

**ALKOHOLINKULUTUS JA MASENNUSOIREET MASENNUKSEN TAKIA
HOITON HAKEUTUVILLA ASIAKKAILLA**

Pro gradu- tutkielma
Johanna Väänänen
ohjaaja Outi Kalla
Jyväskylän yliopiston
Psykologian laitos
11.10.2007

TIIVISTELMÄ

Alkoholinkulutus ja masennusoireet masennuksen takia hoitoon hakeutuvilla asiakkaila

Tekijä: Johanna Väänänen

Ohjaaja: Outi Kalla

Psykologian pro gradu- tutkielma

Jyväskylän yliopisto, psykologian laitos

Lokakuu 2007

29 sivua, 7 sivua liitteitä

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää alkoholinkulutusta sekä sen yhteyttä masennusoireisiin masennuksen takia hoitoon hakeutuvilla asiakkaila. Masennus ja alkoholin runsas kulutus ovat Suomessa merkittäviä kansanterveydellisiä ongelmia, joiden samanaikainen ilmeneminen tuo haasteita yksilölle, lähipiirille, hoidon järjestämiselle sekä toipumiselle. Tutkimuksessa tarkasteltiin, kuluttavatko masentuneet paljon alkoholia, ovatko masennusoireet ja alkoholinkulutuksen taso yhteydessä toisiinsa ja vaikuttavatko taustamuuttajat kuten alkoholinkulutuksen taso, ikä, sukupuoli, työtilanne, perhemuoto ja parisuhdetyytyväisyys masennusoireiden ja alkoholinkulutuksen yhteyteen. Tutkimus on osa vuonna 2006 alkanutta Jyväskylän yliopiston Dialogiset ja narratiiviset prosessit masennuksen pariterapiassa (DINADEP) – pitkäaikaistutkimusta. Tutkimusaineisto koostui kolmesta sairaanhoitopiiristä vuoden 2006 aikana masennuksen takia hoitoon hakeutuvien asiakkaiden (n=45) tiedoista hoitoon hakeutumisen hetkellä. Masennusoireita mitattiin HDRS – kyselyllä sekä alkoholinkulutusta AUDIT - kyselyllä. Tulokset osoittivat, että 37,8 % tutkittavista oli alkoholin suurkuluttajia. Masentuneet miehet kuluttivat merkitsevästi enemmän alkoholia kuin naiset: miehistä suurkuluttajia oli 52,2 % ja naisista 22,7 %. Alkoholin suurkuluttajilla masennusoireet ja alkoholinkulutus olivat yhteydessä toisiinsa, kun taas muilla alkoholinkulutuksen tasoilla yhteyttä ei ilmennyt. Riskiryhmässä samanaikaisille alkoholiongelmille sekä masennukselle näyttäisivät olevan masentuneista alkoholin suurkuluttajista miehet, 30 - 39 -vuotiaiden ikäryhmä, työttömät ja ydinperheessä asuvat. Lisäksi suurkuluttajien puoliset olivat tyytymättömämpiä parisuhteeseensa kuin normaalikuluttajien puoliset. Tutkimuksen tulokset antavat viitteitä siitä, että masennuksen hoidossa tulisi kiinnittää erityisesti huomiota runsaasti alkoholia kuluttaviin asiakkaisiin sekä huomioida mahdolliset masennuksesta ja samanaikaisista alkoholiongelmista kärsivien riskiryhmät ja sairastuneen lähipiiri.

avainsanat: masennusoireet, alkoholinkulutus, suurkuluttajat, ikä, sukupuoli, työtilanne, perhemuoto, parisuhdetyytyväisyys, riskiryhmät

SISÄLTÖ

1.	JOHDANTO	1
1.1.	Masennus	2
1.2.	Masennuksen ja alkoholinkulutuksen yhteys.....	3
1.3.	Masennusoireiden ja alkoholinkulutuksen väliseen yhteyteen vaikuttavia tekijöitä.....	5
1.4.	Tutkimuksen pääkysymykset	7
2.	Tutkimuksen toteutus	8
2.1.	Tutkittavat	8
2.2.	Muuttujat.....	10
2.3.	Aineiston tilastollinen analysointi	11
3.	TULOKSET	12
3.1.	Masennusoireet ja alkoholinkulutus	12
3.2.	Masennusoireiden ja alkoholinkulutuksen yhteys.....	14
3.3.	Masennusoireiden ja alkoholinkulutuksen yhteyteen vaikuttavia tekijöitä	15
4.	POHDINTA	16
4.1.	Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset.....	19
4.2.	Tutkimuksen yhteenveto ja sovellettavuus	21
5.	LÄHTEET	24
6.	LIITTEET	30

1. JOHDANTO

Masennus ja runsas alkoholinkulutus ovat Suomessa merkittäviä kansanterveydellisiä ongelmia, joiden samanaikainen ilmeneminen tuo haasteita sekä yksilölle, lähipiirille, hoidon järjestämiselle että toipumiselle. Masennuksesta, alkoholiin liittyvistä ongelmista sekä niiden välisestä yhteydestä on raportoitu useita tutkimustuloksia viime vuosikymmenien ajalta. Masennuksen ja alkoholinkulutuksen on todettu useissa tutkimuksissa olevan yhteydessä toisiinsa (Haynes ym., 2005; Wang, & Patten, 2001a, 2001b). Yksimielisyyttä yhteyden suunnasta, voimakkuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä ei kuitenkaan ole saavutettu (Arch, Craske, Stein, Sherbourne, & Roy-Byrne, 2006; Rodgers ym., 2000a, 2000b; Wang, & El-Guebaly, 2004).

Masennusta koskevassa tutkimuksessa alkoholiongelmiin on todettu huonontavan masennuksen hoidon ennustetta ja lisäävän masennusoireiden ilmenemistä (Melartin 2005). Alkoholinkulutusta koskevat tutkimukset ovat keskittyneet kuvailemaan alkoholin riskikulutusta, ongelmakäyttöä sekä diagnosoitavia riippuvuutta ja alkoholismia, sekä niiden yhteyttä masennukseen. Yleisenä oletuksena alkoholitutkimuksissa on ollut, että korkea alkoholinkulutus lisää masennusoireita tai päinvastoin (Crum, Brown, Liang, & Eaton, 2001; Hartka ym., 1991; Rogers ym., 2000a, 2000b). Suurin osa masennuksen ja alkoholinkulutuksen yhteyttä koskevista tutkimuksista on pyrkinyt selvittämään ilmiöiden syy-seuraussuhteita pitkittäistutkimusten avulla (Alati, Lawlor, Najman, Williams, & O'Callaghan, 2005; Crum ym., 2001; Currie ym., 2005; Nolen-Hoeksema, Wong, Zucker, & Fitzgerald, 2006; Paschall, Freisthler, & Lipton, 2005; Schutte, Moos, & Brennan, 1995; Wang & Patten, 2001a, 2001b) Päätelemät masennuksen ja alkoholinkulutuksen syy-seuraus -suhteista ovat kuitenkin olleet ristiriitaisia. Ristiriitaisia tutkimustuloksia on pyritty selittämään muun muassa tutkimalla masennuksen ja alkoholinkulutuksen yhteyteen mahdollisesti vaikuttavia välittäviä tai muuntavia tekijöitä kuten sukupuolta, ikää ja siviilisäätystä Wang & El-Guebaly, 2004). Masennuksen ja alkoholinkulutuksen yhteyden tutkimus on korostanut myös ilmiöiden vuorovaikutuksellista luonnetta, minkä mukaan ongelmien syiden tarkastelussa, ylläpidossa ja hoidossa tulisi huomioida yksilön lähipiiri ja merkittävät ihmissuhteet (Gotlieb & Hammen 1992; Joiner & Coyne, 1999; Pitkänen, 2006)

Tämä tutkimus on osa vuonna 2006 alkanutta Jyväskylän yliopiston Dialogiset ja narratiiviset prosessit masennuksen pariterapiassa (DINADEP) - pitkittäistutkimusta, jossa seurataan kolmessa eri sairaanhoitopiirissä masennuksen takia hoitoon hakeutuvien pariskuntien

pariterapiaa vuoteen 2010 asti. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella alkumittauksessa kerättyjä tietoja koskien masennuksesta kärsivien asiakkaiden alkoholinkulutuksen tasoa ja sen yhteyttä masennusoireisiin.

1.1. Masennus

Masennus on länsimaiden yleisin hoitoa vaativa mielialahäiriö, joka aiheuttaa niin inhimillistä yksilö- ja yhteisötason kärsimystä kuin mittavia taloudellisia kustannuksia. (Isometsä, 1999) Masennus aiheuttaa yksilön toimintakyvyn ja elämänlaadun laskua, lähiympäristön kuormittumista sekä työkyvyttömyyden ja hoidon aiheuttamia kustannuksia yhteiskunnalle (Gotlieb & Hammen, 1992; Rytsälä 2006). Suomessa masennus on yleisin diagnosoitu mielialahäiriö (Isometsä, 1999). Arviolta joka viides suomalainen sairastuu elämänsä aikana kliinisesti merkittävään masennukseen (Melartin, 2005). Naisilla riski masennuksen sairastumiseen on suurempi kuin miehillä (Lindeman ym., 2000). Masennusjaksoista uusiutuu myöhemmin elämässä arviolta 75 – 85 % (Melartin 2005). Masennus- sanalla viitataan usein ohimenevään, alavireiseen tunnetilaan, joka käsitetään normaalin tunne-elämän reaktioksi menetyksen, pettymyksen ja elämänkriisien tilanteissa. Masentuneella mielialalla puolestaan tarkoitetaan pysyvämpää masentunutta tunnevirettä, joka yhdessä siihen liittyvien psykofyysisten oireiden kanssa muodostaa masennusoireyhtymän eli masennustilan käsitteen (Isometsä, 1999). Oirekuvaltaan vakavampia masennusoireyhtymiä (tautiluokitus ICD-10 F32 tai 33, 1999) eli vakavia masennustiloja kuvaavat masentunut mieliala tai mielihyvän ja kiinnostuksen menetys, uupumus, itsearvostuksen puute, lisääntyneet syyllisyyden tunteet, itsetuhoiset ajatukset ja käytös, keskittymisvaikeudet, painon muutokset, unihäiriöt, psykomotorinen hidastuminen tai kiihtyneisyys (Isometsä, 1999). Masennustilat jaetaan lievään, keskivaikeaan ja vaikea-asteiseen oireiden lukumäärän, laadun ja vaikeusasteen perusteella (Isometsä, 1999). Tässä tutkimuksessa tarkastellaan keskivaikeaa ja vaikeaa masennusta sairastavia asiakkaita.

Useimmat masennus-diagnoosin saaneista kärsivät myös muista samanaikaisista, komorbideista mielenterveyden häiriöistä (Melartin 2005; Pirkola ym., 2005; Vuorilehto, Melartin, & Isometsä, 2005) Arviot samanaikaisesta ahdistuneisuushäiriöstä kärsivistä vaihtelevat 23 - 50 % ja päihdehäiriöstä 6 - 27 % (Vuorilehto ym., 2005). Täydellinen toipuminen vakavasta masennustilasta vie arvioiden mukaan keskimäärin kahdeksan kuukautta (Melartin, 2005). Ongelmalliseksi toipumisessa on todettu pitkäkestoinen osittaisen toipumisen tila, jonka aikana mielialaoireilu jatkuu lievempänä (Melartin, 2005). Toipumista vaikeuttavat ja uusiutumista lisäävät masennuksen syvyys ja monihäiriöisyys (Melartin, 2005). Masennuksen hoitopalveluita Suomessa

onkin viime aikoina kritisoitu koskien palveluiden tehottomuutta, samanaikaisten häiriöiden hoidon laiminlyömistä ja siten uusiutumisriskin huomiotta jättämistä (Melartin, 2005). Yleinen esiintyminen yhdessä muiden mielenterveyden häiriöiden kanssa, vähäinen hoitopalveluihin hakeutuminen, toistuminen myöhemmin elämässä ja jatkuvaa seurantaa vaativa hoito tekevät masennuksesta yhden ongelmallisimmista ja mittavimmista mielenterveyden häiriöistä tuoden haasteita myös hoidon kehittämiseksi (Gotlieb & Hammen, 1992; Hämäläinen ym., 2004).

1.2. Masennuksen ja alkoholinkulutuksen yhteys

Alkoholiriippuvuus on masennuksen lisäksi yksi merkittävimmistä pitkäaikaisista sairauksista suomalaisten kansanterveyden kannalta (Heinäla, Lönnqvist, & Kuoppasalmi, 1999). Arviolta 22 % suomalaismiehistä ja 5 % suomalaisnaisista on alkoholin riskikuluttajia (Holmila, 1995). Alkoholijuomien kulutus on kasvanut Suomessa 2000-luvulla (Stakesin julkaisuja, 2003). Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen (2006) mukaan vuonna 2005 suomalaisten alkoholinkulutus oli länsimaiden mittapuussa korkea alkoholin kokonaiskulutuksen ollessa 10,5 litraa puhdasta alkoholia asukasta kohden. Korkea alkoholinkulutus näkyy myös alkoholin käytön aiheuttamissa sosiaalisissa ja terveydellisissä haitoissa (Stakesin julkaisuja, 2003). Alkoholinkulutuksen haitat kohdistuvat alkoholin kuluttajaan, hänen lähiympäristöönsä ja yhteiskunnan toimivuuteen yleensä. Alkoholinkäytön välittömien kustannuksien kokonaissumma Suomen valtiolle oli 990 miljoonaa euroa vuonna 2003 (Stakesin julkaisuja, 2003).

Masentuneilla on useissa tutkimuksissa todettu olevan samanaikaisia alkoholiongelmia (Melartin 2005; Vuorilehto ym., 2005). Arviolta neljännes masentuneista kärsii samanaikaisesta alkoholiriippuvuudesta tai alkoholin väärinkäytöstä (Melartin, 2005). Masentuneilla suomalaisilla miehillä alkoholin käyttöön liittyvät ongelmat sekä alkoholiriippuvuus ovat yleisempiä kuin naisilla: masentuneista suomalaismiehistä 57 %:lla on samanaikaisia alkoholinkäyttöongelmia ja 36 %:lla alkoholiriippuvuus-diagnoosi, kun taas masentuneista naisista 21 % kärsii samanaikaisista alkoholinkäyttöongelmista ja 13 % on diagnosoitu alkoholiriippuvaisiksi (Vuorilehto ym., 2005). Sekä masennuksesta että alkoholinkäytön ongelmista kärsivillä hoidon ennuste ja hoidosta hyötyminen ovat huonompia sekä terveydenhoitokustannukset suurempia verrattuna vain toisesta ongelmasta kärsiviin (Kuo, Gardner, Kendler, & Prescott, 2006; Rae ym., 2002). Masennuksen terapiahoito on aiemmin keskittynyt yksilöterapeuttisiin hoitomuotoihin, jotka on todettu useissa tutkimuksissa vaikuttaviksi, mutta masennuksen uusiutumisriski hoidon päätyttyä on ollut korkea (Whisman, 2001). Useista ongelmista kärsivien asiakkaiden pariterapia onkin todettu tehokkaaksi hoitokeinoksi monissa emotionaalisissa ja

käyttäytymisen ongelmissa kuten mielialahäiriöiden ja alkoholiriippuvuuden hoidossa (Whisman, Snyder, & Castellani, 2006).

Masennuksen ja alkoholinkulutuksen on todettu useissa tutkimuksissa olevan yhteydessä toisiinsa (Haynes ym., 2005; Wang, & Patten, 2001a, 2001b). Tutkimuksissa on esitetty useita teorioita masennuksen ja alkoholinkulutuksen syy-seuraus -suhteista sekä tutkittu ilmiöiden vaikutusta terapian tuloksellisuuteen (Brown, Evans, Miller, Burgess, & Mueller, 1997). Pitkittäistutkimusten tulokset koskien alkoholinkulutusta masennuksen riskitekijänä ovat olleet epäjohdonmukaisia (Haynes ym., 2005). Tutkimushypoteeseina on ollut, että masennus kohottaa alkoholiriippuvuuden riskiä, alkoholismi lisää vakavan masennustilan riskiä tai alkoholiriippuvuuden ja vakavan masennustilan aiheuttavat yhteiset, jaetut riskitekijät kuten alttius stressille (Kuo ym., 2006). Suuren alkoholinkulutuksen on todettu olevan yhteydessä lisääntyneisiin masennusoireisiin (Hartka ym. 1991; Haynes ym. 2005) mutta myös absolutisteilla on raportoitu lisääntyneitä masennusoireita pitkittäistutkimuksissa (Lipton, 1994). Raittiilla ja alkoholin riskikuluttajilla on siis todettu olevan selvin yhteys lisääntyneisiin masennusoireisiin verrattuna alkoholin kohtuukuluttajiin, mikä tarkoittaa epälineaarista suhdetta alkoholinkulutuksen ja masennusoireiden välillä aiemman oletetun lineaarisen suhteen sijaan (Rodgers ym., 2000a, 2000b). Riski alkoholiriippuvuuden kehittymiseen on havaittu olevan korkeampi henkilöillä, jotka ovat sairastaneet aiemman masennusjakson, joten myös masennusoireiden on havaittu lisäävän alkoholinkulutusta (Kuo ym. 2006). Tutkimuksissa on siis havaittu masennusoireiden olevan yhteydessä alkoholin kulutukseen ja päinvastoin, joten yksimielisyyttä ilmiöiden syy-seuraus -suhteiden suunnasta ei ole saavutettu.

Yhteyden vaikuttavana mekanismina on oletettu olevan muun muassa alkoholinkäytön motiivit positiivisten ja negatiivisten tunteiden säätelyksi (Cooper, Frone, Russell, & Mudar, 1995) sekä alkoholinkäyttö masennuksen tunteiden turruttamiseksi (Holahan, Holahan, Moos, & Cronkite, 2003; Holahan, Holahan, Moos, Cronkite, & Randall, 2004). Cooperin ym. (1995) mallin mukaan juomisen syynä voi olla positiivisten tunteiden korostaminen tai toimeen tuleminen negatiivisten tunteiden, esimerkiksi alakuloisuuden, kanssa. Holahan ym. (2004) mukaan masentuneilla, jotka käyttävät alkoholin juomista masennuksen tunteiden turruttamiseen, on muihin masentuneihin verrattuna suurempi riski alkoholiongelman syntymiseen. Toisaalta myös kohtuullisen alkoholinkulutuksen hyötyvaikutuksista terveyteen on raportoitu tutkimustuloksia (Paschall ym., 2005). Tulosten mukaan alkoholin kohtuukäyttäjillä on vähemmän masennusoireita verrattuna muihin alkoholinkulutuksen tasoihin (Paschall ym., 2005). Alkoholin kohtuukäytön on siten ajateltu toimivan mahdollisena suojatekijänä masennusoireille (Paschall ym. 2005).

Alkoholinkulutusta mittaavassa tutkimuksessa yleisenä ongelmana on ollut alkoholinkulutuksen ja siihen liittyvien ongelmien kuvaavien käsitteiden moninaisuus (Pitkänen, 2006). Useista alkoholinkulutusta ja sen liitännäisongelmia mittaavista menetelmistä huolimatta, ei ole olemassa yhtä yleisesti hyväksyttyä määritelmää ja menetelmää kuvaamaan alkoholinkulutusta (Pitkänen, 2006). Erilaiset määritelmät ja terminologia ovat tuottaneet toisistaan eriäviä tutkimustuloksia sekä epäyhteneviä kuvailevia tietoja alkoholinkulutuksesta (Pitkänen, 2006). Tässä tutkimuksessa kuvaillaan alkoholinkulutusta alkoholin käyttömääristä johdettujen luokkien avulla tutkimuksessa käytetyn AUDIT- testin pohjalta (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001).

Aiempaa tutkimusta kaikkien alkoholinkulutuksen tasojen yhteydestä masennusoireisiin on raportoitu vain muutamia tuloksia (Rodgers ym., 2000a, 2000b). Myös tasojen mahdollista epälineaarista yhteyttä masennusoireisiin tutkiva kirjallisuus on ollut vähäistä, mutta tarpeen aiemman tutkimuksen antamien suuntien mukaan. Ottamalla tutkimukseen mukaan alkoholinkulutuksen kaikki tasot kattaen niin raittiit, kohtuukäyttäjät, alkoholin riskikuluttajat ja haitalliset kuluttajat, pyrin tässä tutkimuksessa kuvaamaan kattavasti alkoholinkulutusta ilmiönä.

1.3. Masennusoireiden ja alkoholinkulutuksen väliseen yhteyteen vaikuttavia tekijöitä

Masennusoireiden ja alkoholinkulutuksen välisen yhteyden tutkimus on siis ollut mittavaa mutta ristiriitaista. Tätä ristiriitaa on pyritty selittämään tutkimalla yhteyteen mahdollisesti vaikuttavia tekijöitä kuten alkoholinkulutuksen eri tasojen, iän, sukupuolen, perhemuodon, työtilanteen ja parisuhdetyytyväisyyden merkitystä yhteydelle.

Alkoholinkulutuksen tutkimus on keskittynyt suurelta osin alkoholinkulutuksen toisen ääripään, suurkulutuksen tutkimukseen sekä suurkulutuksen kanssa ilmeneviin mielenterveyden ongelmiin (Rodgers ym., 2000a, 2000b). Tutkimustulokset alkoholin suurkulutuksen ja masennusoireiden yhteydestä ovat olleet samansuuntaisia: korkeat alkoholinkulutuksen tasot ovat yhteydessä korkeisiin masennusoireemääriin (Rodgers ym., 2000a, 2000b; Crum ym., 2001). Myös alkoholin kulutuksen toisen ääri-ilmiön, raittiuden on todettu olevan yhteydessä lisääntyneisiin masennusoireisiin (Rodgers ym., 2000a, 2000b). Entisten alkoholistien määrää raittiiden joukossa on tosin pidetty mahdollisena selittävänä tekijänä raittiuden ja masennusoireiden yhteyden selittäjänä (Paschall ym., 2005). Alkoholinkulutuksen alhaisten sekä korkeiden tasojen on siten uusimman tutkimuksen valossa todettu olevan yhteydessä toisiinsa (Rodgers ym., 2000a, 2000b). Yhteyttä on havaittu olevan myös muilla tasoilla, mutta tutkimustulokset ovat olleet ristiriitaisia

(Goldstein, Levitt, 2006; Hayenes ym., 2005). Täten aiemman tutkimuksen perusteella alkoholinkulutuksen ja masennusoireiden välinen yhteys on erilaista alkoholinkulutuksen eri tasoilla.

Sosiodemografisista muuttujista iän, sukupuolen sekä siviilisäädyn on todettu olevan yhteydessä masennuksen ja alkoholin suurkulutuksen samanaikaiseen ilmenemiseen (Wang & El-Guebaly, 2004). Tutkimuksen mukaan nuorilla (12–24 -vuotta), eronneilla ja leskillä masennus ja alkoholinkulutus ovat positiivisessa yhteydessä toisiinsa (Wang & El-Guebaly, 2004). Tutkimustulokset sukupuolen vaikutuksesta alkoholinkulutuksen ja masennusoireiden yhteyteen ovat olleet samansuuntaisia naisilla ja miehillä (Bjork, Dougherty, & Moeller, 1999; Caldwell ym., 2002; Crum ym., 2001). Naisilla jopa vähäinen alkoholin kulutus on todettu olevan yhteydessä lisääntyneisiin masennusoireisiin (Bjork ym., 1999). Toisaalta myös runsaan alkoholin käytön on todettu olevan naisilla yhteydessä lisääntyneisiin masennusoireisiin (Caldwell ym., 2002; Crum ym., 2001). Miehillä alhaisten ja korkeiden alkoholinkulutuksen tasojen on myös todettu olevan yhteydessä masennusoireisiin (Caldwell ym., 2002; Crum ym., 2001).

Masennuksesta, alkoholiongelmista ja niiden yhteydestä työttömyyteen on muutamia tutkimustuloksia (Gould, Grönlund, Korpiluoma, Nyman, & Tuominen, 2007; Hämäläinen ym., 2005; Rytsälä, 2006). Vuoden 2006 aikana Suomessa mielenterveyssyistä myönnettyissä eläkkeissä masennus oli kaikkein yleisin diagnoosi (Gould ym., 2007). Masennuksen syvyysasteen sekä alkoholiongelmiensa havaittu olevan yhteydessä toiminnallisen tason laskuun sekä työttömyyteen (Rytsälä, 2006). Samanaikaiset psykiatriset häiriöt kuten vakava-asteinen ja uusiutuva masennus, alkoholiongelmat sekä havaitun sosiaalisen tuen vähyys lisäävät Rytsälän (2006) mukaan pitkäaikaisen työttömyyden riskiä. Pitkäaikaisen työttömyyden on siten todettu olevan yhteydessä lisääntyneisiin masennusoireisiin ja korkeaan alkoholinkulutukseen (Hämäläinen ym., 2005). Pitkäaikaistyöttömillä toistuvan päihdehakuksen alkoholinkulutuksen on todettu lisäävän merkittävästi masennusjaksojen ilmenemistä (Hämäläinen ym., 2005). Riskiryhmässä lisääntyneille masennusoireille näyttäisivät siis olevan työttömät alkoholin suurkuluttajat (Hämäläinen ym., 2005).

Masennuksen interpersonaalisen, vuorovaikutteisen luonteen tutkimus on viime aikoina tuonut ymmärrystä masennuksen vaikutuksista läheisiin ihmissuhteisiin ja avannut mahdollisuuksia masennuksen hoidossa, joka huomio myös masentuneen läheiset (Gotlieb & Hammen, 1992; Joiner & Coyne, 1999). Tutkimus masennuksesta vuorovaikutuksessa ilmenevänä, ylläpidettävänä ja sitä kautta myös hoidettavana ilmiönä on painottanut parisuhteen ja masentuneen puolison merkitystä (Joiner & Coyne, 1999). Tutkimukset ovat keskittyneet parisuhteen eri puolien, erityisesti parisuhdetyytyväisyyden vaikutuksen tarkasteluun masennuksen ilmenemisessä (Gotlieb

& Hammen, 1992; Joiner & Coyne, 1999). Gotlieb ja Hammen (1992) havaitsivat asiakkaiden masennusjaksojen lisäävän tyytymättömyyttä parisuhteeseen ja vastavuoroisesti tyytymättömyyden lisäävän masennusjaksojen ilmenemistä. Negatiivisen kommunikoinnin on todettu olevan yleisempää parisuhteissa, joissa toinen puoliso kärsii masennuksesta (Whisman, 2001). Myös masentuneen puolison parisuhdetyytyväisyyden on todettu olevan yhteydessä masennukseen (Gotlieb & Hammen, 1992; Joiner & Coyne, 1999). Aiemmissä tutkimuksissa ei ole huomioitu samanaikaisen ongelmien, kuten alkoholin suurkulutuksen merkitystä masennuksen vuorovaikutteisessa ilmenemisessä, joten tutkin parisuhdetyytyväisyyden vaikutusta alkoholin kulutuksen ja masennuksen väliseen yhteyteen. Tarkastelen siten tässä tutkimuksessa, vaikuttavatko alkoholinkulutuksen eri tasot, ikä, sukupuoli, työtilanne, perhemuoto ja parisuhdetyytyväisyys masennusoireiden ja alkoholinkulutuksen yhteyteen.

1.4. Tutkimuksen pääkysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää vakavan masennustilan (F32 tai F33 tautiluokitus ICD-10, 1999) takia hoitoon hakeutuvien asiakkaiden alkoholinkulutusta sekä masennusoireiden ja alkoholinkulutuksen yhteyttä.

Tutkimuksella haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Kuluttavatko masentuneet paljon alkoholia?
2. Ovatko masennusoireet ja alkoholinkulutus yhteydessä toisiinsa?
3. Vaikuttavatko muut tekijät kuten alkoholinkulutuksen taso, ikä, sukupuoli, työtilanne, perhemuoto ja parisuhdetyytyväisyys alkoholinkulutuksen ja masennusoireiden yhteyteen?

2. Tutkimuksen toteutus

2.1. Tutkittavat

Aineiston keruu toteutettiin osana Jyväskylän yliopiston Psykologian laitoksen DINADEP-tutkimusprojektia. Tutkimusaineisto kerättiin tammikuun 2006 ja helmikuun 2007 välisenä aikana kolmessa eri sairaanhoitopiirissä, Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä Kuopiossa ja Siilinjärvellä (n=23), Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä Torniossa ja Kemissä (n=14) sekä HUS/Jorvin sairaalan psykiatrisella poliklinikalla Espoossa (n=8). Tutkittavat koostuivat kyseiseen kolmeen sairaanhoitopiiriin masennuksen takia hoitoon hakeutuvista asiakkaista, joilta pyydettiin vapaaehtoista suostumusta tutkimusprojektiin osallistumisesta. Sairaanhoitopiirien muodostamien tutkimuskeskusten tutkijat keräsivät aineiston kyselylomakkeilla sekä puolistrukturoidun haastattelurungon avulla. Tutkimuksen osallistumiskriteereinä olivat yhteydenotto tutkimuskeskukseen masennuksen takia, alle 65:den vuoden ikä, siviilisäätynä heteroseksuaalinen parisuhde, pääasiallinen masennus-diagnoosi (F32 tai F33 tautiluokitus ICD-10, 1999) sekä vähintään 14 pisteen summapistemäärä Hamilton Rating Scale (HDRS) – masennuskyselyssä (Hamilton 1960, 1967). Tutkittavien poissulkukriteereinä olivat aiemmat psykoottiset oireet, orgaaniset aivovauriot, itsetuhoinen käytös ja aiempi osallistuminen masennuksen pari- tai perheterapiaan kahden vuoden sisällä.

74 potilasta täytti tutkimuksen osallistumiskriteerit, joista 38 % (N=29) kieltäytyi, minkä jälkeen tutkittavien lukumääräksi jäi 45. Taulukkoon 1 on koottu tutkittavien taustatiedot. Tutkittavista oli naisia 22 (48,9 %) ja miehiä 23 (51,1 %). Tutkittavien ikä vaihteli 18:ta 61 vuoteen vastaajien keski-ään ollessa 40 ja keskihajonnan 10,90. Kieltäytyneet erosivat tilastollisesti merkitsevästi taustatiedoiltaan tutkittavista sukupuolen (U=454, $p < .01$), työtilanteen (U=340, $p < .01$). ja alle kouluikäisten lasten lukumäärän suhteen (U=343, $p < .05$). Suurin osa (79,3 %) kieltäytyjistä oli naisia. Osallistujissa oli vähemmän työelämässä tai työttömänä viimeisen kahden vuoden aikana olleita sekä koululaisia, ja enemmän sairauslomalla ja eläkkeellä olevia kuin kieltäytyjissä (U= 340, $p < .01$). Osallistujista 73,3 %:lla ei ollut alle kouluikäisiä lapsia ollenkaan, kun vastaava prosenttiluku kieltäytyjillä oli 35.

Taulukko 1. Tutkittavien (N=45) taustatietojen frekvenssit (f) ja prosentuaalinen osuus (%) sukupuolesta, ikäluokista, perhemuodosta, alle kouluikäisten lasten lukumäärästä ja työtilanteesta.

Taustatieto	f (45)	%
Sukupuoli		
Nainen	22	48,9
Mies	23	51,1
Ikä		
18 - 29	7	15,6
30 - 39	17	37,7
40 - 49	12	26,7
50 - 61	9	20,0
Perhemuoto		
Ydinperhe	35	77,8
Uusioperhe	10	22,2
Alle kouluikäisten lasten lukumäärä		
0	33	73,3
1	8	17,8
2 tai enemmän	4	8,9
Työtilanne		
Opiskelija	1	2,2
Työelämässä yli kaksi vuotta	21	46,7
Työttömänä yli kaksi vuotta	2	4,4
Sairaslomalla/kuntoutuksessa	20	44,4
Eläkkeellä	1	2,2

2.2. Muuttujat

Tutkimuksessa käytettiin Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) -kyselyä (Hamilton, 1960, 1967) mittaamaan masennusoireita, Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) -kyselyä (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001) mittaamaan alkoholinkulutusta ja muokattua Dyadic Adjustment Scale (DAS)- mittaria (Spanier, 1976; Busby, Christensen, Crane & Larson, 1995) mittaamaan parisuhdetyytyväisyyttä. Taustatietojen keruuseen käytettiin tutkimusprojektin (DINADEP) yleiskaavaketta.

Hamilton Depression Scale (HDRS)- kyselylomakkeesta on tässä tutkimuksessa käytetty yleisesti hyväksyttyä HDRS 17- versiota, joka koostuu 17:tä masennusta mittaavasta kysymyksestä (LIITE 1). Kysymyksistä saa pisteitä 0-4:ään oireiden vakavuusasteen mukaan, maksimipistemäärä kyselystä on 52. HDRS on yksi laajimmin käytetyistä masennusmittareista (Williams, 2001) ja se on todettu luotettavaksi masennusmittariksi useissa tutkimuksissa (Bagby, Ryder, Schuller, & Marshall, 2004; Williams, 2001). Tässä tutkimuksessa summapistemäärä 14 toimi normaalin ja masentuneen mielialan erottelevana pistemääränä. Pistemäärää 14 on käytetty niin kliinisisä kuin ei-kliinisisä tutkimusaineistossa erottelemaan diagnostisesti määriteltävissä olevaa masennustilaa (Bagby ym., 2004).

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)- kyselylomake (Barbor ym., 1992) koostuu 10:tä kysymyksestä, jotka mittaavat alkoholin kulutuksen kolmea eri osa-aluetta: alkoholinkulutusta (kysymykset 1-3), riippuvuutta (kysymykset 4-6) ja liitännäisongelmia (kysymykset 7-10) (LIITE 2). Kysymysten vastaukset on numeroitu 0-4:ään (0= ”en koskaan”, 4= ”päivittäin tai lähes päivittäin”), joista tutkittava valitsee itseään parhaiten kuvaavan vaihtoehdon. Maksimipistemäärä testissä on 40 pistettä. AUDIT- testin kolme ensimmäistä kysymystä mittaavat juomisen määrää, sitä kuinka usein ja kuinka paljon henkilö juo. Seuraavat kolme kysymystä antavat viitteitä alkoholiriippuvuudesta. Loput neljä kysymystä kuvastavat juomisen erilaisia haitallisia seurauksia kuten syyllisyyttä, muistinmenetyksiä, tapaturmia ja läheisten huolestumista. Testin tuloksia tarkastellaan yhtenä pistemääränä, joka saadaan vastausten tuottamien pisteiden yhteenlaskuna. Kokonaispistemäärät muodostavat neljä eri kategoriaa eli alkoholinkulutustasoa: ”raittiit” (pistemäärä=0), ”kohtuukäyttö” (naisilla pistemäärät 1-6, miehillä 1-7), ”riskialtis kulutus” (naisilla pistemäärät 7-12, miehillä 8-14) ja ”haitallinen kulutus” (naisilla pistemäärät 13- 40, miehillä 15- 40). Alkoholinkulutustasot voidaan yhdistää kahteen luokkaan: ”Alkoholin normaalikulutus”, johon kuuluvat sekä raittiit että kohtuukuluttajat (pistemäärät 0-7 naisilla sekä 0-8 miehillä) sekä ”Alkoholin suurkulutus”, joka koostuu riskikuluttajista ja haitallisista kuluttajista (pistemäärät 7-40 naisilla ja 8-40 miehillä). Summapistemäärää 7 naisille ja 8 miehille on siten

käytetty tutkimuksessa erottelemaan normaali- ja suurkulutus. Seurantatutkimuksissa on todettu, että jo tämä pistemäärä merkitsee alkoholin aiheuttamien haittojen lisääntymistä lähitulevaisuudessa, ellei juomatavoissa tapahdu muutoksia (Babor ym., 2001).

Parisuhdetyytyväisyyttä (konsensus, tyytyväisyys, koheesio ja onnellisuus) arvioitiin Spanierin (1976) Dyadic Adjustment Scale (DAS)- mittarista kehitetyllä parisuhdekyselyllä (LIITE 3). Mukana oli myös osioita The Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS) –mittarista (Busby, Christensen, Crane, & Larson, 1995). Pohjana käytettiin Spanierin (1976) DAS- mittaria, johon lisättiin alkoholin käyttöä koskeva kysymys, koska sitä pidettiin tärkeänä. Kysymys ”14. Lastenkasvatus” poistettiin kyselystä tarpeettomana (ks. LIITE 3, kohta 14). Tyytyväisyyttä ja koheesiota mitattiin kumpaakin neljällä kysymyksellä, jotka olivat Busbyn ym. (1995) RDAS-mittarista. Minimipistemäärä kaikissa kohdissa oli yksi ja maksimipistemäärä tyytyväisyysosiossa kuusi, ja koheesio-osiossa viisi. Lisäksi kysyttiin vielä yksi erillinen kysymys: ”Kuinka onnellisena pidätte suhdettanne kaiken kaikkiaan?” (1=erittäin onneton, 7=täydellinen). Lisätty kysymys löytyy ainoastaan Spanierin (1976) alkuperäisestä versiosta, ja se kuvaa parisuhteen onnellisuutta. Yhteensä tässä tutkimuksessa parisuhteen laatua mitattiin 24 kysymyksellä, ja maksimipistemäärä oli 135.

Muita taustatietoja eli ikää, sukupuolta, perhemuotoa ja työtilannetta, mitattiin DINADEP- terapiaprojektin yleiskaavakkeella. Kaavake koostuu kysymyksistä, koskien tutkittavan sosiodemografisia taustatietoja, taloudellista ja psyykkistä tilaa, aiempaa hoitohistoriaa sekä perhemuotoa ja puolisoa. Työtilanne-muuttujan luokat yhdistettiin aineiston tilastollista analysointia varten kahteen uuteen luokkaan ”Työelämässä” ja ”Työtön” alkuperäisten luokkien (ks. Taulukko 1) pienuuden takia. ”Työelämässä”-luokka (n=22) muodostettiin ”Opiskelijat” - ja ”Työelämässä yli kaksi vuotta”-luokista. ”Työtön”-luokka (n=23) muodostettiin ”Työtön yli kaksi vuotta”-, ”Sairaslomalla/kuntoutuksessa”- sekä ”Eläkkeellä”-luokista.

2.3. Aineiston tilastollinen analysointi

Aineiston tilastolliseen analysointiin käytettiin SPSS 14.0 for Windows – ohjelmaa. Analyysimenetelminä ovat parametrittomat, pienelle aineistolle (N<50) sopivat menetelmät aineiston koon (N=45) sekä jakaumien epänormaalisuuden takia. Muuttujien jakaumien normaalijakautuneisuutta tarkasteltiin Kolmogorov-Smirnoff- testin avulla. Muuttujamuunnokset eivät olleet tarpeellisia jakaumien lievän epänormaalisuuden takia. Ryhmien välinen vertailu tapahtui Mann Whitney U- testin ja χ^2 – testin avulla. Alkoholin kulutuksen ja masennusoireiden yhteyttä tarkasteltiin Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimella. Alkoholinkulutuksen ja

masennusoireiden mahdollista epälineaarista suhdetta analysoitiin dataan sovitettavan epälineaarisen regressiokäyrän avulla sekä tarkastelemalla jakaumien hajontakuviota. Aineistoon sovitettiin cubic- ja quadratic-malliset käyrät. Alkoholinkulutuksen tasojen, iän, sukupuolen, työtilanteen, perhemuodon ja parisuhdetyytyväisyyden vaikutusta masennusoireiden ja alkoholinkulutuksen yhteyteen tutkittiin korrelaatiokertoimen sekä osittaiskorrelaatiokertoimen avulla.

3. TULOKSET

3.1. Masennusoireet ja alkoholinkulutus

Masennusoireiden ja alkoholinkulutuksen keskiarvot (ka), keskihajonnat (kh) sekä vaihteluväli (vv) on esitetty taulukossa 2. Tunnusluvut on esitetty erikseen naisille ja miehille. Tutkittavat olivat keskivaikeasti tai vaikeasti masentuneita HDRS- masennuskyselyn keskiarvon ollessa 18,10 pistettä. Naisten ja miesten välillä ei ollut eroja masennusoireissa.

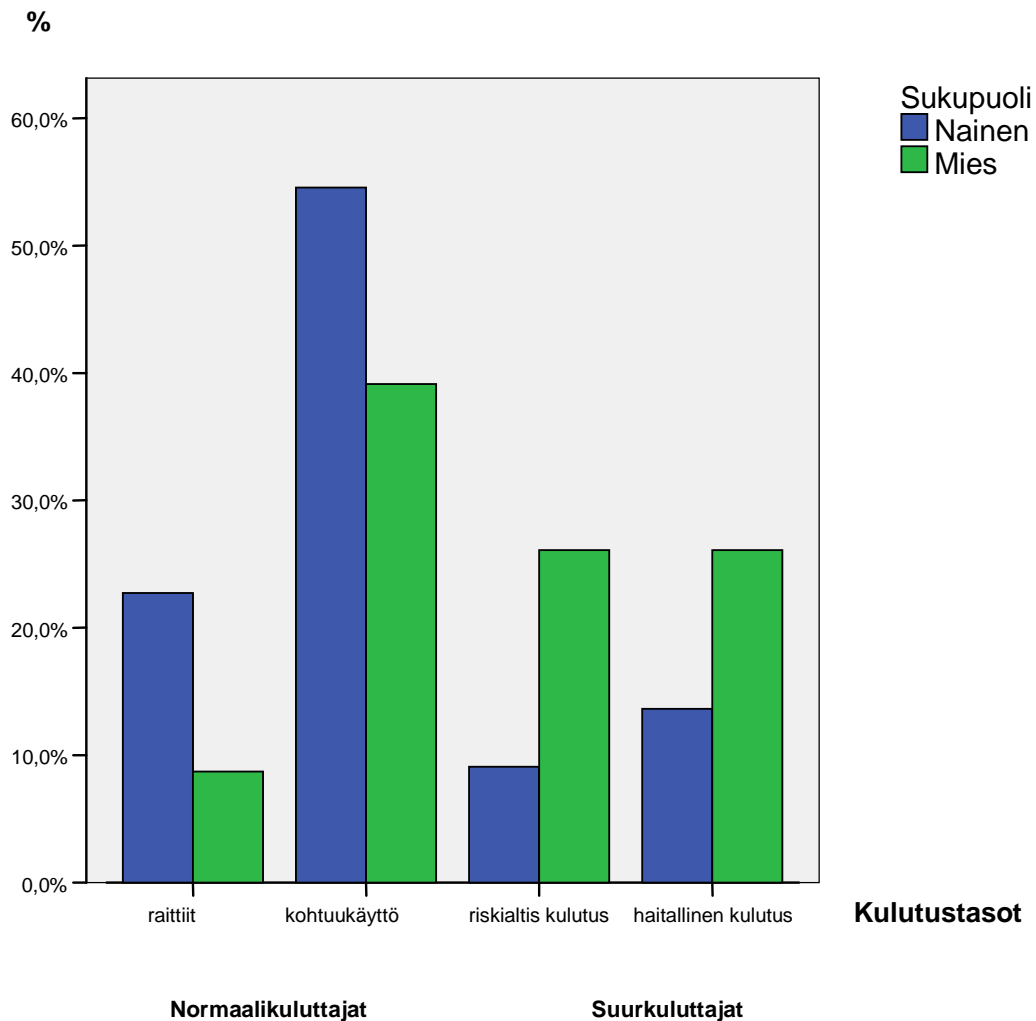
Taulukko 2. HDRS- masennusoirekyselyn ja AUDIT- alkoholinkulutustestin keskiarvopisteet (ka), keskihajonta (kh) ja vaihteluväli (vv) naisilla, miehillä ja kaikilla tutkittavilla.

	Naiset			Miehet			Kaikki		
Masennusoireet (HDRS)	ka	kh	vv	ka	kh	vv	ka	kh	vv
	18,52	3,59	12–26	17,70	3,40	11–25	18,10	3,48	11–26
Alkoholinkulutus (AUDIT)	ka	kh	vv	ka	kh	vv	ka	kh	vv
	5,86	6,44	0-21	9,70	7,53	0-26	7,82	7,20	0-26

Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä oli, kuluttavatko masentuneet paljon alkoholia. AUDIT-summapisteiden keskiarvo masentuneilla tutkittavilla oli 7,82 pistettä. 7 pistettä on naisilla ja 8 pistettä miehillä suurkulutuksen ja normaalin alkoholinkulutuksen raja-arvo. Alkoholinkulutuksessa oli huomattavia eroja tutkittavien välillä. Tutkittavien jakautuminen alkoholinkulutusluokkiin sukupuolittain on esitetty kuvassa 1. Alkoholien suurkuluttajia oli 37, 8 %

(n=17) tutkittavista. Suurkuluttajista 17,8 %:lla (N=8) alkoholinkulutus oli riskialtista ja 20 %:lla (N=9) haitallista.

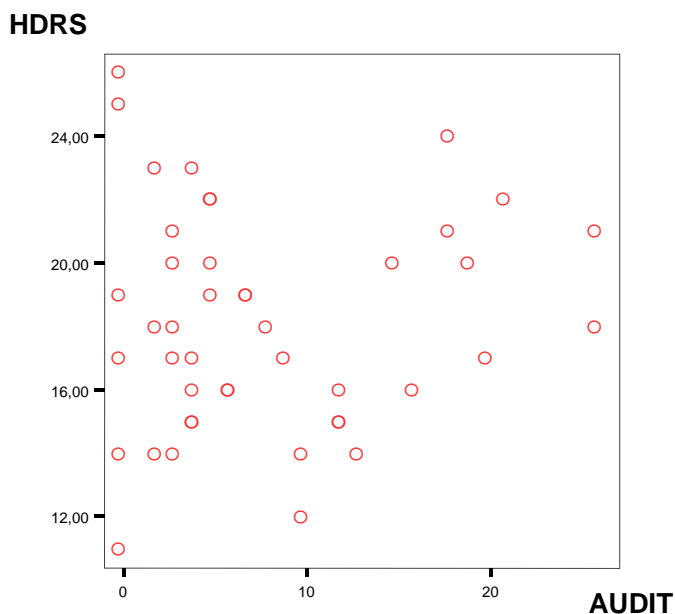
Miehet käyttivät tilastollisesti merkitsevästi enemmän alkoholia kuin naiset (U=166, p= .047). Myös jakautuminen alkoholinkulutuksen eri luokkiin oli erilaista naisilla ja miehillä (ks. Kuva 1). Sukupuoliero normaalikuluttajien (raittiit ja kohtuukäyttäjät) ja suurkuluttajien (riskialttiit ja haitalliset kuluttajat) välillä oli tilastollisesti merkitsevä ($\chi^2(1) = 4.148$, p= .042)). Naisista suurkuluttajia oli 22,7 % ja miehistä 52,2 %.



Kuva 1. Alkoholinkulutustasot ja alkoholinkulutus prosentteina (%) naisilla ja miehillä: raittiit, kohtuukäyttäjät eli normaalikuluttajat sekä riskialtis ja haitallinen kulutus eli suurkuluttajat.

3.2. Masennusoireiden ja alkoholinkulutuksen yhteys

Toisena tutkimusongelmana oli, ovatko alkoholinkulutus ja masennusoireet yhteydessä toisiinsa. Tarkastelussa olivat mukana asiakkaat, jotka olivat vastanneet sekä HDRS- masennuskyselyyn sekä AUDIT- kyselyyn (n=44). Ilmeni, että masennusoireet (HDRS) ja alkoholinkulutus (AUDIT) eivät olleet lineaarisessa yhteydessä ($r = .033$, $p = .830$, $n=44$), minkä jälkeen jatkoin yhteyden tutkimista tarkastelemalla alkoholinkulutuksen ja masennusoireiden hajontakuviota (ks. Kuva 2). Hajontakuviota antoi viitteitä epälineaarisen mallin mahdollisuudesta yhteyden selittäjänä, joten sovitin cubic- ja quadratic-malliset käyrät aineistoon.



Kuva 2. HDRS- masennusoireekyselyn ja AUDIT- alkoholinkulutustestin summapisteiden hajontakuviota.

Hajontakuvioiden ja mahdollisen epälineaarisen yhteyden tarkastelu osoitti, että masennusoireet eivät olleet epälinearisessa yhteydessä alkoholinkulutukseen. Aineistoon sovitettiin mallit linear, cubic ja quadratic ($y = x + x^2$, jossa $y =$ alkoholinkulutus, $x =$ masennusoireet). Mallien selitysvasteiden tarkastelu (cubic $R^2 = 0.24$ ja quadratic $R^2 = 0.15$) osoitti, että mallit eivät sovi aineistoon eli masennusoireita ei voitu selittää alkoholinkulutuksella mallien avulla. Tässä tutkimuksessa masennusoireiden ja alkoholinkulutuksen kaikkien tasojen välillä ei siis ollut havaittavissa tilastollisesti merkitsevää yhteyttä.

3.3. Masennusoireiden ja alkoholinkulutuksen yhteyteen vaikuttavia tekijöitä

Kolmantena tutkimuskysymyksenä oli, vaikuttavatko alkoholinkulutuksen taso, ikä, sukupuoli, työtilanne, perhemuoto ja parisuhdetyytyväisyys alkoholinkulutuksen ja masennusoireiden yhteyteen. Koko aineiston tasolla taustamuuttajat eli alkoholinkulutuksen taso, ikä, sukupuoli, työtilanne, perhemuoto ja parisuhdetyytyväisyys eivät vaikuttaneet masennusoireiden ja alkoholinkulutuksen yhteyteen.

Seuraavaksi tutkin, vaikuttaako alkoholinkulutuksen taso alkoholinkulutuksen ja masennusoireiden yhteyteen. Ilmeni, että masennusoireet olivat yhteydessä alkoholinkulutukseen ($r = .617$, $p = .008$, $n = 17$) ainoastaan alkoholin suurkuluttajilla ($n = 17$). Mitä enemmän suurkuluttajat raportoivat masennusoireita, sitä korkeampaa oli myös alkoholinkulutus. Alkoholinkulutuksen muilla tasoilla eli normaalikuluttajilla masennusoireet ja alkoholinkulutus eivät olleet tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä.

Suurkuluttajat erottuivat muista alkoholinkulutuksen tasoista myös siten, että suurkuluttajilla ikä, sukupuoli, perhemuoto, työllisyystilanne ja parisuhdetyytyväisyys vaikuttivat merkitsevästi alkoholinkulutuksen ja masennuksen yhteyteen. Ikä vaikutti suurkuluttajilla merkitsevästi masennusoireiden ja alkoholinkulutuksen yhteyteen, siten että ikäluokassa 30–39 vuotta masennusoireet ja alkoholinkulutus olivat tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä ($r = .653$, $p = .006$, $n = 14$). Muissa ikäluokissa yhteyttä ei ollut havaittavissa. Myös sukupuoli ($r = .600$, $p = .014$, $n = 14$), työtilanne ($r = .634$, $p = .011$, $n = 13$) perhemuoto ($r = .606$, $p = .013$, $n = 14$) ja masentuneen puolison parisuhdetyytyväisyys ($r = .564$, $p = .036$, $n = 12$) vaikuttivat merkitsevästi yhteyteen. Suurkuluttajista miehillä korkeat alkoholinkulutuksen tasot olivat merkitsevässä yhteydessä korkeisiin masennusoireisiin ($r = .584$, $p = 0.046$, $n = 12$), naisilla yhteyttä ei ilmennyt. Myös työttömillä yhteys oli merkitsevä ($r = .672$, $p = .033$, $n = 10$), työelämässä olevilla yhteyttä ei ilmennyt. Ydinperheessä elävillä alkoholinkulutuksen ja masennusoireiden yhteys oli merkitsevä ($r = .600$, $p = .023$, $n = 14$) kun taas uusioperheessä elävillä yhteyttä ei ollut. Parisuhdetyytyväisyys vaikutti alkoholinkulutuksen ja masennusoireiden yhteyteen suurkuluttajilla siten, että alkoholin suurkuluttajien puoliset olivat tilastollisesti merkitsevästi tyytymättömämpiä parisuhteeseensa kuin normaalikuluttajien puoliset ($U = 101$, $p = .033$).

Toisin sanoen suurkuluttajista 30–39 – vuotiailla, miehillä, työttömillä sekä ydinperheessä asuvilla masennusoireet ja alkoholinkulutus olivat tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä siten, että masennusoireiden lisääntyessä myös alkoholinkulutuksen taso kohoaa ja

päinvastoin. Myös masentuneen suurkuluttajan puoliset olivat normaalikuluttajien puolisoita merkitsevästi enemmän tyytymättömpiä parisuhteeseensa. Normaalikuluttajilla ikä, sukupuoli, työtilanne, perhemuoto ja parisuhdetyytyväisyys eivät vaikuttaneet merkitsevästi masennusoireiden ja alkoholinkulutuksen yhteyteen.

4. POHDINTA

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää alkoholinkulutusta sekä alkoholinkulutuksen ja masennusoireiden välistä yhteyttä masennuksen takia hoitoon hakeutuneilla asiakkailta. Lisäksi haluttiin tutkia vaikuttavatko alkoholinkulutuksen taso, ikä, sukupuoli, perhemuoto, työtilanne ja parisuhdetyytyväisyys alkoholinkulutuksen ja masennuksen yhteyteen.

Tulokset osoittivat, että 37,8 % masentuneista on alkoholin suurkuluttajia. Masentuneet miehet kuluttivat merkitsevästi enemmän alkoholia kuin naiset: miehistä suurkuluttajia oli 52,2 % ja naisista 22,7 %. Suomalaisista arviolta 22 % miehistä ja 5 % naisista on alkoholin riskikuluttajia (Holmila, 1995), joten tässä tutkimuksessa masentuneet näyttäisivät kuluttavan alkoholia huomattavasti enemmän kuin normaaliväestö. Verrattuna masentuneiden alkoholinkulututusta koskevaan tutkimukseen (Vuorilehto ym., 2005) tämän tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia. Vuorilehdon ym. (2005) mukaan masentuneista suomalaismiehistä 57 %:lla on samanaikaisia alkoholinkäyttöongelmia. Vastaava prosenttiluku masentuneilla naisilla on Vuorilehdon ym. (2005) mukaan 21 %, mikä on samansuuntainen tässä tutkimuksessa masentuneiden naisten alkoholinsuurkuluttajien määrän kanssa. Tutkimustulokset tukevat aiempaa tutkimusta: masentuneet suomalaiset kuluttavat keskimäärin paljon alkoholia, miehet huomattavasti enemmän kuin naiset.

Masennusoireiden ja alkoholinkulutuksen kaikkien tasojen välillä ei ollut havaittavissa lineaarista tai epälineaarista yhteyttä tässä tutkimuksessa. Tutkimustulos poikkeaa aiemmista tutkimustuloksista, joissa alkoholinkulutuksen ja masennusoireiden on todettu olevan yhteydessä toisiinsa (Crum ym., 2001; Haynes ym., 2005; Wang & Patten, 2001a, 2001b). Tämän tutkimuksen tulokset tekee ymmärrettäväksi se, että tarkasteltaessa alkoholinkulutuksen eri tasoja yhteys masennusoireisiin oli havaittavissa tässäkin tutkimuksessa. Toisin sanoen, aiemmissa tutkimuksissa on keskitytty selvärajaisten alkoholinkulutusten tasojen tai ääripäiden – raittiit, riskialttiit kuluttajat – ja masennusoireiden yhteyden tarkasteluun. Koko alkoholinkulutuksen jatkumoa ja sen yhteyttä masennusoireisiin koskeva tutkimus on siis ollut vähäistä (Rodgers ym., 2000a, 2000b). Tässä tutkimuksessa vain alkoholin suurkuluttajilla oli havaittavissa tilastollisesti merkitsevä yhteys kulutustason ja masennusoireiden välillä: mitä enemmän suurkuluttajat raportoivat masennusoireita,

sitä korkeampaa oli myös alkoholinkulutus. Tämä tulos on yhdenmukainen aiempien alkoholin suurkulutusta ja masennuksen yhteyttä koskevan tutkimuksen kanssa (Rodgers ym., 2000a, 2000b; Crum ym., 2001).

Tässä tutkimuksessa alkoholin suurkuluttajat erottautuivat siis ryhmänä muista alkoholinkulutuksen tasoista siten, että ainoastaan suurkuluttajilla alkoholinkulutus oli yhteydessä masennusoireisiin. Tutkimustulos on yhdenmukainen aiemman tutkimuksen kanssa (Rodgers ym., 2000a, 2000b). Myös muilla taustamuuttujilla alkoholinkulutuksen tason lisäksi oli tässä tutkimuksessa vaikutusta alkoholinkulutuksen ja masennusoireiden yhteyteen aikaisempien tutkimustulosten antamien suuntien mukaan (Wang & El-Guebaly, 2004). Ilmeni, että masentuneista alkoholin suurkuluttajista 30- 39 – vuotiailla, miehillä, työttömillä sekä ydinperheessä asuvilla korkeat masennuspistemäärät sekä korkea alkoholin kulutuksen taso ovat yhteydessä toisiinsa. Suurkuluttajien puoliset olivat myös merkittävästi tyytymättömämpiä parisuhteeseensa kuin normaalikuluttajien puoliset. Ikää koskevat tulokset poikkeavat aiemmista tutkimustuloksista, joissa nuorilla (12–24-vuotiaalla) on todettu selvin yhteys masennusoireiden ja alkoholinkulutuksen välillä (Wang & El-Guebaly, 2004). Tulosten välistä ristiriitaa selittänee se, että tässä tutkimuksessa oli mukana aikuisia, parisuhteessa eläviä tutkittavia, joiden ikäjakauma oli 18:ta 61 ikävuoteen. Alin ikäluokka (18 – 29- vuotta) oli myös pienin (n=7), joten yhteys masennusoireisiin ja alkoholinkulutukseen on voinut jäädä havaitsematta luokan pienuuden takia. Toisaalta tämän tutkimuksen tulokset ovat ymmärrettäviä, sillä 30–39 –vuotiailla masennusoireilu on voinut kroonistua iän myötä ja alkoholinkulutus vakiintua suurkulutuksen tasolle. Nuoremmissa ikäryhmissä masennus on voinut tulla nyt ensimmäistä kertaa elämänsä elämänsä myötä ja perheissä, jossa on alle kouluikäisiä lapsia alkoholinkulutus voi olla epäsäännöllisempää. Siten mahdolliset elämäntilannetekijät sekä vuosien vaikutus masennusoireilun ja alkoholinkulutuksen vakiintumiseen on voinut vaikuttaa ikäryhmien vertailuun.

Sukupuolta koskevat tulokset koskien miesten alkoholin suurkulutusta ja masennusoireita ovat yhdenmukaisia aiemman tutkimuksen kanssa, jonka mukaan miehillä korkeat alkoholinkulutuksen tasot ovat yhteydessä masennusoireisiin (Caldwell ym., 2002; Crum ym. 2001). Tässä tutkimuksessa raittiilla miehillä tai raittiilla naisilla ei ollut havaittavissa yhteyttä masennusoireiden ja alkoholinkulutuksen välillä, toisin kuin aiemmissa tutkimuksissa (Rodgers ym., 2000a, 2000b). Myöskään naisilla yhteyttä ei havaittu millään alkoholinkulutuksen tasolla, kun taas aiemmassa tutkimuksessa sekä raittiilla että suurkuluttajilla naisilla yhteys masennusoireiden ja alkoholinkulutuksen välillä oli havaittavissa (Bjork ym., 1999; Caldwell ym., 2002; Crum ym. 2001). Aiempien tutkimusten ja tämän tutkimusten tulosten vain osittain samansuuntaisia tuloksia selittää se, että aiemmat tutkimukset on tehty ei-kliinisellä aineistolla, kun taas tässä tutkimuksessa

tutkittavien osallistumiskriteerinä oli masennus-diagnoosi. Sukupuolten välinen ero alkoholinkäytössä ja masennusoireissa on aiempien tutkimusten mukaan ollut selkeämpi masentuneilla, kun taas normaaliväestössä tulokset ovat olleet samansuuntaisia sukupuolesta riippumatta (Bjork ym., 1999; Caldwell ym., 2002; Crum ym. 2001; Holmila, 1995; Vuorilehto ym., 2005). Tämän tutkimuksen tulokset ovat kuitenkin samansuuntaisia kliinisellä aineistolla toteutetun, masentuneiden alkoholinkulutusta koskevan tutkimuksen kanssa, jonka mukaan masentuneet kuluttavat keskimäärin enemmän alkoholia kuin normaaliväestö, miehet enemmän kuin naiset (Holmila, 1995; Vuorilehto ym., 2005).

Pitkäaikaisen työttömyyden on todettu olevan yhteydessä lisääntyneisiin masennusoireisiin ja korkeaan alkoholinkulutukseen (Hämäläinen ym., 2005). Tämän tutkimuksen tulos työttömyyden merkityksestä masennusoireiden ja alkoholinkulutuksen yhteyteen suurkuluttajilla on samansuuntainen Hämäläisen ym.(2005) tutkimuksen kanssa. Masentuneilla alkoholin suurkuluttajilla riski työelämästä syrjäytymiseen on suurempi kuin vain yhdestä ongelmasta kärsivillä (Hämäläinen, 2005). Masentuneiden päihdeongelmien esiin nostamisella ja huomioimisella hoidossa voidaan myös parantaa samanaikaisista ongelmista kärsivien työllistymistä ja ehkäistä sairaseläkkeelle siirtymistä (Rytsälä, 2006).

Perhemuotoa koskeva tulos, masennusoireiden ja alkoholinkulutuksen yhteys masentuneilla suurkuluttajilla, jotka asuvat ydinperheessä, oli yllättävä aiemman tutkimuksen valossa. Siviilisäädystä leskillä ja eronneilla masennusoireiden ja alkoholinkulutuksen on todettu aiemmassa kirjallisuudessa olevan yhteydessä toisiinsa (Wang & El-Guebaly, 2004). Uusioperheissä, joissa taustalla voi olla eroja ja leskeyttä, voisi siten aiemman tutkimuksen perusteella olettaa masennusoireiden ja alkoholinkulutuksen olevan yhteydessä toisiinsa. Tämän tutkimuksen tulos oli päinvastainen: ydinperheessä asuvilla masentuneilla alkoholin suurkuluttajilla masennusoireet ja alkoholinkulutus olivat yhteydessä toisiinsa. Tutkimuksen tulos korostaa siten mielenterveyden häiriöiden sekä päihdeongelmista kärsivien lähipiirin ja perheen merkitystä. Yksilön ongelmat koskettavat myös läheisiä ja ne vaikuttavat siten koko perheen hyvinvointiin ja vuorovaikutussuhteisiin. Negatiivisen kommunikoinnin onkin todettu olevan yleisempää parisuhteissa, joissa toinen puoliso kärsii masennuksesta (Whisman, 2001). Tämän tutkimuksen tulos masentuneiden suurkuluttajien puolisoitten tyytymättömyydestä parisuhteeseen on siten samansuuntainen aiemman tutkimuksen kanssa, jossa masentuneen puolison parisuhdetyytyväisyyden on todettu olevan yhteydessä masennukseen (Gotlieb & Hammen, 1992; Joiner & Coyne, 1999). Tutkimuksen tulokset koskien perhemuotoa ja puolison parisuhdetyytyväisyyttä korostavat siten masennuksen ja alkoholinkulutuksen ongelmien

vuorovaikutuksellista luonnetta, minkä mukaan hoidossa tulisi huomioida yksilön lähipiiri ja merkittävät ihmissuhteet (Gotlieb & Hammen, 1992; Joiner & Coyne, 1999; Pitkänen, 2006)

Tutkimuksen tulokset antavat viitteitä siitä, että masennuksen hoidossa tulisi kiinnittää huomiota alkoholia paljon kuluttaviin asiakkaisiin sekä heidän parisuhteeseensa. Riskiryhmässä mahdollisille alkoholiongelmille sekä masennukselle näyttäisivät olevan miehet, 30–39-vuotiaiden ikäryhmä, työttömät sekä ydinperheessä asuvat. Myös työllistämisen sekä läheisten hyvinvoinnin ja tuen merkitystä masennuksesta kärsivien ja alkoholia paljon kuluttavien hoidossa tulisi korostaa.

4.1. Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset

Aiemmissä tutkimuksissa alkoholinkulutusta ja masennusoireiden yhteyttä on tutkittu pääasiassa pitkittäistutkimusten avulla (Alati ym., 2005; Crum ym., 2001; Currie ym., 2005; Nolen-Hoeksema ym., 2006; Paschall ym., 2005; Schutte ym., 1995; Wang & Patten, 2001a, 2001b). Tutkimustulokset ilmiöiden syy-seuraus-suhteista ovat kuitenkin olleet epäjohdonmukaisia (Arch ym., 2006; Rodgers ym., 2000a, 2000b; Wang, & El-Guebaly, 2004). Tämä tutkimus tarjoaa ajankohtaista, kuvailevaa tietoa masentuneiden suomalaisten alkoholinkulutuksesta, siihen mahdollisesti yhteydessä olevista tekijöistä sekä lähipiirin ja perheen merkityksestä samanaikaisista mielenterveyden häiriöistä ja päihdeongelmista kärsivien hoidossa. Tutkimus antaa uutta tietoa myös koko alkoholinkulutuksen jatkumon yhteydestä masennukseen. Toisin kuin aiemmissä tutkimuksissa (Crum ym., 2001; Hartka ym., 1991; Rogers ym., 2000a, 2000b), alkoholinkulutus ja masennus eivät olleet tässä tutkimuksessa yhteydessä toisiinsa kaikilla alkoholinkulutuksen tasoilla. Ainoastaan masentuneilla alkoholin suurkuluttajilla yhteys masennusoireiden ja alkoholinkulutuksen kanssa oli havaittavissa: mitä enemmän suurkuluttajat käyttivät alkoholia, sitä enemmän heillä oli myös masennusoireita.

Tutkimuksesta tehtäviin yleistyksiin ja niiden luotettavuuteen vaikuttavat useat tekijät. Aineiston pieni koko (N=45), tarkat osallistumiskriteerit ja siten valikoituneisuus, käytetyt parametrittomat menetelmät sekä poikkileikkausasetelma asettavat tässä tutkimuksessa rajoituksia tulosten yleistettävyydelle. Aineiston pienen koon takia tulosten yleistettävyyteen on suhtauduttava varoen. Pienessä aineistossa ja muuttujien ollessa epänormaalisia ilmiöiden yhteyksien välinen tutkimus on tehtävä sille tarkoitetuilla parametrittomilla menetelmillä, jolloin testien voimakkuus ja tehokkuus ovat heikompia parametrisiin testeihin verrattuna (Metsämuuronen, 2004). Tutkittavien valikoituminen osallistumiskriteerien mukaan on voinut karsia tutkittavien joukosta ensisijaisesti alkoholiongelmaiset sekä esimerkiksi ilman parisuhdetta elävät masentuneet, mikä on puolestaan voinut vaikuttaa alkoholinkulutuksen ja masennuksen yhteyttä koskeviin tuloksiin. Tulokset

osoittavat sen, että suomalaisessa väestössä masennusdiagnoosin saaneet, pariterapiaan osallistuneet tutkittavat käyttävät keskimäärin enemmän alkoholia kuin normaaliväestö (Holmila, 1995). Masennuksen takia hoitopalveluihin hakeutuminen voi olla erilaista eri tutkimuskeskuksissa, josta tutkimuksen aineisto on kerätty. Siten jo aineistonkeruuvaiheessa osa tutkimuksen kriteerit täyttävistä asiakkaista on voinut karsiutua sen takia, että hoitoon hakeutumisen kynnyks on suuri kyseisessä tutkimuskeskuksessa. Tutkimuksesta ovat esimerkiksi karsiutuneet parisuhteen ulkopuolella elävät sekä samanaikaista psykoositasoista häiriötä sairastavat henkilöt sekä mahdollisesti päihdehuoltoon ensisijaisesti ohjatut alkoholiriippuvaiset. Koska otos on kliininen, masennuksen takia hoitoon hakeutuvista ja diagnoosin saaneista kerätty, tulokset koskevat vakavaa masennustilaa sairastavia. Lievästä masennusoireilusta kärsivien joukko on kuitenkin merkittävän suuri suomalaisessa väestössä, joten myös sen huomioonottava alkoholinkulutusta koskeva tutkimus olisi tulevaisuudessa tarpeen.

Tutkimuksen poikkileikkausasetelma asettaa rajoitteita tutkimuksesta tehtäville päätelmille alkoholinkulutuksen ja masennuksen välisestä yhteydestä. Poikkileikkaustutkimus ei mahdollista nyt oletusten tekoa syistä ja seurauksista. Tutkimuksen perusteella ei siis voida sanoa lisääkö alkoholinkulutus masennusoireita tai päinvastoin. Päätelmät tuloksista koskevat tässä tutkimuksessa ilmiöiden välisiä yhteyksiä: masentuneilla alkoholin suurkuluttajilla masennusoireiden lisääntyessä myös alkoholinkulutus kasvaa, ja päinvastoin. Poikkileikkausasetelma mahdollistaa nyt vain ilmiöiden kuvailevan yhteyden tarkastelun, joten aiempia alkoholinkulutuksen ja masennuksen syy-seuraussuhteita koskevia pitkittäistutkimuksia (Alati ym., 2005; Crum ym., 2001; Currie ym., 2005; Nolen-Hoeksema ym., 2006; Paschall ym., 2005; Schutte ym., 1995; Wang & Patten, 2001a, 2001b) on käytettävä varoen vertailukohtana.

Tutkimuksessa käytettyjä mittareita koskevat puutteet vaikuttavat tuloksista tehtäviin yleistyksiin ja tutkimuksen luotettavuuden arviointiin. Käsitteiden yhtenäisyyden puute alkoholinkulutusta ja sen ongelmia tarkastelevassa kirjallisuudessa sekä menetelmien yhteismitattomuus ovat yksi alkoholitutkimuksen kompastuskivistä (Pitkänen, 2006). Tutkimuksessa käytetty AUDIT- testi (Ks. Liite 2) ei ole varsinainen diagnostinen työkalu, eli sen tulosten perusteella ei voida päätellä alkoholiriippuvuutta. Riskirajan ylittävät testipistemäärät (AUDIT- summapistemäärä yli 7 naisilla ja 8 miehillä) antavat viitteitä mahdollisista alkoholiongelmista. Asiakkaan omaan harkintaan jää, etsiytykö hän perusteellisempaan tilanearvioon, tutkimuksiin tai hoitoon. Tästä johtuen tutkimuksessa on käytetty alkoholinkulutusta kuvailevia luokkia, mitkä eivät ole suoraan verrattavissa diagnosoitavaan alkoholiriippuvuuteen ja sitä koskeviin tutkimustuloksiin.

Masennusoireita mittaavaa HDRS:a on käytetty masennuksen diagnostisena työkaluna vuosikymmenten ajan ja useita tutkimustuloksia on raportoitu mittarin hyvästä sisäisestä validiteetista eli kysely sekä mittaa että määrittelee masennustilan riittävän luotettavasti (Bagby ym., 2004). Laajasta käytöstä huolimatta HDRS:n yksittäisten kysymysten luotettavuutta on kritisoitu viime aikoina (Bagby ym., 2004). Kritisoiden on kysytty, mittaavatko anhedoniaa, syyllisyyttä, arvottomuutta, keskittymisen ja päätöksenteon ongelmia koskevat kysymykset riittävän hyvin masennusta (ks. LIITE 1). Kysymykset ovat osa DSM-IV tautiluokituksen masennuskriteerejä, mutta niiden operationalisointi HDRS:n kysymyksiksi ei ole siis ilmeisesti ollut riittävää (Bagby ym., 2004). Tästä huolimatta mittari on ollut yksi käytetyimmistä masennusmittareista yli 40 vuotta. Kritiikin kohteena olleet kysymykset ovat mukana tässä tutkimuksessa käytetyssä kyselyssä, sillä tutkimukseen osallistumiskriteerinä ollut summapistemäärä 14 on laskettu käyttäen HDRS 17- versiota.

4.2. Tutkimuksen yhteenveto ja sovellettavuus

Tämän poikkileikkaustutkimuksen tulokset osoittivat, että masentuneet, hoitoon hakeutuneet suomalaisasiakkaat kuluttavat keskimääräisesti runsaasti alkoholia hoitoon hakeutumisen hetkellä, miehet huomattavasti enemmän kuin naiset. Tämän tutkimuksen perusteella masennusoireet ja alkoholinkulutus eivät olleet yhteydessä toisiinsa kaikilla alkoholinkulutuksen tasoilla. Ainoastaan masentuneilla alkoholin suurkuluttajilla masennusoireiden lisääntyessä myös alkoholinkulutus kasvoi, ja päinvastoin. Havaittuun yhteyteen suurkuluttajilla vaikuttivat ikä, sukupuoli, työtilanne, perhemuoto ja puolison parisuhdetyytyväisyys siten, että 30–39 – vuotiailla, miehillä, työttömillä sekä ydinperheessä asuvilla yhteys oli tilastollisesti merkitsevä. Lisäksi masentuneiden suurkuluttajien puoliset olivat merkitsevästi tyytymättömämpiä parisuhteeseensa kuin normaalikuluttajien puoliset.

Masentuneen runsas alkoholinkulutus tuo haasteita niin yksilölle, lähipiirille kuin masennuksen hoidolle. Masentunut voi yrittää hukuttaa surunsa ja pahan olonsa alkoholiin ja käyttää alkoholin juomista siten selviytymiskeinona (Cooper ym., 1995; Holahan ym., 2003, Holahan ym., 2004). Suomalaiselle juomakulttuurille tyypillinen humalahakuinen juominen voi olla myös sosiaalinen tapahtuma, ja suomalaisessa kulttuurissa sen on koettu olevan hyväksyttävämpi tapa tunneilmaisuuksiin ja pahan olon purkamiseen (Pitkänen, 2006). Mielenterveyden ongelmista ja masennuksesta puhuminen ovat kulttuurissamme yhä tabu, kun taas päihdehakuinen alkoholinkulutus näkyvä ja jollain tasolla hyväksytty osa suomalaista tapakulttuuria (Pitkänen, 2006). Myös suomalaisen juomakulttuurin sukupuolijako näkyy tämän tutkimuksen tuloksissa:

miehet ovat useammin alkoholin suurkuluttajia kuin naiset, vaikkakin sukupuoliero on kaventunut viime vuosina naisten humalahakuisen juomisen lisääntyessä. Masentuneen lähipiirille ja ihmissuhteille alkoholin suurkulutus tuo myös omat haasteensa. Alakuloisen mielialan ja muun oireilun lisäksi alkoholia runsaasti kuluttava kumppani, puoliso tai tuttava aiheuttaa huolta, surua ja mielipahaa lähimmilleen. Negatiivinen vuorovaikutus puolison ja perheenjäsenien kanssa on omiaan lisäämään tyytymättömyyttä parisuhteeseen ja samanaikaisten mielenterveyden ja alkoholiongelmien lisäävät läheisten kuormitusta. Masentuneen hoito puolestaan vaikeutuu ja pitkittyy jos masentunut kärsii myös samanaikaisesta alkoholiongelmasta (Melartin 2005). Päihde- ja mielenterveydenongelmat kietoutuvat usein toisiinsa pahentaen toinen toistaan ja muodostaen siten vaikeasti katkaistavan noidankehän (Gotlieb & Hammen, 1992). Alakuloisuuden poistamiseen tarkoitettu humalataila voi muodostua ainoaksi ilonlähteeksi masentuneelle, mikä puolestaan lisää humalahakuista juomista. Alkoholin suurkulutus puolestaan lisää masennusoireiden ilmenemisen todennäköisyyttä (Hartka ym., 1991; Haynes ym., 2005), ja näin vaikeasti katkaistava noidankehä alkoholiongelman ja masennuksen tunteiden kanssa valmis.

Myös pariterapian luomat mahdollisuudet yhtä aikaa ilmenevien ongelmien kuten masennuksen ja alkoholin suurkulutuksen hoidossa tulisi jatkossa tiedostaa. Pariterapiaa on suositeltu useista samanaikaisista häiriöistä ja akuutin vaiheen uusiutumisesta kärsiville, eri hoitomuodot yhdistävänä integratiivisena terapiana (Whisman ym., 2006) Masennuksen ja alkoholiin liittyvien ongelmien yhdistetty, integroitu hoito onkin todettu tuloksellisemmaksi hoitokeinoksi verrattuna vain yhden häiriön hoitoon (Whisman ym., 2006). Ongelmat läheisissä ihmissuhteissa voivat olla masennusta sekä alkoholiongelmia aiheuttava ja ylläpitävä tekijä, ja siksi parisuhteen ongelmien käsittely sekä masentuneen lähipiirin huomioiminen myös masennuksen hoidossa olisi tarpeellista. Jatkotutkimuksen kannalta pariterapiaprojekti (DINADEP) tarjoaa mielenkiintoisen asetelman masennuksen ja samanaikaisista alkoholiongelmista kärsivien seurannan kannalta.

Tutkimuksen tulosten merkitys masennuksen hoidossa korostaa samanaikaisten päihdeongelmien, tässä tapauksessa alkoholin suurkulutuksen tunnistamisen merkitystä masennuksen hoidossa. Alkoholiongelmien on todettu huonontavan masennuksen hoidon ennustetta ja lisäävän masennusoireiden ilmenemistä tulevaisuudessa (Melartin 2005), joten korkea alkoholinkulutus masentuneiden joukossa on jo sinällään hälyttävä löydös jatkohoidon kannalta. Kiinnittämällä huomiota masentuneiden runsaaseen alkoholin kulutukseen päihdevalistuksen ja katkaisuhoidon ohjaamisen keinoilla, voidaan masennuksen hoidon ennustetta parantaa ja siten lyhentää hoitoaikoja sekä estää masennusjaksojen uusiutumista (Melartin 2005). Masennuksen pariterapia antaa myös mahdollisuuden puuttua parisuhteen ongelmakohtiin ja esimerkiksi

parisuhdetyytyväisyyttä lisäämällä ja antamalla tietoa masennuksesta ja vapauttamalla voimavaroja masennuksesta toipumiseen. Masennuksen hoitoa on mahdollista kehittää ottamalla huomioon masennuksen kanssa yhtä aikaa ilmenevät alkoholiongelmät sekä masentuneen lähipiiri.

5. LÄHTEET

Alati R., Lawlor D.A., Najman J.M., Williams G.M., Bor W. & O'Callaghan M. (2005) Is there really a 'J-shaped' curve in the association between alcohol consumption and symptoms of depression and anxiety? Findings from a Mater-University of Pregnancy and its outcomes. *Addiction*, 100, 643-651.

American Psychological Association (2001). *Publication manual of the American Psychological Association* (5.painos). Washington, DC: APA.

Arch J. J., Craske M., Stein M.B., Sherbourne C.D., & Roy-Byrne P.P. (2006) Correlates of alcohol use among anxious and depressed primary care patients. *General Psychiatry*, 28, 37-42

Babor T. F., Higgins-Biddle J.C., Saunders J.B. & Monteiro M.G. (2001) *AUDIT*. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. World Health Organization (2. painos)

Bagby, R. M., Ryder, A. G., Schuller, D. R., & Marshall, M. B. (2004). The Hamilton Depression Rating Scale: Has the Gold Standard Become a Lead Weight? *American Journal of Psychiatry*, 161, 2163-2177

Bjork J. M., Dougherty D. & Moeller G. F. (1999) Symptomatology of depression and anxiety in female "social drinkers". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25, 173-182.

Brown R.A., Evans D.M., Miller I.W., Burgess E.S. & Mueller T.I. (1997) Cognitive-Behavioral Treatment for Depression in Alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 715-726.

Busby, Christensen, Crane & Larson (1995). A revision of Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and nondistressed couples: construct hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21 (3), 289-308.

Caldwell T.M., Rogers B., Jorm A.F., Christensen H., Jacomb P.A., Korten E.A., & Lynskey M.T. (2002) Patterns of association between alcohol consumption and symptoms of depression and anxiety in young adults. *Addiction*, 97, 538-594.

Cooper M. L., Frone M.R., Russell M. & Mudar P. (1995) Drinking to regulate positive and negative emotions: A motivational model of alcohol use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 990-1005.

Crum R. M., Brown C., Liang K. & Eaton W. (2001). The association of depression and problem drinking: Analyses from the Baltimore ECA follow-up study. *Addictive Behaviors*, 26, 765-773.

Currie S.R., Scott B.P., Williams J.V.A., Wang J., Beck C.A., El-Guebaly N., & Maxwell C. (2005) Comorbidity of major depression with substance use disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59, 660-666.

Goldstein B.I. & Levitt A.J. (2006) Is current alcohol consumption associated with increased lifetime prevalence of major depression and suicidality? Results from a pilot community survey. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 330-333.

Gotlieb I.H., & Hammen C. L. (1992) *Psychological Aspects of Depression: Toward a Cognitive-Interpersonal Integration*. *The Wiley Series In Clinical Psychology*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd .

Gould, R., Grönlund, H., Korpiluoma, R., Nyman, H., & Tuominen, K. (2007). *Miksi masennus vie eläkkeelle?* Työkyvyttömyysasiain neuvottelukunta. Eläketurvakeskuksen raportteja 2007:1. Hakapaino Oy, Helsinki

Hamilton Max. (1960) A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62

Hamilton Max. (1967) Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278-296

Hartka E., Johnstone B., Leino V. E., Motoyoshi M., Temple M. T. & Middleton Fillmore K. (1991) A meta-analysis of depressive symptomatology and alcohol consumption over time. *British Journal of Addiction*, 86, 1283-1298

Haynes J. C., Farrell M., Singleton N., Meltzer H., Araya R., Lewis G. & Wiles N. J. (2005). Alcohol consumption as a risk factor for anxiety and depression. Results from the longitudinal follow-up of the National Psychiatric Morbidity Survey. *British Journal of Psychiatry*, 187, 544-551.

Heinälä P., Lönnqvist J. & Kuoppasalmi K. (1999). Päihteisiin liittyvät häiriöt. Teoksessa Psykiatria, 369–432. Toim. Lönnqvist Jouko, Heikkinen Martti, Henriksson Markus, Marttunen Mauri, Partonen Timo (1999) Gummerus Kirjapaino oy Jyväskylä. Duodecim.

Holahan C.J., Holahan C.K., Moos R.H., Cronkite R.C. (2004) Unipolar depression. Life context vulnerabilities and drinking to cope. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 269-275.

Holahan C.J., Holahan C.K., Moos R.H., Cronkite R.C. & Randall P.C. (2004) Drinking to cope and alcohol use and abuse in unipolar depression: A 10-year model. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 159-165.

Holmila M. (1995) Intoxication and hazardous use of alcohol: results from the 1992 Finnish Drinking Habits Study. *Addiction* 90, 785-792.

Hämäläinen J., Poikolainen K., Isometsä E., Kaprio J., Heikkinen M., Lindeman S., & Aro H. (2005) Major depressive episode related to long unemployment and frequent alcohol intoxication. *Journal of Nordic Psychiatry*, 59, 486-491.

Hämäläinen J., Isometsä E., Laukkala T., Kaprio J., Poikolainen K., Heikkinen M., Lindeman S., & Aro H. (2004) Use of health services for major depressive episode in Finland. *Journal of Affective disorders*, 79, 105–112.

Isometsä Erkki (1999). Mielialahäiriöt ja kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Teoksessa Psykiatria, 118–203. Toim. Lönnqvist Jouko, Heikkinen Martti, Henriksson Markus, Marttunen Mauri, Partonen Timo (1999) Gummerus Kirjapaino oy Jyväskylä. Duodecim.

Joiner T., & Coyne J.C. (1999) *The Interactional Nature of Depression*. Washington, DC: American Psychological Association.

Lindeman S., Hämäläinen J., Isometsä E., Laukkala T., Kaprio J., Poikolainen K., Heikkinen M., & Aro H. (2000) The 12-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5993 adults. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 102, 178-184.

Lipton Robert. (1994) The effect of moderate alcohol use on the relationship between stress and depression. *American Journal of Public Health*, 84, 1913-1917.

Kuo P., Gardner C. O., Kendler K. S. & Prescott C. A. (2006) The temporal relationship of the onsets of alcohol dependence and major depression: using a genetically informative study design. *Psychological Medicine*, 1-10

Melartin, Tarja. (2005) Comorbidity, outcome and treatment of DSM-IV major depressive disorder in psychiatric care. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.

Metsämuuronen, Jari. (2004) *Pienten aineistojen analyysi: parametrittomien menetelmien perusteet ihmistieteissä*. Helsinki, International Methelp.

Nolen-Hoeksema S., Wong M., Zucker R. A. & Fitzgerald H. (2006) Depressive symptoms over time in women partners of men with and without alcohol problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 601-609.

O'Donnell K., Wardle J., DAntzer C. & Steptoe A. (2006). Alcohol consumption and symptoms of depression in young adults from 20 countries. *Journal of Studies of Alcohol*, 67, 837-840.

Paschall M.J., Freisthler B., & Lipton R.I. (2005) Moderate alcohol use and depression in young adults: Findings from a National Longitudinal Study. *American Journal of Public Health*, 95, 453-457.

Pirkola, Sami P., Isometsä Erkki, Suvisaari Jaana, Aro Hillevi, Joukamaa Matti, Poikolainen Kari, Koskinen Seppo, Aromaa Arpo & Lönnqvist Jouko K. (2005) DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol

use disorders and their comorbidity in the Finnish general population: Results from the Health 2000 Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40, 1-10

Pitkänen T. (2006) *Alcohol drinking behaviour and its developmental antecedents*. University of Jyväskylä. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social research 293.

Rae A. M., Joyce P. R., Luty S. E. & Mulder R. T. (2002) The effect of a history of alcohol dependence in adult major depression. *Journal of Affective Disorders*, 70, 281-290

Rodgers B., Korten A. E., Jorm A. F., Jacomb P. A., Christensen H. & Henderson A. S. (2000a). Non-linear relationship in association of depression and anxiety with alcohol use. *Psychological Medicine*, 30, 421-432.

Rodgers B., Korten A. E., Jorm A. F., Christensen H., Henderson S. & Jacomb P. A. (2000b). Risk factors for depression and anxiety in abstainers, moderate drinkers and heavy drinkers. *Addiction*, 95, 1833-1845

Rytsälä, Heikki. (2006) *Functional and Work Disability and Treatment Received by Patients with Major Depressive Disorder*. Publications of the National Public Health Institute. Department of Mental Health and Alcohol Research. National Public Health Institute Helsinki, Finland And Department of Psychiatry University of Helsinki.

Schutte K., Moos R. H. & Brennan P.L. (1995). Depression and drinking behaviour among women and men : A three-wave longitudinal study of older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 810–822.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, (2006):19. *Alkoholiolot EU- Suomessa. Kulutus, haitat ja politiikan kehys 1990–2005*. Yliopistopaino. Helsinki.

Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of marriage and the family*, 38, 15–28

Stakesin julkaisuja 2003. Alkoholihaittojen yhteiskunnalliset kustannukset Suomessa vuonna 2003

Suomen Psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä. (2004) Käypä hoito – suositus. *Depressio. Duodecim*, 120, 744–764.

Tautiluokitus ICD 10 (1999). Systemaattinen osa. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, ohjeita ja luokituksia 1999:2. Turengin tekstipalvelu, Ro-Offset Oy Turenki.

Vuorilehto M., Melartin T. & Isometsä E. (2005) Depressive disorders in primary care: recurrent, chronic and co-morbid. *Psychological medicine*, 35, 673-682

Wang J. & Patten S. (2001a) Alcohol consumption and Major depression. Findings from a follow-up study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 632-638

Wang J. & Patten S. (2001b) A prospective study of sex-specific effects of major depression on alcohol consumption. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 422-441.

Wang J. & El-Guebaly N. (2004) Sociodemographic Factors Associated With Comorbid Major Depressive Episodes and Alcohol Dependence in the General Population. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 37-44

Whisman, M. A. (2001). Marital adjustment and outcome following treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1, 125-129

Whisman M. A., Snyder D. K., & Castellani A. M. (2006) Current Status And Future Directions In Couple Therapy. *Annual Review of Psychology*, 57, 317-344.

Williams, J. B. W. (2001). Standardizing the Hamilton Depression Rating Scale: past, present, and future. *Eur. Arch. Psychiatry Clin Neuroscience*, 2, 6-1

6. LIITTEET

LIITE 1. Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) – kysely (17 osion versio)

Lähde: Hamilton Max. (1967) Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278–296

Merkitse kussakin osiossa se numero, joka parhaiten kuvaa potilaan tilannetta edeltäneen viikon aikana

1 – Masentuneisuus (surullisuus, toivottomuus, avuttomuus, arvottomuuden tunne)

- | | |
|---|--|
| 0 | Poissa |
| 1 | Tulee esiin vain kysyttäessä. |
| 2 | Kertoo itse spontaanisti. |
| 3 | Masentuneisuus välittyy olemuksesta, ts. ilmeiden, asennon, äänen, itkuisuuden kautta. |
| 4 | Kertoo spontaanisti ja viestii myös olemuksellaan |

2 - Syyllisyydentunteet

- | | |
|---|--|
| 0 | Poissa |
| 1 | Itsesyytöksiä, tuntee, että on jättänyt ihmiset pulaan. |
| 2 | Syyllisyydentunteita tai tehtyjen virheiden tai syntien märehtimistä. |
| 3 | Tämä sairaus on rangaistus. Syyllisyysharjoja. |
| 4 | Kuulee syyttäviä tai tuomitsevia ääniä ja/tai kokee uhkaavia visuaalisia hallusinaatioita. |

3 - Itsemurha

- | | |
|---|---|
| 0 | Poissa. |
| 1 | Tuntee, että elämä ei ole elämisen arvoista. |
| 2 | Toivoo olevansa kuollut tai hautoo ajatuksia omasta kuolemasta. |
| 3 | Itsemurha-ajatukset tai eleet. |
| 4 | Itsemurhayritykset. (Aina oikea yritys arvo 4) |

4 – Unensaantivaikeudet alkuyöstä

- | | |
|---|---|
| 0 | Ei nukahtamisvaikeuksia. |
| 1 | Valittaa nukahtamisvaikeuksia, ts. unen saanti kestää yli 30 min. |
| 2 | Valittaa jokailtaista unensaantivaikeuksista. |

5 – Unensaantivaikeudet keskellä yötä

- | | |
|---|---|
| 0 | Ei vaikeuksia |
| 1 | Potilas valittaa olevansa rauhaton ja levoton yöllä |
| 2 | Heräilee öisin – nousee sängystä (lukuunottamatta nousemista virtsaamaan) |

6 – Unensaantivaikeudet aamuyöstä

- | | |
|---|--|
| 0 | Ei vaikeuksia. |
| 1 | Herää varhaisina tunteina, mutta nukahtaa uudelleen. |
| 2 | Jos nousee sängystä, ei pysty nukahtamaan uudelleen. |

7 – Työ ja aktiivisuus

- | | |
|---|---------------|
| 0 | Ei vaikeuksia |
|---|---------------|

- 1 Ajatuksia ja tuntemuksia omasta kyvyttömyydestä, väsymyksestä tai heikkoudesta toimintoihin, työhön tai harrastuksiin liittyen.
- 2 Mielenkiinnon katoaminen puuhastelua, harrastuksia tai työtä kohtaan potilaan itsensä kertomana tai epäsuorasti ilmenevänä haluttomuutena, päättämättömyytenä ja epämääräisyytenä (potilas tuntee, että hänen on pakotettava itsensä työhön ja toimintaan)
- 3 Eri askareisiin käytetyn ajan lyhentyminen tai tuottavuuden lasku. Sairaalassa potilas käyttää alle 3 t päivässä askareisiin osaston rutiinit poissulkien.
- 4 Työnteon lopettaminen nykyisen sairauden vuoksi. Sairaalassa laita 4, jos potilas ei osallistunut muihin kuin osaston rutiineihin.

8 – Hidastuminen (Puheen tai ajatuksen hiatus, heikentynyt keskittymiskyky, heikentynyt motorinen toiminta)

- 0 Normaali puhe ja ajatuksenkulku
- 1 Haastattelutilanteessa havaittavissa hienoista hidastuneisuutta.
- 2 Haastattelutilanteessa havaittavissa selvä hidastuneisuus
- 3 Haastattelemisen vaikeaa.
- 4 Täydellinen tylsistyminen

9 – Kiihtyneisyys

- 0 Poissa
- 1 Rauhattomuutta
- 2 Leikkii käsillään, hiuksillaan jne.
- 3 Liikkuu ympäri, ei voi istua paikoillaan.
- 4 Väänтелеe käsiään, pureskelee kynsiään, kiskoo hiuksiaan, pureskelee huuliaan.

10 – Psykkinen ahdistuneisuus

- 0 Ei lainkaan.
- 1 Jännittyneisyyttä ja ärtyisyyttä.
- 2 Huolestuu pikkuasioista
- 3 Ahdistuneisuutta, joka ilmenee kasvoista ja puheesta
- 4 Pelot pulpahtavat esiin kyselemättä.

11 – Somaattinen jännittyneisyys (Fyysisiä ahdistuneisuuden merkkejä, kuten: kuiva suu, ilmavaivoja, ruoansulatusongelmia, ripulia, kramppeja, röyhtäilyä, sydämen tykytystä, päänsärkyä, hyperventilaatiota, huokailua, tiheää virtsaamista, hikoilua.)

- 0 Ei lainkaan.
- 1 Lievää
- 2 Kohtalaista
- 3 Vaikeaa.
- 4 Vammauttavaa

12 – Somaattiset mahasuolikanavan oireet

- 0 Ei lainkaan.
- 1 Ei ruokahalua, mutta syö kehottamatta.
- 2 Vaikea syödä kehottamatta

13 – Somaattiset yleisoireet

- 0 Ei
- 1 Raskas tunne jäsenissä, selässä tai päässä. Selkäsärkyä, päänsärkyä, lihassärkyä. Voimattomuutta ja väsyneisyyttä.
- 2 Muu selvä oire.

14 – Sukupuolielämä (Oireet kuten: seksuaalinen haluttomuus, kuukautisvaikeudet)

- 0 Ei lainkaan
- 1 Lievästi
- 2 Suuresti.

15 – Luulosairaus

- 0 Ei.
- 1 Omaan kehoon keskittynyt.
- 2 Huolissaan terveydestään.
- 3 Valittaa usein, pyytää apua jne.
- 4 Luulosairauteen liittyviä harhoja

16 –Painon lasku

A) Arviointi perustuen kerrottuun :

- 0 Ei painon laskua.
- 1 Luultavasti painon laskua tämän hetkiseen sairauteen liittyen
- 2 Varmaa painon laskua (potilaan mukaan) .

tai

B) Viikottainen painon lasku, jos se mitataan:

- 0 Alle 0,5 kg
- 1 Yli 0,5 kg
- 2 Yli 1 kg.

17 – Potilaan oma näkemys

- 0 Myöntää olevansa masentunut ja sairas TAI ei tällä hetkellä masentunut
- 1 Tunnustaa sairauden, mutta yhdistää sen huonoon ruokaan, ilmastoon, liialliseen työnteekoon, virukseen, levon tarpeeseen jne.
- 2 Kieltää olevansa sairas.

LIITE 2. Alcohol Disorders Identification Test (AUDIT) – kysely

Lähde: Babor T. F., Higgins-Biddle J.C., Saunders J.B. & Monteiro M.G. (2001) *AUDIT*. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. World Health Organization (2. painos)

Pistemäärä on kunkin kysymyksen edessä. Yhteispistemäärä ≥ 8 merkitsee mahdollista suurkulutusta. Yksi annos on pullo keskiolutta tai siideriä, pieni lasi väkevää viiniä, lasi mietoa viiniä tai ravintola-annos väkeviä.

1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.

- 0. ei koskaan
- 1. noin kerran kuussa tai harvemmin
- 2. 2-4 kertaa kuussa
- 3. 2-3 kertaa viikossa
- 4. 4 kertaa viikossa tai useammin

2. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia?

- 0. 1-2 annosta
- 1. 3-4 annosta
- 2. 5-6 annosta
- 3. 7-9 annosta
- 4. 10 tai enemmän

3. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

- 0. en koskaan
- 1. harvemmin kuin kerran kuussa
- 2. kerran kuussa
- 3. kerran viikossa
- 4. päivittäin tai lähes päivittäin

4. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä, kun aloit ottaa?

- 0. ei koskaan
- 1. harvemmin kuin kerran kuussa
- 2. kerran kuussa
- 3. kerran viikossa
- 4. päivittäin tai lähes päivittäin

5. Kuinka usein viime vuoden aikana et ole juomisesi vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?

- 1. en koskaan
- 2. harvemmin kuin kerran kuussa
- 3. kerran kuussa
- 4. kerran viikossa
- 5. päivittäin tai lähes päivittäin

6. Kuinka usein viime vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla olutta tai muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle?

- 0. en koskaan
- 1. harvemmin kuin kerran kuussa
- 2. kerran kuussa
- 3. kerran viikossa
- 4. päivittäin tai lähes päivittäin

7. Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?

- 0. en koskaan
- 1. harvemmin kuin kerran kuussa
- 2. kerran kuussa
- 3. kerran viikossa
- 4. päivittäin tai lähes päivittäin

8. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?

- 0. en koskaan
- 1. harvemmin kuin kerran kuussa
- 2. kerran kuussa
- 3. kerran viikossa
- 4. päivittäin tai lähes päivittäin

9. Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholinkäyttösi seurauksena?

- 0. ei
- 2. on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
- 4. kyllä, viimeisen vuoden aikana

10. Onko joku läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut että vähentäisit juomista?

- 0. ei koskaan
- 2. on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
- 4. kyllä, viimeisen vuoden aikana

LIITE 3. Dyadic Adjustment Scale

Lähteet:

Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of marriage and the family*, 38, 15–28

Busby, Christensen, Crane & Larson (1995). A revision of Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and nondistressed couples: construct hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21 (3), 289-308.

PARISUHDEKYSELY (DYADIC ADJUSTMENT SCALE – DAS)

Nimi: _____ Pvm: _____

I Konsensus _____

Kuinka usein sinä ja puolisesi/kumppanisi olette samaa tai eri mieltä seuraavista asioista?

	aina samaa mieltä 6	melkein aina samaa mieltä 5	silloin tällöin samaa mieltä 4	usein eri mieltä 3	melkein aina eri mieltä 2	aina eri mieltä 1
1. Rahankäyttö ja talousasiat						
2. Uskontoon liittyvät asiat						
3. Tunteiden osoittaminen						
4. Ystävät						
5. Seksuaalinen kanssakäyminen						
6. Käytöstavat – mikä sopii, mikä ei						
7. Suhtautuminen vanhempiin ja appivanhempiin						
8. Pyrkimykset, tavoitteet ja tärkeiksi koetut asiat						
9. Yhdessä vietetyn ajan määrä						
10. Tärkeiden päätösten tekeminen						
11. Talous- ja muut kotityöt						
12. Vapaa-ajan harrastukset						
13. Työuraan liittyvät asiat						
14. Lastenkasvatus						
15. Alkoholinkäyttö						

II Tyytyväisyys _____

	Kaiken aikaa 1	Hyvin usein 2	Useimmiten 3	Silloin tällöin 4	Harvoin 5	Ei koskaan 6
1. Kuinka usein olet harkinnut avioeroa tai suhteen lopettamista?						
2. Kadutko koskaan nykyistä avioliittoasi tai suhdettanne?						
3. Kuinka usein Sinä ja puolisosi riitelette?						
4. Kuinka usein Sinä ja puolisosi käytte toistenne hermoille?						

III Koheesio _____

	ei lainkaan 1	harvoin 2	silloin tällöin 3	melkein joka päivä 4	joka päivä 5
1. Onko sinulla ja puolisollasi/kumppanillasi yhteisiä kodin ulkopuolisia harrastuksia					

Kuinka usein sinun ja puolisosi/kumppanisi välillä tapahtuu seuraavaa?

	ei lainkaan 1	harvoin 2	silloin tällöin 3	melkein joka päivä 4	joka päivä 5
2. Vaihdamme innostuneesti ajatuksia					
3. Keskustelemme rauhallisesti jostakin					
4. Teemme jotain työtä yhdessä					

Kuinka onnellisena pidätte suhdettanne kaiken kaikkiaan?

- 1 Erittäin onneton
- 2 Melko onneton
- 3 Vähän onneton
- 4 Onnellinen
- 5 Hyvin onnellinen
- 6 Erittäin onnellinen
- 7 Täydellinen