UNIVERSITY OF HELSINKI

https://helda.helsinki.fi

Masennuslääkkeiden käyttö depression hoidossa - minkä valitsen, kuinka seuraan?

Viikki, Merja; Isometsä, Erkki

2023
Suomen lääkäriliitto
http://hdl.handle.net/10138/564316
Viikki, M & Isometsä, E 2023, 'Masennuslääkkeiden käyttö depression hoidossa - minkä valitsen, kuinka seuraan?', Suomen lääkärilehti, Vuosikerta. 78, Nro 15-16, Sivut 638-641.
< https://www.laakarilehti.fi/pdf/2023/SLL15-16-2023-638.pdf >

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository. https://helda.helsinki.fi
This is an electronic reprint of the original article.
This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.
Please cite the original version.

Merja Viikki
LT, psykiatrian professori
Tampereen yliopisto, lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta
Etelä-Pohjanmaan shp, Seinäjoen keskussairaala, psykiatrinen toimialue

Erkki Isometsä
LT, psykiatrian professori, ylilääkäri
Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta
Hus Aivokeskus, psykiatrian vastuualueryhmä

Masennuslääkkeiden käyttö depression hoidossa – minkä valitsen, kuinka seuraan?

- Depression lääkehoidon tulee aina perustua lääkärin haastattelun perusteella tekemään diagnoosiin.
- Lääkehoito on sitä tärkeämpää, mitä vaikea-asteisempi häiriö on. Vaikea-asteiseen ja psykoottiseen depressioon suositellaan aina lääkehoitoa.
- Lievässä ja keskivaikeassa depressiossa lääkehoito ja psykoterapiat ovat yhtä tehokkaita. Niiden yhdistäminen on yleensä tehokkaampaa kuin kumpikaan erikseen.
- Masennuslääkkeiden tehoerot ovat pieniä, eikä niillä todennäköisesti ole kliinistä merkitystä, mutta hoitovasteet ja haittavaikutukset ovat yksilöllisiä.

DEPRESSION lääkehoidon aloitus perustuu lääkärin haastattelussa tekemään depressiodiagnoosiin. Sitä ei voi asettaa pelkän oirekyselyn (esimerkiksi PHQ-9 tai Beckin depressioasteikko, BDI) perusteella (1). Diagnostisen kynnyksen alle jäävien lievien depressio-oireiden ylihoitamista tulee välttää. Mikäli lääkäri on epävarma diagnoosista, hänen kannattaa arvioida tilanne uudelleen 1–2 viikon kuluttua.

Ylihoitamista tulee välttää.

Hoitomuodot valitaan yksilöllisesti, yhdessä potilaan kanssa keskustellen ja käytettävissä olevat vaihtoehdot huomioiden. Lääkehoito on sitä keskeisempää, mitä vaikea-asteisempi depressio on. Depression Käypä hoito -suosituksen mukaan masennuksen vaikeassa tai psykoottisessa muodossa on aina syytä käyttää lääkehoitoa; keskivaikeassa depressiossa masennuslääke on yleensä tarpeen, lievässäkin yleensä hyödyksi. Lievässä ja keskivaikeassa depressiossa psykoterapiaa voidaan käyttää joko lääkehoidon sijasta tai sen rinnalla. Niiden yhdistäminen on yksittäisten hoitomuotojen käyttöä tehokkaampaa (1). Yksilölliseen hoitosuunnitelmaan vaikuttavat myös potilaan monihäiriöisyys, toimintakyky, itsetuhoisuus ja toiveet oman hoitonsa suhteen.

Keskitymme tässä katsauksessamme aikuisten depression tavanomaiseen lääkehoitoon.

Masennuslääkkeiden tehosta on hyvä näyttö

Masennuslääkehoidon teho depressiossa on hyvin dokumentoitu. Laajin toistaiseksi julkaistu meta-analyysi (2) käsitti 522 satunnaistettua, kaksoissokkoutettua ja lumekontrolloitua tai masennuslääkkeitä toisiinsa vertailevaa kliinistä tutkimusta, joihin osallistui yhteensä 116 477 potilasta. Kliinisissä hoitotutkimuksissa 4–12 viikon aikana hoitovasteen saaneiden potilaiden osuus on hoitoaiemenetelmällä laskettuna yleensä masennuslääkeryhmässä 50–60 %, lumeryhmässä 35–40 % (2,3). Lääkehoitoa hoitokokeen aikana keskeytyksettä käyttäneiden potilaiden joukossa hoitovasteen saaneiden potilaiden osuus on ollut 60–70 %:n luokkaa (3). Toipumisen jälkeen jatkohoitovaiheessa puolen vuoden ajan jatkettu masennuslääkehoito suojaa depression uusiutumiselta selvästi paremmin kuin lumelääke (4–5). Uusiutuvan depression ylläpitohoito on selvästi lumehoitoa tehokkaampaa depressiojaksojen uusiutumisen ehkäisyssä (4–5).

Masennuslääkkeiden teho oireiden lievittäjänä vastaa lyhytpsykoterapioiden tehoa (6–7).

KIRJALLISUUTTA

1 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Depressio. Käypä hoito -suositus. (siteerattu 3.4.2023). www.kaypahoito.fi

2 Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G ym. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. Lancet 2018;391:1357–66.

3 Isometsä E. Masennuslääkkeiden hyödyt ja haitat depression hoidossa. Suom Lääkäril 2017;72:1927–32.

4 Borges S, Chen YF, Laughren TP ym. Review of maintenance trials for major depressive disorder: a 25-year perspective from the US Food and Drug Administration. J Clin Psychiatry 2014;75:205–14.

5 Sim K, Lau WK, Sim J ym. Prevention of relapse and recurrence in adults with major depressive disorder: Systematic review and meta-analyses of controlled trials. Int J Neuropsychopharmacol 2015;19:pyv076. Doi: 10.1093/ijnp/pyv076

Viittaus:
Suom Lääkäril 2023;78:e35463

VERTAISARVIOITU
KOLLEGIALT GRANSKAD
PEER-REVIEWED
www.tsv.fi/tunnus

TAULUKKO 1.

Suomessa käytössä olevat masennuslääkkeet ja aloitus- ja hoitoannokset aikuispotilaille

Vaikuttava aine	Farmakologinen perusvaikutusmekanismi	Aloitusannos, mg/vrk	Hoitoannos, mg/vrk	Tavallisia haittavaikutuksia
Selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät (SSRI)	Selektiivinen serotoniinin takaisinoton esto			Kaikilla ryhmän lääkkeillä pahoinvointi, suolisto-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	20–40	
Serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjät (SNRI)	Serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton esto			
Duloksetiini		60	60–120	Pahoinvointi, suun kuivuminen, päänsärky, uneliaisuus
Milnasipraani [1]		50	50–100	Pahoinvointi, sydämentykytys, virtsaamisongelmat
Venlafaksiini		75	75–375	Kuten SSRI-lääkkeillä
Muut depressiolääkkeet				
Agomelatiini	Melatoniinireseptorien (MT_1- ja MT_2-reseptorien) agonismi ja 5-HT_{2C}-antagonismi	25	25–50	Päänsärky, huimaus
Bupropioni	Selektiivinen noradrenaliinin ja dopamiinin takaisinoton esto, vain vähän vaikutusta serotoniinin takaisinottoon	150	150–300	Päänsärky, unettomuus, pahoinvointi
Mianseriini	Postsynaptisten 5-HT_2- reseptorien ja alfa$_2$-autoreseptorien salpaus, myös histamiini H_1- ja alfa$_1$ -salpaus	30	30–90	Väsymys, huimaus, painonnousu, lisääntynyt ruokahalu
Mirtatsapiini	Alfa$_2$-autoreseptorien ja alfa$_2$-reseptorien salpaus, 5-HT_2- ja 5-HT_3- reseptorien salpaus, histamiini H_1-salpaus	15–30	30–60	Väsymys, painonnousu
Moklobemidi	Monoamiinioksidaasi A:n palautuva esto	300	300–900	Unettomuus, huimaus
Reboksetiini [1,2]	Noradrenaliinin takaisinoton esto	8	8–10	Ahdistuneisuus, yliaktivoituminen
Tratsodoni	Postsynaptisten 5-HT_2 -reseptorien salpaus, alfa$_1$-salpaus, histamiini H_1-salpaus	50–100	150–500	Väsymys, huimaus, rytmihäiriöt
Vortioksetiini	5-HT_3-, 5-HT_7- ja 5-HT_{1D}-reseptorien antagonismi, 5-HT_{1B}-reseptorin osittainen agonismi, 5-HT_{1A}-reseptorin agonismi ja serotoniinin takaisinoton esto	10	5–20	Pahoinvointi
Trisykliset depressiolääkkeet	Noradrenaliinin takaisinoton esto, klomipraami, doksepiini ja amitriptyliini estävät myös serotoniinin takaisinottoa			Kaikilla ryhmän lääkkeillä antikolinergiset (esim. suun kuivuminen, ummetus, virtsaamisvaikeudet) ja alfa$_1$-salpauksen haittavaikutukset (huimaus, väsymys)
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	

[1] Erityislupavalmiste. [2] Laajassa masennuslääkkeiden tehovertailussa heikkotehoisin masennuslääke (2).

6 Amick HR, Gartlehner G, Gaynes BN ym. Comparative benefits and harms of second generation antidepressants and cognitive behavioral therapies in initial treatment of major depressive disorder: systematic review and meta-analysis. BMJ 2015;351:h6019.

Lääkkeiden etuja ovat halpa hinta, hyvä saatavuus, hoidon toteutuksen helppous ja aloituksen viiveettömyys sekä mahdollisuus siirtyä nopeasti uuteen hoitovalintaan, mikäli aiempi ei ole siedetty tai tuloksellinen. Masennuslääkkeet tehoavat myös vaikea-asteisessa depressiossa, silloinkin kun potilas ei pysty psykoterapiaan (3,8). Rajoituksia ovat haittavaikutukset ja lopettamisvaiheen oireet sekä vasteen ja haittojen arvioinnin edellyttämät toistuvat potilaskäynnit.

Minkä masennuslääkkeen valitsen?

Depression hoitoa aloittaessa on tärkeää avoimesti keskustella potilaan kanssa hoitotoiveista. Masennuslääkehoitoa aloitettaessa tulisi käydä läpi eri lääkkeiden mahdolliset tai odotetut haitat ja potilaan suhtautuminen niihin.

7 Vittengl JR, Jarrett RB, Weitz E ym. Divergent outcomes in cognitive-behavioral therapy and pharmacotherapy for adult depression. Am J Psychiatry 2016;173:481–90.

8 Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL ym. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. World Psychiatry 2014;13:56–67.

9 Koponen H, Lappalainen J, Leinonen E. Miten masennuslääke valitaan? Suom Lääkäril 2015;70:2755–9.

10 Leinonen E, Anttila S, Kampman O, Illi A. Voiko vastetta psyykenlääkkeeseen ennustaa. Duodecim 2005;121:45–5.

11 Karpova D, Tarkiainen K, Lehtisalo M ym. Psyykenlääkkeet ja farmakogeneettiset laboratoriotutkimukset – miten hyödynnät? Suom Lääkäril 2023;78:e35071.

12 Mitsikostas DD, Mantonakis L, Chalarakis N. Nocebo in clinical trials for depression: a meta-analysis. Psychiatry Res 2014;215:82–6.

13 Bschor T, Kern H, Henssler J ym. Switching the antidepressant after nonresponse in adults with major depression: A systematic literature search and meta-Analysis. J Clin Psychiatry 2018;79:16r10749.

14 Viikki M, Leinonen E, Koponen H. Näin masennuslääke vaihdetaan. Suom Lääkäril 2020;75:834–7.

15 Nuñez NA, Joseph B, Pahwa M ym. Augmentation strategies for treatment resistant major depression: A systematic review and network meta-analysis. J Affect Disord 2022;302:385–400.

16 Lähteenvuo M, Taipale H, Tanskanen A, Rannanpää S, Tiihonen J. Courses of treatment and risk factors for treatment-resistant depression in Finnish primary and special healthcare: A nationwide cohort study. J Affect Disord 2022;308:236–42.

17 Henssler J, Alexander D, Schwarzer G, Bschor T, Baethge C. Combining antidepressants vs antidepressant monotherapy for treatment of patients with acute depression: A systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry 2022;79:300–12.

18 Taiminen T. Ketamiini masennuksen hoitona. Duodecim 2017;133:52–60.

19 Papakostas GI, Salloum NC, Hock RS ym. Efficacy of esketamine augmentation in major depressive disorder: A meta-analysis. J Clin Psychiatry 2020;81:19r12889.

Taulukossa 1 on esitetty Suomessa markkinoilla olevat masennuslääkkeet, niiden farmakologiset vaikutusmekanismit, aloitus- ja hoitoannokset ja tavallisimmat haittavaikutukset.

Masennuslääkkeen valintaan vaikuttavat myös potilaan psykiatrinen monihäiriöisyys, esimerkiksi samanaikainen ahdistuneisuushäiriö (jolloin yleensä SSRI-lääke on suositeltava), somaattiset sairaudet sekä mahdollinen muu lääkehoito (1,9). Mahdolliset aiemmat hoitokokemukset tulee käydä läpi; hoitovasteet ovat yksilöllisiä, ja aiemmat hoitovasteet ennakoivat hyötyjä ja haittoja (10). Lääkkeen hinnalla voi myös olla merkitystä. Jos potilaan *CYP2C19*- tai *CYP2D6*-geenien testitulokset ovat tiedossa, ne tulee ottaa huomioon lääkevalinnassa ja/tai annostelussa. Aihetta käsitellään toisessa artikkelissa tässä lehdessä (11).

Psykoedukaatio, keskustelu hoitosuunnitelmasta ja potilaan psykoterapeuttinen tukeminen kuuluvat aina depression hoidon aloitukseen. Lääkehoitoa ei voi toteuttaa ilman potilaan motivaatiota hoitoon. On tärkeää selvittää potilaan aiempia kokemuksia lääkkeiden hyödyistä ja haitoista, ennakkoasenteita, toiveita ja pelkoja. Potilaalle tulee kertoa lääkevasteen kehittymisestä vähitellen usean viikon aikana, valitun lääkkeen mahdollisista haitoista sekä masennuslääkehoidon äkillisen lopettamisen aiheuttamista ongelmista.

Hoitovasteen ja haittojen seuranta

Depressiopotilaan vointia tulisi seurata koko akuuttivaiheen ajan 1–3 viikon välein. Hoidon tehon seurannassa suositellaan käytettäväksi joko kyselylomakkeita (esimerkiksi BDI tai PHQ-9) tai tarvittaessa ammattilaisen täyttämiä arviointiasteikkoja (esimerkiksi Montgomery–Åsbergin depressioasteikko). Akuuttihoidon tavoitteena on mahdollisimman täydellinen oireettomuus.

Masennuslääkeannos tulee nostaa aloitusannoksesta hoitoannokseen, mikäli potilas sietää lääkehoidon hyvin. Mikäli neljän viikon kuluessa ei ilmene alkavaakaan hoitovastetta (oirepistemäärän < 20 %:n lasku), kannattaa yleensä vaihtaa toiseen lääkkeeseen, mikäli ongelma ei johdu hoitomyöntyvyydestä. Iäkkäillä hoitovasteen saavuttaminen voi kestää kauemmin (9).

Jos hoitoannosta on käytetty 6–8 viikkoa ilman edes osittaista hoitovastetta (oirepistemäärän 20–50 %:n lasku), lääke tulee vaihtaa. Osittaisen hoitovasteen tilanteessa seuranta-ajan jatkaminen 8–12 viikkoon voi olla aiheellista. Selvän hoitovasteen (oirepistemäärän > 50 %:n lasku) tulisi ilmetä viimeistään 12. hoitoviikkoon mennessä. Mikäli sitä ei ole tullut, on tehotonta monoterapiaa turha jatkaa (1).

Lääkevasteen ohella on tärkeää arvioida mahdollisia lääkehaittoja. Monet alun lievät haittavaikutukset ovat ohimeneviä, esimerkiksi SSRI-lääkkeisiin liittyvä pahoinvointi tai sedatiivinen antihistamiinivaikutus. Painonnousu tai seksuaalihaitat taas usein nousevat esiin myöhemmin. Mikäli potilas hyväksyy haitat todennäköisesti väliaikaisina, voidaan sopia tilanteen seuraamisesta ja optimiannoksen etsimisestä. Jos haitat ovat voimakkaita, lääkehoito lopetetaan. Tällöin voidaan vaihtaa lääke toisentyyppiseen masennuslääkkeeseen, jolla ei todennäköisesti tällaisia haittoja ole (taulukko 1).

Monet lievät haittavaikutukset ovat ohimeneviä.

Lääkkeen farmakologisesta profiilista voidaan päätellä mahdollisia haittoja: H_1-reseptoreita salpaavat lääkkeet voivat aiheuttaa väsymystä ja ruokahalun lisääntymistä, ja $alfa_1$-reseptorien salpaus voi puolestaan aiheuttaa huimausta. Osa haittavaikutuksista, esimerkiksi antikolinergisistä tai serotonergisistä haitoista, on annosriippuvaisia. Mikäli haitat ovat poikkeuksellisen voimakkaita tai tulevat jo pienellä annoksella, voidaan käyttää pitoisuusmittauksia ja harkita *CYP2C19*- tai *CYP2D6*-geenien testausta. Farmakogeneettinen testaus on perusteltua lääkeresistentissä depressiossa mahdollisen poikkeavan lääkemetabolian tunnistamiseksi sekä lääkevalinnan ja annostelun tueksi (1). Pitoisuusmittaus auttaa selvittämään ajankohtaisen lääkehoidon tilaa, farmakogeneettinen testaus lääkeaineenvaihdunnan pysyviä yksilöllisiä piirteitä. Trisyklisiä lääkkeitä käytetään niiden haittavaikutusten ja yliannosten toksisuuden vuoksi enää vähän depression hoidossa, mutta niin tehtäessä lääkepitoisuus on syytä aina mitata.

On tärkeää keskustella potilaan kanssa haittavaikutuksista ja aktiivisesti kysyä esimerkiksi mahdollisista seksuaalisista haittavaikutuksista, eikä odottaa potilaan raportoivan niistä spontaanisti. Tarkka seuranta ja aktiivinen kuuntelu ovat olennaisia siksikin, että joskus lääkärin on vaikea arvioida, johtuuko oire lääkkeestä, sairaudesta vai muusta syystä. Lääketutkimuksissa lumeryhmän potilaista 40–50 % raportoi haittoja ja 4–5 % keskeyttää tutkimuksen vakavien haittojen vuoksi (12).

20 Sørensen A, Juhl Jørgensen K, Munkholm K. Clinical practice guideline recommendations on tapering and discontinuing antidepressants for depression: a systematic review. Ther Adv Psychopharmacol 2022;12:1–16.

21 Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. Lancet Psychiatry 2019;6:538–46.

22 Koponen H, Viikki M, Leinonen E. Masennuslääkityksen lopettamisvaiheen ongelmat. Suom Lääkäril 2017;72:2747–9.

Jos ensimmäinen masennuslääke ei auta

Jos ensimmäisestä masennuslääkkeestä ei ole ollut hyötyä, kannattaa varmistaa diagnoosi ja muu samanaikaissairastavuus – onko potilaalla sittenkin kaksisuuntainen mielialahäiriö, samanaikainen päihdeongelma tai oireita aiheuttava somaattinen sairaus? Hoitovasteen puute ei itsessään näistä todista, mutta tarvittaessa on arvioitava hoitolinja uudelleen.

Masennuslääkkeen voi vaihtaa toiseen. Masennuslääkkeiden väliset tehoerot ovat pieniä, mutta vaihdettaessa kannattanee valita vaikutusmekanismiltaan erilainen masennuslääke kuin ensimmäinen (taulukko 1) (9,13). Masennuslääkkeen vaihtamisen käytännön ohjeita on julkaistu aiemmin tässä lehdessä (14).

Lääkeresistentti depressio

Jos potilaalle on tehty kaksi peräkkäistä asianmukaista masennuslääkehoitoyritystä (hoitoannoksilla, vähintään 4–8 viikkoa) ilman selvää hoitovastetta (oirepistemäärän > 50 %:n lasku), on kyse lääkeresistentistä depressiosta. Sen hoidossa voidaan yhä vaihtaa entinen lääke uuteen, mutta yleensä tehokkainta on joko yhdistää kaksi erilaista masennuslääkettä tai tehostaa masennuslääkkeen vaikutusta sopivalla muulla lääkkeellä (augmentaatio) (15,16). Lääkeyhdistelmien käyttö edellyttää kuitenkin lääkärin perehtyneisyyttä ja tarvittaessa psykiatrin konsultaatiota.

Asiaan perehtynyt perusterveydenhuollon lääkäri voi yhdistää eri masennuslääkkeitä. Laajassa, tuoreessa meta-analyysissä SSRI-, SNRI-lääkkeen tai trisyklisen masennuslääkkeen yhdistäminen alfa$_2$-autoreseptorin salpaajaan (mianseriini 30–60 mg/vrk, mirtatsapiini 15–45 mg/vrk tai tratsodoni 100 mg/vrk) tuotti tehokkaimpia lääkeyhdistelmiä, eikä niihin liittynyt enempää hoidon keskeyttämisiä kuin monoterapiaan (17). Eniten tutkimusnäyttöä on SSRI + mirtatsapiini (30–45 mg/vrk) / mianseriini (30 mg/vrk) -yhdistelmästä. On hyvä muistaa lääkkeiden harvinaiset haitat: mianseriinilla agranulosytoosi ja tratsodonilla priapismi. Perehtynyt lääkäri voi lisätä SSRI:n rinnalle myös pienen annoksen toisen polven psykoosilääkettä (aripipratsoli 5–15 mg/vrk, ketiapiini 50–300 mg/vrk tai risperidoni 0,5–2 mg/vrk) (1,15).

Psykiatrian erikoislääkäri voi myös yhdistää masennuslääkkeeseen litiumin, ja psykiatrisessa sairaalassa voidaan itsemurhavaarassa olevalle potilaalle antaa ketamiini-infuusioita (1,18). Nenän kautta annosteltavan esketamiini on myös tehokas (19), mutta hoidon käyttöä rajoittaa hinta. Muita hoitomuotoja, kuten psykoterapiaa, neuromodulaatiohoitoja tai sähköhoitoa, voidaan käyttää potilaan tilanteen mukaisesti (1).

Milloin ja miten masennuslääkehoito lopetetaan?

Masennuksen lääkehoitosuunnitelmaan kuuluu aina myös lääkehoidon lopettamisen suunnitelma. Jos lääke lopetetaan heti remission jälkeen, uusiutumisriski on suuri. Siksi masennuslääkitystä suositellaan jatkettavaksi samalla annoksella noin puolen vuoden ajan toipumisen jälkeen (1). Mikäli potilas on ollut tämän ajan oireeton, voidaan masennuslääke lopettaa asteittain viikkojen aikana (20,21).

SSRI- tai SNRI-lääkkeen äkillinen lopettaminen voi aiheuttaa 1–7 vrk:n kuluessa ilmaantuvia lopetusoireita, kuten huimausta, unettomuutta, pahoinvointia, sähköiskumaisia tuntemuksia ja ahdistuneisuutta. Nämä oireet ovat tavallisempia lääkkeillä, joilla on lyhyt puoliintumisaika, kuten venlafaksiinilla ja paroksetiinilla. Oireet kestävät tavallisimmin 1–3 viikkoa, mutta joillakin potilailla ne voivat kestää pidempään. Masennuslääkkeiden lopettamista on käsitelty tarkemmin aiemmin tässä lehdessä (22).

Jos potilaalla on ollut kolme vähintään keskivaikean asteista depressiojaksoa tai kaksi depressiojaksoa, joihin on liittynyt esimerkiksi psykoottisuutta, vakavaa itsetuhoisuutta tai vaikeaa toimintakyvyn lamaantumista, pitkäkestoista ylläpitolääkehoitoa voidaan käyttää estämään uusia depressiojaksoja (1). Vuosia jatkuneen ylläpitohoidon lopettaminen toteutetaan asteittain ja varovasti usean kuukauden aikana.

Lopuksi

Depressio on usein vakava sairaus, johon liittyy myös merkittävä itsemurhakuolleisuus. Lääkehoito on osa depression kokonaishoitoa. Lääkehoidon ja psykoterapian yhdistäminen on yksittäin käytettyjä hoitomuotoja tehokkaampaa. Lääkehoidon on tärkeää olla suunnitelmallista, ja lääkärin täytyy varautua sekä vasteen että haittojen seuraamiseen pitkäaikaisessa potilassuhteessa. Koska potilas päättää viime kädessä itse, käyttääkö masennuslääkettä vai ei, hoitopäätökset on tärkeää tehdä yhdessä potilaan kanssa hyödyistä, haitoista ja ongelmista avoimesti keskustellen. Tehtävä ei pääty siihen hetkeen, kun lääkäri kirjoittaa reseptin – se on vasta alku. ●

SIDONNAISUUDET

Merja Viikki: Johtokunnan/hallituksen jäsenyys (H. Lundbeck Oy Ab), asiantuntijalausunto (H. Lundbeck Oy Ab), luentopalkkiot (Lilly, H. Lundbeck Oy Ab, Roche, Teva Finland), korvaus koulutusaineiston tuottamisesta (Lilly), muu (ACADIA Pharmaceuticals: lääketutkimus; psykoterapeutti: kognitiivinen käyttäytymisterapia).

Erkki Isometsä: Luentopalkkiot (Kognitiivisen psykoterapian keskus Luote Oy, Farmasian oppimiskeskus), lisenssitulot ja tekijänpalkkiot (Kustannus Oy Duodecim), matka-, majoitus- tai kokouskulut (International Society for Bipolar Disorders, International Academy of Suicide Research, Föreningen Norden).