

## Depressio

Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä

### Keskeinen sanoma

- Depressio on keskeinen kansanterveysongelma ja painopistealuetta sekä perusterveydenhuollon että psykiatrisen erikoissairaanhoidon työssä.
- Masennustilasta kärsii nykyään noin 5 % suomalaisista.
- Masennustilojen tunnistaminen on tärkeää ja niiden huolellinen erotusdiagnoosi välttämätöntä.
- Hoidon suunnittelussa keskeisiä kysymyksiä ovat
  - \* masennustilan vaikeusasteen arviointi ja
  - \* erottelu ensimmäisen elämän aikana esiintyvän masennustilan (F32) ja toistuvan depression (F33) välillä.
- Masennustilojen akuuttihoidossa keskeisimpiä spesifisiä hoitomuotoja ovat
  - \* masennuslääkkeet ja
  - \* vaikuttaviksi osoitetut psykoterapiat.
- Nämä hoidot ovat yhtä tehokkaita lievissä ja keskivaikeissa depressioissa, joissa niitä voidaan käyttää joko vaihtoehtoisina tai yhtäaikaisesti.
- Vaikeissa ja psykoottisissa depressioissa on aina syytä käyttää antidepressiivistä lääkehoitoa, psykoottisissa yhdessä psykoosilääkkeen kanssa.
- Mitä vaikeampi masennustila on, sitä tärkeämpi on antidepressiivisen lääkehoidon rooli ja psykoterapiaa käytettäessä sen yhdistäminen lääkehoitoon.
- Spesifisten hoitomuotojen ohella psykososiaalisen tuen tarjoaminen kuuluu hoidon keskeisiin tehtäviin.
- Masennustilasta toipumisen jälkeen potilaan hoitoa ja seuranta on jatkettava noin puolen vuoden ajan masennuksen suuren uusiutumista vaaran vuoksi.
- Potilaille, joille on ilmaantunut jo kolmas masennusjakso heidän elämänsä aikana, on suositeltavaa aloittaa pitkäaikainen ylläpitohoito depressiolääkkeellä, jotta uusien masennusjaksojen puhkeaminen estyisi.
- Vaararyhmiin kohdennetun seulonnan avulla voidaan tehostaa depression tunnistamista perusterveydenhuollossa, missä pääosa depressiopotilaista hoidetaan.
- Perusterveydenhuollon psykiatrista konsultatiivitoimintaa tulee kehittää.
- Perusterveydenhuollossa tarvitaan koulutettua ja erikoistunutta hoitohenkilökuntaa depressiopotilaiden
  - \* opastukseen
  - \* seurantaan ja
  - \* psykososiaaliseen tukemiseen.
- Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa on syytä hoitaa potilaat, jotka kärsivät
  - \* vaikeasta
  - \* monihäiriöisestä
  - \* psykoottisesta
  - \* tavanomaiseen hoitoon huonosti vastanneesta tai
  - \* vakavaa itsetuhoisuutta aiheuttavasta depressionista.

### Kohderyhmät

- Suosituksen kohderyhmänä ovat
  - \* masennuspotilaiden hoitoon osallistuvat lääkärit ja

- \* muu henkilökunta
- \* perusterveydenhuollossa ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa.
- Suositusta voidaan soveltaa masennuspotilaiden hoitoon myös muilla lääketieteen erikolasaloilla.
- Tämä suositus koskee tautiluokituksen [1] masennustiloja F32–33 (masennustila ja toistuva masennus) ja soveltuvin osin myös lievempiä masennustiloja.
- Kaksisuuntaisen mielialahäiriön (F31) ja elimellisten mielialahäiriöiden hoito eroaa tavomaisten masennustilojen hoidosta.
- Lapsuusiän masennustilojen hoito ei kuulu tämän suosituksen piiriin.

## Diagnostiikka

### *Depression diagnostiikka*

- Masennustila on oireyhtymä. Sen diagnostiikassa on siksi keskeistä yksittäisten masennusoireiden tunnistamisen ohella nimenomaan itse oireyhtymän toteaminen.
- Masennustilojen keskeisimmät muodot jaetaan tautiluokitus ICD-10:ssä [1]
  - \* masennustiloihin (F32) ja
  - \* toistuvaan masennukseen (F33), jossa potilaalla on esiintynyt masennustila vähintään kerran aiemminkin ja pitkäaikaista ylläpitoa on siksi harkittava.
- Itse masennusoireyhtymän kriteerit ovat kummassakin tapauksessa samat, ja ne on esitetty taulukossa 1.
- Oleellista on, että havaittuja masennustilan oireita on esiintynyt yhtäjaksoisesti vähintään kahden viikon ajan ja että oireet ovat vaikeusasteeltaan kliinisesti merkittäviä.
- Jokaisen oireen arviointi vaatii yleensä useampia kysymyksiä ja potilaan kuvaaman tilan punnintaa.
- Diagnoosi edellyttää, että kymmenestä kriteerioireesta esiintyy vähintään neljä.
- Masennuksen vaikeusastetta arvioidaan ICD-10:ssä oireiden lukumäärän mukaan (lievä 4–5, keskivaikea 6–7 ja vaikea 8–10 oiretta), mutta sitä voidaan arvioida myös oiremittareiden avulla tai masennustilaan liittyvän toimintakyvyn heikkenemisen perusteella.
- Lievään masennustilaan liittyy subjektiivista kärsimystä mutta toimintakyky on yleensä säilynyt, keskivaikea masennustila huonontaa yleensä jo selvästi työ- ja toimintakykyä ja

**Taulukko 1.** ICD-10:n mukaiset masennustilan (F32) oirekriteerit, joita sovelletaan oirekuvan osalta myös toistuvassa masennuksessa (F33). Kriteerejä on hieman lyhennetty ja muokattu selkeyden vuoksi.

Oirekriteerit	Oirekuva
A. Masennusjakso on kestänyt vähintään kahden viikon ajan	
B. Todetaan vähintään kaksi seuraavista oireista	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Masentunut mieliala suurimman osan aikaa</li> <li>2. Kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat tavallisesti kiinnostaneet tai tuottaneet mielihyvää</li> <li>3. Vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys</li> </ol>
C. Todetaan jokin tai jotkin seuraavista oireista niin, että oireita on yhteensä (B ja C yhteenlaskettuina) vähintään neljä	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen</li> <li>5. Perusteettomat tai kohtuuttomat itsesyytökset</li> <li>6. Toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen</li> <li>7. Subjektiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä myös päättämättömyytenä tai jahkailuna</li> <li>8. Psykomotorinen muutos (kiihtymys tai hidastuneisuus), joka voi olla subjektiivinen tai havaittu</li> <li>9. Unihäiriöt</li> <li>10. Ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos</li> </ol>

Lievässä masennustilassa oireita on 4–5, keskivaikeassa 6–7 ja vaikeassa 8 – 10 ja kaikki kohdasta B. Psykoottisessa esiintyy myös harhaluuloja tai -elämyksiä.

vaikkeasta masennustilasta kärsivä on lähes aina työkyvytön ja tarvitsee usein apua päivittäisissä tomissaan.

- Psykoottisessa masennustilassa esiintyy masennusoireiden lisäksi harhaluuloja tai hallusinaatioita.

### **Depression erotusdiagnoosi**

- Masennustilat tulee erottaa kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä, jossa potilaalla on aiemmin esiintynyt maanisia, hypomaanisia tai sekamuotoisia (yhtäaikaista maanisia ja depressiivisiä oireita) sairausjaksoja.
- Kaksisuuntainen mielialahäiriö eroaa lääkehoidon suhteen merkittävästi tavanomaisesta masennustilasta, ja sen akuuttihoito kuuluu psykiatrian erikoislääkärille.
- Masennuspotilaan tilaa arvioitaessa on siksi aina arvioitava, onko hänellä aiemmin esiintynyt maanisia, hypomaanisia tai sekamuotoisia jaksoja.
- On myös aiheellista selvittää, ettei masennustila johdu suoraan jostakin somaattisesta sairaudesta (taulukko 2).
- Samoin on suljettava pois potilaan käyttämän lääkehoidon ja päihderiippuvuuden tai päihteiden väärinkäytön suoraan aiheuttamat ma-

sennustilat (taulukko 2). Näiden sairauksien esiintyminen tai potentiaalisesti niille altistavien lääkkeiden tai päihteiden käyttö ei kuitenkaan automaattisesti merkitse, että kyseiset seikat olisivat masennustilan syy. Asiaa on arvioitava syysuhteen yleisen lääketieteellisen todennäköisyyden – muun muassa aikayhteyden – perusteella.

- Somaattisen erotusdiagnoosin merkitys on erityisen suuri
  - \* sellaisilla iäkkäillä potilailla, joilla ei aiemmin ole esiintynyt masennustiloja
  - \* potilailla, joiden masennuksen oirekuva on epätavallinen, ja
  - \* potilailla, jotka eivät hyödy tavanomaisesta depression hoidosta.
- Somaattisesti sairaan potilaan tapauksessa ei aina ole helppoa erottaa somaattisen sairauden ja depression oireita toisistaan.
- Depression affektiiviset ja kognitiiviset oireet (masentunut mieliala, mielihyvän menetys, huonontunut itsetunto, keskittymisvaikeudet, toivottomuus, itsetuhoajatukset, psykoottiset oireet) johtuvat harvemmin suoraan somaattisesta sairaudesta kuin vegetatiiviset oireet (väsymys, psykomotorinen hidastuneisuus, ruokahaluttomuus, laihtuminen), joten so-

**Taulukko 2.** Sairauksia, lääkkeitä ja pähteitä, jotka voivat aiheuttaa elimellisen mielialahäiriön.

Sairaudet	Lääkkeineet	Pähteet
Aivoinfarkti	Anaboliset steroidit	Alkoholi
B <sub>1</sub> -, B <sub>2</sub> -, B <sub>6</sub> - ja B <sub>12</sub> -vitamiinien puutokset	Psykoosilääkkeet	Amfetamiini (vieroitusvaiheessa)
Foolihapon puutos	Beetasalpaajat	Ekstaasi (MDMA)
Diabetes mellitus	Estrogeenivalmisteet	Kokaiini (vieroitusvaiheessa)
Hypotyreoosi	Digitalis	
Hypertyreoosi	Klonidiini	
Hypoadrenalismi (Addisonin tauti, hypopituuitarismi)	Kortikosteroidit	
Hyperadrenalismi (Cushingin oireyhtymä)	Metyyldopa	
Hyperparatyreoosi	Ranitidiini	
Hypoparatyreoosi	Reserpiini	
Parkinsonin tauti	Simetidiini	
Porfyria		
Sepelvaltimotauti		
Sydäninfarktin jälkitila		
Syöpäsairaudet (erityisesti haimasyöpä)		
Temporaalieleptisia		
Uremia		

maattisesti sairaan potilaan tapauksessa on syytä kiinnittää huomiota erityisesti edellisten esiintymiseen.

- Depressiodiagnoosia ei tehdä, jos kyseessä on lähimaisen kuolemaan liittyvä normaali surureaktio. Raja tällaisen reaktion ja depression välillä on häilyvä.
- Itsetuhoajatukset, selvät psykoottiset tai psykomotoriset oireet, vaikea oirekuva ja masennusoireyhtymän jatkuminen yli kahden kuukauden ajan eivät enää liity tavalliseen suru-reaktioon [2] ja oikeuttavat siten depressiodiagnoosin ja depression hoidon.
- Muiden menetysten tai stressitekijöiden olemassaololla, laadulla tai potilaan tilan psykologisella ymmärrettävyydellä ei ole erotusdiagnostista merkitystä. Oireyhtymän diagnoosi tehdään, kun oirekriteerit täyttyvät.

### *Depression seulonta*

- Avuksi depression tunnistamiseen on kehitetty monia yleislääkärin käyttöön sopivia seulontamenetelmiä.
- Hyötyä seulonnasta on silloin, kun siihen liittyy
  - \* käyttökelpoinen paikallinen hoitomalli tai mahdollisuus konsultoida erikoislääkärinä ja
  - \* potilaan hoitomyöntyvyyttä ja hänen saamansa hoidon tehoa seurataan systemaattisesti [3, 4]<sup>A</sup>.
- Depression seulonta on suositeltavinta kohdentaa niihin potilasryhmiin, joissa depression esiintyvyys on todennäköisesti suuri. Näitä ryhmiä ovat muun muassa
  - \* sosiaalisesti moniongelmaiset
  - \* epäselvistä somaattisista oireista, kroonisista sairauksista tai kiputiloista kärsivät
  - \* pitkäaikaistyöttömät
  - \* työuupumuksesta kärsivät ja
  - \* terveyspalveluja paljon käyttävät [5].
- Joissakin olosuhteissa voidaan harkita myös kaikkien potilaiden valikoimatonta seulontaa depression suhteen.
- Käyttökelpoisia, tasavertaisia seulontamenetelmiä ovat esimerkiksi
  - \* suomalainen DEPS
  - \* Beckin depressioasteikon eri versiot

- \* kaksi depression seulakysymystä sisältävä Prime-MD ja
- \* laajemmin psyykkisiä oireita kartoittavan General Health Questionnairen lyhyt versio (GHQ-12).

### **Depression epidemiologia**

#### *Vaaratekijät ja patogeneesi*

- Masennustilat ovat monitekijäisiä sairauksia, joiden syntyyn liittyy biologisia, psykologisia ja sosiaalisia vaaratekijöitä.
- Vaaratekijöistä monet liittyvät pidempiaikaiseen yksilölliseen depressioalttiuteen, jotkut taas ovat luonteeltaan laukaisevia [6].
- Perinnöllinen alttius on merkittävä vaaratekijä erityisesti
  - \* vaikeammissa ja
  - \* toistuvammissa masennustiloissa.
- Masennustilojen esiintyvyyteen selvästi liittyviä tekijöitä ovat
  - \* persoonallisuuden häiriöt
  - \* tunne-elämän epävakaisuus
  - \* itsetuntovaikeudet
  - \* kuormittavat elämänmuutokset tai pitkäaikainen psykososiaalinen stressi
  - \* läheisten ihmissuhteiden puute, menetys tai niissä ilmenevät konfliktit
  - \* vähäinen koulutus tai pienet tulot
  - \* säännöllinen tupakointi, humalajuominen tai päihdehäiriöt
  - \* krooniset somaattiset sairaudet ja
  - \* muut mielenterveyden häiriöt [6–8].
- Depression patogeneesissa ovat oleellisia
  - \* biologiset (muun muassa geneettiset, neurokemialliset, neurofysiologiset, neuroendokrinologiset ja kronobiologiset)
  - \* psykologiset ja
  - \* sosiaaliset (masentunutta mielialaa synnyttävät, ylläpitävät ja vahvistavat) mekanismit.

#### *Esiintyminen väestössä*

- Masennustilat ovat väestössä yleisiä mielenterveyden häiriöitä. Väestötutkimusten perusteella kliinisesti merkittävän masennustilan pisteprevalenssiksi aikuisväestössä arvioidaan noin 5 % [7, 9–11]. Masennustilat ovat nai-

silla noin 1,5–2 kertaa yleisempiä kuin miehillä [7, 9–11].

- Vain vähemmistö depressiota potevista hakee aktiivisesti hoitoa masennukseensa terveydenhuollosta. Hoitoa hakevat erityisesti vakavammista ja pidempikestoisista masennustiloista kärsivät henkilöt, jotka kokevat olevansa toimintakyvyttömiä depression vuoksi [12, 13].

### *Esiintyminen perusterveydenhuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilailla*

- Perusterveydenhuollon potilaista noin 10 %:lla arvioidaan olevan depressio mutta vain osan hakevan siihen aktiivisesti hoitoa, joten masennuksen tunnistaminen on usein vaativa tehtävä [14]. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa depressiopotilaiden osuus on yleensä noin puolet kaikista potilaskäynneistä.

### *Monihäiriöisyys*

- Depression vuoksi hoitoa hakevista enemmistö kärsii samanaikaisesti myös jostakin muusta psyykkisestä oireyhtymästä, kuten
  - \* ahdistuneisuus-
  - \* persoonallisuus- tai
  - \* päihdehäiriöstä.
- Muiden samanaikaisten häiriöiden olemassaolo (psykiatrisen komorbiditeetti) heikentää yleensä masennuspotilaiden psykososiaalista toimintakykyä ja monimutkaistaa ja usein pitkittää hoitoa [15–17]<sup>A</sup>.
- Tyypillisiä samanaikaisia ahdistuneisuushäiriöitä ovat
  - \* paniikkihäiriö
  - \* sosiaalisten tilanteiden pelko
  - \* eräät muut pelkotilat ja
  - \* yleistynyt ahdistuneisuushäiriö.
- Näitä häiriöitä esiintyy noin puolella depressiopotilaista [18–20].
- Ahdistuneisuushäiriöt ilmenevät
  - \* kohtauksellisina tai yleistyneinä ahdistuneisuusoireyhtyminä ja
  - \* usein tilannesidonnaiseen ahdistuneisuuteen liittyvänä välttämiskäyttäytymisenä.
- Noin puolet depression vuoksi hoitoon hakeutuneista kärsii jonkinlaisesta persoonallisuushäiriöstä [20, 21]. Yleisimpiä ovat esty-

nyt, tunne-elämältään epävakaa ja vaativa persoonallisuus [22]. Mitä vaikeampi persoonallisuushäiriö on, sitä enemmän sillä on kliinistä merkitystä.

- Eniten hoitojen valintaan vaikuttaa tunne-elämältään epävakaa persoonallisuuden rajatilatyyppejä (F60.31), jonka oirekuvaan kuuluvat muun muassa taipumukset
  - \* mielialan epävakautteen
  - \* identiteetin häilyvyyteen
  - \* myrskyisiin ihmissuhteisiin
  - \* impulsiiviseen käytökseen
  - \* negatiivisten tunneilmaisujen hallitsemattomuuteen sekä
  - \* päihteiden käyttöön ja itsetuhoisiin tekoihin.
- Rajatilatyyppeistä persoonallisuushäiriöstä kärsii noin 10–15 % depressiopotilaista [20].
- Samanaikaista päihderiippuvuutta tai päihteiden – yleisimmin alkoholin – väärinkäyttöä, esiintyy noin 10–30 %:lla depressiopotilaista [18, 20]. Naisilla depressio yleensä edeltää päihdehäiriötä, miehillä taas järjestys on useammin päinvastainen [23].

### *Depressio ja työkyvyttömyys sekä depression taloudelliset vaikutukset*

- Depressio aiheuttaa huomattavasti työ- ja toimintakyvyttömyyttä [24–29] ja heikentää suuresti elämänlaatua [30, 31]. Toipumisen myötä myös psykososiaalinen toimintakyky yleensä palautuu [32], samoin työkyky, joskin hitaammin [32, 33]<sup>A</sup>.
- Suomessa depressiosta aiheutuneiden suorien hoitokustannusten on arvioitu olleen vuonna 2001 noin 280 miljoonaa euroa. Sairauspäivärahoista ja eläkkeistä vuosittain aiheutuneet kustannukset ovat lähes kolme kertaa näin suuria.

### **Depression hoito**

- Depression akuuttihoitossa voidaan käyttää jotakin
  - \* vaikuttavaksi osoitettua psykoterapiaa
  - \* antidepressiivista lääkehoitoa tai
  - \* molempia yhtäaikaaisesti taikka
  - \* joissakin tapauksissa kirkasvalo- tai sähköhoitoa.

**Taulukko 3.** Depression vaikeusaste ja akuuttivaiheen hoito.

Hoitomuoto	Lievä	Keskivaikea	Vaikea	Psykoottinen
Psykoterapia	+	+	(+)	-
Masennuslääkkeet	+	+	+	+
Psykoosilääkkeet	-	-	-	+
Sähköhoito (ECT)	-	-	+	+

- Jokaiselle depressiopotilaalle tulee tarjota jotakin tässä suosituksessa mainituista vaikuttavista hoidoista. Lisäksi voidaan yksilöllisesti soveltaa muita tarpeellisia psykososiaalisia tai lääkehoitoja. Hoitomuodon valintaa ohjaavat keskeisesti sekä
  - \* depression vaikeusaste (taulukko 3) että
  - \* eri hoitomuotojen saatavuus.
- Muita huomioon otettavia tekijöitä ovat muun muassa
  - \* potilaan psykiatrinen monihäiriöisyys
  - \* mahdollisten aiempien hoitoyritysten tehosta ja haitoista saatu kokemus
  - \* itsemurhavaara
  - \* toimintakyky
  - \* somaattinen terveydentila sekä
  - \* potilaan omat toiveet hoitonsa suhteen.

### Depression lääkehoito

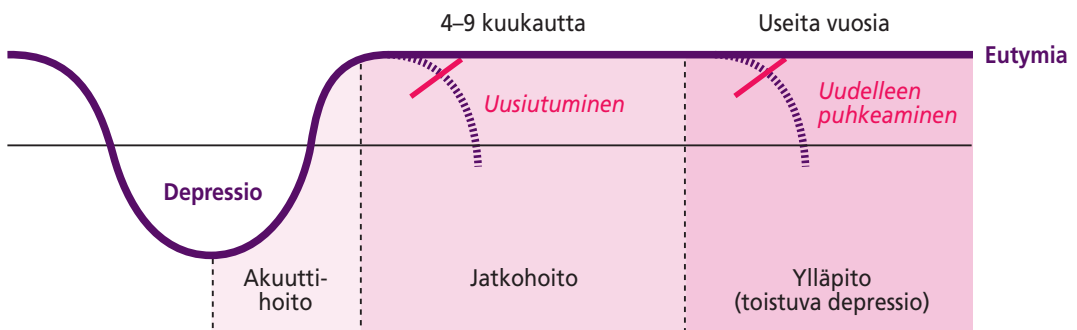
#### Depression lääkehoidon vaiheet

- Masennuksen lääkehoito jaetaan ajallisesti kolmeen erilliseen vaiheeseen (kuva 1):
  - \* akuutti-
  - \* jatko- ja
  - \* ylläpitohoitoon.

- Akuuttivaiheessa tavoitteena on saada potilas oireettomaksi, jatkohoitovaiheessa estää oireiden palaaminen (relapsi) ja ylläpitovaiheessa ehkäistä uuden sairausjakson puhkeaminen.

#### Akuuttihoito

- Masennustilaa tai toistuvaa masennustilaa voidaan hoitaa tehokkaasti lääkkeiden avulla [34–38]<sup>A</sup>. Lääkehoito on sitä tärkeämpää mitä vaikeammasta depressiosta on kysymys, ja sitä on syytä käyttää aina silloin, kun masennustilan oirekuva on vaikea tai psykoottinen. Keskivaikeissa ja lievissä depressioissa masennuslääkehoito on myös hyvin perusteltua. Sen rinnalla tai sijasta voidaan käyttää psykoterapiaa.
- Noin kaksi kolmasosaa masennuslääkettä säännöllisesti käyttävistä potilaista saa selvän lääkevasteen, joka lähes puolessa tapauksissa merkitsee oireiden melko täydellistä häviämistä noin 6–8 viikon aikana [34–38]<sup>A</sup>. Toipuminen jatkuu usein vielä tämän jälkeenkin. Tablettimuotoista lumehoitoa saaneista enintään kolmannes on toipunut vastaavalla tavalla.
- Hoidon lopettaminen haittavaikutusten vuoksi tai muista syistä on melko yleistä (kliinisisä kokeissa noin 20 % potilaista) [39]. Hoitomyöntyvyyden ongelmat ovat keskeinen hoidon tuloksellisuutta rajoittava tekijä.
- Vaikka perusterveydenhuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaat eroavat jonkin verran toisistaan monen eri tekijän suhteen, ovat masennuksen lääkehoidon tulokset kum-



**Kuva 1.** Depression hoidon vaiheet

- massakin ryhmässä samankaltaisia [34, 35, 38]<sup>A</sup>.
- Eri masennuslääkkeiden välillä ei ole osoitettu kliinisesti merkittäviä tehoeroja [36] [40–45]<sup>A</sup>. Lääkevalmisteen valinnassa ovat keskeisiä tekijöitä
    - \* aiempi kokemus jonkin valmisteen hyvästä tehosta
    - \* havaitut tai odotetut haittavaikutukset ja
    - \* todennäköiset interaktiot muiden potilaan käyttämien lääkkeiden kanssa.
  - Erityisesti pitkäaikaisessa hoidossa on syytä kiinnittää huomiota myös lääkehoidon kustannuksiin.
  - Masennuslääkkeitä [46] on käytettävä annoksina, joiden teho on osoitettu kliinisissä kokeissa. Annossuositukset on esitetty taulukossa 4. Ellei toipumista tapahdu aloitetulla annoksella tai se on vain osittaista, on yleensä syytä suurentaa annosta, kunnes toipuminen on täydellistä tai maksimiannos on saavutettu.
  - Jos potilaalla esiintyy merkittäviä haittavaikutuksia tai maksimiannos on saavutettu ja vaste on kuitenkin puutteellinen, on syytä vaihtaa toiseen masennuslääkkeeseen.
  - Kaikilla masennuslääkkeillä on tunnettuja ja tyypillisiä haittavaikutuksia. Nämä johtavat akuuttivaiheessa lääkityksen keskeyttämiseen noin 10–15 %:lla hoidetuista potilaista [39].
  - Eri masennuslääkkeiden tyypillisimpiä haittavaikutuksia on esitetty taulukossa 4. Jotkin haittavaikutukset, esimerkiksi seksuaalisten toimintojen häiriöt, painonnousu tai suolisto-oireet, saattavat muodostua merkittävämmäksi pitkäaikaishoidossa kuin akuuttivaiheessa.
  - Koska masennuslääkkeiden välillä ei ole akuutihoidossa kliinisesti merkittäviä tehoeroja, ovat odotettavissa olevat haittavaikutukset ja potilaan aiemmat kokemukset ja suhtautuminen niihin yksi keskeinen lääkkeen valintaan vaikuttava tekijä.
  - Masentuneen potilaan tilaa on akuuttivaiheessa seurattava säännöllisin tapaamisin 1–2 vii-

**Taulukko 4.** Suomessa vuonna 2004 käytössä olleet depressiolääkkeet ja niiden annokset aikuispotilaille.

Geneerinen nimi	Aloitusaannos (mg/vrk)	Hoitoaannos (mg/vrk)	Tavallisia haittavaikutuksia
<b>Trisykliset depressiolääkkeet</b>			Ryhmälle luonteenomaisia muun muassa anti-kolinergiset ja alfa <sub>1</sub> -salpauksen haittavaikutukset
amitriptyliini	25 – 50	75 – 300	
doksepiini	25 – 50	75 – 300	
klomipramiini	25 – 50	75 – 300	
nortriptyliini	25 – 50	50 – 200	
trimipramiini	25 – 50	75 – 300	
<b>Selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät (SSRI)</b>			Ryhmälle luonteenomaisia muun muassa pahoinvointi, suulisto-oireet ja seksuaalitoimintojen häiriöt
essitalopraami	10	10 – 20	
fluoksetiini	20	20 – 80	
fluvoksamiini	50	100 – 300	
paroksetiini	20	20 – 50	
sertraliini	50	50 – 200	
sitalopraami	20	20 – 80	
<b>Muut depressiolääkkeet</b>			
mianseriini	30	30 – 120	Huimaus, väsymys
milnasipraani	50	100	Kuten SSRI:t
mirtatsapiini	15 – 30	30 – 60	Väsymys, painon nousu
moklobemidi	300	300 – 900	Unettomuus, huimaus
reboksetiini	8	8 – 10	Ahdistuneisuus, yliaktivoituminen
venlafaksiini	75	75 – 375	Kuten SSRI:t
tratsodoni	50 – 100	150 – 500	Väsymys, huimaus, rytmihäiriöt

kon välein ja tarvittaessa tiiviimminkin, jos esimerkiksi itsemurhavaaran arvioidaan suurentuneen.

- Seurantatapaamisissa on suositeltavaa arvioida hoidon tehoa kartoittamalla potilaan tilaa arviointiasteikkojen (esimerkiksi Hamiltonin depressioasteikon) tai kyselylomakkeiden (esimerkiksi Beckin depressioasteikon) avulla.
- Akuuttihoiton tavoitteena on täydellinen tai lähes täydellinen oireettomuus (esimerkiksi alle kahdeksan oirepistettä Hamiltonin depressioasteikolla tai alle kymmenen pistettä Beckin 21-kohtaisessa masennuskyselyssä).
- Seurannan aikana arvioidaan saavutettu lääkevaste, kun täyttä hoitoannosta on käytetty 6–8 viikon ajan. Ellei selvää vastetta ole havaittavissa, on tehottoman lääkkeen käyttö syytä lopettaa ja aloittaa toisen lääkkeen käyttö. Lääkettä vaihdettaessa on otettava huomioon lääkkeiden samanaikaiseen käyttöön liittyvät yhteisvaikutusvaarat.
- Jos kaksi perättäistä asianmukaisesti toteutettua läkehoitokokeilua ei ole johtanut selvään vasteeseen, on kyseessä ns. lääkeresistentti depressio. Erityisesti silloin, kun potilas on masennuksensa vuoksi toimintakyvytön, on psykiatrian erikoislääkärin konsultointi tai potilaan ohjaaminen psykiatriseen erikoissairaanhoidon paikallaan. Lääkeresistentissä depressiossa voidaan
  - \* jatkaa yhä uudella, yleensä eri ryhmän masennuslääkkeellä [47, 48]<sup>C</sup>
  - \* siirtyä tavallisesta kaksoisvaikuttavaan masennuslääkkeeseen [47, 49–51]<sup>C</sup> tai
  - \* käyttää kahta masennuslääkettä yhtä aikaa [52]<sup>B</sup>, esimerkiksi yhdistää serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjiä tai eri tavoin serotonergiseen hermovälitykseen vaikuttavia muita masennuslääkkeitä taikka
  - \* yhdistää masennuslääkkeeseen litium [53, 54]<sup>A</sup> tai serotoniinin takaisinoton estäjään buspironi [55, 56]<sup>C</sup>.
- Lääkeyhdistelmien käyttö edellyttää hoitavalta lääkäriltä perehtyneisyyttä, varovaisuutta ja interaktioiden tuntemusta.
- Psykoottisessa masennustilassa potilaalla esiintyy vaikeiden tavanomaisten masennus-

oireiden ohella myös harhaluuloja tai harhaelämyksiä ja hänen todellisuudentajunsa on häiriintynyt. Psykoottisesta depressiosta kärsivät potilaat hoidetaan

- \* psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa, useimmiten sairaalassa, ja
  - \* tarvittaessa mielenterveyslain antamin valtuuksin tahdosta riippumatta.
- Psykoottisen masennustilan hoidossa sähköhoito on tehokas, turvallinen ja suositeltava hoitomuoto [57–60]<sup>A</sup>. Myös masennuslääkehoito on tehokasta, mutta se on syytä tällöin yhdistää psykoosilääkehoitoon [57, 61–68]<sup>B</sup>. Tehokkaita yhdistelmiä ovat paitsi trisyklisten masennuslääkkeiden ja tavanomaisten psykoosilääkkeiden [57, 61, 64, 65, 69–71]<sup>B</sup>, myös paremmin siedettyjen uusien masennuslääkkeiden ja epätyypillisten psykoosilääkkeiden [57, 61, 64, 65, 69–71]<sup>B</sup> yhdistelmät.

### Jatkohoito

- Masennuslääkehoitoa on aina syytä jatkaa noin puolen vuoden (4–9 kuukauden) ajan akuuttivaiheen jälkeen [35, 72, 73]<sup>A</sup>. Oireiden uusiutumisen vaara on suuri, jos hoito lopetetaan heti niiden hävitessä. Ellei potilaalla ole esiintynyt aiemmin masennusjaksoja tai niitä on ollut vain yksi tai hän ei ole motivoitunut ylläpitohoitoon, lopetetaan masennuslääkehoito, kun potilas on oireeton.
- Lääkitys lopetetaan tavallisesti asteittain muuttaman viikon aikana, koska äkillinen lopettaminen provosoi joskus vieroitusoireita [74, 75]<sup>C</sup>.

### Ylläpitohoito

- Masennuslääkitystä on syytä jatkaa pitkäaikaisena estohoitona, jos potilas on elämänsä aikana kärsinyt toistuvista vähintään keski- vaikeista masennustiloista [72, 73]<sup>A</sup>.
- Ylläpitohoito on suositeltavaa lähes aina, kun kyseessä on kolmas elämänaikainen masennusjakso ja usein jo kahden masennusjakson jälkeen, ainakin jos sairausjaksoihin on liittynyt vakavaa itsetuhoisuutta, toimintakyvyttömyyttä tai muuta vastaavaa haittaa.
- Ylläpitohoidon avulla voidaan pienentää merkittävästi masennuksen uudelleen puhkeami-



sen todennäköisyyttä [72, 73]<sup>A</sup>, mutta se on mielekästä vain, jos akuuttivaiheessa on todettu hyvä vaste käytettyyn masennuslääkkeeseen.

- Lääkehoidon tehon oletetaan säilyvän useiden vuosien ajan, mutta näyttö hyvin pitkäaikaisen hoidon tehosta puuttuu.
- Ylläpitolääkehoito edellyttää potilaan tilan seuraamista vastaanottokäynneillä vähintään kuuden kuukauden väliajoin silloinkin, kun potilas on täysin oireeton. Potilaan oltua oireeton usean vuoden ajan on syytä harkita lääkehoidon asteittaisen, varovaisen lopettamisen mahdollisuutta.
- Yhtäjaksoista ylläpitohoitoa on syytä jatkaa sitä pidempään, mitä useampia depressiojaksoja potilaalla on esiintynyt ja mitä vaikeampia ne ovat olleet ja mitä suurempi on ollut itsemurhan, työkyvyttömyyden tai muiden vakavien seurausten vaara niiden aikana.
- Lääkkeen käytön lopettamiseen liittyy selvä uusiutumisen vaara [72, 73]<sup>A</sup>. Toisaalta elinikäinen ylläpitohoito voi lievemmissä tapauksissa olla ylimitoitettua.
- Jos lopettamista yritetään, on potilaan tilaa tällöin seurattava tavanomaista tiiviimmin, jotta depression mahdollinen uusiutuminen havaittaisiin ja hoito voitaisiin aloittaa uudelleen viivytyksettä.

### **Sähköhoito**

- Sähköhoitoa annetaan yleensä psykiatrisen sairaalahoidon yhteydessä. Ennen hoitoa potilas nukutetaan laskimoanestesian avulla.
- Sähköhoito on tehokas oirekuvaltaan vaikeassa tai psykoottisessa depressiossa [58, 76]<sup>A</sup>. Sitä tulee harkita erityisesti silloin, kun
  - \* lääkehoito ei ole tehonnut tai
  - \* muutoin tarvitaan nopeatehoista hoitoa.
- Sähköhoitoa voidaan harkitusti käyttää myös keskivaikean, usealle lääkehoitoyritykselle resistentin depression hoidossa [77–80]<sup>C</sup>.

### **Kaamosmasennuksen kirkasvaloahoito**

- Joillakin depressiopotilailla masennusjaksoja esiintyy toistuvasti ja lähes yksinomaan vain pimeän talvikauden aikana niin sanottuna kaamosmasennuksena, joka on vuodenaika-

masennuksen, (seasonal affective disorder, SAD), alamuoto. Kirkasvaloahoito tehoaa siihen hyvin [81, 82]<sup>A</sup>. Hoitoa annetaan siihen tarkoitettulla laitteella aamuisin (2 500–10 000 luksin valoteholla) yleensä 30–120 minuutin ajan

- \* ensimmäisten parin viikon aikana yleensä päivittäin
  - \* myöhemmin joko kuureina tai jatkuvana
  - \* ainakin viidesti viikossa talvikauden ajan.
- Kirkasvalohoitoa ei ole osoitettu hyödylliseksi muissa masennuksen muodoissa kuin kaamosmasennuksessa.
  - Kaamosmasennusta on mahdollista hoitaa myös serotoniinin takaisinottoa estävillä masennuslääkkeillä [83–85]<sup>C</sup>.

### **Depression psykoterapeuttinen hoito**

#### **Psykoterapiamuodot ja psykoterapian toteutus Suomessa**

- Masennustilojen hoidossa psykoterapioiden tavoitteena on potilaan toipuminen ja toimintakyvyn parantuminen
  - \* vaikuttamalla masennusta ylläpitäviin mielikuviiin
  - \* ajattelumalleihin
  - \* tunne-elämään
  - \* minäkäsitykseen ja
  - \* toimintatapoihin.
- Psykoterapiat perustuvat teoreettisiin malleihin ja soveltavat niistä johdettuja, tutkittuja kliinisiä käytäntöjä. Potilaan ja terapeutin välisellä toimivalla yhteistyösuhteella on keskeinen merkitys hoidon onnistumisen kannalta kaikissa psykoterapioissa [86]<sup>A</sup>. Hoidossa vaikuttavat siis sekä epäspesifiset, kaikille terapiamuodoille yhteiset tekijät että kunkin teriatekniikan erityispiirteet.
- Suomessa psykoterapeuttien pätevyyttä valvoo ja psykoterapeuttirekisteriä ylläpitää Terveystieteiden tutkimuskeskus (TEO). Sen hyväksymiä psykoterapeutteja oli vuoden 2003 alussa runsaat 3 000. Psykoterapeuttikoulutuksen saaneista 1 200 toimii julkisen sektorin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Yksityisen sektorin psykoterapiapalveluista potilaat voivat saada sairausvakuutuskorvausta, jos terapeutti on lääkäri. Psykoterapiaa voi-

- daan myös antaa Kansaneläkelaitoksen har-  
kinnanvaraisena kuntoutuksena.
- Useimmat terapeutit käyttävät pääasiassa yhtä terapiamuotoa, johon he ovat saaneet koulutuksen. Lyhytterapiat vaihtelevat kestoltaan muutamasta käyntikerrasta 20–30 käyntikertaan. Yleisintä on 45 minuutin hoitokerta kerran viikossa. Pitkäkestoista terapiaa annetaan tyyppillisesti 1–3 kertaa viikossa, hoito kestää vuodesta useaan vuoteen.
  - Suomessa ei ole koordinoitua järjestelmää psykoterapiaan ohjaamiseksi tai terapeutin löytämiseksi. Psykoterapian tarvetta arvioi psykiatrian erikoislääkäri. Arvioinnissa on kiinnitettävä huomiota potilaan hoitoedellytyksiin ja tarjolla oleviin terapiaresursseihin. Hoitoon ohjattaessa on syytä keskustella potilaan kanssa
    - \* eri hoitovaihtoehdoista
    - \* niiden vaikuttavuudesta
    - \* hyväksyttävyydestä ja
    - \* arvioidusta soveltuvuudesta potilaalle.
  - On myös tärkeää tukea potilasta terapeutin löytämisessä ja huolehtia hänen seurannastaan, kunnes sopimus terapiasta on tehty ja hoito alkanut. Erityisen tärkeätä on sopia kunkin työntekijän rooleista ja vastuunjaosta hoidon aikana ja mahdollisissa ongelmatilanteissa.
- Psykoterapia akuutin depression hoidossa**
- Psykoterapia edellyttää potilaalta sitoutumista tavoitteelliseen terapiatyöskentelyyn. Tämän vuoksi hänellä tulee olla
    - \* riittävästi motivaatiota ja
    - \* halua käsitellä asioita vuorovaikutuksessa terapeutin kanssa.
  - Psykososiaaliset ongelmat, parisuhde- ja muut ihmissuhdeongelmat tai pitkittyneet itsetunto-ongelmat puoltavat psykoterapiaan ohjaamista.
  - Masennustilojen hoitoon soveltuvia, tähän mennessä vaikuttavaksi osoitettuja psykoterapiamuotoja ovat
    - \* lyhytkestoiset kognitiiviset psykoterapiat
    - \* interpersoonallinen psykoterapia
    - \* psykodynaaminen lyhytpsykoterapia ja
    - \* lievemmissä masennustiloissa myös kognitiivista terapiaa lähellä oleva ongelmanratkaisuterapia ja psykososiaaliset neuvontaterapiat (taulukko 5).
  - Lähes kaikki masennuspotilaita koskeva tutkimus on kohdistunut lyhytkestoisiin terapioihin.
  - Interpersoonalliseen terapiaan koulutettuja terapeutteja on vielä vähän Suomessa, eikä myöskään ongelmanratkaisuterapiaa käytetä meillä laajasti.
  - Ulkomaisissa tutkimuksissa usein kuvattu

**Taulukko 5.** Keskeiset psykoterapiamuodot depression hoidossa.

Hoitomuoto ja kuvaus	Tyypillinen kesto ja tiheys	Näytön aste
<b>Kognitiivinen</b>		
- Tavoitteena depressiota aiheuttavien ja ylläpitävien asenne- ja käyttäytymismallien muuttuminen ja ongelmanratkaisukeinojen lisääntyminen	Lyhyt: 10–20 käyntiä, yksi kerta viikossa Pitkäkestoinen: 40–80 käyntiä, 1–2 käyntiä viikossa	A D
<b>Interpersoonallinen</b>		
- Tavoitteena depressiota aiheuttavien ja ylläpitävien ihmissuhdeongelmien, rooliristiriitojen tai menetysten fokuoitu käsittelyt	Lyhyt: 12–16 käyntiä, yksi käynti viikossa	A
<b>Psykodynaaminen</b>		
- Tavoitteena depressiolla altistavien kehityksellisten ongelmien selvittely ja minuuden vahvistuminen	Lyhyt: 15–25 käyntiä, yksi käynti viikossa Pitkäkestoinen: 80–160 käyntiä, 1–3 käyntiä viikossa	B D

- kognitiivis-behavioraalinen terapia on yksi kognitiivisen terapian erityismuoto.
- Useimmista edellä mainituista terapiasuunnauksista on myös vaikuttavaksi osoitetun yksilöterapian lisäksi ryhmäterapia, pari- ja perheterapiasovelluksia.
  - Akuuttihoidossa voidaan käyttää lievässä ja keskivaikeissa depressioissa
    - \* kognitiivista lyhytpsykoterapiaa tai interpersonaalista psykoterapiaa joko yksin tai yhdessä lääkehoidon kanssa [87–91]<sup>A</sup>
    - \* psykodynaamista lyhytpsykoterapiaa [92–94]<sup>B</sup> ja
    - \* lievässä masennustiloissa myös kognitiivista ongelmanratkaisuterapiaa [95–99]<sup>B</sup>.
  - Edellä mainittujen terapioiden välillä ei todennäköisesti ole depression hoidossa merkittäviä vaikuttavuuseroja, jos hoito toteutetaan asianmukaisesti.
  - Keskimäärin runsas puolet potilaista toipuu masennuksesta muutaman kuukauden terapiajakson jälkeen ja valtaosalla hoitovaste on myönteinen [94].
  - Lääkehoidon tapaan myös psykoterapian tehoa masennuksen hoidossa on syytä seurata systemaattisesti oireasteikkojen avulla.
  - Jos potilas on depression vuoksi pidempiaikaisesti toimintakyvytön, on samanaikainen masennuslääkehoito yleensä tarpeen, vaikka potilas saisikin asianmukaista psykoterapiaa.
  - Muita psykoterapeuttisia hoitomenetelmiä on syytä käyttää yhdessä masennuslääkityksen kanssa.
  - Näyttöä muuntyyppisten lyhytterapioiden vaikuttavuudesta [95–99]<sup>B</sup> on saatu vain lievempien masennusoireiden hoidossa. Siksi tukea antavan asiakaskeskeisen counselling-tyyppisen kognitiivis-analyttisen terapian, ongelmanratkaisutyypin terapian pohjalta kehitetyn ratkaisukeskeisen terapian ja muiden lyhytterapioiden sekä kognitiiviseen malliin pohjautuvien psykoedukaatiosovellusten hyödyllisyys varsinaisissa masennustiloissa on epävarmaa [95–99].
  - Vain muutaman käynnin sisältävillä neuvontatyyppisillä terapioidella ja psykoedukaatiosovelluksilla (muun muassa »depressiokoulu») voidaan auttaa akuuttivaiheessa potilaita, jotka eivät koe tarvitsevansa varsinaista psykoterapeuttista apua [95].
  - Pariterapiaa voidaan suositella yksilöterapian sijasta, kun masennuksen ohella esiintyy parisuhteeseen liittyviä ongelmia [100–102]<sup>B</sup>.
  - Ryhmäterapioiden on yleensä mielenterveysongelmien hoidossa todettu vastaavan vaikutuksiltaan yksilöterapioiden. Tämän pohjalta niitä voidaan käyttää myös yhtenä vaihtoehtona masennustiloissa [103–105]<sup>B</sup>.
  - Vaikeissa masennustiloissa psykoterapiaa ei tule käyttää yksinomaisten hoitomuotona.
  - Myös pitkäkestoissa, komplisoituneissa ja toistuvissa masennustiloissa on syytä käyttää psykoterapiaa ja lääkitystä yhtäaikaaisesti, koska yhdistelmähoito on osoitettu tehokkaammaksi [106–110]<sup>A</sup> myös potilaan yleistä hoitomyyntyytyä parantavan vaikutuksensa vuoksi [110].
  - Psykoottisissa depressioissa psykoterapia ei yleensä sovellu akuuttivaiheen hoitomuodoksi.
  - Psykoterapian myönteiset vaikutukset akuuttivaiheessa ilmenevät usein suhteellisen pian, mutta merkittävällä osalla depressiopotilaista lyhyt terapiajakso ei ole riittävä pitkäaikaisen oireettomuuden saavuttamiseksi [94, 111, 112]<sup>A</sup>.
  - Komorbidit psykiatriset häiriöt, useasti toistuneet masennustilat, heikentynyt psykososiaalinen toimintakyky ja rajatilatyyppinen persoonallisuushäiriö ovat usein yhteydessä huonomaan hoitotulokseen sekä lääkehoidossa että psykoterapiassa, ja toisaalta ne edellyttävät pidempiä hoitajaksoja, useammin yhdistelmähoitoja tai integroitua hoitomallia.

### **Psykoterapia depression uusiutumisen estohoitona**

- Depression uusiutumisvaara on suurin toistuvissa masennustiloissa ja niillä potilailla, joilla terapia-aikainen toipuminen on osittaista. Psykoterapian pidempi kesto tai jatkaminen lyhyen hoitajakson jälkeen on tällöin perusteltua.
- Myös akuuttivaiheen terapiasta hyötynneet masennuspotilaat voivat hyötyä psykoterapeuttisesta hoidosta saavutetun vasteen ylläpitämiseksi ja jännösoireiden hoidosta; osal-

- le potilaista harvajaksoinenkin (1–2 kertaa kuukaudessa) lisähoito kognitiivisella tai interpersonaalisella terapialla on osoittautunut hyödylliseksi [102, 113–115]<sup>B</sup>.
- Psykoterapian käyttöä puoltaa myös tavoite vaikuttaa psykososiaalisiin tekijöihin ja hoitomyöntyvyyteen [102, 115].

### Psykoterapia lääkinnällisenä kuntoutuksena

- Pitkäkestoisten kognitiivisten tai psykodynaamisten psykoterapioiden ja psykoanalyysin vaikuttavuudesta depression hoidossa yleensä tai lyhyempiin terapiamuotoihin verrattuna ei ole kontrolloituja kliinisiä tutkimuksia. Tästä syystä niiden käytön tulee perustua muihin hoidon kestoon liittyviin, kliinisiin ja psykososiaalisen kuntoutuksen näkökohtiin [116, 117]<sup>D</sup>.
- Intensiivisempiä ja pidempiä terapioita voidaan harkita, jos
  - \* masennusoireiden poistamisen ohella tavoitteena on psykkinen kasvun ja kehityksen tukeminen
  - \* masennuksen ohella esiintyy rajatilatyyppinen persoonallisuushäiriö, itsetuhoisuutta tai muita merkittäviä pitkäaikaista hoitosuhdetta puoltavia psykososiaalisia tekijöitä, tai
  - \* toipuminen on lyhytkestoisen hoidon jälkeen vain osittaista [88].
- Rajatilatyyppisen persoonallisuushäiriön yhteydessä on suositeltavaa hyödyntää sitä varten kehitettyjä hoitomalleja [112]. Tällaisia on Suomessa toistaiseksi vain vähän käytössä.
- Kunnallisen terveydenhuoltojärjestelmän ohella Kansaneläkelaitos voi tukea psykoterapiaa lääkinnällisenä kuntoutuksena.
- Terapian saamiseksi tarvitaan psykiatrian erikoislääkärin tai terapiakoulutuksen saaneen lääkärin lausunto.

### Depression hoito eri elämänvaiheissa ja erityistilanteissa

#### *Nuorten depressiot*

- Nuoruusikä alkaa puberteetissa noin 12–13 vuoden iässä ja päättyy vähittäin noin 20 ikävuoden vaiheilla.

- Nuorten depression hoidon erityispiirre on pyrkimys nuoruusiän psyykkisen kehityksen tukemiseen hoitosuhteessa.
- Depressiota koskevan tiedon tarjoaminen nuorelle ja hänen vanhemmilleen sekä koulunkäynnin jatkuvuuden tukeminen tarvittaessa erityisjärjestelyin ovat hyödyksi [118].
- Erikoissairaanhoidon rooli on nuorten hoidossa korostuneempi kuin aikuisilla.
- Perusterveydenhuollossa ja kouluissa on paikallaan arvioida nuoren tilaa, ja varttuneempien nuorten (vähintään 17-vuotiaiden) masennuslääkehoito voidaan aloittaa myös perusterveydenhuollossa.
- Ainakin varhaisnuorten osalta suositellaan kuitenkin lääkähoidon aloittamista ja varsinaisen depression psykoterapian toteuttamista pääosin nuorisopsykiatrisessa erikoissairaanhoidossa [118].
- Nuorten lievissä ja keskivaikeissa masennustiloissa suositeltavimpia ovat psykoterapeuttiset hoitomuodot
  - \* kognitiivinen yksilöterapia [119–123]<sup>A</sup>
  - \* ryhmäterapia [124–126]<sup>B</sup> ja
  - \* nuorille sovellettu interpersonallinen yksilöpsykoterapia [121, 127]<sup>A</sup>.
- Suomessa nuorten hoidossa yleisimmin käytetystä psykodynaamisesta yksilöpsykoterapiasta on runsaasti kliinistä kokemusta mutta hyvin vähän kontrolloitua tutkimustietoa [119]. Niillä perusteilla sitä kuten myös supportiivista psykoterapiaa [119, 128, 129]<sup>C</sup> voidaan hyödyntää depressiosta kärsivien nuorten hoidossa.
- Perheterapiaa voidaan soveltaa tilanteissa, joissa perhetekijät liittyvät voimakkaasti nuoren depression [119–123]<sup>A</sup>.
- Nuorten lievien ja keskivaikeiden depressioiden hoito voidaan yleensä aloittaa psykoterapeuttisin interventioin, ja hoitoon liitetään masennuslääkitys, ellei masennus selvästi lieviy noiden kuukauden kuluessa [118].
- Nuorten vaikeiden depressioiden hoidossa on yleensä perusteltua käyttää depressiolääkitystä alusta alkaen, ja se on syytä aloittaa myös keskivaikeassa tai lievässäkin depressiossa, ellei pätevää psykoterapeuttista hoitoa ole saatavilla tai se viivästyy.

- Lääkehoidon osalta 18 vuotta täyttäneisiin pätevät aikuisia koskevat suositukset. Alle 18-vuotiaiden depressioiden masennuslääkehoito suositellaan aloitettavaksi ensisijaisesti fluoksetiinilla [130, 131, 132]<sup>A</sup>.
- Muita SSRI-ryhmän masennuslääkkeitä kuten paroksetiinia ja sertraliinia [133, 134]<sup>B</sup> tai sitalopraamia, essitalopraamia ja fluvoksamiinia voidaan alle 18-vuotiailla harkitusti kokeilla, mikäli fluoksetiini ei tehoa tai sovellu.
- Trisyklisiä masennuslääkkeitä ei suositella; niiden käyttöä voidaan harkita vain, jos muilla masennuslääkkeillä ei ole saatu aikaan vastetta [135, 136]<sup>B</sup>. Muista uusista masennuslääkkeistä ei ole riittävästi tutkimusnäyttöä [137–140]<sup>C</sup>.
- Myös nuorilla depressiolääkitystä käytetään jatkohoitona vähintään 4–9 kuukauden ajan relapsin ehkäisemiseksi [141].
- Aivojen sähköhoidon [142]<sup>C</sup> ja kirkasvalohoidon [143]<sup>B</sup> aiheet, vaikuttavuus ja haittavaikutukset ovat nuorilla samat kuin aikuisilla.
- Nuorten lääkeresistentin depression hoidossa noudatetaan aikuisten hoidossa käytettyjä suuntaviivoja [141].
- Myös nuoruusiän depressioihin liittyy merkittävä uusiutumisen vaara.
- Psykoterapeuttista ylläpitohoitoa voidaan toteuttaa harvajaksoisin seurantatapaamisin esimerkiksi tiiviimmän yksilöterapijan jälkeen [125, 144]<sup>C</sup>.
- Lääkkeellistä ylläpitohoitoa koskevia tutkimuksia ei nuorten depressioista ole julkaistu, joten nuoriin on sovellettava aikuisten hoitosuosituksia [118].

### *Vanhusten depression hoito*

- Vanhuusiällä ilmenevien depressioiden hoito on yleensä samankaltaista kuin nuoremmassa ikäryhmissä, ainakin alle 75-vuotiailla.
- Iän mukana tarve integroida psykiatrista ja somaattista hoitoa lisääntyy.
- Vanhusten lieviä ja keskivaikeita depressioita voidaan hoitaa psykoterapian avulla, jos psykoterapeuttista hoitoa on saatavilla ja potilas on motivoitunut. Ainakin kognitiivinen ja psykodynaaminen lyhytterapia ovat tuloksellisia myös vanhusten masennuksen akuutti-

hoidossa [145–148]<sup>B</sup>.

- Depressiolääkkeet ovat tehokkaita myös vanhusten masennuksen hoidossa, eikä lääkeaineryhmien välillä ei ole kliinisesti merkittäviä tehoeroja [145, 149, 150]<sup>A</sup>. Haittavaikutusten ja lääkeaineinteraktioiden merkitys kuitenkin korostuu vanhusten masennuslääkkeen valinnassa, ja erityistä huomiota on kiinnitettävä lääkkeen iänmukaiseen annokseen.
- Vaikka trisykliset masennuslääkkeet ovat tehokkaita masennuksen hoidossa, niitä ei potentiaalisten sydämeen ja verenkiertoelimistöön kohdistuvien haittavaikutusten vuoksi suositella ainakaan yli 75-vuotiaiden hoitoon. Jos vanhukselle suunnitellaan trisyklisen lääkkeen käytön aloittamista, kannattaa tarkistaa, ettei hänellä ole sydämen johtumishäiriötä.
- Aivojen sähköhoito on osoittautunut tehokkaaksi ja turvalliseksi myös yli 75-vuotiaille [151–153]<sup>B</sup>.

### *Raskaudenaikaisen masennustilan hoito*

- Raskauden aikana ilmenevän masennustilan aikana on syytä suosia psykoterapeuttisia hoitomuotoja, jos se on mahdollista. Vaikeissa ja usein myös keskivaikeissa masennustiloissa joudutaan kuitenkin usein harkitsemaan depressiolääkitystä myös raskauden aikana.
- Masennuslääkityksen teratogeenisuuden vaara on suurin ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana, sen jälkeen vähäisempi. Depressiolääkkeiden sikiölle mahdollisesti tuottamista haitoista on vähän tietoa. Uudempien masennuslääkkeiden ei toistaiseksi ole osoitettu olevan selvästi teratogeenisiä [154]<sup>B</sup>.
- Trisyklisiä masennuslääkkeitä ei suositella käytettäväksi raskauden aikana niiden antikolinergisten vaikutusten vuoksi [155]<sup>A</sup>. Äidin ennen synnytystä käyttämä serotoniinin takaisoton estäjä puolestaan altistaa vastasyntyntä serotoninergisen yliaktiivisuuden oireille [156].

### *Synnytyksenjälkeisen masennustilan hoito*

- Synnytyksenjälkeisestä depressiosta kärsii noin 10–15 % synnyttäneistä naisista [157]<sup>C</sup>. Häiriön taustalla on paitsi masennustilan ylei-

- siä vaaratekijöitä myös erilaisia psykososiaalisia ja hormonaalisia vaaratekijöitä [157]<sup>C</sup>.
- Masennustilan tunnistamista voidaan helpottaa kyselylomakkeiden avulla, esimerkiksi Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).
  - Masennuslääkkeistä paras näyttö on saatu SSRI-ryhmän osalta [158]<sup>B</sup>.
  - Masennuslääkkeen käyttö ei yleensä estä imeytystä. Fluoksetiin on kuitenkin kuvattu kumuloituneen äidinmaitoon [159, 160]<sup>C</sup>.
  - Hoito on samansuuntaista kuin masennuksen hoito yleensäkin. Psykoterapeuttiset hoitomuodot ovat suositeltavia [158]<sup>B</sup> erityisesti silloin, kun äidin elämäntilanteessa ilmenee depressiolle todennäköisesti altistavia ongelmia.

### *Somaattisesti sairast depressionipotilaat*

- Depressio on yleinen ongelma somaattisista sairauksista kärsivillä potilailla. Se myös lisää kuolleisuutta ainakin suurentuneen kardiovaskulaarikuolleisuuden välityksellä [161].
- Depressiiviset potilaat myös kokevat yleisen terveydentilansa huonommaksi kuin ei-masentuneet.
- Masennuslääkehoito on tehokasta myös somaattiseen sairauteen liittyvässä depressiossa [162]<sup>A</sup>.
- Odotettavissa olevat haittavaikutukset ja lääkeaineinteraktiot ovat keskeisin lääkkeen valintaa ohjaava tekijä, minkä vuoksi varsinkin

- trisyklisiä masennuslääkkeitä on yleensä syytä välttää. Kroonisen kivun hoidossa ne tosin ovat edelleen käyttökelpoisia [163, 164].
- Depressio altistaa sydäninfarktille [165] ja aivohalvaukselle [166].
  - Psykoterapia on usein hyödyksi myös somaattisista sairauksista kärsivien potilaiden masennuksen ja ahdistuneisuusoireiden hoidossa [167–169]<sup>C</sup>, [170].

### *Ahdistuneisuushäiriöstä kärsivät depressionipotilaat*

- Depression ja ahdistuneisuushäiriön esiintyminen yhtäaikaisesti on tavallinen kliininen tilanne, jossa on syytä pyrkiä saamaan hallintaan molempien häiriöiden oireet.
- Depressiolääkkeet ovat tehokkaita sekä masennuksen että lähes kaikkien yksittäisten ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa [171–187]<sup>A</sup> määräkohteisia pelkoja lukuun ottamatta. Ne tehoavat myös depressiosta kärsivien ahdistuneisuusoireisiin [188–191]<sup>A</sup> sekä masennustilan ja ahdistuneisuushäiriön esiintyessä yhdessä [192, 193]<sup>A</sup>.
- Serotoniinin takaisinottoa estävät lääkkeet ovat tehokkaita lähes kaikissa ahdistuneisuushäiriöissä, joten niiden ensisijaista käyttöä voidaan pitää suositeltavana (taulukko 6), [171–187]<sup>A</sup>.
- Paniikkihäiriöstä kärsivän depressionipotilaan hoidossa lääkehoito on aiheellista aloittaa pie-

**Taulukko 6.** Tiivistelmä monihäiriöisen depressionipotilaan hoidosta.

Häiriöyhdistelmä	Selektiivinen serotoniinin takaisinoton estäjä	Muu masennuslääke	Lyhyt-psykoterapia	Muu mahdollinen hoito
Masennustila ja päihderiippuvuus	++	–	–	Päihdevieroitus
Masennustila ja ahdistuneisuushäiriö (yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, paniikkihäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko)	++	+	+	
Masennustila ja persoonallisuushäiriö (epävakaa persoonallisuus)	++	–	–	Pieni annos psykoosilääkettä, mielialaa tasaava lääkitys, pitkäkestoinen psykoterapia

nemmällä annoksella, jotta vältetään hoidon alkuvaiheessa joskus tapahtuva ahdistuneisuuden provosoituminen [194].

- Myös psykoterapeuttisen hoidon tarvetta ja muotoa arvioitaessa on huomioitava mahdollisen ahdistuneisuushäiriön olemassaolo.

### ***Rajatilatyyppisestä persoonallisuushäiriöstä kärsivät depressiopotilaat***

- Tunne-elämältään epävakaa persoonallisuuden vaikeamman rajatilatyyppin (F60.31) esiintyminen vaikuttaa hoidon suunnitteluun psykoterapian ja lääkityksen osalta.
- Rajatilatyyppiseen persoonallisuushäiriöön liittyvää itsetuhoisuutta ja muita tämän häiriön ilmenemismuotoja on kyetty lievittämään tehokkaasti hoito-ohjelmilla, jotka ovat sisältäneet joko dialektista käyttäytymisterapiaa (DBT) tai pitkäaikaista psykodynaamista psykoterapiaa. Tällaisia hoito-ohjelmia ei toistaiseksi ole maassamme tällä hetkellä käytössä, mutta niitä on syytä luoda psykiatriseen erikoissairaanhoidon.
- Rajatilatyyppisestä persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan hoito vaatii yleensä erityisosaamista, joten se on tavallisesti parhaiten toteutettavissa psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa.
- Vuosia kestävä psykoterapeuttinen hoito on yleensä perusteltua, jos sitä on saatavilla ja potilas on motivoitunut ja kykenee sitä hyödyntämään.
- Masennustilan lääkähoidossa on perusteltua suosia SSRI-ryhmän lääkkeitä silloin, kun potilas kärsii depression ohella rajatilatyyppisestä persoonallisuushäiriöstä (taulukko 6), [112, 195–198]<sup>B</sup>.

### ***Alkoholia väärinkäyttävät tai siitä riippuvaiset depressiopotilaat***

- Monien päihteiden käyttöön liittyy masennustilan kaltaisia depressiivisiä oireita [199].
- Yleisimmin käytetty päihde on alkoholi. Sen mahdollisen suurkulutuksen tai väärinkäytön taikka alkoholiriippuvuuden tunnistamiseen on syytä kiinnittää erityistä ja toistuvaa huomiota, koska asia ei aina tule esiin hoitokontaktin alussa.

- Alkoholia väärinkäyttävän tai siitä riippuvaisen henkilön kärsiessä masennusoireista olisi yleensä perusteltua edellyttää 2–4 viikon pituista päihdeetöntä jaksoa depression diagnoosin varmistamiseksi ennen lopullisen hoitomuodon ja hoitopaikan määrittämistä [200]. Käytännössä tämä voi olla vaikeaa esimerkiksi hallitsemattoman alkoholinkäytön tai itsetuhoisuuden takia, jotka liittyneenä merkittävään masennusoireiluun ovat aihe ohjaamiselle konsultaatioon tai hoitoon, joko päihdehuoltoon tai erikoissairaanhoidon.
- Tilanteen selvittelyssä voidaan anamneesin avulla pyrkiä selvittämään, onko potilaalla aiemmin esiintynyt päihdeetömiä jaksoja, joiden aikana hän olisi kärsinyt vakavan masennustilan oireista.
- Satunnainen alkoholinkäyttö ei ole ehdoton vasta-aihe masennuslääkkeiden käytölle, mutta lääkähoidon aloitettaessa on aina syytä selvittää potilaan alkoholinkäytön runsaus ja tarvittaessa maksan toimintakyky.
- Epäiltäessä päihdeiden hallitsematonta käyttöä on tarvittaessa pidättäydyttävä lääkityksen aloittamisesta, kunnes päihdeiden käyttö on päihdehuollon tuella tai muuten saatu ensin hallintaan.
- Samanaikaisesta vakavasta masennustilasta ja alkoholiriippuvuudesta tai pelkästään alkoholiriippuvuudesta kärsivän lääkähoidossa voi SSRI-ryhmän lääkkeitä olla hyötyä masennusoireiden tai alkoholinkäytön tai joskus molempien hallinnassa [201–203]<sup>B</sup>.

### ***Depressio ja itsetuhokäyttäytyminen***

- Depressio on keskeisin yksittäinen itsemurhan vaaratekijä.
  - \* Psykiatrisessa sairaalahoidossa olleiden, vaikeimmista masennustiloista kärsivien potilaiden itsemurhavaara on noin 20-kertainen normaaliväestöön verrattuna [204, 205].
  - \* Kaikista itsemurhista noin kahden kolmasosan on todettu liittyvän masennustiloihin [206]. Tämä vastaa noin 800:aa masennustilaan liittyvää itsemurhaa Suomessa vuosittain.
  - \* Useimmissa masennukseen liittyvissä itsemurhatapauksissa potilas ei ole saanut

- asianmukaista hoitoa depressioonsa [207].
- Itsemurhavaaran arviointi on keskeinen hoidon suunnittelussa huomioitava tekijä.
- Itsetuhoajatusten esiintymistä on syytä kysyä masennuspotilaalta.
- Itsemurhan vaara on sitä suurempi, mitä vaikeammasta masennustilasta on kysymys.
- Depression ohella muita tekijöitä, jotka lisäävät merkittävästi itsemurhavaaraa, ovat
  - \* aiemmat itsemurhayritykset
  - \* lähiomaisen itsemurha
  - \* samanaikainen päihdeongelma
  - \* persoonallisuushäiriö
  - \* miessukupuoli
  - \* syvä toivottomuus
  - \* itsemurhamenetelmän saatavilla olo [208].
- Kliinisen kokemuksen mukaan itsemurhavaara voidaan arvioida myös sen perusteella,
  - \* kuinka intensiivisiä masennustilasta kärsivän itsemurha-ajatukset ovat
  - \* onko henkilöllä konkreettinen itsemurhasuunnitelma ja
  - \* onko hän ryhtynyt valmisteleviin toimenpiteisiin teon toteuttamiseksi.
- Itsemurhapäätöksen tehnyt voi kuitenkin olla haluton kertomaan päätöksestään kenellekään.
- Itsetuhoiset depressiopotilaat hoidetaan yleensä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa.
- Suurimmassa itsemurhavaarassa olevia on syytä hoitaa psykiatrisessa osastohoidossa, ja kaikkia itsetuhoisia potilaita on syytä seurata tiiviisti.
- Mielenterveyslaki sallii tahdosta riippumattoman tarkkailuun ottamisen ja hoidon silloin, kun potilaan todellisuudentaju on häiriintynyt ja hän on vaaraksi itselleen.
- Depression aktiivinen hoito vähentänee ainakin osatekijänä itsemurhakuolleisuutta [209].

## Depressiopotilaan työkyvyn arviointi

### *Työ- ja toimintakyvyn arviointi*

- Masennuspotilaan toimintakyky on lähes aina heikentynyt ja sitä enemmän, mitä vaikeammasta masennuksesta on kysymys [32, 33]<sup>A</sup>. Lievästä masennuksesta kärsivät ovat yleensä

työkykyisiä, keskivaikeasta kärsivien työkyky on useimmiten merkittävästi huonontunut ja vaikeasta tai psykoottisesta masennuksesta kärsivä on lähes aina työkyvytön.

- Toimintakyvyn arvioinnissa on tärkeitä selvittää hyvin konkreettisesti, mistä arkipäiväisistä toiminnoista kotona ja työssä potilas depressiivisenä selviytyy ja mistä ei.
- Apuna voidaan käyttää esimerkiksi SOFAS-asteikkoa (DSM-IV) (taulukko 7). Se antaa kokonaisarvion sosiaalisesta ja ammatillisesta toimintakyvystä asteikolla 0–100. Pistemäärä 50 tai alle merkitsee toimintakyvyn vakavaa heikentyneisyyttä.

### *Sairausloman tarve*

- Sairausloman tarvetta on arvioitava yksilöllisesti siten, että huomioidaan
  - \* depression vaikeusaste ja
  - \* työ- ja elämänolosuhteet.
- Vaikeasta tai psykoottisesta depressiosta kärsivät potilaat tarvitsevat lähes aina sairauslomaa, keskivaikeasta kärsivät usein ja lievää masennusta potevat joskus.
- Kun masennuspotilas arvioidaan tutkimuksen aikaan työkyvyttömäksi, on kovin lyhyestä (alle kaksi viikkoa) sairauslomasta harvoin hyötyä ja vaikeassa depressiossa sairauslomaa voidaan tarvita useiden kuukausien ajan.
- Sairausloman aikana lääkärin on huolehdittava asianmukaisesta hoidosta ja luotava alusta alkaen suunnitelma työhön paluusta.
- Sairausloman ajaksi kannattaa suositella normaalin päivärytmin ylläpitoa.

### *Kuntoutus, kuntoutustuki ja työkyvyttömyyseläke*

- Masennuspotilaan sairausloman pitkittyessä olisi aina selvitettävä kuntoutuksen tarpeellisuutta ja mahdollisuuksia.
  - \* Jos depressiosta johtuva työkyvyttömyys kestää yli 300 arkipäivää, Kansaneläkelaitos ja työeläkelaitokset voivat myöntää määrääjäksi kuntoutustukea.
  - \* Kuntoutustuen myöntäminen edellyttää kuntoutussuunnitelman laatimista.
- Lääkinnällinen kuntoutus sisältää useimmiten yksilöpsykoterapiaa.



Taulukko 7. DSM-IV:ään sisältyvä SOFAS-asteikko.

Koodi <sup>1</sup>	Merkitys
91–100	Erinomainen toimintakyky useilla elämänalueilla
81–90	Hyvä toimintakyky kaikilla elämänalueilla; ammatillisesti ja sosiaalisesti tehokas
71–80	Vain vähäinen heikentyneisyys sosiaalisessa, ammatillisessa tai opiskelun edellyttämässä toimintakyvyssä (esimerkiksi harvinainen ihmishuuhderistiriita tai tilapäinen jälkeen jääminen koulutyössä)
61–70	Lieviä vaikeuksia sosiaalisessa, ammatillisessa tai opiskelun edellyttämässä toimintakyvyssä, mutta yleisesti hyvä toimintakyky; joitakin mielekkäitä ihmishuuhderistiriita
51–60	Kohtalaisia vaikeuksia sosiaalisessa, ammatillisessa tai opiskelun edellyttämässä toimintakyvyssä (esimerkiksi vain vähän ystäviä tai esiintyy ristiriitoja ikä- tai työtovereiden kanssa)
41–50	Vakava heikentyneisyys sosiaalisessa, ammatillisessa tai opiskelun edellyttämässä toimintakyvyssä (esimerkiksi ei ystäviä tai ei pysty säilyttämään työpaikkaa)
31–40	Merkittävä heikentyneisyys useilla elämänalueilla, kuten työssä, koulussa tai perhesuhteissa (esimerkiksi masentunut mies, joka välttelee ystäviään, laiminlyö perhettään eikä pysty työhön tai lapsi, joka pahoinpitelee usein nuorempiaan, on uhmakas kotona eikä menesty koulussa)
21–30	Toimintakyvyttömyys lähes kaikilla elämänalueilla (esimerkiksi pysyttelee vuoteessa koko päivän; ei työpaikkaa, kotia tai ystäviä)
11–20	Laiminlyö ajoittain henkilökohtaisen hygienian vähimmäistason; kyvytön toimimaan itsenäisesti
1–10	Laiminlyö jatkuvasti henkilökohtaisen hygienian vähimmäistason; kyvytön toimimaan vahingoittamatta itseään tai muita taikka ilman huomattavaa ulkopuolista tukea (esimerkiksi hoitoa tai valvontaa)
0	Riittämättömät tiedot

<sup>1</sup> Jos mahdollista, käytä tarkkoja lukuja, esimerkiksi 45, 68 tai 72.

Tarkastele sosiaalista ja ammatillista toimintakykyä jatkumolla erinomaisesta toimintakyvystä huomattavasti heikentyneeseen toimintakykyyn. Ota huomioon toimintakyvyn heikentyneisyydet, jotka johtuvat fyysisistä tai henkisistä rajoitteista. Vain suoraan henkisistä tai fyysisistä terveysongelmista johtuvat rajoitteet tulee ottaa huomioon; mahdollisuuksien puutteen ja muiden ympäristöseikkojen aiheuttamia rajoituksia ei oteta huomioon.

- \* Sitä kustantavat Kansaneläkelaitos ja joissakin tapauksissa myös työeläkelaitokset.
- \* Kansaneläkelaitoksen kustantaman terapian tavoitteena on työ- ja toimintakyvyn

palauttaminen tai ylläpitäminen ja sen piiriin pääseminen on edellyttänyt, että potilaalla on ollut vähintään puolen vuoden hoitosuhde johonkin hoitopisteeseen. Tällä vaatimuksella on pyritty varmistamaan hoitomotivaation pitkäaikaisuus, vaikka se toisaalta on saattanut viivyttää aktiivisen kuntoutuksen aloittamista.

- \* Psykoterapiakuntoutusta kustannetaan yleensä enintään kahdeksi vuodeksi.
- Kuntoutus voi sisältää myös työpaikalla tehtäviä järjestelyjä, työhallinnon toimenpiteitä tai masennuksen parannuttua joissakin tapauksissa jopa ammatillista koulutusta.
- Lausunnon kuntoutusta varten laatii lääkäri yhdessä potilaan ja muiden hoitavien tahojen kanssa.
- Kuntoutus toteutetaan yleensä yhteistyössä työterveyshuollon sekä työeläkelaitosten tai Kansaneläkelaitoksen kanssa.
- Potilas voidaan tarvittaessa ohjata myös kuntoutustarpeen selvitykseen tai tutkimukseen, joita tekevät useat eri kuntoutuslaitokset.
- Aloitteen voi tehdä lääkäri B-lausunnossaan, kun sairausloma uhkaa pitkittyä, tai jopa silloin, kun havaitaan työkyvyn heikkenemiseen viittaavia merkkejä, kuten uupumista, toistuvia lyhyitä sairauslomia ym.
- Ellei masennustila kuntoutustuenkaan aikana korjaannu eikä kuntoutusmahdollisuuksia enää todeta olevan, depressiopotilaalle voidaan myöntää työkyvyttömyyseläke.
- Eläkehakemusta varten kirjoitetuissa lääkärintoiminnissa on oleellista kuvata
  - \* potilaan oireet
  - \* potilaan konkreettinen työ- ja toimintakyky sekä
  - \* hoitoyritykset, jotka on tehty tilan korjaamiseksi.

## Depression hoito perusterveydenhuollossa

### Perusterveydenhuollon lääkärin antama hoito

- Valtaosa masennuspotilaista voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa.
- Depression diagnostiikkaan ja hoitoon liittyy

perusterveydenhuollossa kuitenkin joitakin keskeisiä ongelmia.

- \* Masennusoireyhtymän tunnistaminen lyhytkestoisessa potilaskontaktissa on usein vaikeaa – erityisesti silloin, kun potilas itsekkään ei tunne kärsivänsä masennuksesta.
- \* Depressiosta kärsivät perusterveydenhuollon potilaat valittavat usein somaattisia oireita masentuneen mielialan sijasta, aliarvioivat oireidensa vakavuuden, pelkäävät mielenterveysongelmaiseksi leimautumista ja sitoutuvat huonosti lääkehoitoon.
- \* Lääkäreillä on usein puutteellinen koulutus depression tunnistamiseen ja hoitoon.
- \* Perusterveydenhuollon lääkärien on arvioitu tunnistavan kliinisen masennuksen noin 25–40 %:ssa tapauksista yhden käynnin yhteydessä.
- \* Tunnistaminen on yleisempää, jos
  - käyntikertoja on useampia
  - vastaanottokäynti kestää vähintään 16–20 minuuttia
  - lääkärillä on pitkä työkokemus [210–212]<sup>A</sup> tai
  - masennuksen oirekuva on vaikea [211, 212].
- Jotta depression tunnistaminen helpottuisi, on suositeltavaa käyttää riskiryhmiin kohdennettua seulontaa (ks. kohta Depression seulonta).
- Depression lääkehoidon toteutus on periaatteessa samanlaista hoitopaikasta riippumatta, mutta varsinaisen psykoterapeuttisen hoidon toteuttaminen on perusterveydenhuollossa yleensä vaikeaa tai mahdotonta koulutukseen ja terapian saatavuuteen liittyvien syiden vuoksi.
- Hyvä vuorovaikutussuhde potilaan kanssa ja psykososiaalisen tuen tarjoaminen ovat lääkehoidon ohella oleellisia vaikuttavia tekijöitä hoidon kokonaisuudessa.
- Potilaan elämäntilanteen kartoittaminen, potilaan tukeminen sitoutumaan lääkehoitoon ja hoidon tuloksellisuuden seuranta ovat tärkeitä osia yleislääkärin antamasta hoidosta [4].
- Yleislääkäreiden osaamista depression hoidossa kehitetään tehokkaimmin yhdistämällä jatkokoulutukseen selkeä depression hoito-oh-

jelma; pelkän koulutuksen tuottamat tulokset eivät yleensä ole pysyviä [213–217]<sup>A</sup>.

### *Depression hoitoon erikoistunut muu henkilökunta*

- Perusterveydenhuoltoon tarvitaan depressiopotilaiden opastukseen, seurantaan ja psykososiaaliseen tukemiseen erikoistuneita psykiatrisia erikoissairaanhoidajia ja terveydenhoitajia. Heidän työpanoksensa on osoitettu hyödylliseksi depression hoidossa [218]<sup>A</sup>, ja sen hyödyntäminen vastaa perusterveydenhuollon toimintatapaa monien muidenkin kroonisten sairauksien hoidossa. Malli on osoittautunut toimivaksi erityisesti silloin, kun myös psykiatrasta konsultaatiotukea on ollut saatavilla.
- Depression hoitoon koulutetun muun henkilökunnan työpanos
  - \* tekee mahdolliseksi käyttää enemmän aikaa depressiopotilaan hoitoon sekä
  - \* tukee systemaattista seurantaa ja psykososiaalisen tuen tarjoamista.

### *Psykiatrinen konsultaatio*

- Mahdollisuus konsultaatioihin psykiatrisen erikoissairaanhoidon kanssa lisää osaltaan perusterveydenhuollon lääkärin kykyä tunnistaa masennus ja parantaa hoidon tuloksellisuutta [214, 219]<sup>A</sup>.
- Psykiatrasta konsultaatio toimintaa tulee siksi kehittää perusterveydenhuollossa.
- Psykiatrinen konsultaatio on erityisen merkityksellinen erotusdiagnostisissa ongelmatilanteissa, kun yleislääkärin antama hoito ei ole tuottanut tulosta tai potilas ei ole sitoutunut hoitoon.
- Se soveltuu myös usein avuksi tilanteissa, joissa yleislääkärin tietämys ei yksin riitä mutta potilaan siirtäminen erikoissairaanhoidon olisi muuten aiheetonta [214].

### *Ohjaaminen psykiatriseen erikoissairaanhoidoon*

- Yleislääkäreiden on arvioitu lähettävän 5–12 % depressiopotilaistaan psykiatriseen erikoissairaanhoidon [219].
- Potilas on syytä ohjata psykiatriseen erikoissairaanhoidon, kun kyseessä on

- \* kaksisuuntainen mielialahäiriö
  - \* vaikea tai psykoottinen depressio
  - \* lääkeresistenssi tai
  - \* vaikeasti monihäiriöinen tai itsetuhoinen potilas [220].
- Myös jos potilaan pidempiaikainen työkyky on depression vuoksi uhanalainen eikä hoito perusterveydenhuollossa ole sitä palauttanut, on potilas syytä ohjata erikoissairaanhoidon.
- Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa aloitettu ylläpitolääkehoito voidaan siirtää perusterveydenhuoltoon, kun potilas on ollut yhtäjaksoisesti vähintään puolen vuoden ajan oireeton depression suhteen.

## Laatukriteerit

- Jokaisen masennukseen hoitoa hakevan potilaan tulisi saada jotakin vaikuttavaksi osoitettua hoitoa.
- Työryhmä ehdottaa, että masennuspotilaiden saamaan hoidon laatua seurattaisiin **perusterveydenhuollossa** seuraavilla kriteereillä:
  - \* Vastaako diagnosoitujen masennuspotilaiden osuus kaikista hoidetuista potilaista epidemiologista kuvaa masennuksen todennäköisestä esiintyvyydestä hoidettavassa väestössä?
  - \* Kuinka suuri osa depressiopotilaista on saanut masennuslääkettä?
  - \* Kuinka suurella osalla masennuspotilaista depressiolääkitys on jatkunut yhtäjaksoisesti vähintään puoli vuotta?
  - \* Kuinka suuri osa depressiopotilaista on saanut jotakin psykoterapeuttista tai muuta psykososiaalista hoitoa?
- \* Kuinka suurella osalla depressiopotilaista hoitoon on liittynyt riittävä määrä seurantakäyntejä?
- \* Kuinka suurella osalla depressiopotilaista on seurannassa käytetty hyväksi oireimittareita?
- \* Kuinka suuri osa potilaista saavuttaa seurannassa täyden remission oireimittareilla arvioituna?
- **Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa** noudatettaviksi työryhmä ehdottaa seuraavia laatu-kriteereitä:
  - \* Kuinka suuri osa depressiopotilaista on saanut masennuslääkettä?
  - \* Kuinka suurella osalla depressiopotilaista lääkehoito on jatkunut yhtäjaksoisesti vähintään puoli vuotta?
  - \* Kuinka suuri osa potilaista, jotka kärsivät toistuvasta masennuksesta, saa ylläpitohoitoa?
  - \* Kuinka suuri osa depressiopotilaista on saanut jotakin intensiivistä yksilöpsykoterapeuttista hoitoa?
  - \* Kuinka suurella osalla parisuhteessa eläviä potilaista hoitoon on liittynyt pari- tai perhetapaaminen?
  - \* Kuinka suurella osalla depressiopotilaista on seurannassa käytetty hyväksi oireimittareita?
  - \* Kuinka suuri osa potilaista saavuttaa seurannassa täyden remission oireimittareilla arvioituna?

## Kirjallisuutta

1. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus (STAKES). Psykiatrian luokituskäsikirja. Tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnosit. STAKES Ohjeita ja luokituksia 1997:4. Rauma, 1997 **2**. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition, Text Revision. Washington DC, American Psychiatric Association, 2000 **3**. Pignone MP ym. Ann Int Med 2002;136:765-76 **4**. Gilbody SM ym. Br Med J 2001;322:406-9 **5**. Kroenke K. Ann Int Med 2001;134:418-20 **6**. Kendler KS. Am J Psychiatry 2002;159:1133-45 **7**. Lindeman S ym. Acta Psychiatr Scand 2000;102:178-84 **8**. Lehtinen V ym. Acta Psychiatr Scand 1990;81:418-25 **9**. Hämmäläinen J ym. J Epid Comm Health 2001;55:573-6 **10**. Isometsä E ym. Acta Psychiatr Scand

1997;96:122-8 **11**. Pirkola S ym. Psykkinen oireilu ja mielenterveyden häiriöt. Kirjassa: Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Arpo Aromaa, Seppo Koskinen (toim.) Publications of the National Public Health Institute, B3/2002, s. 51-4**12**. Laukkala T ym. Am J Psychiatry 2001;158:2077-9 **13**. Hämmäläinen J ym. J Affect Disord 2003 (in press) **14**. Salokangas RKR ym. Acta Psych Scand 1996;93:427-33 **15**. Gaynes BN ym. Gen Hosp Psychiatry 1999;21:158-67 **16**. Brown C ym. Am J Psychiatry 1996;153:1293-300 **17**. McDermut W ym. J Affect Disord 2001;65:295-8 **18**. Kessler RC ym. Br J Psych 1996;168:17-30 **19**. Fava M ym. Compr Psychiatry 2000;41:97-102 **20**. Melartin TK ym. J Clin Psychiatry 2002;63:126-34 **21**. Sanderson WC ym.

- Psych Res 1992;42:93-9 **22**. Fava M ym. Am J Psychiatry 1996;153:1308-12 **23**. Helzer JF ym. J Stud Alcohol 1988;49:219-24 **24**. Murray CL ym. Lancet 1997;349:1436-42 **25**. Ormel J ym. JAMA 1994;272:1741-8 **26**. Judd LL. Int Clin Psychopharmacol 1995;10(Suppl);5-10 **27**. Tylee A ym. Int Clin Psychopharmacol 1999;14:139-51 **28**. Lehtinen V ym. Suomalaisen aikuisten mielenterveys ja mielenterveyden häiriöt. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL.33, Turku ja Helsinki 1991 **29**. Salminen JK ym. Suom Lääkäril 1997;52:2515-21 **30**. Wells KB ym. JAMA 1989;262:914-9 **31**. Saarijärvi S ym. Suom Lääkäril 2001;56:877-9 **32**. Judd LL ym. Arch Gen Psychiatry 2000;57:375-80 **33**. Mintz J ym. Arch Gen Psychiatry 1992;49:761-8 **34**. Depression in primary care: volume 2. Treatment of major depression. Clinical Practice Guideline No. 5. ACHCPR Publication No. 93-0551. Rockville, MD: US department of health and human services, 1993 **35**. Treatment of depression - newer pharmacotherapies. Summary, evidence report/technology assessment: Number 7, March 1999. Agency for health care policy and research, Rockville, MD, USA. Internet: [http://text.nlm.nih.gov/ftsr/dbaccess/dep\\_36](http://text.nlm.nih.gov/ftsr/dbaccess/dep_36). Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for major depression. Ottawa, Canada: COOHTA, 1997 **37**. Williams JW Jr ym. Ann Intern Med 2000;132:743-56 **38**. Casacalenda N ym. Am J Psychiatry 2002;159:1354-60 **39**. Barbuti C ym. Treatment discontinuation with selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) versus tricyclic antidepressants (TCAs). Cochrane Review. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software **40**. Geddes JR ym. Selective serotonin inhibitors (SSRIs) for depression. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software **41**. Anderson IM. J Affect Dis 2000;58:19-36 **42**. Freemantle N ym. Br J Psychiatry 2000;177:292-302 **43**. Barbuti C ym. Br J Psychiatry 2001;178:129-44 **44**. Smith D ym. Br J Psychiatry 2002;180:396-404 **45**. Simon GE. ACP Journal Club 2002;137:101 **46**. Spoo J ym. Masennuslääkkeet. Käyttöaiheet ja hoidon periaatteet. Kapseli 32. Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos, 2003 **47**. Nelson JC. J Clin Psychiatry 2003;64(Suppl 1):5-12 **48**. Thase M ym. J Clin Psychiatry 1997;58(Suppl 13):23-9 **49**. Nierenberg AA ym. J Clin Psychopharmacol 1994;14:419-23 **50**. Poirer MF ym. Br J Psychiatry 1999;175:12-6 **51**. Thase ME ym. Mirtazapine vs sertraline after SSRI non-response. Presented at the 39th annual meeting of the american college of neuropsychopharmacology; Dec 10-14, 2000; San Juan, Puerto Rico **52**. Lam RW ym. J Clin Psychiatry 2002;63:685-93 **53**. Bauer M ym. J Clin Psychopharmacol 1999;19:427-34 **54**. Stimpson N ym. Br J Psychiatry 2002;181:284-94 **55**. Landen M ym. J Clin Psychiatry 1998;59:664-8 **56**. Appelberg BG ym. J Clin Psychiatry 2001;62:448-52 **57**. Parker G ym. J Affect Disord 1992;24:17-24 **58**. The UK ECT Review Group. Lancet 2003;361:799-808 **59**. Pande AC ym. J Affect Disord 1990;19:215-9 **60**. Petrides G ym. J ECT 2001;17:244-53 **61**. Spiker DG ym. Am J Psychiatry 1985;142:430-6 **62**. Chan CH ym. J Clin Psychiatry 1987;48:197-200 **63**. Zanardi R ym. Am J Psychiatry 1996;153:1631-3 **64**. Dube S ym. Olanzapine-fluoxetine combination for psychotic major depressive disorder. Poster. Presented at the 155th annual meeting of the American Psychiatric Association, 18 - 22 May, 2002, Philadelphia, PA, USA **65**. Rotschild AF. J Clin Psychiatry 2003;64(Suppl 1):19-23 **66**. Zanardi R ym. J Clin Psychopharmacol 1998;18:441-6 **67**. Zanardi R ym. J Clin Psychiatry 2000;61:26-9 **68**. Zanardi R ym. Biol Psychiatry 2001;50:323-30 **69**. Rotschild AJ ym. J Clin Psychiatry 1993;54:338-42 **70**. Rotschild AF ym. J Clin Psychiatry 1999;60:116-8 **71**. Matthews JD ym. J Clin Psychiatry 2002;63:1164-70 **72**. Viguera AC ym. Harvard Rev Psychiatry 1998;5:293-306 **73**. Geddes JR ym. Lancet 2003;361:651-3 **74**. Leinonen E. Duodecim 2002;118:21-4 **75**. Haddad PM. Drug Safety 2001;24:183-97 **76**. Heikman P ym. BMC Psychiatry 2002;2:2 **77**. Nobler MS ym. Refractory depression and electroconvulsive therapy. Kirjassa: Refractory depression. Current strategies and future directions. Nolen W, Zohar J, Roose S, Amsterdam J (toim). John Wiley & Sons, Chichester, 1994:69-81 **78**. Folkerts HW ym. Acta Psychiatr Scand 1997;96:334-42 **79**. Lam RW ym. Can J Psychiatry 1999;44:158-63 **80**. Huuhka MJ ym. Psychiatr Fennica 2000;31:55-64 **81**. Thompson C. Oxford, Oxford University Press, 2001:151-8 **82**. Eastman CI ym. Arch Gen Psychiatry 1998;55:883-9 **83**. Kasper S ym. Drug therapy. Kirjassa: Seasonal affective disorder. Practice and research. Partonen T, Magnusson A (toim.). Oxford, Oxford University Press, 2001:85-93 **84**. Lam RW ym. Am J Psychiatry 1995;152:1765-70 **85**. Ruhmann S ym. Psychol Med 1998;28:923-33 **86**. Horvath AO ym. J Counseling Psychology 1991;38:139-49 **87**. APA (American Psychiatric Association). Am J Psychiatry 2000;157(Suppl 4):1-45 **88**. Robinson LA ym. Psychological Bulletin 1990;108:30-49 **89**. Gloaguen V ym. J Consult Clin Psychology 1998;62:543-9 **90**. Wampold BE ym. J Affect Disord 2002;68:159-65 **91**. Nietzel MT ym. J Consult Clin Psychology 1987;55:156-61 **92**. Crits-Christoph P. Psychiatry 1992;149:151-8 **93**. Svartberg M ym. J Consult Clin Psychology 1991;59:704-14 **94**. Leichsenring F. Clin Psychol Rev 2001;21:401-19 **95**. Cuijpers P. Behav Ther 1998;29:521-33 **96**. Bower P ym. Psychol Med 2003;33:203-15 **97**. Dowrick C ym. Br Med J 2000;321:1450-4 **98**. Huibers MJH ym. The effectiveness of psychosocial interventions delivered by general practitioners. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2003, Issue 3 **99**. Brockman B ym. Br J Psychiatry 1987;151:602-10 **100**. Beaucom DH ym. J Cons Clin Psychol 1998;66:53-88 **101**. Mead DE. J Marital Family Therapy 2002;28:299-314 **102**. Leff J ym. Br J Psychiatry 2000;177:95-100 **103**. DeRubeis RJ ym. J Cons Clin Psychol 1998;66:37-52 **104**. Piper WE ym. Int J Group Psychother 1996;46:311-28 **105**. Brown C ym. Gen Hosp Psychiatry 1995;17:414-24 **106**. Thase ME ym. Arch Gen Psychiatry 1997;54:1009-15 **107**. Keller MB ym. New Engl J Med 2000;342:1462-70 **108**. Burnand Y ym. Psychiatric Services 2002;53:585-90 **109**. Hirschfeld RMA ym. Biol Psychiatry 2002;51:123-33 **110**. De Jonghe F ym. J Affective Disorders 2001;64:217-29 **111**. Shea MT ym. Arch Gen Psychiatry 1992;49:782-7 **112**. American Psychiatric Association Practice Guidelines. Am J Psychiatry 2001;158(Suppl):1-52 **113**. Nezu AM ym. Clin Psychol Sci Prac 1998;5:496-512 **114**. Reynolds CF III ym. JAMA 1999;281:39-45 **115**. Lenze EJ ym. Am J Psychiatry 2002;159:466-8 **116**. Kopta SM ym. J Cons Clin Psychol 1994;62:1009-16 **117**. Freedman N ym. J Amer Psychol Assoc 1999;47:741-72 **118**. Birmaher B and the Work Group of Quality Issues. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998;37(Suppl 10):635-835 **119**. Brent DA ym. Arch Gen Psychiatry 1997;54:877-85 **120**. Wood A ym. J Child Psychol Psychiatry 1996;37:737-46 **121**. Rossello J ym. J Consult Clin Psychol 1999;67:734-45 **122**. Harrington R ym. Br Med J 1998;316:1559-63 **123**. Reinecke MA ym. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998;37:26-34 **124**. Lewinsohn PM ym. Behav Ther 1990;21:385-401 **125**. Clarke GN ym. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999;38:272-9 **126**. Reed MK. Adolescence 1994;29:293-302 **127**. Mufson L ym. Arch Gen Psychiatry 1999;56:573-9 **128**. Vostanis P ym. Clin Child Psychol Psychiatry 1996;1:199-212 **129**. Fine S ym. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1991;30:79-85 **130**. Simeon J ym. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 1990;14:791-5 **131**. Emslie G ym. Arch Gen Psychiatry 1997;54:1031-7 **132**. Emslie GJ ym. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002;41:1205-15 **133**. Keller MB ym. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001;40:762-72 **134**. Wagner KD ym. JAMA 2003;290:1033-41 **135**. Hazell P ym. Br Med J 1995;310:897-901 **136**. Maneton N ym. J Med Assoc Thai 2000;83:1367-74 **137**. Mandoki MW ym. Psychopharmacol Bull 1997;33:149-54 **138**. Wooltorton E. CMAJ 2003;169:446 **139**. Committee on Safety of Medicines. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs): Overview of regulatory status and CSM advice relating to major depressive disorder (MDD) in children and adolescents including a summary of available safety and efficacy data. [www.mhra.gov.uk](http://www.mhra.gov.uk) **140**. FDA Talk Paper, October 27, 2003. FDA issues public health advisory entitled: Reports of suicidality in pediatric patients being treated with antidepressant medications for major depressive disorder (MDD). [www.fda.gov/bbs/topics/ANSWERS/2003/ANS01256.html](http://www.fda.gov/bbs/topics/ANSWERS/2003/ANS01256.html) **141**. Emslie GJ ym. Psychiatr Clin North Am 2000;7:235-56 **142**. Rey JM ym. Am J Psychiatry 1997;154:595-602 **143**. Swedo SE ym. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997;36:816-21 **144**. Kroll L ym. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996;35:1156-61 **145**. Gerson S ym. Harv Rev Psychiatry 1999;7:1-28 **146**. Cuijpers P. Int Geriatr Psych 1998;13:41-8 **147**. Koder DA ym. Int J Geriatr Psych 1996;11:97-107 **148**. Scogin F ym. J Consult Clin Psych 1994;62:69-74 **149**. Mittman N ym. J Affect Disord 1997;46:191-217 **150**. Wilson K ym. Antidepressants versus placebo for the depressed elderly. In: Cochrane Library 1/2003. Update Software, Oxford 2003 **151**. Manly DT ym. Am J Geriatr Psych 2000;8:232-6 **152**. Tew JD ym. Am J Psych 1999;156:1865-70 **153**. Casey DA ym. Gen Hosp Psych 1996;18:436-9 **154**. Nulman I ym. Am J Psychiatry 2002;159:1889-95 **155**. Steffens DC ym. Depress Anxiety 1997;6:10-8 **156**. Laine K ym. Arch Gen Psychiatry 2003;60:720-6 **157**. Tammentie T ym. Int J Nurs Pract 2002;8:240-6 **158**. Appleby L ym. Br Med J 1997;314:932-6 **159**. Suri R ym. Biol Psychiatry 2002;52:446-51 **160**. Heikkinen T ym. Clin Pharmacol Ther 2003;73:330-7 **161**. Wulsin LR ym. Psychosom Med 1999;61:16-17 **162**. Gill D ym. Antidepressants for depression in people with physical illness. In: Cochrane Library 2/2000. Update Software, Oxford 2000 **163**. Ongheva P ym. Pain 1992;49:205-19 **164**. Ansari A. Harv Rev Psychiatry 2000;7:257-7 **165**. Pratt LA ym. Circulation 1996;94:3123-9 **166**. Jonas BS ym. Psychosomatic Med 2000;62:463-71 **167**. Mohr DC ym. J Consult Clin Psych 2001;69:942-9 **168**. Guthrie EA ym. Gastroenterology 1991;100:450-7 **169**. Greer S ym. Br Med J 1992;304:675-80 **170**. Guthrie E. Br J Psychiatry 1996;168:265-73 **171**. Baldwin D ym. Br J Psychiatry 1999;175:120-6 **172**. Katzelnik DJ ym. Am J Psychiatry 1995;152:1368-1371 **173**. Schneider FR ym. Br J Psychiatry 1998;172:70-7 **174**. Stein MB ym. JAMA 1998;280:708-13 **175**. Stein MB ym. Am J Psychiatry 1999;156:756-60 **176**. Pollack MH ym. J Clin Psych 2000;61:922-7 **177**. Boyer W. Intern Clin Psychopharm 1995;10:45-9 **178**. Clum GA ym. J Cons Clin Psychol 1993;61:317-26 **179**. Lepola UM ym. J Clin Psychiatry 1998;59:528-34 **180**. Allgulander C ym. Br J Psych 2001;179:15-22 **181**. Loerch B ym. Br J Psychiatry 1999;174:205-12 **182**. Lundborg PD ym. Br J Psychiatry 1998;173:54-60 **183**. Michelson D ym. Am J Psychiatry 1998;155:1570-7 **184**. Oehrberg S ym. Br J Psychiatry 1995;167:374-9 **185**. Wade AG ym. Br J Psychiatry 1997;170:549-53 **186**. Rickels K ym. Arch Gen Psychiatry 1993;50:884-95 **187**. Rickels K ym. Am J Psychiatry 2000;157:968-74 **188**. Fawcett J ym. J Clin Psych 1998;59:123-7 **189**. Fawcett J ym. J Clin Psych 1995;56(Suppl):37-42 **190**. Tollefson G ym. J Clin Psych 1994;55:50-9 **191**. Robinson DS ym. J Clin Psychopharm 1990;10:67-76 **192**. Silverstone PH ym. J Clin Psych 2001;62:523-9 **193**. Rudolf RL ym. J Clin Psychopharmacol 1998;18:136-44 **194**. Paniikkihäiriö. Duodecim 2000;116:2534-41 **195**. Ekselius L ym. Int Clin Psychopharmacol 1998;13:205-11 **196**. Fava M ym. Psychother Psychosom 1994;62:160-7 **197**. Salzman C ym. J Clin Psychopharmacol 1995;15:23-9 **198**. Coccaro EF ym. Arch Gen Psychiatry 1997;54:1081-8 **199**. Schuckit MA ym. Am J Psychiatry 1997;154:948-57 **200**. Schuckit MA. Drug and alcohol abuse. Viides painos. A clinical guide to diagnosis

and treatment. New York, Plenum Publishing Corporation 2000 **201**.  
Cornelius JR ym. Arch Gener Psych 1997;54:700-5 **202**. Roy A. Biol Psych  
1998;44:633-7 **203**. Naranjo CA ym. J Clin Psychiatry 2001;62:18-25 **204**.  
Harris EC ym. Br J Psychiatry 1997;170:205-28 **205**. Ösby U ym. Arch Gen  
Psychiatry 2001;58:844-50 **206**. Henriksson MM ym. Am J Psychiatry  
1993;150:935-40 **207**. Isometsä ET ym. Am J Psychiatry 1994;151:530-6  
**208**. Isometsä ET. Suicide and mood disorders. Suicide risk and protective  
factors in the new millenium (8<sup>th</sup> European Congress on Suicide and  
Suicidal Behaviour), Grad OT (toim.) Cankarjev Dom, 2001 **209**. Isacsson  
G. Acta Psychiatr Scand 2000;102:113-7 **210**. Poutanen O. Depressio

terveyskeskuspotilaalla. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis, ser  
A, vol 474, 1996 **211**. Thompson C ym. Lancet 2000;355:185-91 **212**.  
Thompson C ym. Br J Psychiatry 2001;179:317-23 **213**. Gilbody S ym.  
JAMA 2003;289:3145-51 **214**. Katon W ym. Arch Gen Psychiatry  
1999;56:1109-15 **215**. Wells KB ym. JAMA 2000;283:212-20 **216**. Unutzer  
J ym. Arch Gen Psych 2001;58:935-42 **217**. Katon W ym. Arch Gen  
Psychiatry 2001;58:241-7 **218**. Wells K ym. JAMA 2000;283:212-20 **219**.  
Katon W ym. JAMA 1995;273:1026-31 **220**. Schulberg H ym. Arch Gen  
Psychiatry 1998;55:1121-7

## SUOMEN PSYKIATRIYHDISTYS RY:N ASETTAMA TYÖRYHMÄ

### PUHEENJOHTAJA

**ERKKI ISOMETSÄ**, psykiatrian dosentti, ylilääkäri  
Kansanterveyslaitos, mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto

### JÄSENET

**OLAVI LINDFORS**, PsL, erikoispsykologi (psykoterapia), tutkimuspäällikkö  
Biomedicum Helsinki -säätiö, Psykoterapiaprojekti

**SINIKKA LUUTONEN**, LT, apulaisopettaja, psykiatrian ja geriatrian erikoislääkäri  
Turun yliopisto ja TYKS:n psykiatrian poliklinikka

**MIKKO MATTILA**, LL, kirurgian sairaalalääkäri  
Peijaksen sairaala  
(Käypä hoito -toimittaja)

**MAURI MARTTUNEN**, ma. professori, ylilääkäri  
Oulun yliopisto, psykiatrian klinikka ja HYKS, Peijaksen sairaala, psykiatrian klinikka

**SAMI PIRKOLA**, LT, psykiatrian erikoislääkäri, vs. ylilääkäri  
Stakes, sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus

**JOUKO K. SALMINEN**, dosentti, psykiatrian erikoislääkäri  
Kansaneläkelaitoksen tutkimusosasto

**ILKKA SEPPÄLÄ**, yleislääketieteen erikoislääkäri, apulaisylilääkäri  
Tuusulan terveyskeskus