40:1–10.
8. Markkula N, Suvisaari J. Onko masennus lisääntynyt suomalaisessa aikuisväestössä? Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2018;55. https://doi.org/10.23990/sa.74420.
9. Sullivan LE, Fiellin DA, O'Connor PG. The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: a systematic review. Am J Med 2005;118:330–41.
10. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, ym. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry 2004;61:807–16.
11. Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE, ym. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Addict Behav 1998;23:893–907.
12. Levola J, Pitkänen T, Kampman O, ym. The association of alcohol use and quality of life in depressed and non-depressed individuals: a cross-sectional general population study. Qual Life Res 2018;2:1217–26.
13. Levola J, Holopainen A, Aalto M. Depression and heavy drinking occasions: a cross-sectional general population study. Addict Behav 2011;36:375–80.
14. Manninen L, Poikolainen K, Vartiainen E, ym. Heavy drinking occasions and depression. Alcohol Alcohol 2006;41:293–9.
15. Epstein EE, Labouvie E, McCrady BS, ym. Development and validity of drinking pattern classification: binge, episodic, sporadic, and steady drinkers in treatment for alcohol problems. Addict Behav 2004;29:1745–61.
16. Seppä K, Aalto M, Kiianmaa K. Alkoholin suurkuluttajasta riskikäyttäjäksi muuttuvatko neuvontarajat? Suom Lääkäril 2012;67:2543–46.
17. Laramée P, Leonard S, Buchanan-Hughes A, ym. Risk of all-cause mortality in alcohol-dependent individuals: a systematic literature review and meta-analysis. EBio Med 2015;2:1394–404.
18. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Rethinking drinking. National Institutes of Health. http://rethinkingdrinking.niaaa.nih.gov/How-much-is-too-much/what-counts-as-a-drink/whats-A-Standard-drink.aspx.
19. Alkoholiongelmaisen hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2018 [päivitetty 21.8.2019]. www.kaypahoito.fi.
20. Centers for Disease Control and Prevention. Alcohol and public health. Centers for Disease Control and Prevention 2016. www.cdc.gov/alcohol/faqs.htm.
21. Levola J, Aalto M. Screening for at-risk drinking in a population reporting symptoms of depression: a validation of the AUDIT, AUDIT-C, and AUDIT-3. Alcohol Clin Exp Res 2015;39:1186–92.
22. Reinert DF, Allen JP. The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. Alcohol Clin Exp Res 2007;31:185–99.
23. Miller PM, Anton RF. Biochemical alcohol screening in primary health care. Addict Behav 2004;29:1427–37.
24. Roerecke M, Rehm J. Alcohol consumption, drinking patterns, and ischemic heart disease: a narrative review of meta-analyses and a systematic review and meta-analysis of the impact of heavy drinking occasions on risk for moderate drinkers. BMC Med 2014;12:182.
25. Depressio. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2016 [päivitetty 6.7.2016]. www.kaypahoito.fi.
26. International statistical classification of diseases and related health problems. 10th revision (ICD-10) – WHO Version for 2016. Geneve: WHO 2016. http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F10-F19.
27. Cuijpers P, Vogelzangs N, Twisk J, ym. Differential mortality rates in major and subthreshold depression: meta-analysis of studies that measured both. Br J Psychiatry 2013;202:22–27.
28. The global burden of disease: 2004 update. Geneve: WHO 2008. www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf.
29. Kessing LV, Andersen PK. Evidence for clinical progression of unipolar and bipolar disorders. Acta Psychiatr Scand 2017;135:51–64.
30. Cabello M, Caballero FF, Chatterji S, ym. Risk factors for incidence and persistence of disability in chronic major depression and alcohol use disorders: longitudinal analyses of a population-based study. Health Qual Life Outcomes 2014;12:186.
31. Pitkänen T, Levola J, Tourunen J, ym. Aivotoiminnan häiriöiden yhteydessä yleisesti koetut psykososiaaliset vaikeudet. PARADISE24-kyselyn tutkimusperusta. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 143/2016.
32. Lynskey MT. The comorbidity of alcohol dependence and affective disorders: treatment implications. Drug Alcohol Depend 1998;52:201–9.
33. Aalto AM. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. Duodecim 2007;123:1293–8.
34. Donovan D, Mattson ME, Cisler RA, ym. Quality of life as an outcome measure in alcoholism treatment research. J Stud Alcohol Suppl 2005;15:119–39.
35. Dawson DA, Li TK, Chou SP, ym. Transitions in and out of alcohol use disorders: their associations with conditional changes in quality of life over a 3-year follow-up interval. Alcohol Alcohol 2009;44:84–92.
36. Daeppen JB, Faouzi M, Sanchez N, ym. Quality of life depends on the drinking pattern in alcohol-dependent patients. Alcohol Alcohol 2014;49:457–65.
37. Levola J, Kaskela T, Holopainen A, ym. Psychosocial difficulties in alcohol dependence: a systematic review of activity limitations and participation restrictions. Disabil Rehabil 2014;36:1227–39.
38. IsHak WW, Greenberg JM, Balayan K, ym. Quality of life: the ultimate outcome measure of interventions in major depressive disorder. Harv Rev Psychiatry 2011;19:229–39.
39. 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.
40. Foster JH, Powell JE, Marshall EJ, ym. Quality of life in alcohol-dependent subjects: a review. Qual Life Res 1999;8:255–61.
41. Brown SA, Inaba RK, Cillin JC, ym. Alcoholism and affective disorder: clinical course of depressive symptoms. Am J Psychiatry 1995;152:45–52.