

Kuormittavien elämäntapahtumien vaikutus nuorten depression kulkuun

Viivi Joutsen
Lääketieteen kandidaatti
Helsingin yliopisto

Helsinki 07.03.2022

Syventävä tutkielma

viivi.joutsen@helsinki.fi

Ohjaaja: prof. emeritus Mauri Marttunen

Lähiohjaaja: dos. Henna Haravuori

HELSINGIN YLIOPISTO

Lääketieteellinen tiedekunta

Tiivistelmä

Tiedekunta: Helsingin yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta

Koulutusohjelma: Lääketieteen koulutusohjelma

Opintosuunta: Suomenkielinen opintolinja

Tekijä: Viivi Joutsen

Työn nimi: Kuormittavien elämäntapahtumien vaikutus nuorten depression kulkuun

Työn laji: Syventävien opintojen tutkielma

Kuukausi ja vuosi: Maaliskuu, 2022

Sivumäärä: 34

Avainsanat: Adverse childhood experiences, Adolescent, Depressive Disorder, Follow-up studies

Säilytyspaikka: Helsingin yliopisto HELDA

Tiivistelmä:

Kuormittavien elämäntapahtumien on useissa tutkimuksissa todettu lisäävän masennukseen sairastumisen riskiä, mutta tutkimustietoa niiden vaikutuksesta masennuksen kulkuun on tarjolla vähän. Tässä tutkimuksessa selvitettiin kuormittavien elämäntapahtumien vaikutusta nuorten depression sen päätapahtumien ja oireiden kehityskulun osalta seuranta-aikana. Tutkittavilta kerättiin tietoa myös koetusta koulukiusaamisesta.

Tutkittavat koottiin vuosina 1998-2001 nuorisopsykiatriseen erikoissairaanhoidon hakeutuneista nuorista ja heidän verrokeista. Tutkittavia potilaita oli 218 ja heistä 148 osallistui kahdeksan vuoden seurantaan, verrokkeja oli 200. Mielenterveyshäiriöitä ja kuormittavia elämäntapahtumia selvitettiin sekä strukturoiduilla että subjektiiviseen arvioon perustuvilla haastattelulla ja kyselyillä. Kiusaamiskokemuksia kartoitettiin takautuvasti kahdeksan vuoden seuranta-aikana. Tutkittavia masennuksen päätapahtumia olivat masennuksen uusiutuminen, masennuksen kesto yli 25% seuranta-ajasta ja oirekehitystä kuvaavat latentit profiilit.

Kuormittavien elämäntapahtumien kumulatiivinen määrä lisäsi riskiä sairastua mielialahäiriöön, mutta vaikutusta masennuksen kulkuun ei havaittu. Vanhempien ero, alkoholismi ja psykiatrinen hoito sekä tutkittavan pahoinpidellyksi tuleminen lisäsivät riskiä sairastua masennukseen ja lieviin mielialahäiriöihin. Kiusatuksi tuleminen ala-asteella lisäsi masennuksen uusiutumisen riskiä. Kiusaamiskokemukset ala- ja yläasteella lisäsivät riskiä masennuksen kesto- ja uusiutumiseen yli 25% seuranta-ajasta. Seksuaalinen hyväksikäyttö seuranta-aikana lisäsi riskiä masennuksen huonolle kehityskululle, jossa toipuminen edistyy aluksi hyvin, mutta oireet vaikeutuvat vuoden seurannan jälkeen.

Yksityiskohtaisempi kuormittavien elämäntapahtumien vaikutusten tunteminen parantaa mahdollisuutta yksilöllisemmän hoidon suunnitteluun potilaille. Informaatiota voidaan käyttää depression uusiutumisen ja huonon kehityskulun riskissä olevien nuorten tunnistamiseen. Etenkin kiusattujen ja seksuaalista hyväksikäyttöä kokeneiden potilaiden tunnistaminen on tärkeää huomioiden niiden mahdollinen yksilötason vaikutus masennuksen kulkuun.

Sisällysluettelo

1 JOHDANTO	1
2 KIRJALLISUUSKATSAUS	1
2.1 Nuoruusikä	1
2.2 Masennustilat nuorilla	2
2.3 Masennuksen kulku nuorilla	3
2.4 Nuorten masennus ja kuormittavat elämäntapahtumat	3
3 TAVOITTEET	5
4 TUTKIMUSAINEISTO- JA MENETELMÄT	5
4.1 Osallistujat	5
4.2 Menetelmät	7
4.3 Tilastolliset menetelmät	9
4.4 Tutkielman kirjoittajan osuus	9
5 TULOKSET	9
5.1 Kuormittavat elämäntapahtumat	12
5.2 Kuormittavien elämäntapahtumien väliset yhteydet	14
5.3 Kuormittavien elämäkokemusten ja masennuksen kulun väliset yhteydet	16
5.4 Monimuuttuja-analyysit kuormittavien elämäkokemusten ja masennuksen kulun välisille yhteyksille	18
6 POHDINTA	22
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	26
8 LÄHTEET	26

Käytetyt lyhenteet

ADS	Adolescent Depression Study	Kliininen ja naturalistinen seurantatutkimus nuorten masennuksesta
ACE	Adverse Childhood Experiences	Lapsuuden kuormittavat elämäntapahtumat
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden diagnoosijärjestelmä
HDRS	Hamilton Depression Rating Scale	Haastatteluun perustuva masennusoireita arvioiva
BDI	Beck Depression Inventory	Masennusoireiden itsearviointiin perustuva asteikko
GHQ-36	General health questionnaire	Yleisten psykiatristen sairauksien tunnistamiseen käytetty kysely
MDD	Major Depressive Disorder	Vähintään keskivaikea masennus
K-SADS-PL	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia or School-age Children	Lasten ja nuorten mielenterveyshäiriöiden diagnosoinnissa käytetty haastattelumalli
SCID-II	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders	Persoonallisuushäiriöiden diagnostiikassa käytetty haastattelu
LEC	Life Events Checklist	Traumaattisten elämäntapahtumien selvittämiseen käytetty kysely

1 Johdanto

Erilaisista mielenterveyden häiriöistä kärsii joka viides nuori. Yleisimpiä ovat mieliala-, ahdistuneisuus-, käytös- ja päihdehäiriöt. Nuoren mielenterveyshäiriöiden diagnosointi on vaativaa, sillä raja normaalin ja poikkeavan kehityksen välillä ei aina ole selkeä. Hoitoa vaille jääminen voi johtaa nuoruusiän kehityksen vaikeutumiseen tai pysähtymiseen, joten oireilevien nuorten tunnistaminen on ensiluokkaisen tärkeää. Varhainen hoidon aloittaminen myös parantaa masennushäiriöiden pitkäaikaisennustetta (1).

Altistuminen kuormittaville elämäntapahtumille lapsuudessa voi johtaa varhaiseen depression puhkeamiseen ja lisätä riskiä lievän stressin aiheuttamaan depression. Nykykäsityksen mukaan kuormittavista elämäntapahtumista etenkin henkisellä väkivallalla, seksuaalisella hyväksikäytöllä ja pahoinpitelyllä on korostunut yhteys masentuneisuuteen myöhemmin elämässä (2, 3).

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää kuormittavien elämäntapahtumien vaikutusta nuorten depressioiden kulkuun ja vertailla depressiosta toipumiseen tai sen uusiutumiseen vaikuttavia tekijöitä. Kuormittavien elämäntapahtumien lisäksi tutkittavilta on kerätty tietoa koetusta koulukiusaamisesta. Hypoteesina tutkimuksessa on, että suurempi määrä kuormittavia elämäntapahtumia tulovaiheessa lisää riskiä depression uusiutumiseen, kroonistumiseen tai vaikuttaa masennuksen kehityskulkuun.

2 Kirjallisuuskatsaus

2.1 Nuoruusikä

Siirtymä lapsuudesta nuoruuteen alkaa puberteetista, joka käynnistyy yleensä 13-ikävuoteen mennessä. Nuoruus sijoittuu liukuvasti ikävuosiin 13-22 päättyen nuoreen aikuisuuteen. Nuoruus voidaan jakaa edelleen varhaisnuoruuteen (noin 12-14-vuotiaat), keskinuoruuteen (15-17-vuotiaat) ja jälkinuoruuteen (18-22-vuotiaat). Nuoruusajan lisäksi psyykkisiä ja fyysisiä muutoksia tapahtuu vastaavalla nopeudella vain varhaislapsuudessa. Aivojen hermoverkkoja muokataan myelinisaation ja synapsien karsimisen avulla. Tätä muovautumisprosessia ylläpitää sukupuolihormonien (progesteroni, estrogeeni ja testosteroni)

lisääntynyt erityis ja neuronaalinen modulaatio noin 24-vuotiaaksi asti. Erityisen suuria muutoksia tapahtuu limbisessä järjestelmässä ja frontaalilohkossa, jotka säätelevät mm. tunteita ja toiminnanohjausta (4).

Näiden muutosten lisäksi nuoren tulee selvitä myös ikävaiheeseen kuuluvista kehitystehtävistä, jotka liittyvät suurelta osin itsenäistymiseen ja oman itsensä tuntemiseen. Tärkeitä kehitystehtäviä ovat autonomian saavuttaminen vanhemmista ja entistä suurempi turvautuminen ikätovereihin, sopeutuminen murrosiän aiheuttamiin fyysisiin muutoksiin ja oman seksuaalisen identiteettinsä tutkiminen. Lopulta tämän kaiken tulisi johtaa melko vakaaseen ja pysyvään persoonallisuuteen, joka kantaa läpi aikuisuuden. Vaikeudet fyysisiin ja psyykkisiin muutoksiin sopeutumisessa voivat omalta osaltaan kuormittaa nuorta. Kehittyvät aivot ovat alttiit mm. stressin, traumojen ja päihteiden negatiiviselle vaikutukselle, mutta mahdollisuus on myös uusien kiinnostuksen kohteiden ja kykyjen kehittymiselle kognition ottaessa harppauksia. Aikuisuutta kohti muokkautuva identiteetti ja aivojen runsaat kehitykselliset muutokset voivat oikein tuettuna tarjota toisen mahdollisuuden lapsuuden kuormittavien elämäntapahtumien jälkeen.

2.2 Masennustilat nuorilla

Erilaisista mielenterveyden häiriöistä kärsii joka viides nuori. Yleisimpiä ovat mieliala-, ahdistuneisuus-, käytös- ja päihdehäiriöt. Vakavaa masennusta esiintyy 5-8%:lla nuorista, joka on noin kaksi kertaa enemmän kuin lapsilla. Se on myös yksi merkittävimmistä sairastuvuutta ja kuolleisuutta aiheuttavista tekijöistä (5). Masennusoireyhtymien yleisyydestä huolimatta 2000-luvun alussa alle puolet niitä sairastavista oli hakeutunut mielenterveyspalveluiden piiriin (6). Viimeisen vuosikymmenen aikana nuorten avohoidollisia palveluita on lisätty ja hoidossa olevien nuorten osuus väestöstä on kasvanut roimasti. THL:n psykiatrian tilastoraportissa (2017) esitetään vuonna 2007 13-17-vuotiaita potilaita olleen avohoidossa 15 797 ja käyntejä potilasta kohden 152 937, kun taas vastaavat luvut vuonna 2017 olivat 24 982 ja 319 184.

2.3 Masennuksen kulku nuorilla

Mielenterveyden häiriöt heikentävät nuoren sosiaalista ja kognitiivista toimintakykyä sekä yleistä elämänlaatua. Psykososiaalisen vaikeudet voivat jatkua vielä oireiden päättymisen jälkeen (7). Vaikean masennuksen kesto on keskimääräisesti 6-12 kk, mutta masennusjaksot voivat myös kroonistua (5). Lievästäkin masennuksesta toipuminen voi kestää kuukausia (8). Suurimmat riskitekijät nuoren depression sairastumiseen ovat masennus muilla perheenjäsenillä ja psykososiaalinen stressi. Iän myötä perimän vaikutus sairastumiseen pienenee ja ympäristötekijöiden kasvaa (9).

Depression ennusteeseen vaikuttaa mm. sen diagnostinen kategoria sekä viive depression puhkeamisen ja hoitoon hakeutumisen välillä. Vuoden pituisessa seurantatutkimuksessa kroonista depressiivistä häiriötä sairastaneet potilaat toipuivat lähes yhtä usein kuin episodisesta depressiivisestä häiriöstä kärsivät. Kroonisesti masentuneilla toipumisaika on kuitenkin pidempi (10). Myös tässä tutkimuksessa käytetystä aineistosta on julkaistu kahdeksan vuoden seurantatutkimus, jossa tarkastellaan masennuksen kulkua ja siihen vaikuttavia ennustetekijöitä (11). Persoonallisuushäiriöillä tiedetään olevan vaikutusta masennuksen eri kehityskulkuihin. Tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus ja naissukupuoli lisäävät riskiä masennuksen huonompiin kehityskulkuihin (11). Persoonallisuushäiriöt myös ennustavat nopeampaa depression uusiutumista, mutta yleisesti ottaen depression piirteet vaikuttavat ennustavan lopputulemaa luotettavammin kuin komorbiditeetti (8).

2.4 Nuorten masennus ja kuormittavat elämäntapahtumat

Kuormittavat elämäntapahtumat aiheuttavat lapsen ja nuoren elämässä stressiä, jolla voi olla myös pitkäaikaisia vaikutuksia. Nykykäsityksen mukaan kuormittavista elämäntapahtumista etenkin henkisellä väkivallalla, lapsuuden seksuaalisella hyväksikäytöllä ja pahoinpitelyllä on korostunut yhteys masentuneisuuteen myöhemmin elämässä (2,3). Seksuaalisen hyväksikäytön eri mielenterveyshäiriöiden, etenkin masennuksen ja ahdistuneisuuden, riskiä lisäävä vaikutus säilyy läpi elämän (3) riippumatta selviytyjän sukupuolesta tai iästä tapahtumahetkellä (12). Lapsuuden kuormittavat elämäntapahtumat ja ajankohtaisesti stressiä aiheuttavien tekijöiden yksilössä synnyttämät vasteet voidaan jakaa positiiviseen,

kohtalaiseen ja toksiseen vasteeseen. Luokittelu tapahtuu sen perusteella, miten todennäköisesti ne aiheuttavat pysyviä fysiologisia häiriöitä stressinsäätelyssä (13).

Positiivinen stressivaste syntyy lyhytkestoisesta ja lievästä fysiologisesta reaktiosta. Keskeistä positiivisen vasteen kannalta on aikuiselta saatava huolenpito ja reagointi lapsen tunteisiin. Aikuisen tuki toimii puskurina, joka palauttaa stressin säätelyjärjestelmän takaisin normaalille tasolle. Kohtalaisen vasteen synty liittyy poikkeavaan tai uhkaavaan kokemukseen, kuten perheenjäsenen kuolemaan tai riitaisaan avioeroon. Jos lapsi jää tämänkaltaisten tilanteiden aikana vaille aikuisen tukea, riski elimistön stressireaktion liialliseen aktivaatioon kasvaa. Tämä aktivaatio voi aiheuttaa haittaa pitkäaikaiselle terveydentilalle ja aivoille, joissa etenkin amygdala, hippocampus ja prefrontaalinen aivokuori ovat alttiita. Vaarallisin muoto on toksinen stressivaste, joka syntyy voimakkaasta, toistuvasta tai pitkittyneestä fysiologisesta stressivasteesta silloin kun lapselta puuttuu kokonaan suhde tukevaan ja turvalliseen aikuiseen. Riskejä tällaisen stressireaktion aiheuttajaksi ovat mm. pahoinpitely vanhemman toimesta, heitteillejätto sekä vanhempien päihdeongelmat ja masennus. Toksinen stressi voi aiheuttaa sekä anatomisia muutoksia aivoissa että stressin fysiologisen säätelyn muutoksia. Nämä ennustavat oppimisvaikeuksia, kroonisia somaattisia sairauksia ja mielenterveyden ongelmia myöhemmin elämässä (13).

Altistuminen kuormittaville elämäntapahtumille voi johtaa varhaiseen depression puhkeamiseen ja lisätä riskiä lievän stressin aiheuttamaan depression myöhemmin. Toisaalta kuormittavat kokemukset voivat valmistaa lasta sietämään korkean stressin olosuhteita myöhemmin elämässä, jos lapsi saa riittävää tukea stressiä aiheuttavien kokemusten käsittelyssä (14). Kielteisten elämäkokemusten ja nuorten osastopotilaiden vaikeiden mielenterveyshäiriöiden yhteyttä selvittäneessä tutkimuksessa Kellokosken sairaalassa yli 80% potilaista raportoi vähintään yhdestä negatiivisesta tapahtumasta elämässään. Todennäköisyys osastohoidon tarpeelle kasvoi kumulatiivisesti raportoidun kuormittavien elämäntapahtumien määrän kanssa. Yleisin tapahtuma oli vanhempien avioero. Internalisoivat oireet, depressio mukaan lukien, liittyivät vahvimmin fyysiseen pahoinpitelyyn, vanhempien psykiatriisiin häiriöihin tai päihteiden väärinkäyttöön sekä lähisuhdeväkivaltaan perheessä. Seksuaalisen hyväksikäytön kokeminen lisäsi huomattavasti riskiä sekä internalisoivien että eksternalisoivien oireiden kehittymiselle. (8). Myös itsemurhayrityksen riskin tiedetään suurenevan kuormittavien elämäntapahtumien määrän kasvaessa (15, 16).

3 Tavoitteet

Tässä tutkimuksessa seurattiin nuoria ja verrokkeja. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää kuormittavien elämäntapahtumien vaikutusta nuorten depression sen päätapahtumien ja oireiden kehityskulun osalta seuranta-aikana. Yksityiskohtaisempi kuormittavien elämäntapahtumien vaikutusten tunteminen parantaa mahdollisuutta yksilöllisemmän hoidon suunnitteluun potilaille. Informaatiota voidaan käyttää depression uusiutumisen riskissä olevien nuorten tunnistamiseen. Tutkimustulokset auttavat täten rikastamaan käsitystä lapsuusiän tapahtumien vaikutusta mielenterveyteen nuoruudessa ja aikuisuudessa. Hypoteesina tutkimuksessa on, että suurempi määrä kuormittavia elämäntapahtumia tulovaiheessa lisää riskiä depression uusiutumiseen, kroonistumiseen tai vaikuttaa masennuksen kehityskulkuun. Nollahypoteesi on, ettei tällaista eroa havaita. Aiemman tutkimustiedon perusteella voidaan olettaa, että kuormittavat elämäntapahtumat lisäävät riskiä varhaiseen depression puhkeamiseen ja niiden vaikutus riskiin vähenee ajan myötä (14). Vaikka kuormittaviin elämäntapahtumiin liittyvä riski masennukseen sairastumiselle pienenee iän karttuessa, on etenkin henkistä väkivaltaa lapsuudessa kokeneilla yli kaksinkertainen riski sairastua masennukseen aikuisiällä (2). Toisaalta tiedetään, että lapsuudessa tapahtuneen seksuaalisen hyväksikäytön vaikutus mielenterveyshäiriöiden riskin suuruuteen pysyy samana läpi elämän (17).

4 Tutkimusaineisto ja -menetelmät

Tutkimus on kliininen naturalistinen seurantatutkimus ja osa THL:n ADS-hanketta (Adolescent Depression Study), jonka tutkimusalueita ovat nuorten depressioiden kliininen kuva ja hoito, depressioiden ja itsetuhoisuuden ennuste sekä perhetaustan, elämäntapahtumien ja sosiaalisen tuen yhteys depression.

4.1 Osallistujat

Tutkimusaineisto on kerätty 1.2.1998 – 31.12.2001 HYKS:n Peijaksen nuorisopsykiatrian poliklinikalle läheteellä tulleista masennusta sairastavista nuorista. Uusia potilaita tuli tuona aikana hoitoon 744. Joukosta poissuljettiin ikäryhmään (13–19 -vuotiaat) kuulumattomat,

suomen kielen taidoiltaan puutteelliset, kognitiivisilta kyvyiltään riittämättömät, muualle hoitoon ohjatut, vain konsultaatiota tarvitsevat ja potilaat, joiden hoito ei käsittänyt yksilötapaamisia. Karsinnan jälkeen tutkimukseen sopivia potilaita oli 660. Heiltä koottiin esitiedot koskien potilasta itseä, hänen perhettään ja potilaan aiempaa psykiatrista hoitoa sekä kartoitettiin yleisiä psyykkisiä oireita GHQ-36-kyselyllä (18) ja masennusoireita BDI-kyselyllä (19).

Potilaista seulottiin seuraaviin tutkimusvaiheisiin ne, jotka saivat BDI-kyselyssä 10 tai enemmän pistettä ja GHQ-36-kyselyssä 5 tai enemmän pistettä. Seulaposiitivisia potilaita oli 373 potilasta, joista 118 kieltäytyi tutkimuksesta ja 34:llä hoito päättyi ennen tutkimushaastattelua. Potilaista karsittiin pois orgaanisesta syystä tai päihdevieroituksen aiheuttamasta masennustilasta kärsivät, mutta syömishäiriöt-komorbideetti tai itsetuhoisuus eivät olleet poissulkukriteerejä. Alkuarvion perusteella tutkimukseen valikoitui 218 potilasta ja tutkimukseen osallistumattomien potilaiden hoito jatkui tavanomaisesti.

200:n nuoren vertailuaineisto koottiin Vantaan ja Keravan yläasteilta, lukiosta ja ammatillisista oppilaitoksista vastaten kohortin ikä- ja sukupuolijakaumaa. Nuorilta kartoitettiin oireet, selvitettiin perhetausta ja tehtiin diagnostinen haastattelu kuten potilasryhmälle.

Osallistujia seurattiin oirekyselyin kuuden kuukauden, 12 kuukauden ja kahdeksan vuoden kuluttua lähtötilanteen diagnostisesta haastattelusta. Kahdeksan vuoden kohdalla osallistujille tehtiin alkuarviota vastaava diagnostinen haastattelu. Seurannan aikana tutkimuksen keskeyttäneet nuoret eivät eronneet siinä jatkaneista sukupuoleltaan, iältään tai lähtötilanteessa diagnosoitujen masennushäiriöiden tai masennuksen vaikeusasteen, ahdistuneisuushäiriöiden, syömis- ja käytöshäiriöiden tai persoonallisuushäiriöiden osalta. Sen sijaan päihdehäiriöitä esiintyi keskeyttäneillä useammin kuin tutkimuksessa jatkaneilla (11). Kahdeksan vuoden seurantaan osallistui 148 potilasta, joista 126 osallistui myös kuuden kuukauden seurantaan ja 137 kahdentoista kuukauden seurantaan. Vertailuryhmän tietoja kahdeksan vuoden seurannassa ei kadosta johtuen tuotu tutkimusanalyysiin.

Tutkimus on hyväksytty Peijaksen sairaalan sekä HUSin lasten ja nuorten sairauksien eettisissä toimikunnissa. Tutkimukseen osallistuneet ovat antaneet kirjallisen suostumuksen ja myös alle 18-vuotiaiden vanhemmilta on kerätty kirjalliset suostumukset. Potilaiden hoito

toteutui riippumatta osallistumisesta tutkimukseen. Yksittäisiä potilaita ei ole identifioitavissa analyyseistä.

4.2 Menetelmät

Tutkimukseen valikoituneilta potilailta koottiin yksityiskohtaisemmat esitiedot koskien masennusta ja itsetuhoisuutta, päihdekäyttöä, perheen ja lähisuvun somaattista ja psykiatrasta sairastavuutta sekä perhetaustaa ja -ilmapiiriä. Masennuksen vaikeusastetta arvioitiin itseraportoidulla BDI-lomakkeella ja haastattelijan arvionnin perusteella Hamiltonin asteikolla (20). Diagnostiseen haastatteluun kuului DSM-IV mukaisten aikaisempien ja ajankohtaisten mielenterveyshäiriöiden arviointi lähtötilanteessa K-SADS-PL-haastattelulla (21) ja persoonallisuushäiriöiden arviointi SCID-II-haastattelulla (22). Tässä aineistossa persoonallisuushäiriöitä ja etenkin epävakaata on tutkittu mahdollisen ennustevaikutuksen vuoksi. Kahdeksan vuoden seurannassa K-SADS-PL haastattelun sijaan käytettiin aikuisille tarkoitettua SCID-I-haastattelua.

Kuormittavia elämäntapahtumia kartoitettavia ja siten tämän tutkimuksen kannalta merkittäviä kyselyitä olivat LEC (23) sekä tutkimusta varten rakennettu perhetekijöitä koskeva FAM-D, joka kartoittaa perheenjäsenten yleistä terveydentilaa, alkoholin- ja huumeiden käyttöä, psykiatrasta hoitoa ja itsetuhoisuutta, vankilatuomiota, työttömyyttä ja perheen sisäisten suhteiden osalta perheväkivaltaa, seksuaalista hyväksikäyttöä ja vanhempien välistä suhdetta. Tutkimusanalyseissä käytetyssä kuormittavien elämäntapahtumien summamuuttujassa on mukana vanhempien ero, vanhempien haittoja aiheuttava alkoholinkäyttö, vanhempien psykiatrinen hoito, vanhemman pidätys tai vangitseminen, perheväkivallan todistaminen, pahoinpidellyksi tuleminen ja seksuaalisen hyväksikäytön kohteeksi joutuminen.

Tutkittavilta selvitettiin myös seuranta-ajan traumaattisia tapahtumia. Kartoitettuihin tapahtumiin kuului joutuminen auto-onnettomuuteen, luonnonmullistuksen tai tulipalon kokeminen, väkivaltarikoksen näkeminen, väkivaltarikoksen uhriksi tai pahoinpidellyksi joutuminen, järkyttävien uutisten kuuleminen, perheväkivallan kokeminen ja seksuaalisen hyväksikäytön kokeminen. Seksuaalinen hyväksikäyttö kokemuksena perustuu tässä tutkimuksessa potilaan omaan raportointiin ja eikä niitä ole eritelty tarkemmin. Kokemukset kuitenkin lienevät laadultaan vakavia ja yksilön kannalta merkittäviä.

Mielialahäiriöiden diagnostiikassa käytettiin DSM-IV mukaisia kriteerejä. Masennuksen katsottiin olevan remissiossa, jos episodin päättymisen jälkeen kahden viikon ja kahden kuukauden välillä ei ollut lainkaan oireita tai esiintyi vain yksi muu oire kuin masentunut mieliala tai anhedonia. Toipumisen kriteerinä oli kaksi kuukautta remissiota masennuksesta. Masennus katsottiin uusiutuneeksi, jos toipumisen jälkeen ilmeni uusi masennusepisodi. Mielialahäiriöiden lisäksi tutkittavilta kartoitettiin komorbiditeettia ahdistuneisuus-, päihde- ja syömishäiriöiden, käytös- ja tarkkaavaisuuden häiriöiden, psykoosisairauksien ja persoonallisuushäiriöiden osalta. Persoonallisuushäiriöistä määritettiin epävakaa persoonallisuushäiriö, muu persoonallisuushäiriö tai ei häiriötä.

Aiemmin tällä aineistolla on tutkittu potilaiden masennuksen kulkua latentin luokituksen avulla (11). Latentit profiilit muodostettiin arvioimalla masennuksen vaikeusaste Hamiltonin asteikolla (20) alkutilanteessa, kuuden ja kahdentoista kuukauden sekä kahdeksan vuoden seuranta-aastattelussa. Parhaiten aineistoa kuvaavaksi malliksi todettiin kolmen latentin luokan tai profiilin ratkaisu, joihin potilaat jakautuivat. Yhteen ryhmään kuuluivat parhaiten paranevat, joilla masennus oireili kohtalaisen lievänä ja paraneminen kehittyi suotuisasti koko seuranta-ajan. Toiseen ryhmään kuuluivat potilaat, joiden masennusoireet olivat kohtalaiset ja paraneminen alkoi hyvin, mutta kääntyi vuoden seurannassa huonompaan suuntaan johtaen epäsuotuisaan loppumuuttuun. Kolmanteen ryhmään kuuluvilla masennusoireet olivat aluksi vaikeimmat, mutta paranivat tasaisesti seurannan loppuun asti (11).

Kiusaamiskokemuksia kartoitettiin kahdeksan vuoden seuranta-aastattelussa retrospektiivisesti. Kiusaamiskyselyyn vastasi 132 tutkittavaa. Potilailta kysyttiin kiusattiinko häntä koulussa, millä koululuokka-asteilla kiusaaminen tapahtui, kuinka usein yhden lukukauden aikana kiusaamista potilasta kiusattiin sen ollessa pahimmillaan sekä kuinka usein yhden lukukauden aikana toiset oppilaat eivät halunneet viettää aikaa potilaan kanssa ja hän joutui olemaan yksin. Käytettäviksi muuttujiksi valittiin kyllä tai ei kiusattu koulussa, luokka-aste, jolla kiusaaminen tapahtui ja kiusaamistiheys vakavimmillaan.

Tarkasteltavana ennustemuuttujana toimi kuormittavat elämäntapahtumat sekä niiden laatu ja kumulatiivinen määrä. Loppumuuttujan muodosti depression kulku tutkimukseen tullessa sekä yhden ja kahdeksan vuoden kohdalla. Potilasaineisto jaettiin loppumuuttujan mukaan kolmeen ryhmään; tulovaiheen masennuksesta toipuneet, tulovaiheen masennuksesta toipuneet mutta uusiutuneeseen masennukseen sairastuneet ja kahdeksan vuoden seuranta-ajasta yli 25% masentuneet.

4.3 Tilastolliset menetelmät

Aineistoa tarkastellaan tilastollisin menetelmin mm. jakaumin ja prosentiosuuksin sekä ristiintaulukoin ja monimuuttuja-analyysien avulla. Ohjelmistona aineiston analysoinnissa käytettiin SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versio 27.0. Kuormittavien elämäntapahtumien ja masennuksen kulun välisiä yhteyksiä tutkittiin käyttäen Khiin neliö- ja ANOVA-testejä. Normaalijakaumaa noudattamattomille numeerisille arvoille käytettiin Mann-Whitney- ja Kruskal-Wallis-testejä. Kuormittavien elämäntapahtumien korrelaatiota keskenään selvitettiin Pearsonin korrelaatiokertoimen avulla. Kuormittavien elämäntapahtumien suhdetta loppumuuttujiin tarkasteltiin ristiintaulukoin ja logistisen regression avulla, jossa malleissa huomioitiin myös sekoittavia tekijöitä. Tilastollisen merkittävyyden raja-arvoksi asetettiin $p:n$ arvo < 0.05 . Yksittäisten muuttujien kohdalla oletettiin tietoa puuttuvan satunnaisesti, eikä puuttuvaa tietoa korjattu tilastollisin menetelmin.

4.4 Tutkielman kirjoittajan osuus

Tutkimusaihe on itse valitsemani. Aineisto oli kerätty valmiiksi osana ADS-hanketta. Kirjallisuuskatsauksen olen koonnut itsenäisesti. Tutkimuskysymykset ja analyysisuunnitelmat laadin lähiohjaajan ohjannassa.

Tutkimusaineiston tilastolliset analyysit toteutettiin lähiohjaajan kanssa yhdessä aineiston sijaitessa ja ollessa käytettävissä THL:ssä. Tuloso-suudet, pohdinnan ja johtopäätökset olen kirjoittanut omatoimisesti.

5 Tulokset

Tutkimukseen osallistui 218 potilasta, joista enemmistö oli naisia (81.7%). Potilaiden keskiarvoikä oli 16.41 vuotta (taulukko 1).

BDI-pisteet tutkimukseen tullessa olivat viitteelliset kohtalaiselle tai keskivaikealle masennukselle ($M=22.4$, $SD=9.2$). Yleisimmät huoltajan sosioekonomiset ryhmät potilailla oli alempi toimihenkilö sekä työntekijä tai yksinyrittäjä ja verrokeilla ylempi toimihenkilö tai työnantaja. Kahdeksan vuoden seurannassa sukupuolijakauma pysyi ennallaan ja keskiarvoikä oli 24.5 vuotta.

Yleisin diagnosoitu mielialahäiriö lähtötilanteessa oli yksittäinen MDD-episodi (DSM-luokituksen Major Depressive Disorder, joka ICD-10-luokituksessa vastaa vähintään keskivaikeaa masennustilaa) ja toiseksi yleisimpänä toistuva MDD (taulukko 2). Enemmistöllä potilaista oli vain yksi voimassa oleva mielialahäiriödiagnosi, mutta suurimmalla osalla oli samanaikaisesti diagnosi kahdesta tai useammasta häiriöryhmästä. Yleisin komorbiditeetti oli potilasaineistossa ahdistuneisuushäiriö, joka oli diagnosoitu yli puolella. Vertailuryhmästä suurin osa ei sairastanut mitään mielialahäiriötä, mutta diagnosoiduista mielialahäiriöistä tavallisimmat olivat yksittäinen MDD-episodi ja lievä masennustila.

Kahdeksan vuoden seurannassa yli puolella potilaista ei ollut mitään mielialahäiriötä haastatteluhetkellä ja reilulla neljänneksellä masennus ei ollut uusiutunut seulaepisodin jälkeen (taulukko 3). Reilulla kolmanneksella (37.2%) masennus oli uusiutunut, mutta väistynyt seurannan päättyessä. Mielialahäiriöstä kärsi haastatteluhetkellä kolmannes (35.8%). Yhdeksällä potilaalla seulaepisodi oli kroonistunut.

Masennuksen latenteja profiileja tarkasteltaessa puolet potilaista kuului parhaiten paranevien ryhmään. Aluksi voimakkaimmista oireista kärsiviä, mutta tasaisesti paranevia oli vajaa neljännes (23%). Alkuun hyvin paranevia, mutta vuoden kuluttua toipumisessa huonoon suuntaan kääntyneitä oli reilu neljännes (26.4%).

Taulukko 1: Tutkittavien taustatiedot

	Potilaat (n=218)	Verrokkit (n=200)	Potilaat 8-v seurannassa (n=148)
Sukupuoli, n (%)			
Mies	40 (18.3)	38 (19.0)	26 (17.6)
Nainen	178 (81.7)	162 (81.0)	122 (82.4)
Ikä, M (SD)	16.4 (1.62)	16.3 (1.60)	16.5 (1.6)bl 24.5 (2.1)8v

Huoltajan sosioekonominen asema, n(%)			
Ei tietoa/ Eläkeläinen/ Opiskelija/ Muu	18 (8.3)	20 (10.0)	12 (8.1)bl
Työntekijä/ yksinyrittäjä	63 (28.9)	63 (31.5)	38 (25.7)bl
Alempi toimihenkilö	81 (37.2)	44 (22.0)	61 (41.2)bl
Ylempi toimihenkilö/ työnantaja	56 (25.7)	73 (36.5)	37 (25.0)bl
BDI tutkimukseen tullessa, M (SD)	22.4 (9.2)	4.8 (5.8)	22.8 (8.3)bl 7.9 (8.9)8v

Taulukko 2: Tutkittavien mielialahäiriödiagnoosit lähtötilanteessa

Diagnosoidut mielialahäiriöt lähtötilanteessa, n (%)	Potilaat (n=218)	Verrokkit (n=200)
On mielialahäiriö	218 (100)	22 (11.0)
Ei mielialahäiriötä	0 (0.0)	178 (89.0)
MDD, yksittäinen episodi	106 (48.6)	9 (4.5)
MDD, toistuva	53 (24.3)	3 (1.5)
Dystymia	11 (5.0)	2 (1.0%)
Kaksoismasennus	14 (6.4)	1 (0.5)
Kaksisuuntainen mielialahäiriö	15 (6.9)	2 (1.0)
Lievä masennustila	19 (8.7)	5 (2.5)

Taulukko 3: Tutkittavien mielialahäiriödiagnoosit sekä masennuksen loppumuuttajat ja kehityskulut kahdeksan vuoden seurannassa

Diagnosoidut mielialahäiriöt 8-v seurannassa, n (%)	Potilaat (n=148)
Ei mielialahäiriötä haastatteluhetkellä	95 (64.2)
MDD, yksittäinen	4 (2.7)

MDD, toistuva	28 (18.9)
Dystymia	3 (2.0)
Kaksoismasennus	1 (0.7)
Kaksisuuntainen mielialahäiriö	9 (6.1)
Lievä masennustila	8 (5.4)
Masennuksen kulku, n (%)	
Seulaepisodi päättynyt, ei rekurensia	40 (27.0)
Seulaepisodi päättynyt, rekurrensi, ei mielialahäiriötä haastatteluhetkellä	55 (37.2)
Seulaepisodi päättynyt, rekurrensi, mielialahäiriö haastatteluhetkellä	44 (29.7)
Seulaepisodi jatkuu	9 (6.1)
Käytetyt loppumuuttajat, n (%)	
Masennus uusiutuva	99 (66.9)
Seuranta-ajasta yli 25% masennus	85 (57.4)
Masennuksen kehityskulut (latentit profiilit, HDRS, Hamilton, 1960)	
Paranee parhaiten	75 (50.7)
Paranee ensin hyvin, mutta kääntyy huonompaan suuntaan vuoden seurannan jälkeen	39 (26.4)
Voimakkaimmat oireet aluksi, mutta paranee koko ajan	34 (23.0)

5.1 Kuormittavat elämäntapahtumat

Kuormittavia elämäntapahtumia oli kertynyt potilaille enemmän kuin verrokeille. Suurin osa potilaista oli kokenut kaksi tai useamman kuormittavan elämäntapahtuman ja vertailuryhmästä vastaavasti vajaa neljännes (taulukko 4).

Yleisin kuormittava elämäntapahtuma oli vanhempien ero sekä potilailla että verrokeilla. Seuraavaksi yleisimpiä potilailla olivat vanhemman psykiatrinen hoito ja vanhemman alkoholismi. Seksuaalista hyväksikäyttöä ennen tutkimukseen tuloa oli kokenut 12 potilasta ja seitsemän verrokkia (taulukko 4).

Potilaiden vanhemmat olivat useammin eronneita kuin verrokeilla ja mielialahäiriöön sairastuneilla oli useammin taustalla vanhempien ero. Sama todettiin vanhemman psykiatrisen hoidon, vanhemman alkoholiongelman, vanhemman pidätyksen tai vangitsemisen ja pahoinpidellyksi tulemisen osalta.

Kuormittavien elämäntapahtumien kokonaismäärä oli merkitsevästi suurempi potilasjoukossa ja mielialahäiriö oli sitä useammalla nuorella mitä enemmän kuormittavia elämäntapahtumia oli raportoitu (taulukko 4).

Tutkimuksessa kartoitettiin myös seuranta-aikana potilaille tapahtuneita traumaattisia elämäntapahtumia. Auto-onnettomuuteen oli joutunut yhdeksän potilasta (6.1%), muuhun onnettomuuteen kolme (2.0%), tulipaloon 1 (0.7%) ja luonnonmullistuksen yksi potilas (0.7%). Järkyttäviä uutisia oli kuullut 54 (36.7) potilasta. Väkivaltarikoksen oli nähnyt 8 potilasta (5.4%), itse väkivaltarikoksen uhriksi oli joutunut 16 (10.9%) ja pahoinpidellyksi oli tullut 29 (19.7%) potilasta. Tutkimusaineistoon kuului myös 16 (10.7%) potilasta, jotka olivat seuranta-aikana joutuneet ensi kertaa seksuaalisen hyväksikäytön kohteeksi.

Kiusaamiskokemuksia kartoitettiin kahdeksan vuoden seuranta-haastattelun yhteydessä.

Kiusaamiskyselyyn vastasi 132 potilasta, joista 87 (65.9%) koki tulleen kiusatuksi peruskoulun aikana. Kiusaamista raportoineista ala-asteella luokilla 1-3 kiusattuja oli 41 (47.1%), luokilla 3-5 70 (80.5%), yläasteella kiusattuja 48 (55.2%) ja sekä ala- että yläasteella kiusaamista kokeneita 38 (43.4%) potilasta. Kiusaamista kokeneilta kartoitettiin myös kiusaamistiheyttä sen ollessa vakavimmillaan yhden lukukauden aikana.

Heistä kerran tai kaksi lukukauden aikana kiusattuja oli 12 (28.8%), 2-3 kertaa kuukaudessa kiusattuja 11 (12.6%), kerran viikossa kiusatuksi tulleita 25 (28.7%) ja useita kertoja viikossa kiusattuja oli potilaista 40 (46.0%).

Taulukko 4: Lapsuuden aikaiset kuormittavat elämäntapahtumat tutkittavilla ja mielialahäiriöön sairastuminen

ACE, n (%)	Potilaat (n=218)	Verrokkit (n=200)	Potilaat vs. verrokkit, Khiin neliö X^2 , p	Mielialahäiriö vs. ei mielialahäiriötä, Khiin neliö X^2 , p
Vanhempien ero	96 (44.0)	57 (28.5)	10.586, p=.001	18.867, p=.000

Vanhemman haittoja aiheuttava alkoholin käyttö (hoidon tarve)	50 (22.9)	24 (12.0)	8.562, p=.003	12.262, p=.000
Vanhemman psykiatrinen hoito	79 (36.2)	31 (15.5)	23.135, p=.000	28.684, p=.000
Todistanut perheväkivaltaa	37 (17.0)	28 (14.0)	.702, p=.402	3.324, p=.068
Pahoinpidelty	32 (14.7)	12 (6.0)	8.342, p=.004	9.849, p=.002
Seksuaalinen hyväksikäyttö	12 (5.5)	7 (3.5)	.966, p=.326	3.774, p=.052
Perheenjäsenen kuolema	39 (17.9)	29 (14.5)	.880, p=.348	3.477, p=.062
Vanhemman pidätys tai vangitseminen	16 (7.3)	4 (2.0)	6.527, p=.011	6.537, p=.011
ACE-summa			43.612, p=.000	52.699, p=.000
0	53 (24.3)	105 (52.5)		
1	74 (33.9)	48 (24.0)		
2 tai enemmän	91 (41.7)	47 (23.5)		
ACE, M (SD)	1.48 (1.29)	.82 (1.066)		

5.2 Kuormittavien elämäntapahtumien väliset yhteydet

Useiden perhe-ilmapiiriin liittyvien kuormittavien elämäntapahtumien välillä havaittiin tilastollisesti merkitsevää riippuvuutta (taulukko 5).

Vanhempien alkoholismi korreloi vanhempien psykiatrisen hoidon, perheväkivallan todistamisen, pahoinpidellyksi joutumisen, perheenjäsenen kuoleman ja vanhemman pidätyksen tai vangitsemisen kanssa. Vanhempien erolla havaittiin olevan merkitsevää yhteyttä ainoastaan vanhempien psykiatrisen hoidon kanssa.

Kiusaamisen kokeminen ala-asteen 1-3. luokilla oli merkitsevästi yhteydessä sekä perheväkivallan todistamiseen että pahoinpidellyksi tulemiseen.

Koulukiusatuksi joutuminen korreloi aineistossa negatiivisesti sekä lapsuudessa että seuranta-aikana koetun seksuaalisen hyväksikäytön kanssa (taulukko 5).

Seurannan aikana seksuaalisen hyväksikäytön kokeminen oli viitteellisesti yhteydessä perheväkivallan todistamiseen lapsuudessa (taulukko 5).

Vaikka aiemmin tapahtuneella seksuaalisella hyväksikäytöllä oli tässä aineistossa tilastollisesti merkitsevä riippuvuus vanhempien psykiatrisen hoidon, perheväkivallan todistamisen ja pahoinpidellyksi joutumisen välillä, tuloksia voidaan pitää korkeintaan viitteellisinä pieni otoskoko (n=8) huomioiden.

Taulukko 5: Lapsuuden ja seuranta-ajan kuormittavien elämäntapahtumien väliset yhteydet

ACE, Pearson	Vanhempien haittoja aiheuttava alkoholin käyttö	Vanhempien psykiatrisen hoito	Todistanut perheväkivaltaa	Pahoinpidelty	Seksuaalinen hyväksikäyttö aiemmin	Vanhempien ero	Perheenjäsenen kuolema	Vanhemman pidätys tai vangitseminen	Kiusattu koulussa	Kiusattu ala-asteella lk 1-3	Kiusattu yläasteella lk 7-9
Vanhempien psykiatrisen hoito	.193**										
Todistanut perheväkivaltaa	.268**	.103*									
Pahoinpidelty	.270**	-.010	.305**								
Seksuaalinen hyväksikäyttö aiemmin	-.011	.130**	.160**	.112*							
Vanhempien ero	.064	.144**	.058	.031	.025						
Perheenjäsenen kuolema	.203**	.105*	.133**	.102*	.028	.109*					
Vanhemman pidätys tai vangitseminen	.307**	.070	.070	.252**	.005	.086					
Kiusattu koulussa	.043	-.144	.021	-.120	-.183*	-.057	-.064	.036			
Kiusattu ala-asteella lk 1-3	-.027	-.089	.213*	.315**	-.061	.097	.027	.016			
Kiusattu yläasteella lk 7-9	-.167	.048	-.046	-.076	.047	.048	-.109	-.028		.018	
Traumaattiset elämäntapahtumat seuranta-aikana, Pearson											
Seksuaalinen hyväksikäyttöä seuranta-aikana	-.136	.036	.150	.052	-.078	.055	.067	.079	-.270**	.262*	.195
Väkivaltarikoksen uhri	.042	.024	.045	.123	-.063	.004	.134	.084	-.183*	.086	.097

*= korrelaatio on merkitsevä 0.05 tasolla

**= korrelaatio on merkitsevä 0.01 tasolla

5.3 Kuormittavien elämäntapahtumien ja masennuksen kulun väliset yhteydet

Vanhempien erolla havaittiin olevan merkitsevä yhteys masennuksen kestoon yli 25% seuranta-ajasta (taulukko 6). Viitteellinen yhteys havaittiin pahoinpitelyn ja masennuksen uusiutumisen välillä.

Kuormittavien elämäntapahtumien kumulatiivisella määrällä ei todettu tilastollisesti merkitsevää yhteyttä masennuksen kulkuun, vaikkakin viitteellinen yhteys havaittiin masennuksen kestoon yli 25% seuranta-ajasta .

Kiusatuksi tuleminen luokka-asteesta riippumatta oli merkitsevästi yhteydessä masennuksen uusiutumiseen ja kestoon yli 25% seuranta-ajasta (taulukko 6). Masennuksen kehityskulkuun latenttien profiilien osalta kiusatuksi tulemisella ei ollut merkitystä. Kiusaamiskokemusten kumuloituminen oli merkitsevästi yhteydessä sekä masennuksen uusiutumiseen että kestoon yli 25% seuranta-ajasta. Kiusaamistiheydellä ei havaittu olevan yhteyttä masennuksen loppumuuttujiin tai latenteihin profiileihin, vaikka kiusatuksi tuleminen useita kertoja viikossa korostuikin prosentiosuoksissa.

Seuranta-ajan traumaattisista tapahtumista järkyttävien uutisten kuuleminen oli merkitsevästi yhteydessä masennuksen uusiutumiseen (taulukko 6). Ainoa seuranta-ajan traumaattinen tapahtuma jolla todettiin olevan merkitsevä masennuksen kehityskulkuun latentein profiilein määriteltynä, oli seksuaalisen hyväksikäytön kohteeksi joutuminen ($X^2 = 18.153$, $p < .001$).

Näistä potilaista suurin osa (68.8%) kuului latenttien profiilien ryhmään, joka paranee aluksi hyvin, mutta masennusoireilu kääntyy huonompaan suuntaan vuoden seurannan jälkeen. Viitteellinen yhteys havaittiin seksuaalisen hyväksikäytön ja masennuksen uusiutumisen välillä sekä väkivaltarikoksen kohteeksi joutumisen ja masennuksen kehityskulkujen välillä.

Taulukko 6: Lapsuuden ja seuranta-ajan kuormittavat elämäntapahtumat ja masennuksen kulku

ACEs, n (%)	Potilaat 8-v seurannassa (n=148), n (%)	Masennus uusiutuva, n (%)	Masentunut yli 25% seuranta-ajasta, n (%)	Masennuksen kehityskulut, latentit profiilit, n (%)		
				Paranee parhaiten	Paranee ensin, mutta kääntyy huonoon suuntaan vuoden seurannan jälkeen	Voimakkaimmat oireet aluksi, mutta paranee koko ajan
Vanhempien ero	63 (42.6)	44 (69.8)	43 (68.3)	26 (41.3)	21 (33.3)	16 (25.4)
		$X^2 = .431$	$X^2 = 5.254^*$	$X^2 = 4.225$		
Vanhemman haittoja aiheuttava alkoholin käyttö	33 (22.3)	23 (69.7)	20 (60.6)	21 (63.6)	5 (15.2)	7 (21.2)
		$X^2 = .151$	$X^2 = .175$	$X^2 = 3.487$		
Vanhemman psykiatrinen hoito	58 (39.2)	38 (65.5)	33 (56.9)	33 (56.9)	15 (25.9)	10 (17.2)
		$X^2 = .081$	$X^2 = .011$	$X^2 = 2.101$		
Todistanut perheväkivaltaa	24 (16.2)	18 (75.0)	15 (62.5)	9 (37.5)	9 (37.5)	6 (25.0)
		$X^2 = .850$	$X^2 = .301$	$X^2 = 2.384$		
Pahoinpidelty	20 (13.5)	17 (85.0)	12 (60.0)	8 (40.0)	5 (25.0)	7 (35.0)
		$X^2 = 3.424$	$X^2 = .062$	$X^2 = 1.992$		
Seksuaalinen hyväksikäyttö aiemmin	8 (5.4)	7 (87.5)	6 (75.0)	3 (37.5)	2 (25.0)	3 (37.5)
		$X^2 = 1.622$	$X^2 = 1.068$	$X^2 = 1.072$		
Perheenjäsenen kuolema	26 (17.6)	17 (65.4)	13 (50.0)	13 (50.0)	6 (23.1)	7 (26.9)
		$X^2 = .032$	$X^2 = .713$	$X^2 = .345$		
Vanhemman pidätys tai vangitseminen	10 (6.8)	9 (90.0)	5 (50.0)	5 (50.0)	3 (30.0)	2 (20.0)
		$X^2 = 2.586$	$X^2 = .242$	$X^2 = .096$		
ACE-summa luokiteltuna		$X^2 = 3.880$	$X^2 = 5.759$ $p = .056$	$X^2 = 1.746$		
0	37 (25.1)	20 (54.1)	15 (17.6)	20 (54.1)	9 (24.3)	8 (21.6)

1	49 (33.1)	36 (73.5)	31 (63.3)	23 (46.9)	16 (32.7)	10 (20.4)
2 tai enemmän	62 (41.9)	43 (69.4)	39 (62.9)	32 (51.6)	14 (22.6)	16 (25.8)
Kiusattu koulussa), n (%)	87 (65.9)	66 (75.9)	59 (67.8)	47 (42.5)	26 (29.9)	24 (27.6)
		$X^2 = 8.272^{**}$	$X^2 = 9.442^{**}$	$X^2 = 4.606$		
Kiusaaminen luokiteltuna		$X^2 = 14.102^{**}$	$X^2 = 10.514^*$	$X^2 = 10.732$		
Kiusattu ala-asteella	38 (28.8)	34 (89.5)	23 (60.5)	17 (44.7)	10 (26.3)	11 (28.9)
Kiusattu ylä-asteella	10 (7.6)	6 (60.0)	7 (70.0)	4 (40.0)	1 (10.0)	5 (50.0)
Kiusattu ala- ja yläasteella	38 (28.8)	25 (65.8)	28 (73.7)	15 (39.5)	15 (39.5)	8 (21.1)
Traumaattiset elämän-tapahtumat seuranta-aikana, n(%)						
Seksuaalinen hyväksikäyttö seurannassa	16 (10.8)	14 (87.5)	12 (75.0)	2 (12.5)	11 (68.8)	3 (18.8)
		$X^2 = 3.507$	$X^2 = 2.338$	$X^2 = 18.153^{**}$		
Väkivalta-rikoksen uhri	16 (10.8)	12 (75.0)	8 (50.0)	6 (37.5)	8 (50.0)	12 (12.5)
		$X^2 = .561$	$X^2 = .374$	$X^2 = 5.571$		
Kuullut järkyttäviä uutisia	54 (36.5)	42 (77.8)	34 (63.0)	29 (53.7)	14 (25.9)	11 (20.4)
		$X^2 = 4.742^*$	$X^2 = 1.181$	$X^2 = .402$		

*= tulos on merkitsevä 0.05 tasolla

**= tulos on merkitsevä 0.01 tasolla

5.4 Monimuuttuja-analyysit kuormittavien elämäkokemusten ja masennuksen kulun välisille yhteyksille

Logistisissa Regressioanalyysissä kontrolloitiin taustamuuttujina ikä, sukupuoli, vanhempien sosioekonominen asema ja masennuksen kulun osalta myös persoonallisuushäiriö. Persoonallisuushäiriöillä tiedetään olevan vaikutusta masennuksen eri kehityskulkuihin. Tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus ja naissukupuoli lisäävät riskiä masennuksen huonoimpiin kehityskulkuihin kuulumiseen (11). Logistisissa regressioanalyysissä laskettiin

riskisuhteet sekä erillisille riskitekijöille että kuormittavien elämäntapahtumien kumulatiiviselle määrälle (ACEs kumuloituminen) edellä mainitut tekijät kontrolloiden.

Usean riskitekijän malleihin valittiin ne elämäntapahtumat, jotka olivat yhden riskitekijän analyyseissä osoittautuneet merkitseviksi tai suuntaa antaviksi. Kuten edellä usean riskitekijän logistisissa regressioanalyyseissä kontrolloitiin iän, sukupuolen ja vanhemman sosioekonomisen aseman lisäksi persoonallisuushäiriöt.

Masennukseen tai lievään mielialahäiriöön sairastumisen riskiä tutkittaessa yhden riskitekijän logistisessa regressioanalyyseissä sairastuminen oli todennäköisempää potilailla joiden vanhemmalla oli päihdeongelma, vanhempi oli saanut psykiatrista hoitoa tai vanhempi oli pidätetty sekä potilailla jotka oli pahoinpidelty (taulukko 7). Suuntaa antava tulos havaittiin perheväkivaltaa todistaneilla ja seksuaalista hyväksikäyttöä kokeneilla Mielialahäiriöön sairastumisen riski oli myös suurentunut, jos potilaalla oli historiassaan yksi tai kaksi tai useampi kuormittava elämäntapahtuma. Riskin todettiin myös kasvavan kuormittavien elämäntapahtumien lukumäärän kasvaessa jatkuvana muuttujana. Usean riskitekijän logistisessa regressioanalyyseissä merkittävinä riskitekijöinä masennukseen ja lieviin mielialahäiriöihin sairastumiselle pysyivät vanhempien ero, vanhempien psykiatrinen hoito sekä pahoinpidellyksi tuleminen.

Taulukko 7: Kuormittaviin lapsuuden aikaisiin kokemuksiin liittyvä riski masennukselle ja lieville mielialahäiriöidelle nuoruudessa logistisella regressiolla tarkasteltuna

	Yhden riskitekijän logistinen regressio OR (95 % CI)	Usean riskitekijän logistinen regressio OR (95 % CI)
Riskitekijöittäin		
Vanhempien ero	2.518 (1.644-3.875)*	2.183 (1.392-3.425)*
Vanhempien hoitoa tarvitseva alkoholin käyttö	2.684 (1.509-4.777)*	1.666 (.865-3.425)
Vanhemman psykiatrinen hoito	3.808 (2.279-6.365)*	3.226 (1.878-5.541)*
Todistanut perheväkivaltaa	1.640 (.933-2.883)	.872 (.449-1.690)
Pahoinpidelty	3.283 (1.481-6.842)*	2.675 (1.156-6.193)*
Seksuaalinen hyväksikäyttö aiemmin	2.847 (.925-8.763)	1.946 (.589-6.433)
Perheenjäsenen kuolema	1.667 (.954-2.913)	1.179 (.633-2.197)
Vanhemman pidätys tai vangitseminen	4.462 (1.270-15.676)*	2.282 (.577-9.024)
ACEs kumuloituminen		

ACEs-summa	1.995 (1.613-2.467)*	
ACEs-summa luokiteltuna		
1 (verrattuna ei ACEs)	5.728 (3.418-9.600)*	
2 tai useampi (verrattuna ei ACEs)	3.583 (2.159-5.947)*	

*= tulos on merkitsevä 0.05 tasolla, kaikissa analyseissä kontrolloitu ikä, sukupuoli ja huoltajan sosioekonominen asema

Kiusatuksi tuleminen ala-asteella lisäsi ainoana kuormittavana elämäntapahtumana mielialahäiriön uusiutumisen riskiä merkitsevästi sekä yhden että usean riskitekijän logistisessa regressiossa (taulukko 8). Suuntaa antavasti mielialahäiriön uusiutumisen riskiin yhden riskitekijän analyysissä vaikutti kiusatuksi tuleminen ala- ja yläasteella, järkyttävien uutisten kuuleminen ja seksuaalinen hyväksikäyttö. Kuormittavien elämäntapahtumien määrä ei kumuloituessaan lisännyt mielialahäiriön uusiutumisen riskiä.

Taulukko 8: Kuormittaviin elämäkokemuksiin liittyvä riski masennuksen ja lievien mielialahäiriöiden uusiutumiselle logistisella regressiolla tarkasteltuna

	Yhden riskitekijän logistinen regressio OR (95 % CI)	Usean riskitekijän logistinen regressio OR (95% CI)
Riskitekijöittäin		
Kiusaaminen luokiteltuna		
ala-aste	9.795 (2.474-38.776)*	8.329 (2.108-32.916)*
yläaste	1.335 (.310-5.743)	.844 (.177-4.036)
ala- ja yläaste	2.605 (.895-7.584)	1.618 (.495-5.294)
kuullut järkyttäviä uutisia	2.170 (.971-4.847)	1.941 (.750-5.023)
pahoinpidelty	1.922 (.570-6.473)	
seksuaalinen hyväksikäyttö seuranta-aikana	4.585 (.876-24.011)	4.692 (.708-31.097)
Aces kumuloituminen		
ACE-summa	1.200 (.873-1.649)	

*= tulos on merkitsevä 0.05 tasolla, kaikissa analyseissä kontrolloitu ikä, sukupuoli, huoltajan sosioekonominen asema ja persoonallisuushäiriöt

Kiusatuksi tuleminen ala- ja yläasteella oli merkitsevä riskitekijä masennuksen kestolle yli 25% seuranta-ajasta sekä yhden että usean riskitekijän logistisessa regressiossa (taulukko 9). Kiusatuksi tuleminen ala-asteella oli vaikutukseltaan viitteellinen usean riskitekijän logistisessa regressiossa. Muilla tekijöillä ja kuormittavien elämäntapahtumien kumuloitumisella ei todettu yhteyttä masennuksen keston pitkittymiseen.

Taulukko 9: Kuormittaviin elämäntapahtumiin liittyvä riski masentuneena vietetylle ajalle yli 25% seurannan kestosta logistisella regressiolla tarkasteltuna

	Yhden riskitekijän logistinen regressio OR (95 % CI)	Usean riskitekijän logistinen regressio OR (95% CI)
Riskitekijöittäin		
Kiusaaminen luokiteltuna		
ala-aste	2.421 (.936-6.262)	2.347 (.905-6.091)
yläaste	3.202 (.715-14.335)	3.292 (.735-14.121)
ala- ja yläaste	5.547 (1.902-16.180)*	4.656 (1.535-14.212)*
kuullut järkyttäviä uutisia	1.540 (.760-3.123)	
pahoitpidelty	2.676 (.893-8.022)	1.741 (.520-5.825)
seksuaalinen hyväksikäyttö seuranta-aikana	2.865 (.813-10.097)	
Aces-kumuloituminen		
ACE-summa	1.225 (.917-2.636)	

*= tulos on merkitsevä 0.05 tasolla, kaikissa analyyseissä kontrolloitu ikä, sukupuoli, huoltajan sosioekonominen asema ja persoonallisuushäiriöt

Seksuaalisen hyväksikäytön kokeminen seuranta-aikana ja kiusatuksi tuleminen ala- ja yläasteella lisäsivät yhden riskitekijän analyyseissä merkitsevästi riskiä huonoimmalle kehityskululle (taulukko 10). Pelkästään ala- tai yläasteella tapahtuvalla kiusaamisella ei ollut merkitsevää vaikutusta kyseisessä ryhmässä. Tarkasteltaessa kiusatuksi tulemisen ja seksuaalisen hyväksikäytön samanaikaista vaikutusta masennuksen kehityskuluihin, seksuaalisen hyväksikäytön kohteeksi joutumisen vaikutus jäi ainoana merkitseväksi huonon toipumisen profiilissa (OR = 10.051, 95 % CI = 1.662-60.790, p = .012). Kuormittavien elämäntapahtumien kumuloitumisella ei todettu yhteyttä masennuksen kehityskuluihin.

Taulukko 10: Kuormittaviin elämäkokemuksiin liittyvä riski masennuksen huonommille kehityskuluille logistisella regressiolla tarkasteltuna, vertailuryhmänä parhaiten vertailuryhmänä parhaiten parantuvat

	Yhden riskitekijän logistinen regressio OR (95 % CI)		Usean riskitekijän logistinen regressio OR (95% CI)	
	Paranee ensin, mutta kääntyy huonoon suuntaan vuoden seurannan jälkeen	Voimakkaimmat oireet aluksi, mutta paranee koko ajan	Paranee ensin, mutta kääntyy huonoon suuntaan vuoden seurannan jälkeen	Voimakkaimmat oireet aluksi, mutta paranee koko ajan
tailyRiskitekijöittäin				
Kiusaaminen luokiteltuna				
ala-aste	2.464 (.757-8.013)	2.481 (.703-8.759)	1.865 (.552-6.306)	2.237 (.517-9.693)
yläaste	.918 (.084-10.020)	4.326 (.751-24.915)	.434 (.032-5.843)	2.237 (.571-9.683)
ala- ja yläaste	6.096 (1.773-20.958)*	2.433 (.592-9.996)	2.787 (.708-10.968)	2.388 (.675-8.448)
kuullut järkyttäviä uutisia	.865 (.364-2.057)	.740 (.282-1.940)		
pahoinpidelty	2.639 (.779-8.947)	1.995 (.485-8.210)		
seksuaalinen hyväksikäyttö seuranta-aikana	10.776-(2.10-55.123)*	3.105 (.443-21.776)	10.051 (1.662-60.790)*	2.017 (.258-15-753)
ACEs kumuloituminen				
ACE-summa	1.152 (.841-1.631)	1.693 (.731-1.547)		

*= tulos on merkitsevä 0.05 tasolla, kaikissa analyyseissä kontrolloitu ikä, sukupuoli, huoltajan sosioekonominen asema ja persoonallisuushäiriöt

6 Pohdinta

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää kuormittavien elämäntapahtumien vaikutusta nuorten depression sairastumiseen ja sen kulkuun. Tutkittavia loppumuuttujia masennuksen kululle olivat sen uusiutuminen, kesto yli 25 % seuranta-ajasta ja oireiden kehityskulku latentein profiilein määriteltynä.

Lähtötilanteessa yleisin mielialahäiriödiagnosi potilailla oli keskivaikea tai vaikea masennus joko yksittäisenä tai toistuvana episodina. Samanaikaissairastavuus oli tavallista ja yli puolella potilaista oli todettu masennuksen rinnalla ahdistuneisuushäiriö. Vertailuryhmästä 11.0%:lla oli lähtötilanteessa diagnosoitu jokin mielialahäiriö.

Kuormittavat elämäntapahtumat olivat potilasjoukossa huomattavasti yleisempiä kuin verrokeilla. Potilaista 75.6% oli kokenut vähintään yhden kuormittavan elämäntapahtuman, kun taas vertailuryhmässä vastaava osuus oli 47.5%. Vaikka ero ryhmien välillä on suuri ja tilastollisesti merkitsevä, on todettava kuormittavien elämäntapahtumien olevan tämänkin aineiston perusteella yleisiä taustaväestössä. Englantilaisen kaksostutkimuksen mukaan väestötasolla 31.3% nuorista oli kokenut elämässään traumaattisen tapahtuman 18 ikävuoteen mennessä (24). Ulkomaisten tutkimusten mukaan 35-90% länsimaisten yhteiskuntien väestöstä kokee elämässään traumaattisen tapahtuman, joka voi johtaa depression lisäksi traumaperäiseen stressihäiriöön (25).

Yleisimmät potilaiden kokemat kuormittavat elämäntapahtumat olivat vanhempien ero, vanhemman psykiatrinen hoito sekä vanhemman alkoholi- tai päihdeongelma ja ne olivat potilasjoukossa yleisempiä kuin verrokeilla. Kuormittavat elämäntapahtumat eivät useinkaan ole itsenäisiä, yksittäisiä tapahtumia vaan liittyvät yleensä perheen sisäisiin ristiriitoihin. Näin ollen ne esiintyvät usein samanaikaisesti ja korreloivat voimakkaasti keskenään, mutta korrelaatiosta huolimatta niiden välille ei voida vetää syy-yhteyksiä (26, 27). Masennukseen sairastuneilla oli terveitä useammin taustallaan vanhempien ero, vanhempien päihdeongelma tai psykiatrinen hoito, vanhemman pidätys tai vangitseminen tai nuoren itsensä joutuminen pahoinpidellyksi. Nämä tulokset ovat yhtenevät Kellokosken sairaalassa tehtyyn tutkimukseen, jossa osastopotilaista yli 80% raportoi vähintään yhdestä kuormittavasta elämäntapahtumasta, jotka olivat vastaavia kuin tämän tutkimuksen potilailla (8).

Tutkimusaineistossa kuormittavien elämäntapahtumien kumulatiivinen määrä lisäsi riskiä sairastua mielialahäiriöön, mutta odotusten vastaisesti vaikutusta masennuksen kulkuun ei havaittu. Kuormittavista elämäntapahtumista vanhempien ero, alkoholismi ja psykiatrinen hoito sekä potilaan joutuminen pahoinpidellyksi lisäsivät riskiä masennukseen ja lieviin mielialahäiriöihin sairastumiselle, mutta niillä ei ollut vaikutusta masennuksen kulkuun. Myös aikuisuuden mielenterveyshäiriöiden, kuten päihteiden väärinkäytön, masentuneen mielialan ja itsemurhayritysten todennäköisyyden tiedetään kasvavan koettujen kuormittavien elämäntapahtumien lukumäärän lisääntyessä (28).

Ainoat kuormittavat elämäntapahtumat sekä aiemmin että seuranta-aikana tapahtuneista, joiden havaittiin vaikuttivat masennuksen kulkuun olivat kiusatuksi tuleminen ala-asteella, kiusatuksi tuleminen ala- ja yläasteella sekä seksuaalinen hyväksikäytön kokeminen seuranta-aikana.

Ala-asteella kiusatuilla oli lisääntynyt riski mielialahäiriön uusiutumiselle ja kiusatuksi tulemisen sekä ala- että yläasteella havaittiin lisäävän riskiä masennuksen kestolle yli 25% seuranta-ajasta. THL:n vuonna 2021 kootun kouluterveyskyselyn mukaan kiusaamista vähintään kerran viikossa oli 4. ja 5. luokkalaisista kokenut 7.9% sekä 8. ja 9. luokkalaisista 6.0% (29). Aineistossamme kiusaamista kokeneita oli merkittävästi enemmän kuin THL:n kouluterveyskyselyn mukaan taustaväestössä. Tutkittavista 65.9% oli kokenut kiusaamista ja heistä kerran viikossa kiusattuja oli 28.7%. Kiusatuksi tulemisen tiedetään lisäävän huomattavasti masennukseen ja ahdistuneisuushäiriöihin sairastumisen riskiä vielä kauan lapsuus- ja nuoruusiän jälkeen (30). Pohdittavaksi jää mikä yksilön tasolla yhdistää kiusaamiskokemuksia ja masennuksen uusiutumista tai pitkittymistä. Kiusatuksi tuleminen voi mahdollisesti vaikuttaa vaurioittavasti lapsen tai nuoren resilienssin, itsearvostuksen ja minäkuvan kehittymiseen siten, että masennuksesta toipuminen on vaikeampaa kuin ei-kiusatuilla. Kiusaaminen käytännössä on usein henkistä väkivaltaa, ellei fyysistäkin, ja molemmilla väkivallan muodoilla tiedetään olevan masennukseen sairastumisen riskiä lisäävä vaikutus (2,3).

Seksuaalinen hyväksikäyttö seuranta-aikana puolestaan lisäsi riskiä masennuksen huonolle kehityskululle, jossa masennusoireet vaikeutuvat vuoden seurannan kohdalla alun hyvän paranemisen jälkeen. Jo aiemmin alkaneiden masennusoireiden vaikeutuminen seksuaalisen hyväksikäytön jälkeen selittyy mahdollisesti yksilön tavalla reagoida kuormittaviin elämäntapahtumiin depression tyyppisin internalisoivien oirein.

Vaikka lapsuuden tai varhaisnuoruuden seksuaalisella hyväksikäytöllä tiedetään olevan elinikäinen masennuksen ja itsemurhan riskiä lisäävä vaikutus (17,31), tässä aineistossa tulokset eivät ole tilastollisesti merkitseviä, oletettavasti pienestä otoskoosta johtuen. Erään tutkimuksen mukaan masennusta sairastavien, seksuaalista hyväksikäyttöä aiemmin kokeneiden nuorten on havaittu kahden vuoden seurannan aikana joutuvan useammin psykiatriseen sairaalahoitoon tai kärsivän masennusoireiden vaikeutumisesta kuin masentuneiden nuorten joilla ei ole vastaavaa historiaa (32). Tutkimustietoa masennuksen aikana tapahtuneesta seksuaalisesta hyväksikäytöstä ja sen vaikutuksesta oireiden kehitykseen ei kuitenkaan juuri ole saatavilla. Vuonna 2021 kerätyn THL:n kouluterveyskyselyn tulosten mukaan peruskoulun 4. ja 5. luokkalaisista 8.3% oli kokenut seksuaalista kommentointia, ehdottelua tai kuvamateriaalin näyttämistä viimeisen vuoden aikana ja 2.3% seksuaalista

koskettelua tai painostamista. 8. ja 9. luokkalaisista 30.2% prosenttia oli kokenut seksuaalista ehdottelua tai ahdistelua ja 9.4% seksuaaliväkivaltaa.

Tutkimuksen vahvuutena on käytetyt haastatteluinstrumentit, jotka ovat tutkimusten kultaisten standardien mukaisia. Strukturoituja instrumentteja käyttämällä on voitu vähentää tutkittavan subjektiiviseen raportointiin liittyvää harhaa.

Tutkimuksen heikkoutena on verrattain pieni otanta, joka tulee esiin etenkin pieninä havaintomäärinä joidenkin kuormittavien elämäntapahtumien osalta. Pieni otoskoko vaikeuttaa tulkintaa kuormittavien elämäntapahtumien vaikutuksesta masennuksen kulkuun ja heikentää tutkimukset voimakkuutta. Kolmasosa potilaista keskeytti tutkimuksen ennen kahdeksan vuoden seurantaan, mutta keskeyttäneiden ja jatkaneiden välillä ei havaittu merkittäviä eroja. Vertailuryhmä ei osallistunut kahdeksan vuoden seurantaan, joten tuloksia ei voida kaikilta osin vertailla potilaiden ja verrokkien väliltä. Otos on myös laadultaan kliininen, joten tuloksia ei voida suoraan yleistää väestöön.

Seurantojen aikavälit olivat pitkät ja masennuksen latentit profiilit piirtävätkin siitä johtuen oireiden kehityskulun karkeaa kuvaa, eikä oireiden kehittyminen ole todennäköisesti ollut suoraviivaista. Persoonallisuushäiriöistä on tutkimuksessa määritelty tarkemmin vain tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus, joten analyysit muiden persoonallisuushäiriöiden osalta ovat vaikeasti tulkittavissa.

Kiusaamiskokemuksia kartoitettiin vasta kahdeksan vuoden seurantahaastattelun yhteydessä. Koska potilaita pyydettiin muistelemaan takautuvasti, tulokset ovat alttiita virheille kuten ylitai aliraportoinnille. Aineiston keruun ajankohta huomioiden tässä tutkimuksessa ei välttämättä tule esille internetissä ja sosiaalisen median kautta tapahtuva kiusaaminen (engl. cyberbullying), mutta sen voidaan olettaa esiintyvän usein rinnakkain muiden kiusaamisen muotojen kanssa. Internetin välityksellä tapahtuva kiusaaminen ei välttämättä ole vaikutukseltaan koulussa tapahtuvaa kiusaamista vähäisempi. Sen tiedetään olevan yhteydessä emotionaaliseen stressiin, sosiaaliseen ahdistuneisuuteen, päihteiden väärinkäyttöön, masennusoireisiin ja itsetuhoiseen ajatteluun (33).

7 Johtopäätökset

Kuormittavien elämäntapahtumien on useissa tutkimuksissa todettu lisäävän masennukseen sairastumisen riskiä, mutta tietoa niiden vaikutuksesta masennuksen kulkuun on ollut tarjolla verrattain vähän.

Vastoin odotuksia, kuormittavien elämäntapahtumien kumulatiivisella määrällä ei havaittu vaikutusta masennuksen kulkuun ja ainoat kuormittavat elämäntapahtumat, jotka vaikuttivat masennuksen kulkuun olivat kiusatuksi tuleminen ala-asteella, kiusatuksi tuleminen ala- ja yläasteella sekä seksuaalinen hyväksikäyttö seuranta-aikana. Vanhempien ero, vanhempien alkoholismi ja psykiatrinen hoito sekä pahoinpidellyksi tuleminen lisäsivät riskiä sairastua masennukseen ja lieviin mielialahäiriöihin, mutta vaikutusta masennuksen kulkuun niillä ei havaittu. Vaikka suurella osalla kuormittavista elämäntapahtumista ei havaittu vaikutusta masennuksen kulkuun, ei niiden aiheuttamia haavoja tai merkitystä yksilön tarinalle voida väheksyä.

Yksityiskohtaisempi kuormittavien elämäntapahtumien vaikutusten tunteminen parantaa mahdollisuutta yksilöllisemmän hoidon suunnitteluun potilaille. Informaatiota voidaan käyttää depression uusiutumisen ja huonon kehityskulun riskissä olevien nuorten tunnistamiseen. Kliinisessä työssä kiusaamiskokemusten kartoittamiseen olisi suotavaa kiinnittää erityistä huomiota muiden traumaattisten tapahtumien lisäksi.

8 Lähteet

1. Werner-Seidler A, Perry Y, Calear AL, Newby JM, Christensen H. School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2017 Feb;51:30-47.
2. Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ, Bude SR, Edwards VJ, Anda RF. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *J Affect Disord.* 2004 Oct 15;82(2):217-25.
3. Lindert J, Von Ehrenstein OS, Grashow R, Gal G, Braehler E, Weiskopf MG. Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life

- course: systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health*. 2014 Apr;59(2):359-72.
4. Hermanson E & Sajaniemi N. Nuoruuden kehitys- mitä tapahtuu pinnan alla. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 2018;134(8):843-9
 5. Marttunen M & Karlsson L. Course and treatment of adolescent major depression. *Psychiatria Fennica*. 2010: 41, 53-71.
 6. Aalto-Setälä T, Marttunen M, Tuulio-Henriksson A, Poikolainen K, Lönnqvist J. Psychiatric treatment seeking and psychosocial impairment among young adults with depression. *J Affect Disord*. 2002 Jun;70(1):35-47.
 7. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996 Dec;35(12):1575-83.
 8. Ryttilä-Manninen M, Lindberg N, Haravuori H, Kettunen K, Marttunen M, Joukamaa M, Fröjd S. Adverse childhood experiences as risk factors for serious mental disorders and inpatient hospitalization among adolescents. *Child Abuse Negl*. 2014 Dec;38(12):2021-32.
 9. Nivard MG, Dolan CV, Kendler KS, Kan KJ, Willemsen G, Van Beijsterveldt CEM, Lindauer RJL, Van Beek JHDA, Geels LM, Bartels M, Middeldorp CM, Boomsma DI. Stability in symptoms of anxiety and depression as a function of genotype and environment: a longitudinal twin study from ages 3 to 63 years. *Psychol Med*. 2015 Apr;45(5):1039-49.
 10. Karlsson L, Kiviruusu O, Miettunen J, Heilä H, Holi M, Ruutu T, Tuisku V, Pelkonen M, Marttunen M. One-year course and predictors of outcome of adolescent depression: a case-control study in Finland. *J Clin Psychiatry*. 2008 May;69(5):844-53.
 11. Kiviruusu O, Strandholm T, Karlsson L, Marttunen M. Outcome of depressive mood disorder among adolescent outpatients in an eight-year follow-up. *J Affect Disord*. 2020 Apr 1;266:520-527.
 12. Chen LP, Hassan Murad M, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, Elamin MB, Seime RJ, Shinozaki G, Prokop LJ, Zirakzadeh A. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc*. 2010 Jul;85(7):618-29
 13. Shonkoff JP, Garner AS, Committee on psychosocial aspects of child and family health; Committee on early childhood, adoption and dependent care; Section on

- developmental and behavioral pediatrics. Lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012 Jan;129(1):e232-46.
14. Oldehinkel AJ, Ormel J, Verhulst FC, Nederhof E. Childhood adversities and adolescent depression: a matter of both risk and resilience. *Dev Psychopathol*. 2014 Nov;26(4 Pt 1):1067-75.
 15. Dube SR, Anda RF, VJ Felitti, DP Chapman, DF Williamson, WH Giles. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*. 2001 Dec 26;286(24):3089-96.
 16. Ryttilä-Manninen M, Haravuori H, Fröjd S, Marttunen M, Lindberg N. Mediators between adverse childhood experiences and suicidality. *Child Abuse Negl*. 2018 Mar;77:99-109.
 17. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med*. 2012;9(11):e1001349.
 18. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*. 1979 Feb;9(1):139 - 145.
 19. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961 Jun;4:561–71.
 20. Hamilton, M., 1960. A rating scale for depression. *J. Neurol. Neurosur. Ps*. 23, 56–62.
 21. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997 Jul;36(7):980–8.
 22. First MB, Gibbon M, Spitzer R, Williams J, Benjamin L. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II). Am Psychiatr Press Inc. 1997.
 23. Johnson & McCutcheon. Life Events Checklist. 1980.
 24. Lewis SJ, Arseneault L, Caspi A, Fisher HL, Matthews T, Moffitt TE, Odgers CL, Stahl D, Teng JY, Danese A. The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *Lancet Psychiatry*. 2019 Mar;6(3):247-256.
 25. Traumaperäinen stressihäiriö. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020.

26. Dong M, Anda RF, Felitti VJ, Dube SR, Williamson DF, Thompson TJ, Loo CM, Giles WH. The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse Negl.* 2004 Jul;28(7):771-84.
27. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *AM J Prev Med.* 1998 May;14(4):245-58.
28. Merrick MT, Ports KA, For DC, Afifi TO, Gershoff ET, Grogan-Kaylore A. Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health. *Child Abuse Negl.* 2017 Jul;69:10-19.
29. THL Kouluterveyskysely, 2021.
30. Jadambaa A, Thomas HJ, Scott JG, Graves N, Brain D, Pacella R. The contribution of bullying victimisation to the burden of anxiety and depressive disorders in Australia. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2019 Sep 19;29:e54.
31. Isohookana R, Riala K, Hakko H, Räsänen P. Adverse childhood experiences and suicidal behavior of adolescent psychiatric inpatients. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2013 Jan;22(1):13-22.
32. Barbe RP, Bridge JA, Birmaher B, Kolko DJ, Brent, DA. Lifetime History of Sexual Abuse, Clinical Presentation, and Outcome in a Clinical Trial for Adolescent Depression. *J Clin Psychiatry.* 2004 Jan;65(1):77-83.
33. Bottino S, Bottino C, Gomez Regina C, Villa Lobo Correia A, Ribeiro, Silva Ribeiro W. Cyberbullying and adolescent mental health; systematic review. *Cad Saude Publica.* 2015 Mar;31(3):463-75.