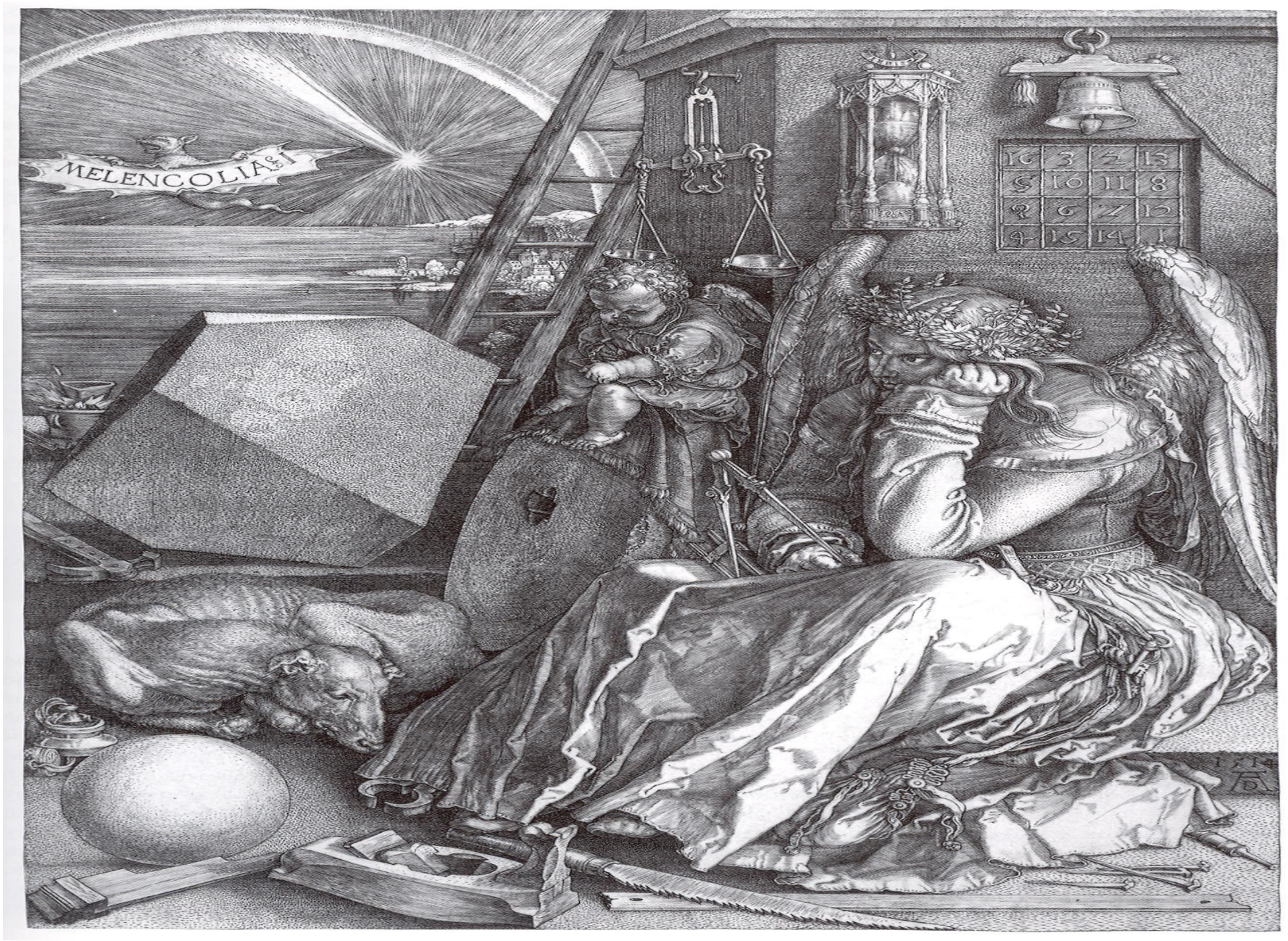
030517 Depressio – onko uutta?

Yl juha kemppinen

030517 Depressio – onko uutta?

- Agenda:
- 1. Yleistä
- 2. Depression diagnosointi
- 3. Depression hoito
- 4.



A. Dürer 1514 Melencolia

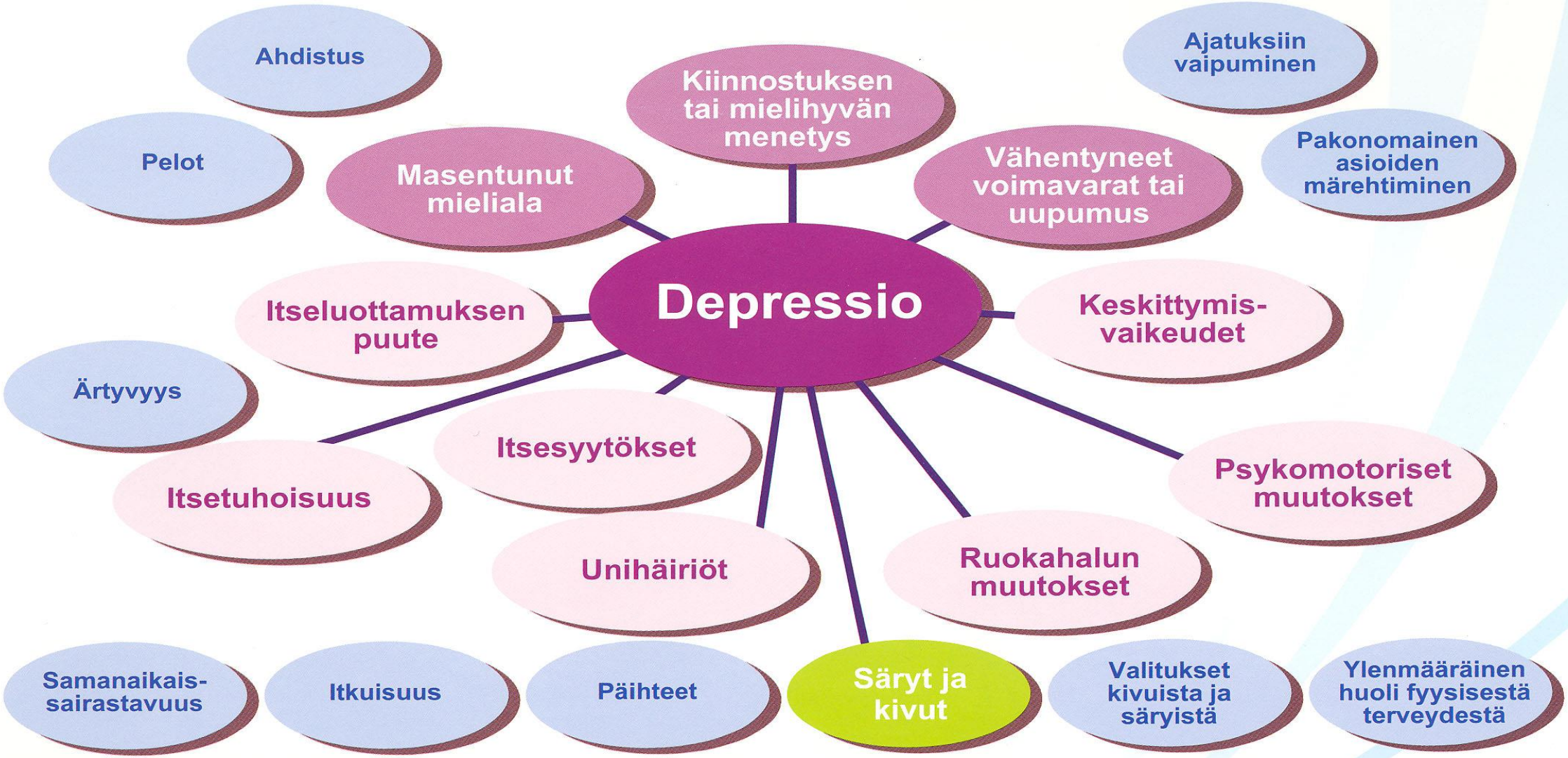


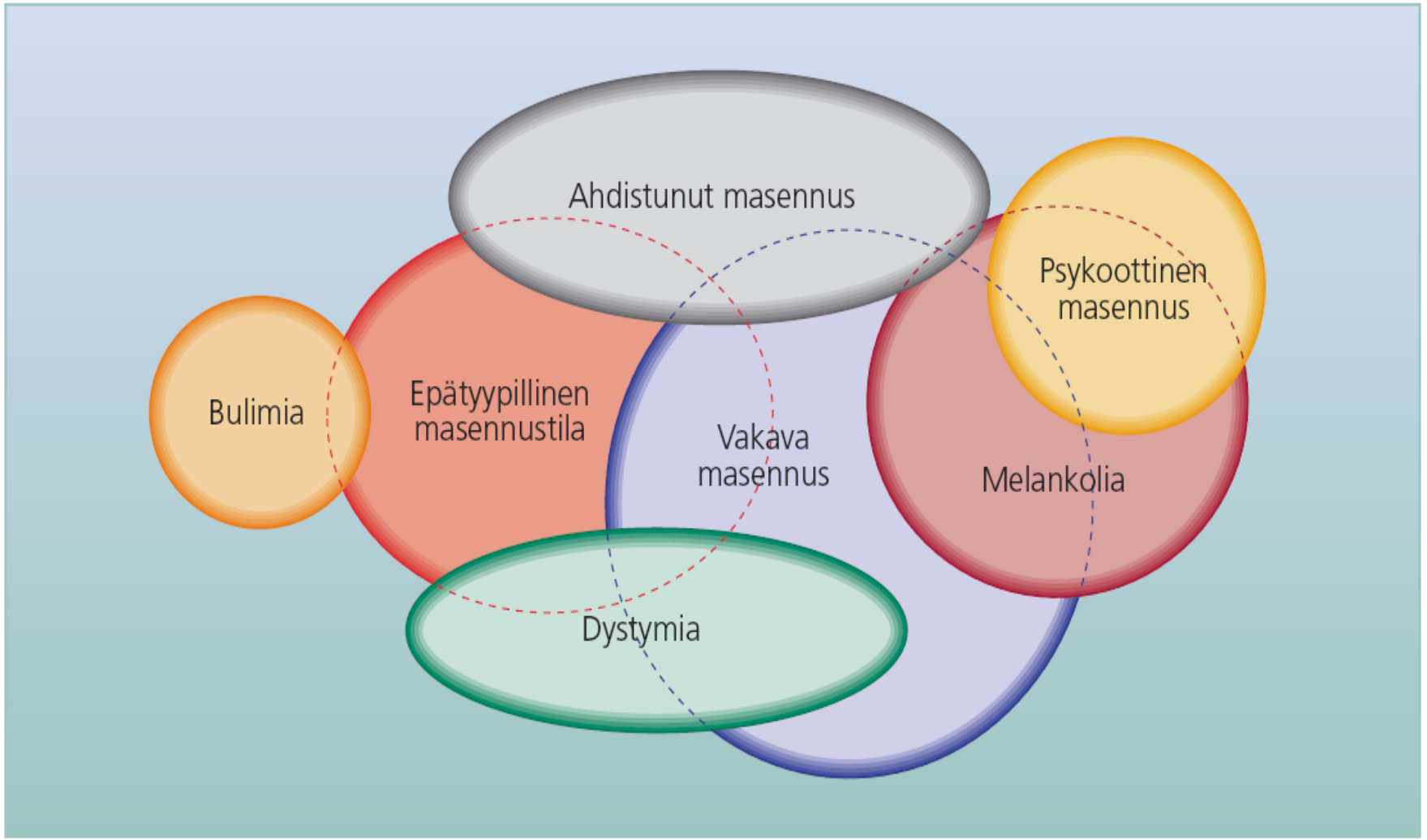
0-3
JUSEPE RIBERA
THE POET, 1620–21
Etching, 6⅝ × 5 in
(16.2 × 12.6 cm)
Metropolitan Museum of Art, Harris Brisbane Dick Fund, 1930



E. Munch 1896 Evening-melankolia

Moni-ilmeinen depressio



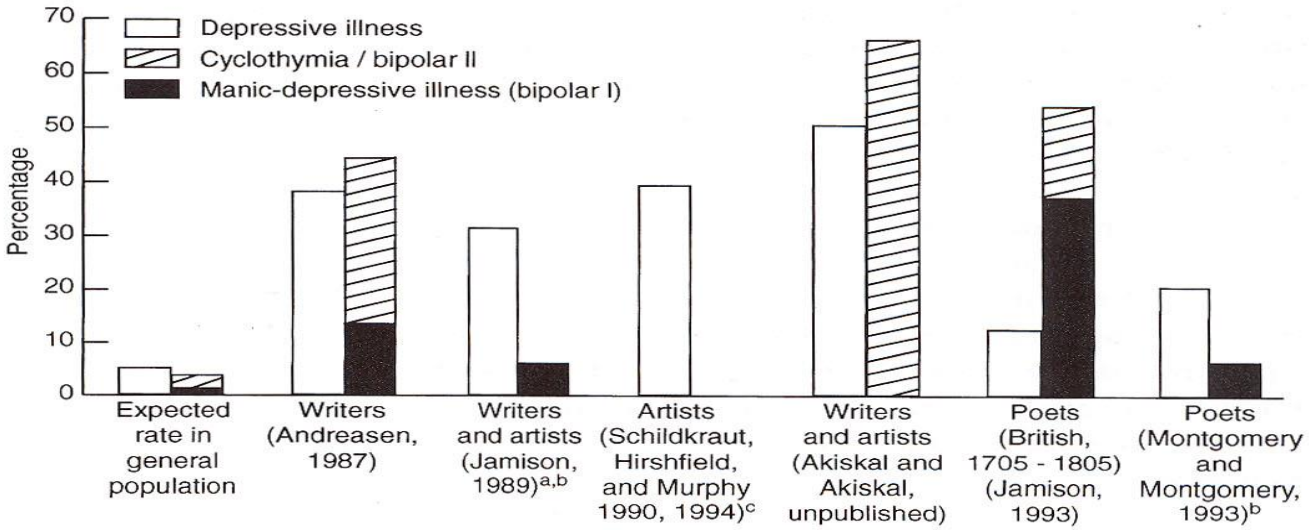


Kuva. Masennuksen alatyypit ovat osittain päällekkäisiä. Melankolia ja epätyypillinen masennustila ovat diagnostisten kriteereiden mukaan toisensa pois sulkevia.

Tommi Tolmunen, **Epätyypillinen masennustila – vakavan masennuksen salakavala muoto, Duodecim 2002;118:889–95**

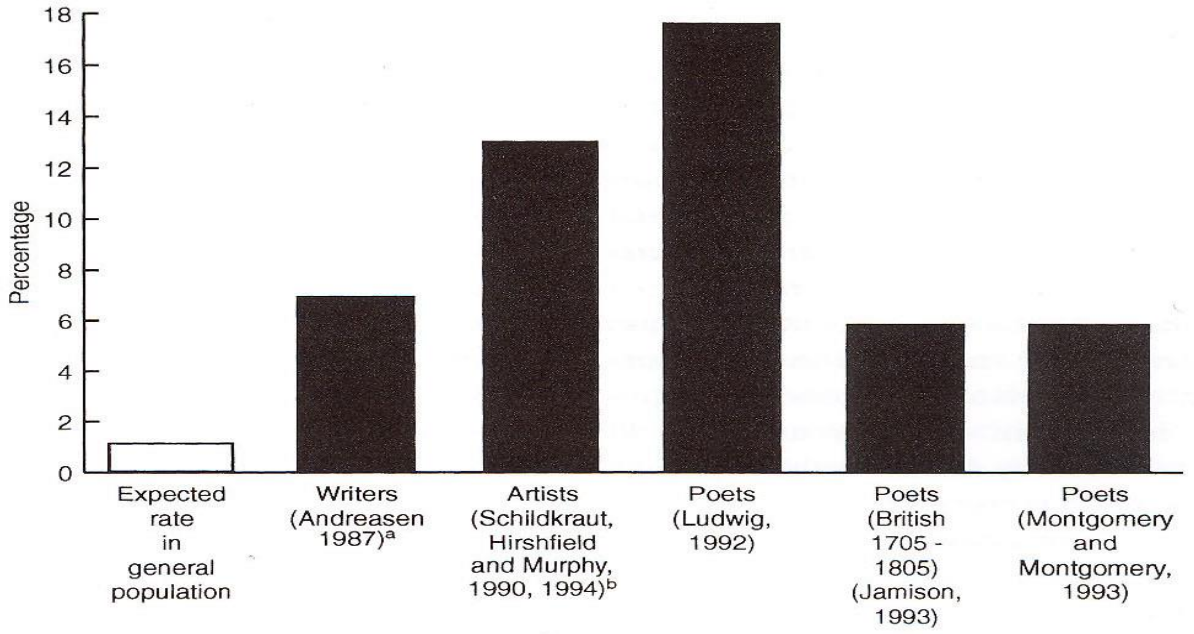
Luovuus ja mielisairaus

2-1
Mood disorders in writers and artists.
Adapted from K.R. Jamison, *Touched with Fire*, 1993



[a] Treatment rate (estimated to be one-third of the rate of illness). [b] Bipolar II and cyclothymia rates not ascertained. [c] Bipolar I, Bipolar II, and cyclothymia rates not ascertained

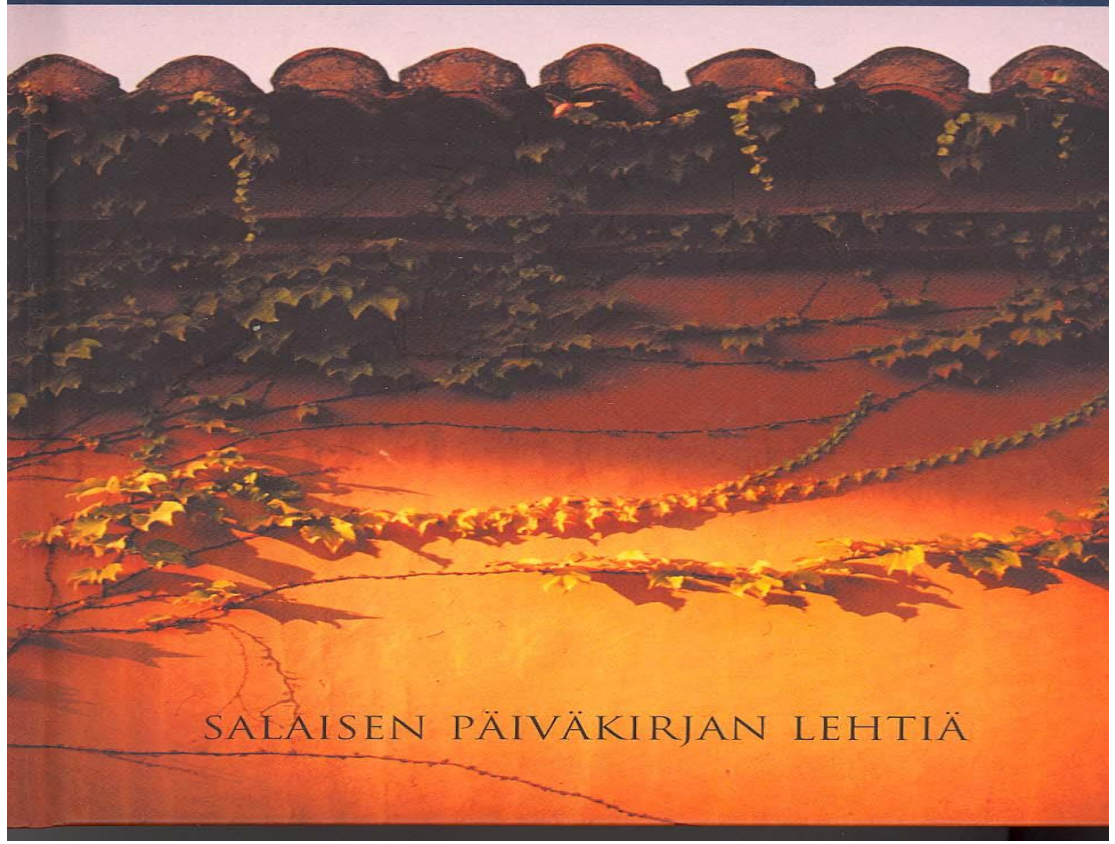
2-2
Suicide rates in writers and artists.
Adapted from K.R. Jamison, *Touched with Fire*, 1993



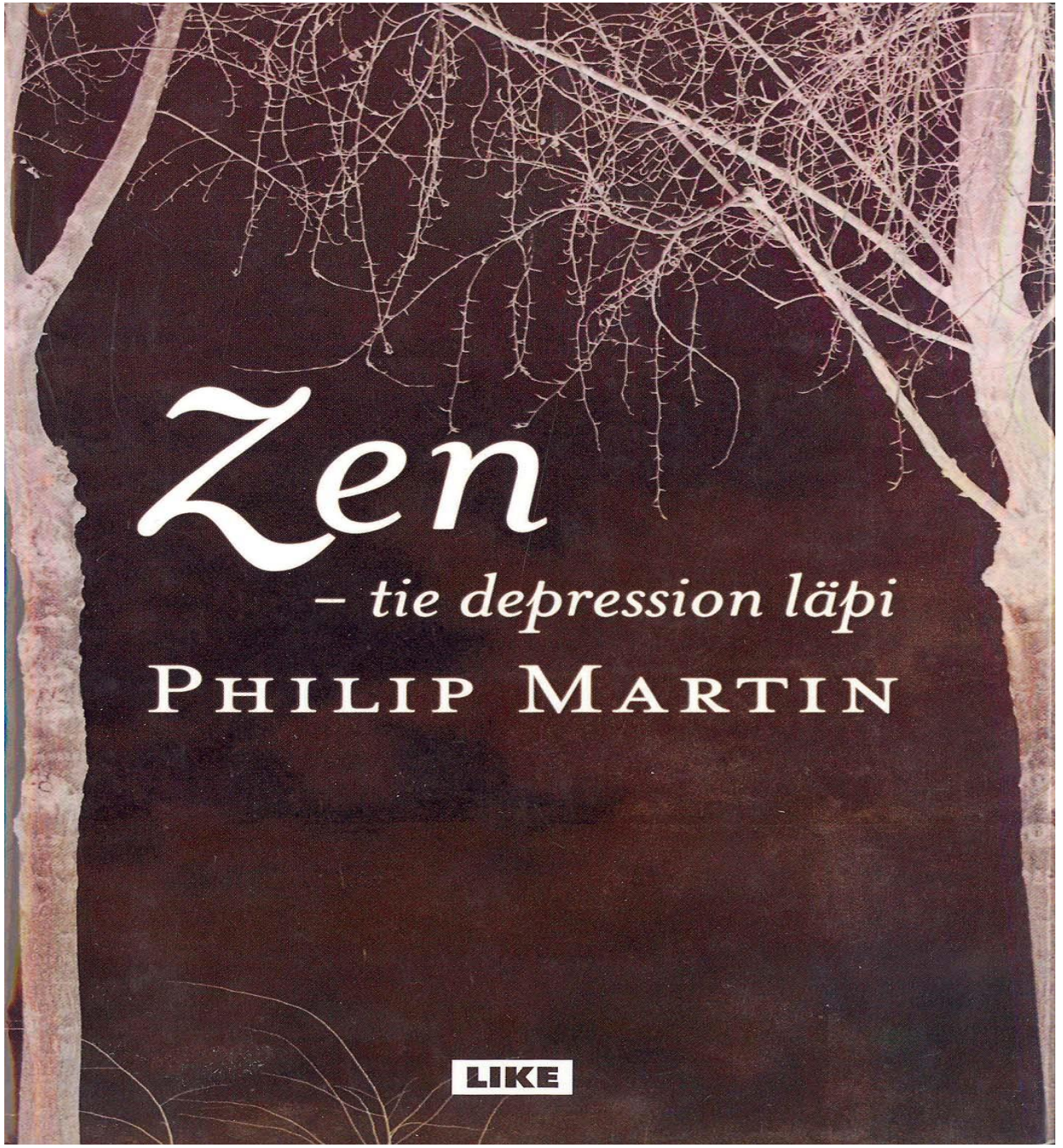
HENRI J.M.
NOUWEN

KIRJAPAJA

Läpi pimeän yön



SALAISEN PÄIVÄKIRJAN LEHTIÄ



Zen

– tie depression läpi

PHILIP MARTIN

LIKE

AUTTAJAN VARJO

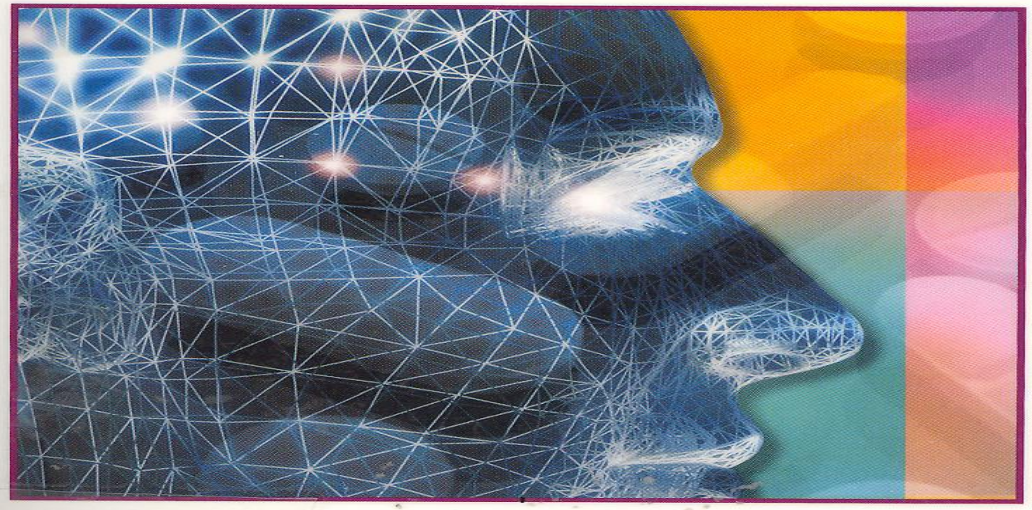
MARTTI LINDQVIST

A Lippincott Williams & Wilkins Handbook

Handbook of Psychiatric Drug Therapy

Fifth Edition

Jerrold F. Rosenbaum
George W. Arana
Steven E. Hyman
Lawrence A. Labbate
Maurizio Fava



LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS

The Cult of Pharmacology

HOW AMERICA BECAME THE WORLD'S MOST TROUBLED DRUG CULTURE



Richard DeGrandpre

AUTHOR OF *RITALIN NATION*

Table 2: Continuation treatment of chronic depression: acute phase full responders

	Sertraline	Imipramine	Combined
n	140	88	228
Continuation status			
% discontinued	11	9	11
% nonresponders	12	15	13
% remaining partial responders	17	13	15
% improved to full response	71	73	72

Table 3: Continuation treatment of chronic depression: acute phase partial responders

	Sertraline	Imipramine	Combined
n	99	59	158
Continuation status			
% discontinued	19	17	18
% nonresponders	15	29	20
% remaining partial responders	34	27	31

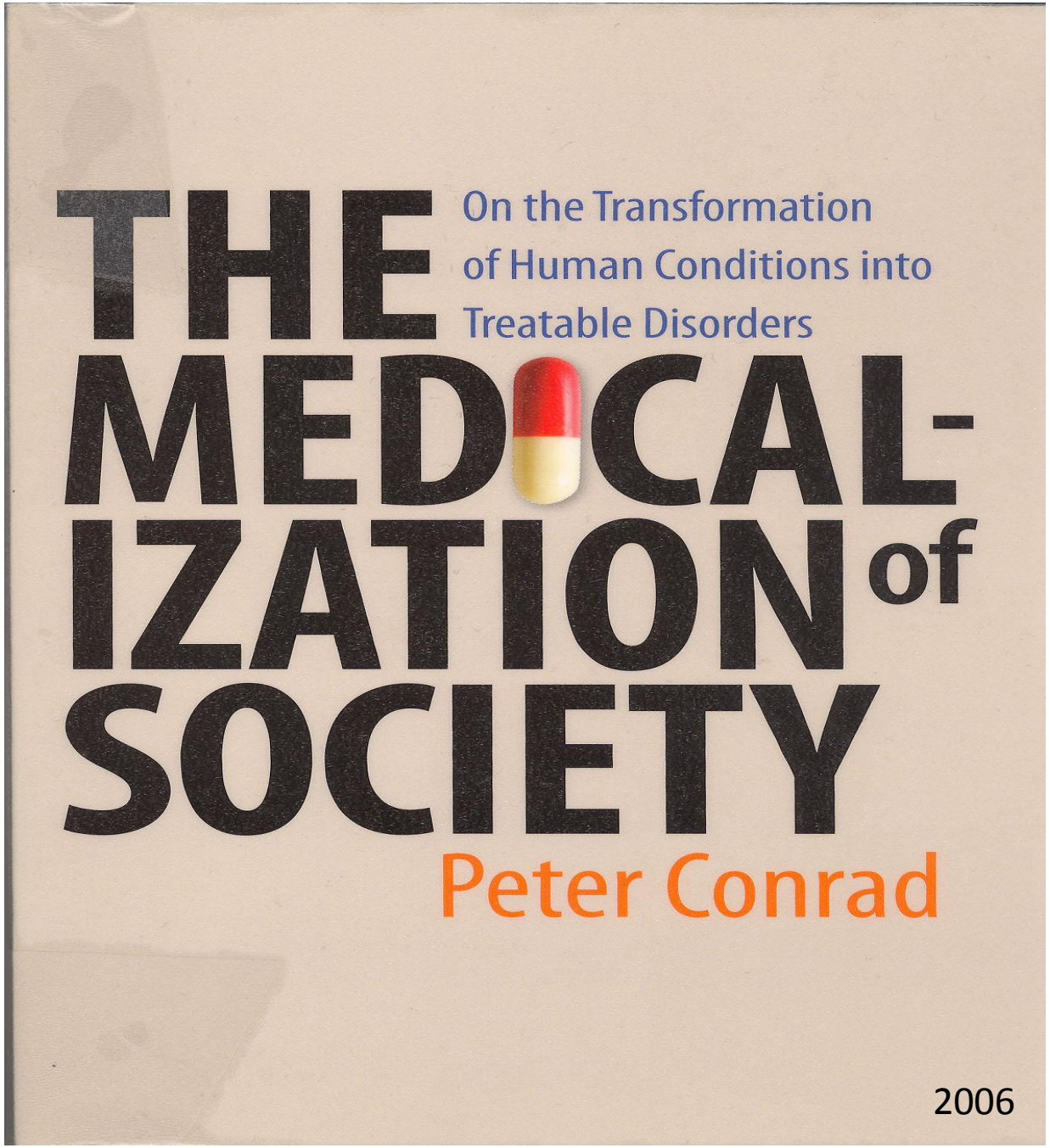


TABLE 6.1

Number of Diagnoses and Total Pages in DSM Versions I–IV, 1952–1994

Version	Year	Total Number of Diagnoses	Total Number of Pages
I	1952	106	130
I	1968	182	134
III	1980	265	494
III-R	1987	292	567
IV	1994	297	886

Source: American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, I-IV (Washington, D.C.: APA, 1952, 198, 1980, 1987, 1994). From Mayers and Horwitz, 2005.

DSM-5 :

- with 600 discrete diagnoses
- 970 pages

DSM-5 muutoksia:

- Notable changes include
- dropping Asperger syndrome as a distinct classification;
- loss of subtype classifications for variant forms of schizophrenia;
- dropping the "bereavement exclusion" for depressive disorders;
- a revised treatment and naming of *gender identity disorder* to *gender dysphoria*,
- and removing the A2 criterion for posttraumatic stress disorder (PTSD) because its requirement for specific emotional reactions to trauma did not apply to combat veterans and first responders with PTSD.
- In addition, the DSM-5 is the first "living document" version of a DSM.[1]

Wikipedia, 3.5.2017

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS,

FIFTH EDITION

DSM-5™

New School Library



American Psychiatric Publishing
A Division of American Psychiatric Association

Washington, DC
London, England

970 sivua

Contents

DSM-5 Classification xiii
Preface xli

Section I
DSM-5 Basics

Introduction 5
Use of the Manual 19
Cautionary Statement for Forensic Use of DSM-5 25

Section II
Diagnostic Criteria and Codes

Neurodevelopmental Disorders 31
Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders 87
Bipolar and Related Disorders 123
Depressive Disorders 155
Anxiety Disorders 189
Obsessive-Compulsive and Related Disorders 235
Trauma- and Stressor-Related Disorders 265
Dissociative Disorders 291
Somatic Symptom and Related Disorders 309
Feeding and Eating Disorders 329
Elimination Disorders 355
Sleep-Wake Disorders 361
Sexual Dysfunctions 423
Gender Dysphoria 451
Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders 461
Substance-Related and Addictive Disorders 481
Neurocognitive Disorders 591
Personality Disorders 645
Paraphilic Disorders 685
Other Mental Disorders 707
Medication-Induced Movement Disorders and Other Adverse Effects of Medication 709
Other Conditions That May Be a Focus of Clinical Attention . . 715

Section III
Emerging Measures and Models

Assessment Measures 733
Cultural Formulation 749
Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders 761
Conditions for Further Study 783

Appendix

Highlights of Changes From DSM-IV to DSM-5 809
Glossary of Technical Terms 817
Glossary of Cultural Concepts of Distress 833
Alphabetical Listing of DSM-5 Diagnoses and Codes (ICD-9-CM and ICD-10-CM) 839
Numerical Listing of DSM-5 Diagnoses and Codes (ICD-9-CM) 863
Numerical Listing of DSM-5 Diagnoses and Codes (ICD-10-CM) 877
DSM-5 Advisors and Other Contributors 897

Index 917

https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/dsm-v-manual-diagnc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales.pdf

NEJM: Epäsuotuisat tutkimukset masennuslääkkeistä jäävät julkaisematta
17.01.2008

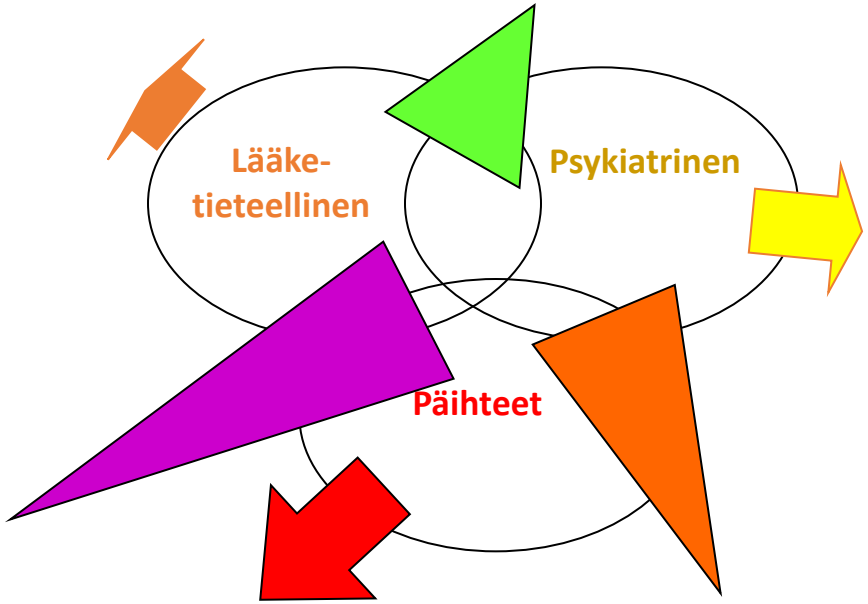
- Myönteisiin tuloksiin päätyvät masennuslääketutkimukset tulevat todennäköisemmin julkaistuiksi lääketieteellisissä lehdissä kuin tutkimukset, joiden tulokset ovat kielteisiä tai epävarmoja.
- Näin todetaan NEJM:ssa julkaistussa analyysissä. Noin kolmannes tutkimuksista jää julkaisematta, mikä voi vääristää lääkärien ja potilaiden saamaa kuvaa lääkkeiden tehokkuudesta.
- Analyysin mukaan 94 prosentissa julkaistuista tutkimuksista tulokset olivat lääkkeen kannalta myönteisiä, kun taas Yhdysvaltain lääkevalvontaviranomaisen FDA:n tarkastamista tutkimuksista myönteisiin tuloksiin päätyi vain 51 prosenttia. FDA:n arvioimat tutkimukset käsittivät sekä julkaistuja että julkaisemattomia tutkimuksia.
- **Analyysi käsitti 74 FDA:n rekisteröimää tutkimusta 12 masennuslääkkeestä vuosilta 1987–2004. 38 oli päätynyt myönteisiin tuloksiin, ja niistä 37 julkaistiin. Kielteisiin tuloksiin päätyneistä 36 tutkimuksesta julkaistiin 14. Näistä 11:ssä tulokset ilmaistiin tutkijoiden näkemyksen mukaan myönteisiksi vastoin FDA:n arviota.**
- Tutkijat eivät osaa sanoa, johtuuko vinoutuma tutkimusten kirjoittajista ja sponsoreista, lääketieteellisten lehtien kielteisistä julkaisupäätöksistä vai molemmista. Analyysi on toistaiseksi perusteellisin aihetta käsittelevä tutkimus, ja sen uskotaan kiihdyttävän entisestään keskustelua lääketutkimusten tulosten julkaisemisesta.
- **NEJM skarppaa julkaisemisessa**
- NEJM:n päätoimittajan **Jeffrey M. Drazenin** mukaan artikkeli osoittaa, että julkaistut tutkimukset antavat tilanteesta todellista ruusuisemman kuvan. Hän kertoo Bloombergille, että NEJM on vuodesta 2002 pyrkinyt tietoisesti julkaisemaan enemmän kielteisiä tutkimuksia.
- – Tämä tutkimus on tärkeä kahdesta syystä. Ensinnäkin lääkkeitä määrätessä haluaa olla varma, että käytettävissä on paras mahdollinen tieto. Ei riitä, että tietää vain kolmasosan totuudesta. Toiseksi, meidän on kunnioitettava tutkimukseen osallistuvia ihmisiä, hän toteaa The New York Timesissa.
- Muutamat lääkeyhtiöt kommentoivat tutkimusta kansainvälisessä mediassa. Muun muassa masennuslääke Zoloftia markkinoiva Pfizer ilmoittaa, että yhtiö on sitoutunut välittämään tietoa kaikista rekisteröidyistä kliinisistä tutkimuksista tuloksista huolimatta.

2. Depression diagnosointi

Yl juha kemppinen

ICD- 9 Yleiset Lääketieteelliset tilat:
Infektiot ja loistaudit
Kasvannaiset
Endokriiniset, ravitsemukselliset, metaboliset ja immuniteettihäiriöt
Raskaus -, synnytys - ja lapsivuodekomplikaatiot
Synnynnäiset anomaliat
Epämääräiset olosuhteet, vammat ja myrkytykset
Verisairaudet
Aistin- ja keskushermostosairaudet
Verenkertoelimistön sairaudet
Hengityselinsairaudet
Ruuansulatuskanavan sairaudet
Virtsateiden sairaudet
Iho- ja ihonalaiskudoksen sairaudet
Tuki- ja liikuntaelinsairaudet

Päihteisiin liittymättömät amnestiset oireyhtymät, Delirium, Dementia, Lääketieteellisiin tiloihin vaikuttavat psykologiset tekijät, Lääketieteellisestä tilasta johtuvat psykiatriset tilat:
Katatonia, Persoonallisuuden muutos, somaattisesta tilasta johtuva psykiatrinen sairaus



Akseli I :
Lapsuus- ja nuorisopsykiatriset häiriöt
Skitsofrenia ja muut psykoosit
Mielialahäiriöt
Ahdistuneisuushäiriöt
Itseaiheutetut häiriöt
Dissosiaatiohäiriöt
Seksuaaliset ja sukupuoli-identiteettihäiriöt
Syömishäiriöt
Unihäiriöt
Impulssikontrollihäiriöt
Sopeutumishäiriöt

Akseli II:
Persoonallisuushäiriöt
Kehitysvammaisuus
V koodi tilat

Päihteiden laukaisemat tilat :
Amnestinen oireyhtymä
Delirium
Dementia

Päihteisiin liittyvät tai laukaisevat lääketieteelliset tilat:
Rytmihäiriöt
Verenkuvamuutokset
Kardiomyopatiat
Ruokatorvikohjut
Gastriitti
Hepatiitti
Haimatulehdus
Myopatiat, neuropatiat jne

Päihdetaudit :
Intoksikaatio
Riippuvuus

Alkoholi, Amfetamiini, Kahvi, Kannabis, Kokaiini, Hallusinogeenit, Imppaus, Tupakka, Opiaatit, PCP, Rauhoittavat, Unilääkeet, Designhuumeet

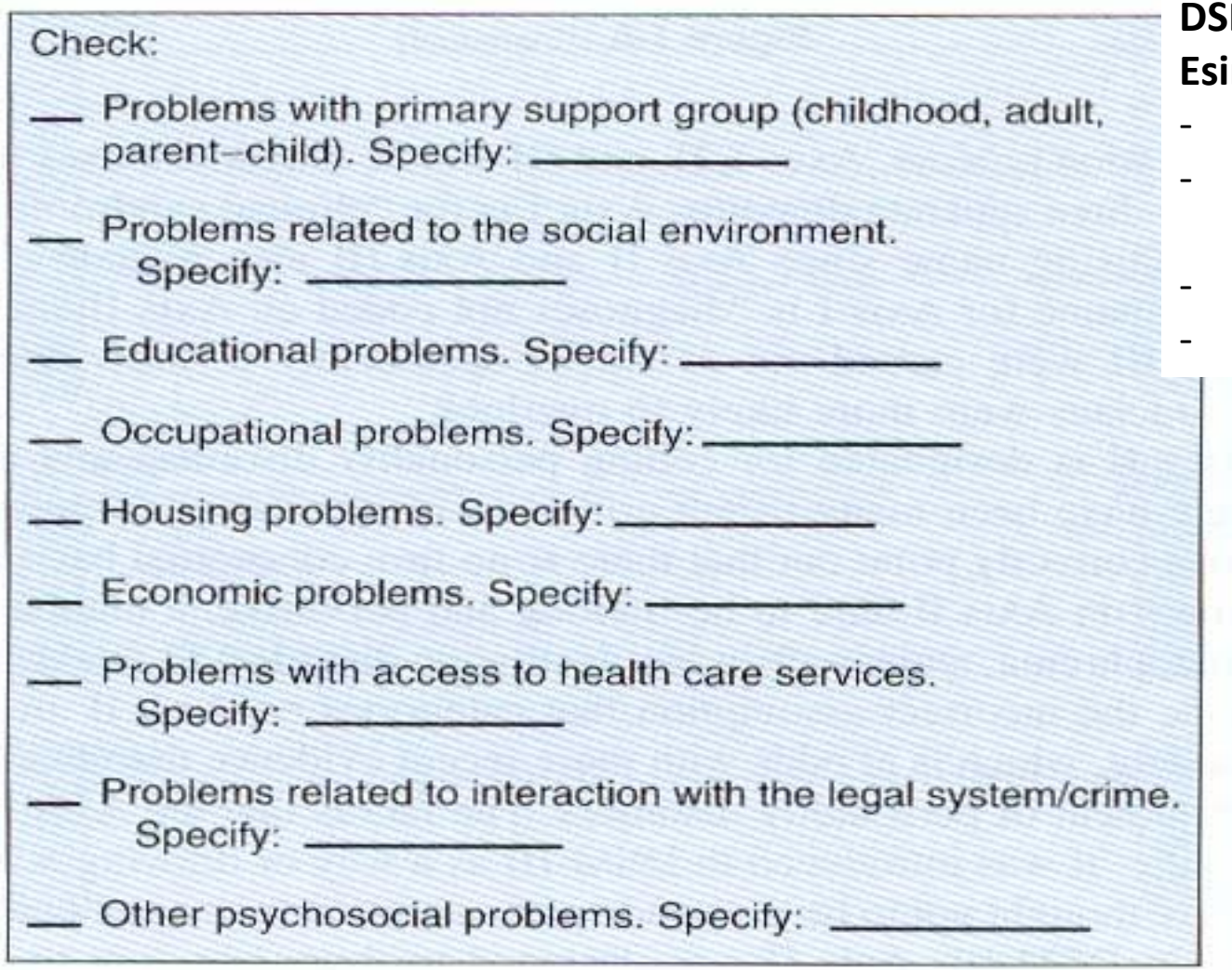
Päihteiden laukaisemat tilat:
Psykoottiset häiriöt
Mielialahäiriöt
Ahdistushäiriöt
Seksuaalitoiminnan häiriöt
Unihäiriöt
… NAS

Lääkeaineiden laukaisemat tilat

JR Petit, Handbook of Emergency Psychiatry, 2004 ,298

DSM-5 Remissio:

- **Täysi**
- **- osittainen <2kk**



Check:

__ Problems with primary support group (childhood, adult, parent–child). Specify: _____

__ Problems related to the social environment. Specify: _____

__ Educational problems. Specify: _____

__ Occupational problems. Specify: _____

__ Housing problems. Specify: _____

__ Economic problems. Specify: _____

__ Problems with access to health care services. Specify: _____

__ Problems related to interaction with the legal system/crime. Specify: _____

__ Other psychosocial problems. Specify: _____

Figure 1-7 *DSM-IV-TR Axis IV: psychosocial and environmental checklist. (Source: Modified from American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., Text Rev. APA, Washington, DC, p. 36.)*

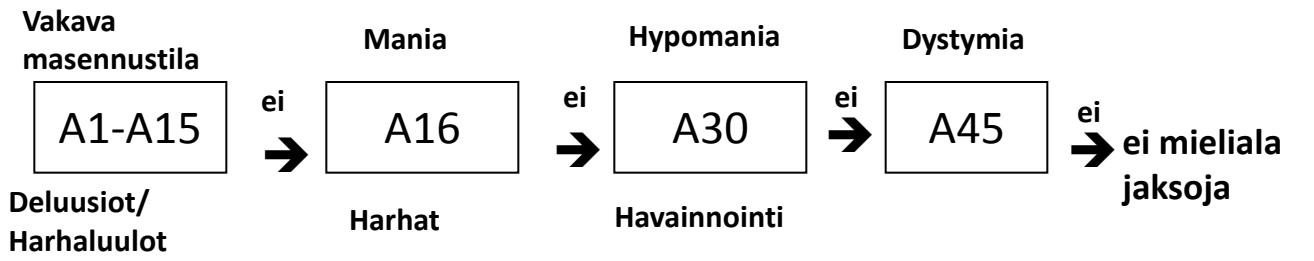
DSM-IVtr:
Esim. IV akseli

- **Psykososiaaliset ja**
- **Ympäristötekijät**

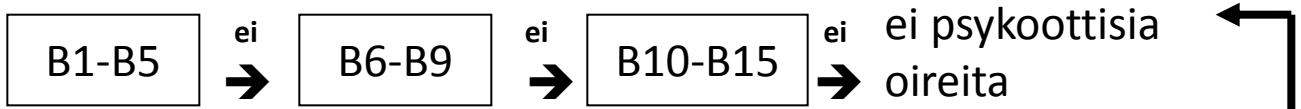
- **Akselijärjestelmä poistuu**
- **Ei erottele surureaktiota**

SCID I yhteenveto :

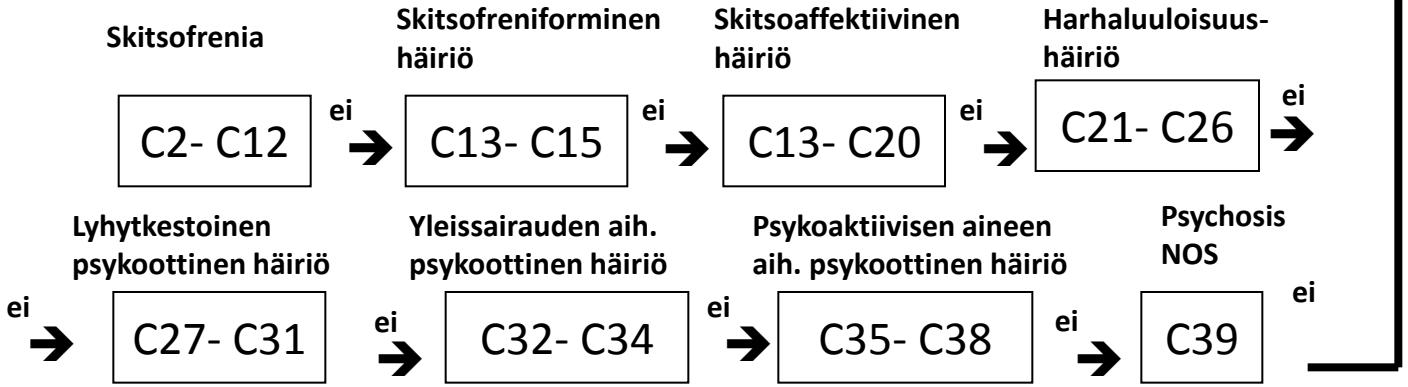
A. Mielialajaksot (1-69) :



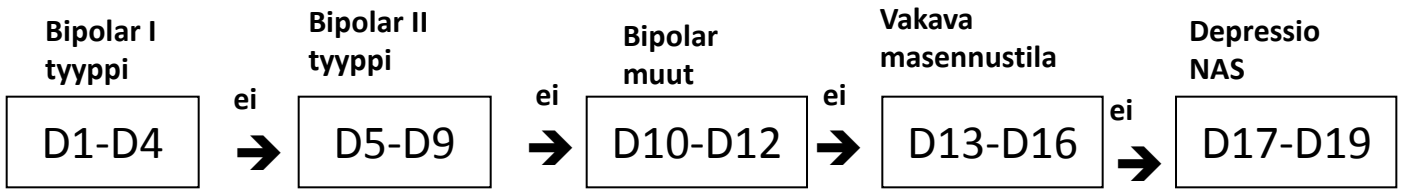
B. Psykoottiset oireet (1-14):



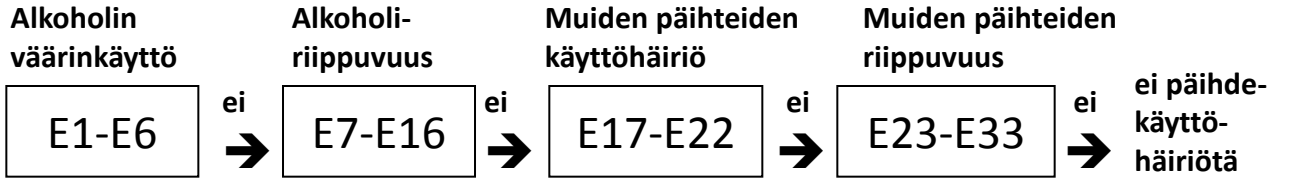
C. Psykoosien erotus-diagnoosit (1-39):



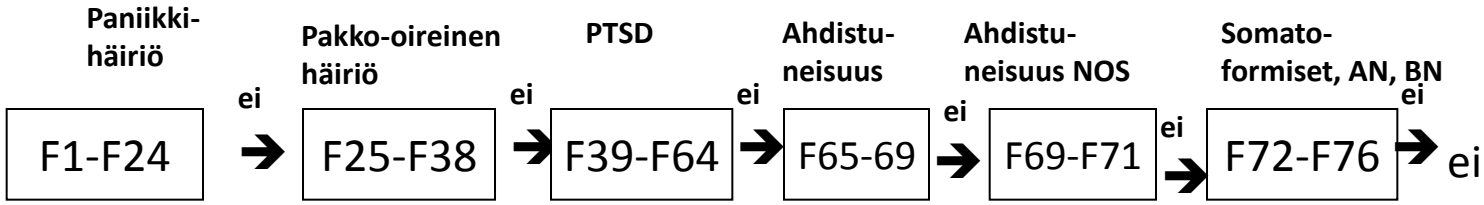
D. Mieliala-häiriöt (1-14):



E. Alkoholin ja muiden päihteiden käyttöhäiriöt (1-32) :



F. Ahdistuneisuus häiriöt ja muut (1-79):



S. Stahl, 2008

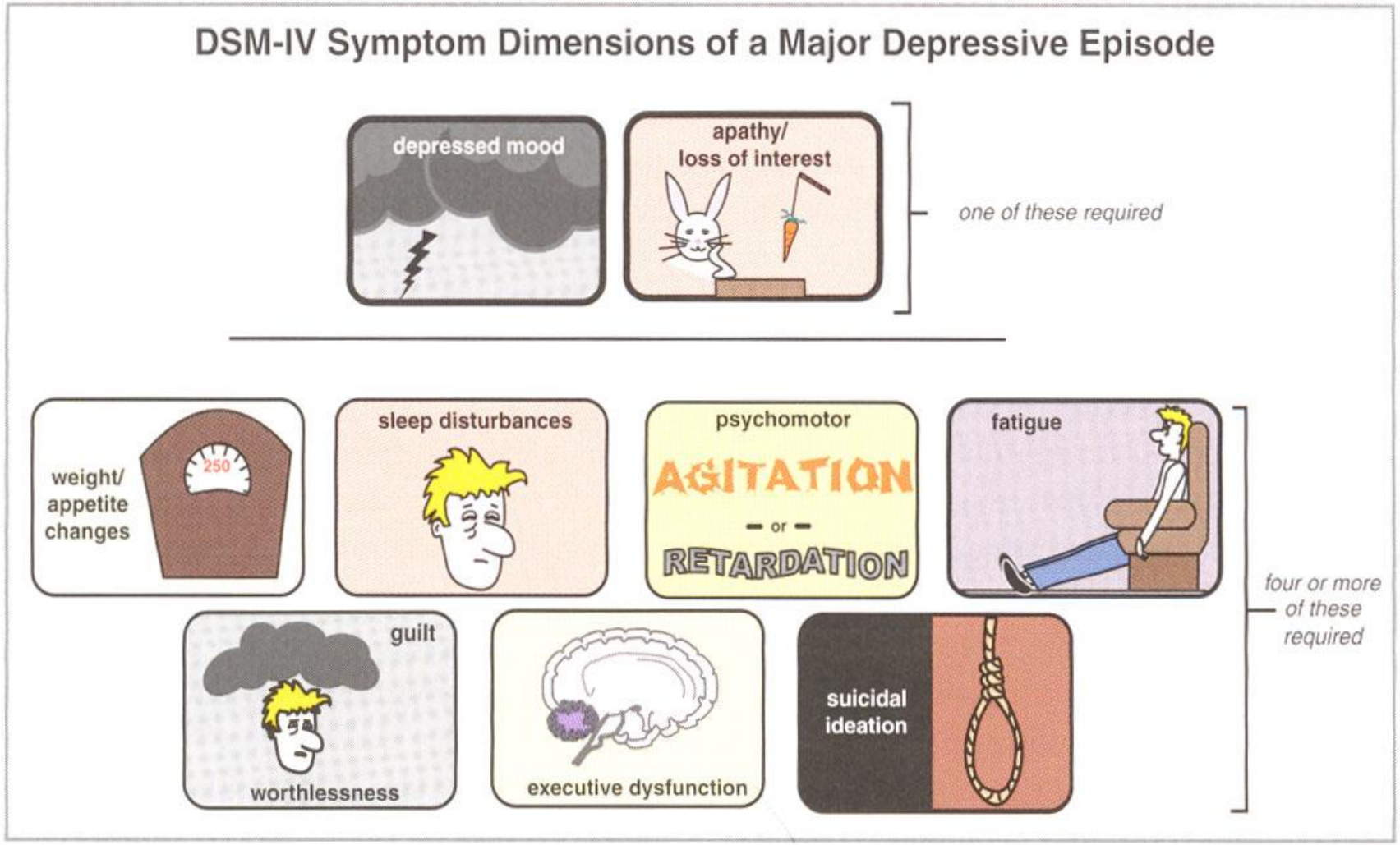


FIGURE 11-44 DSM-IV symptoms of depression. According to the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fourth edition (DSM-IV), a major depressive episode consists of either depressed mood or loss of interest and at least four of the following: weight/appetite changes, insomnia or hypersomnia, psychomotor agitation or retardation, fatigue, feelings of guilt or worthlessness, executive dysfunction, and suicidal ideation.

Depression Käypä Hoito-suositus 2010

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 Ja masennuksen oireet
A. Masennusjakso on kestänyt vähintään kahden viikon ajan	+ vaikeusasteeltaan kliinisesti merkittäviä.
B. Todetaan vähintään kaksi seuraavista oireista	1. Masentunut mieliala suurimman osan aikaa 2. Kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat tavallisesti kiinnostaneet tai tuottaneet mielihyvää 3. Vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys
C. Todetaan jokin tai jotkin seuraavista oireista niin, että oireita on yhteensä (B ja C yhteenlaskettuina) vähintään neljä	4. Itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen 5. Perusteettomat tai kohtuuttomat itsesyytökset 6. Toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen 7. Subjektiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä myös päättämättömyytenä tai jahkailuna 8. Psykomotorinen muutos (kiihtymys tai hidastuneisuus), joka voi olla subjektiivinen tai havaittu 9. Unihäiriöt 10. Ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos

Lievä = 4-5 oiretta
Keskivaikea = 6-7 oiretta
Vaikea = 8-10 oiretta
Psykoottinen masennus

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

Masennustila on oireyhtymä, syndrooma
(dg: yksittäiset oireet ja syndrooma!)

Oireyhtymä eli syndrooma tarkoittaa useaa samanaikaisesti esiintyvää oiretta, tai ilmiötä käytöksessä, jotka yhdessä antavat kuvan tämän takana olevan jonkinlainen olosuhde tai yhteys

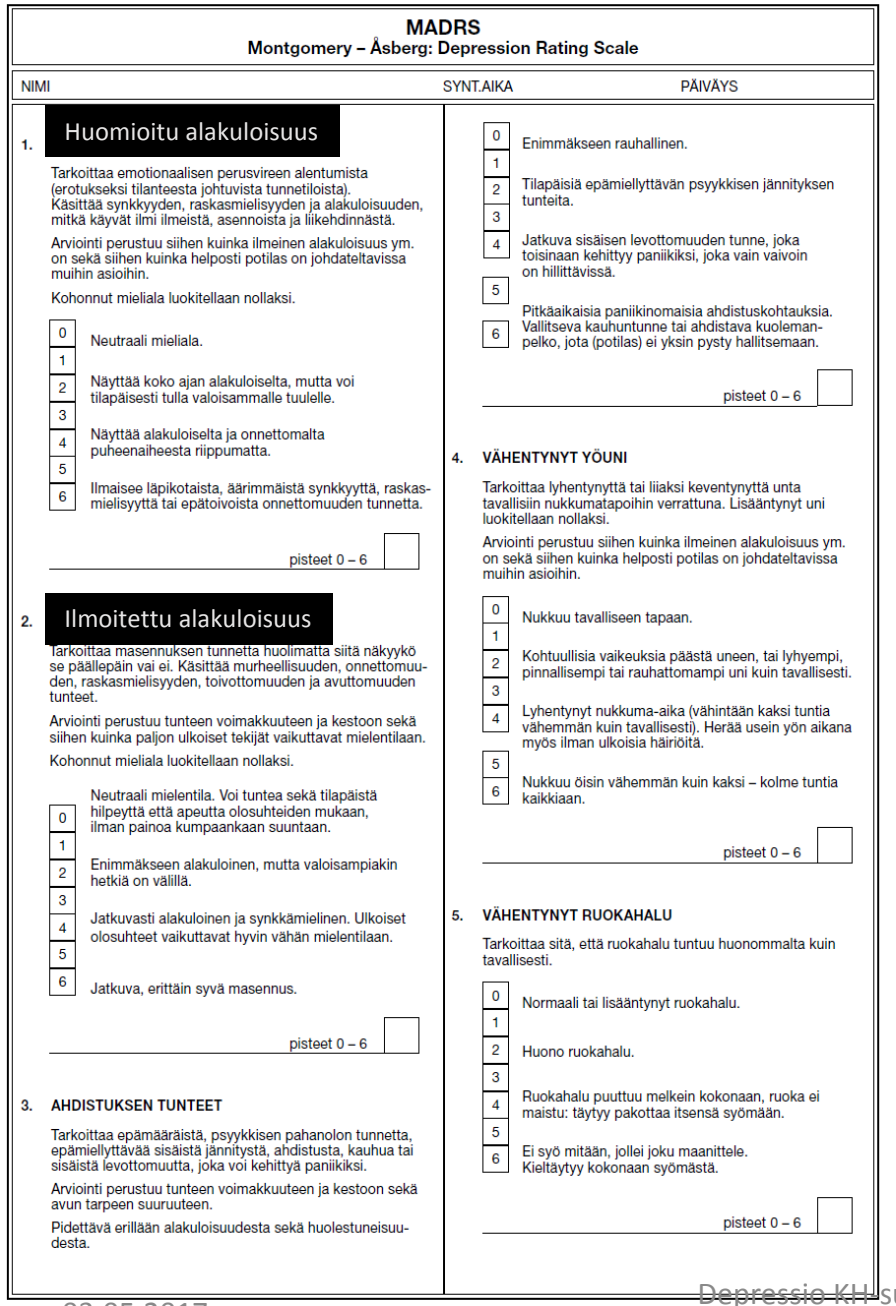
Taulukko 1. ICD-10:n mukaiset hypomanian, manian, masennusjakson ja sekamuotoisen jakson diagnostiset kriteerit hieman lyhennettyinä ja muokattuna selkeyden vuoksi.

KH-suositus 2008

Häiriö	Diagnostiset kriteerit
Masennusjakso	**A. Masennusjakso on kestänyt vähintään kahden viikon ajan.**
	B. Todetaan vähintään kaksi seuraavista oireista:
	1.masentunut mieliala suurimman osan aikaa **2.kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat tavallisesti kiinnostaneet tai tuottaneet mielihyvää** **3.vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys**
	C. Todetaan jokin tai jotkin seuraavista oireista niin, että oireita on yhteensä (B ja C yhteenlaskettuina) vähintään neljä:
	4. itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen **5. perusteettomat tai kohtuuttomat itsesyytökset** **6. toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen** **7. subjektiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä myös päättämättömyytenä tai jahkailuna** **8. psykomotorinen muutos (kiihtymys tai hidastuneisuus), joka voi olla subjektiivinen tai havaittu** **9. unihäiriöt** **10. ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos**
	Lievässä masennustilassa oireita on 4–5, keskivaikeassa 6–7 ja vaikeassa 8–10 ja kaikki kohdasta B.
Sekamuotoinen jakso	**Hypomaaniset, maaniset ja masennusoireet esiintyvät samanaikaisesti tai hyvin tiheästi vaihdellen. Aiemmin on ollut ainakin yksi mielialahäiriön jakso, ja ajankohtaisen jakson aikana sekä maanisia että masennusoireita on esiintynyt suurimman osan aikaa vähintään kahden viikon ajan.**

MADRS

Muut:
- MDI



MADRS
Montgomery – Åsberg: Depression Rating Scale

NIMI SYNT.AIKA PÄIVÄYS

1. Huomioitu alakuloisuus

Tarkoittaa emotionaalisen perusvireen alentumista (erotukseksi tilanteesta johtuvista tunnetiloista). Käsittää synkkyyden, raskasmielisyyden ja alakuloisuuden, mitkä käyvät ilmi ilmeistä, asennoista ja liikehdinnästä.

Arviointi perustuu siihen kuinka ilmeinen alakuloisuus ym. on sekä siihen kuinka helposti potilas on johdateltavissa muihin asioihin.

Kohonnut mieliala luokitellaan nollaksi.

0 Neutraali mieliala.
1
2 Näyttää koko ajan alakuloiselta, mutta voi tilapäisesti tulla valoisammalle tuulelle.
3
4 Näyttää alakuloiselta ja onnettomalta puheenaiheesta riippumatta.
5
6 Ilmaisee läpikotaista, äärimmäistä synkkyyttä, raskasmielisyyttä tai epätoivoista onnettomuuden tunnetta.

pisteet 0 – 6

2. Ilmoitettu alakuloisuus

Tarkoittaa masennuksen tunnetta huolimatta siitä näkyykö se päällepäin vai ei. Käsittää murheellisuuden, onnettomuuden, raskasmielisyyden, toivottomuuden ja avuttomuuden tunteet.

Arviointi perustuu tunteen voimakkuuteen ja kestoon sekä siihen kuinka paljon ulkoiset tekijät vaikuttavat mielentilaan.

Kohonnut mieliala luokitellaan nollaksi.

0 Neutraali mielentila. Voi tuntea sekä tilapäistä hilpeyttä että apeutta olosuhteiden mukaan, ilman painoa kumpaankaan suuntaan.
1
2 Enimmäkseen alakuloinen, mutta valoisampiakin hetkiä on välillä.
3
4 Jatkuvasti alakuloinen ja synkkämielinen. Ulkoiset olosuhteet vaikuttavat hyvin vähän mielentilaan.
5
6 Jatkuva, erittäin syvä masennus.

pisteet 0 – 6

3. AHDISTUKSEN TUNTEET

Tarkoittaa epämääräistä, psyykkisen pahanolon tunnetta, epämiellyttävää sisäistä jännitystä, ahdistusta, kauhua tai sisäistä levottomuutta, joka voi kehittyä paniikiksi.

Arviointi perustuu tunteen voimakkuuteen ja kestoon sekä avun tarpeen suuruuteen.

Pidettävä erillään alakuloisuudesta sekä huolestuneisuudesta.

0 Enimmäkseen rauhallinen.
1
2 Tilapäisiä epämiellyttävän psyykkisen jännityksen tunteita.
3
4 Jatkuva sisäisen levottomuuden tunne, joka toisinaan kehittyy paniikiksi, joka vain vaivoin on hillittävissä.
5
6 Pitkäaikaisia paniikinomaisia ahdistuskohtauksia. Vallitseva kauhuntunne tai ahdistava kuolemanpelko, jota (potilas) ei yksin pysty hallitsemaan.

pisteet 0 – 6

4. VÄHENTYNYT YÖUNI

Tarkoittaa lyhentynyttä tai liiaksi keventynyttä unta tavallisiin nukkumatapoihin verrattuna. Lisääntynyt uni luokitellaan nollaksi.

Arviointi perustuu siihen kuinka ilmeinen alakuloisuus ym. on sekä siihen kuinka helposti potilas on johdateltavissa muihin asioihin.

0 Nukkuu tavalliseen tapaan.
1
2 Kohtuullisia vaikeuksia päästä uneen, tai lyhyempi, pinnallisempi tai rauhattomampi uni kuin tavallisesti.
3
4 Lyhentynyt nukkuma-aika (vähintään kaksi tuntia vähemmän kuin tavallisesti). Herää usein yön aikana myös ilman ulkoisia häiriöitä.
5
6 Nukkuu öisin vähemmän kuin kaksi – kolme tuntia kaikkiaan.

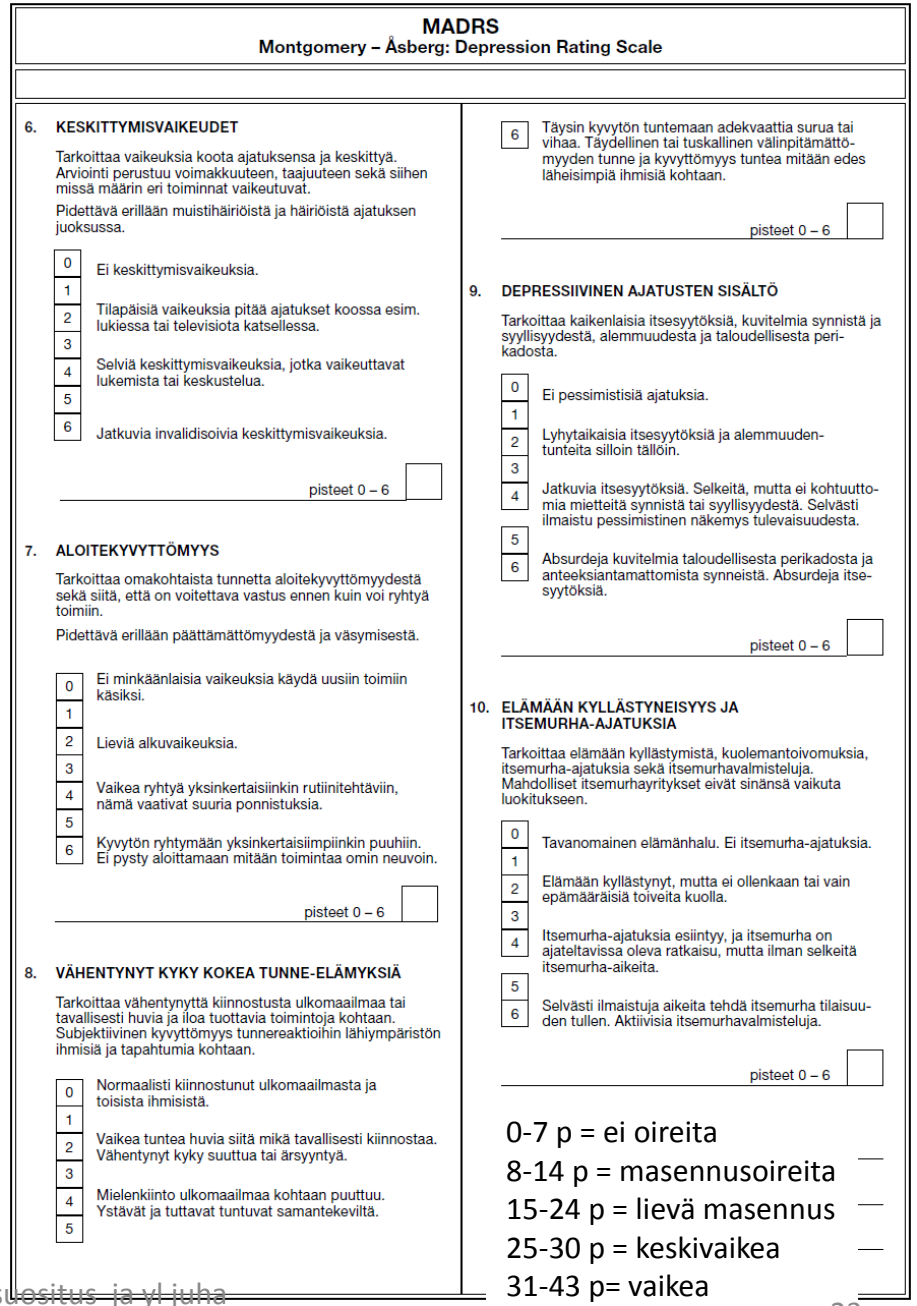
pisteet 0 – 6

5. VÄHENTYNYT RUOKAHALU

Tarkoittaa sitä, että ruokahalu tuntuu huonommalta kuin tavallisesti.

0 Normaali tai lisääntynyt ruokahalu.
1
2 Huono ruokahalu.
3
4 Ruokahalu puuttuu melkein kokonaan, ruoka ei maistu: täytyy pakottaa itsensä syömään.
5
6 Ei syö mitään, jollei joku maanittele. Kieltäytyy kokonaan syömästä.

pisteet 0 – 6



MADRS
Montgomery – Åsberg: Depression Rating Scale

6. KESKITTYMISVAIKEUDET

Tarkoittaa vaikeuksia koota ajatuksensa ja keskittyä. Arviointi perustuu voimakkuuteen, taajuuteen sekä siihen missä määrin eri toiminnat vaikeutuvat.

Pidettävä erillään muistihäiriöistä ja häiriöistä ajatuksen juoksussa.

0 Ei keskittymisvaikeuksia.
1
2 Tilapäisiä vaikeuksia pitää ajatukset koossa esim. lukiessa tai televisiota katsellessa.
3
4 Selviä keskittymisvaikeuksia, jotka vaikeuttavat lukemista tai keskustelua.
5
6 Jatkuvia invalidisoivia keskittymisvaikeuksia.

pisteet 0 – 6

7. ALOITEKYVYTTÖMYYS

Tarkoittaa omakohtaista tunnetta aloitekyvyttömyydestä sekä siitä, että on voitettava vastus ennen kuin voi ryhtyä toimiin.

Pidettävä erillään päättämättömyydestä ja väsymisestä.

0 Ei minkäänlaisia vaikeuksia käydä uusiin toimiin käsiksi.
1
2 Lieviä alkuvaikeuksia.
3
4 Vaikea ryhtyä yksinkertaisiinkin rutiinitehtäviin, nämä vaativat suuria ponnistuksia.
5
6 Kyvytön ryhtymään yksinkertaisiimpiinkin puuhiin. Ei pysty aloittamaan mitään toimintaa omin neuvoin.

pisteet 0 – 6

8. VÄHENTYNYT KYKY KOKEA TUNNE-ELÄMYKSIÄ

Tarkoittaa vähentynyttä kiinnostusta ulkomaailmaa tai tavallisesti huvia ja iloa tuottavia toimintoja kohtaan. Subjektiivinen kyvyttömyys tunnereaktioihin lähiympäristön ihmisiä ja tapahtumia kohtaan.

0 Normaalisti kiinnostunut ulkomaailmasta ja toisista ihmisistä.
1
2 Vaikea tuntea huvia siitä mikä tavallisesti kiinnostaa. Vähentynyt kyky suuttua tai ärsyyntyä.
3
4 Mielenkiinto ulkomaailmaa kohtaan puuttuu. Ystävät ja tuttavat tuntuvat samantekeviltä.
5
6 Täysin kyvytön tuntemaan adekvaattia surua tai vihaa. Täydellinen tai tuskallinen välinpitämättömyyden tunne ja kyvyttömyys tuntea mitään edes läheisimpiä ihmisiä kohtaan.

pisteet 0 – 6

9. DEPRESSIIVINEN AJATUSTEN SISÄLTÖ

Tarkoittaa kaikenlaisia itsesyytöksiä, kuvitelmia synnistä ja syyllisyydestä, alemmuudesta ja taloudellisesta perikadosta.

0 Ei pessimistisiä ajatuksia.
1
2 Lyhytaikaisia itsesyytöksiä ja alemmuudentunteita silloin tällöin.
3
4 Jatkuvia itsesyytöksiä. Selkeitä, mutta ei kohtuuttomia mietteitä synnistä tai syyllisyydestä. Selvästi ilmaistu pessimistinen näkemys tulevaisuudesta.
5
6 Absurdeja kuvitelmia taloudellisesta perikadosta ja anteeksiantamattomista synneistä. Absurdeja itsesyytöksiä.

pisteet 0 – 6

10. ELÄMÄÄN KYLLÄSTYNEISYYS JA ITSEMURHA-AJATUKSIA

Tarkoittaa elämään kyllästymistä, kuolemantoivomuksia, itsemurha-ajatuksia sekä itsemurhavalmisteluja. Mahdolliset itsemurhayritykset eivät sinänsä vaikuta luokitukseen.

0 Tavanomainen elämänhalu. Ei itsemurha-ajatuksia.
1
2 Elämään kyllästynyt, mutta ei ollenkaan tai vain epämääräisiä toiveita kuolla.
3
4 Itsemurha-ajatuksia esiintyy, ja itsemurha on ajateltavissa oleva ratkaisu, mutta ilman selkeitä itsemurha-aikeita.
5
6 Selvästi ilmaistuja aikeita tehdä itsemurha tilaisuuden tullen. Aktiivisia itsemurhavalmisteluja.

pisteet 0 – 6

0-7 p = ei oireita
8-14 p = masennusoireita
15-24 p = lievä masennus
25-30 p = keskivaikea
31-43 p= vaikea
>44 p = erittäin vaikea

(Saman ajanjakson aikana, ei elämän aikana)

Päivämäärä ___ ___ /___ ___ / 20___

Nimi_____ Henkilötunnus_____--_____

Mielialahäiriökysely MDQ

Hirschfeld et al,Am J Psych 2000;157:1873-5, suom. E.I & JoBS-työryhmä

1. Onko Teillä koskaan ollut sellaista ajanjaksoa jolloin ette oikein ollut oma itsenne ja ...

a) tunsitte olonne niin hyväksi tai niin kiihtyneeksi, että muidenkaan mielestä ette ollut oma itsenne, tai olitte niin kiihtynyt, että jouduitte vaikeuksiin?.....

b) olitte niin ärtyisä, että huusitte ihmisille, tai aloitte väittelyjä tai riitoja?.....

c) itseluottamuksenne oli paljon tavallista parempi?.....

d) nukuitte paljon tavallista vähemmän, ettekä tuntenut tarvitsevanne enempää unta?.....

e) olitte paljon puheliaampi tai puhuitte tavallista nopeammin?.....

f) ajatukset kiisivät mielessänne, tai ette saanut kiihtynyttä ajatustoimintaanne rauhoittumaan?.....

g) ulkoiset tapahtumat veivät huomiotanne niin paljon, ettette kyennyt keskittymään tai pysymään kärryillä?.....

h) olitte paljon tavallista energisempi?.....

i) olitte paljon aktiivisempi tai teitte useampia asioita kuin tavallisesti?

j) olitte paljon tavallista sosiaalisempi tai ulospäinsuuntautuneempi, esimerkiksi soittelitte ystäville keskellä yötä?.....

k) olitte paljon tavallista kiinnostuneempi seksistä?.....

l) teitte asioita joita yleensä ette tee tai joita muut ihmiset saattoivat pitää liioiteltuina, hölmöinä tai vaarallisina?.....

m) rahan tuhlaaminen aiheutti Teille tai läheisillenne vaikeuksia?.....

2. Mikäli vastasitte KYLLÄ useampaan kuin yhteen kohtaan ylläolevista, tapahtuiko useampi näistä asioista saman ajanjakson aikana? *Olkaa hyvä ja vastatkaa joko kyllä tai ei.*

3. Kuinka paljon ongelmia ylläolevat asiat aiheuttivat Teille – esimerkiksi ongelmia liittyen perheeseen, rahaan tai virkavaltaan, työkyvyttömyyttä, tai sanaharkkoja ja riitoja? *Olkaa hyvä ja rengastakaa vain yksi vaihtoehto.*

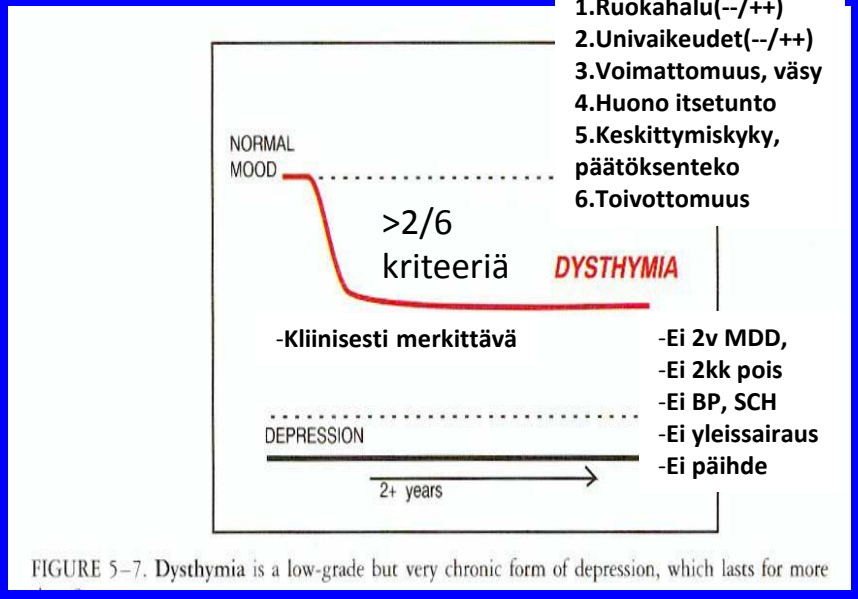
Kyllä	Ei
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

1 Ei ongelmia
2 Vähäisiä
3 Kohtalaisia
4 Vakavia

Seula +: ei dg!

- **7/13 oiretta**
- **Kohtalaisia tai vakavia**

Masennustilojen psykiatrinen erotusdiagnostiikka :



1.Ruokahalu(--/++)
2.Univaikeudet(--/++)
3.Voimattomuus, väsy
4.Huono itsetunto
5.Keskittymiskyky, päätöksenteko
6.Toivottomuus

-Kliinisesti merkittävä

-Ei 2v MDD,
-Ei 2kk pois
-Ei BP, SCH
-Ei yleissairaus
-Ei päihde

FIGURE 5–7. Dysthymia is a low-grade but very chronic form of depression, which lasts for more

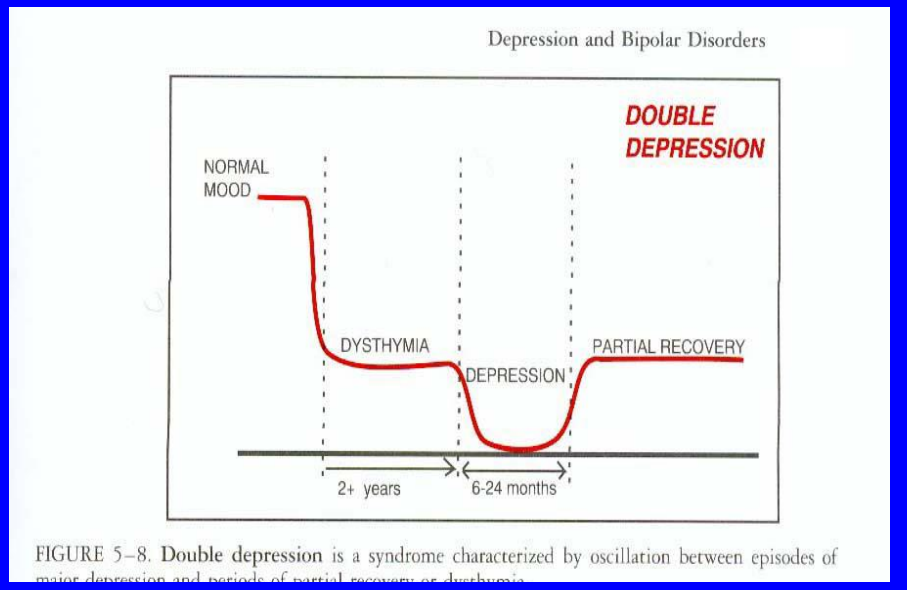


FIGURE 5–8. Double depression is a syndrome characterized by oscillation between episodes of

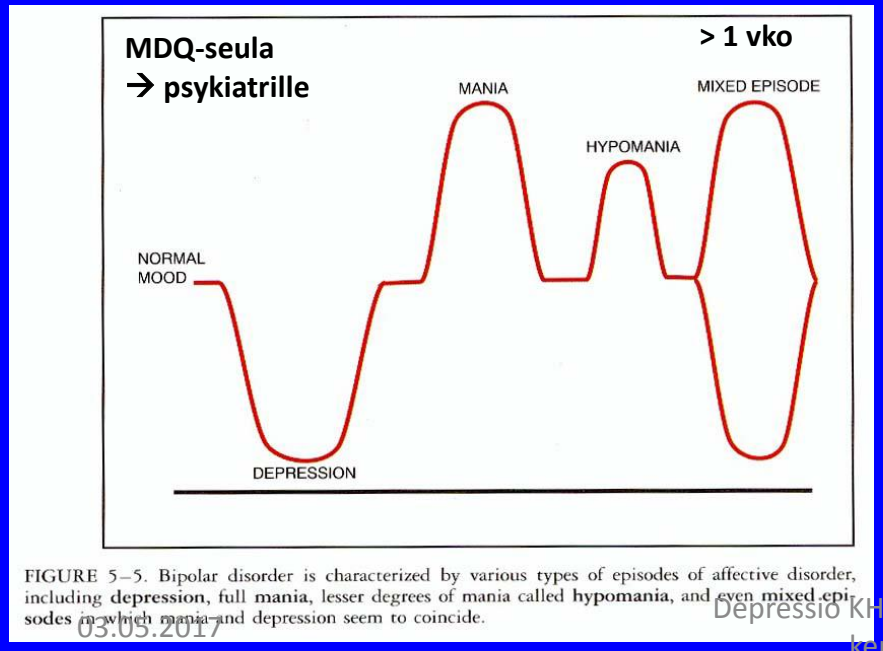


FIGURE 5–5. Bipolar disorder is characterized by various types of episodes of affective disorder, including **depression**, full **mania**, lesser degrees of mania called **hypomania**, and even **mixed episodes** in which mania and depression seem to coincide.

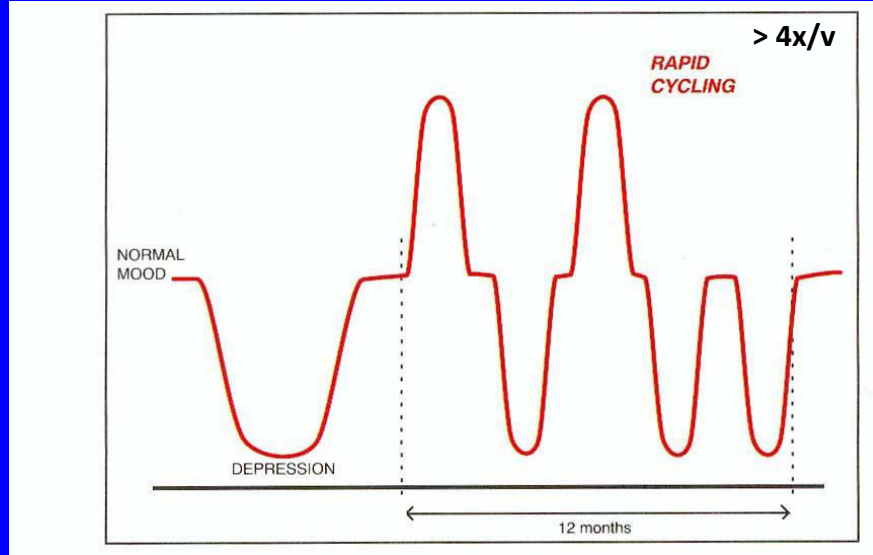


FIGURE 5–6. Bipolar disorder can become **rapid cycling**, with at least four switches into mania, hypomanja, depression, or mixed episodes within a 12-month period. This is a particularly difficult form of bipolar disorder to treat.

S.Stahl,2003

Depression kliiniset oireet: lievä, keskivaikea, vaikea ja psykoottinen

Taulukko 1. Depression kliiniset oireet

1. Masentunut mieliala
2. Mielihyvän, elämänilon ja elinvoimaisuuden sekä kiinnostuksen tunteiden väheneminen
3. Ruokahalun väheneminen tai lisääntyminen
4. Unettomuus tai liiallinen nukkuminen
5. Psykomotorinen kiihtyneisyys tai estyneisyys
6. Väsymys
7. Kohtuuton avuttomuuden, syyllisyyden, toivottomuuden tai häpeän tunne, yleinen negatiivisuus ja pessimismi
8. Keskittymiskyvyn yleinen heikkeneminen, muistamattomuus, päättämättömyys
9. Toistuvia kuolemaan liittyviä ajatuksia

Psykiatria, 2007

Depression erotusdiagnoosi: somaattiset taudit

Taulukko 2. Sairauksia, lääkeaineita ja päihteitä, jotka voivat aiheuttaa elimellisen mielialahäiriön.

Sairaudet	Lääkeaineet	Päihteet
Aivoinfarkti	Anaboliset steroidit	Alkoholi
B_1-, B_2-, B_6- ja B_{12}-vitamiinien puutokset	Psykoosilääkkeet	Amfetamiini (vieroitusvaiheessa)
Foolihapon puutos	Beetasalpaajat	Ekstaasi (MDMA)
Diabetes mellitus	Estrogeenivalmisteet	Kokaiini (vieroitusvaiheessa)
Hypotyreoosi	Digitalis	
Hypertyreoosi	Klonidiini	
Hypoadrenalismi (Addisonin tauti, hypopituitarismi)	Kortikosteroidit	
Hyperadrenalismi (Cushingin oireyhtymä)	Metyylidopa	
Hyperparatyreoosi	Ranitidiini	
Hypoparatyreoosi	Reserpiini	
Parkinsonin tauti	Simetidiini	
Porfyria		
Sepelvaltimotauti		
Sydäninfarktin jälkitila		
Syöpäsairaudet (erityisesti haimasyöpä)		
Temporaaliepilepsia		
Uremia		

Psykiatria, 2007

Depression erotusdiagnoosi: psykiatriset

TABLE 11.1. Differential Diagnosis with Brief Definitions for Depression

- *Depression due to a medical condition.* Physical illness can cause depression, which need not meet criteria for a major depressive episode.
- *Depression due to use of a substance.* Alcohol, street drugs, or medications cause depressive symptoms, which also need not conform to the definition of major depression.
- *Major depressive disorder, either single episode or recurrent.* For weeks or longer, the patient feels depressed or cannot enjoy life and may have problems with eating and sleeping, guilt feelings, loss of energy, trouble concentrating, and thoughts about death. There can be no episodes of mania or hypomania.
- *Bipolar depression* (bipolar I or II disorder, most recent episode depressed). Currently depressed, the patient has a history of mania or hypomania.
- *Melancholic depression.* This is a special type of major depression characterized by early morning awakening, appetite and weight loss, guilt feelings, and failure to feel better when something happens that would ordinarily be enjoyable.
- *Atypical depression.* Certain symptoms are the opposite of those usually experienced in major depression—increased appetite, weight gain, and excessive sleeping.
- *Seasonal affective disorder.* In this condition, also known as *seasonal mood disorder*, patients regularly become depressed at a certain time of the year, especially fall or winter.
- *Postpartum depression.* A woman develops major depression within a month of having a baby.
- *Dysthymia.* These patients typically remain ill for years with symptoms less severe than those of major depressive disorder; they don't have psychosis or suicidal ideas.
- *Bereavement.* For weeks or months, a person whose relative or friend has died has symptoms of depression that may or may not qualify as major depression.
- *Adjustment disorder with depressed mood.* Some people respond to life stresses by developing depressive symptoms.
- *Somatization disorder with mood disorder.* Patients who have an extensive history of many bodily complaints for which no physical explanation can be found often also have depression, and sometimes even symptoms of mania.

Morrison, 2005

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

Koodi[1]	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 ihmissuhderistiriita tai tilapäinen jälkeen jääminen koulutyössä)
61–70	Lieviä vaikeuksia sosiaalisessa, ammatillisessta tai opiskelun edellyttämässä toimintakyvyssä, mutta yleisesti hyvä toimintakyky; joitakin mielekkäitä ihmissuhteita

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.

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

[1] Jos mahdollista, käytä tarkkoja lukuja, esimerkiksi 45, 68 tai 72.

Depression Käypä Hoito-suositus 2004

SCID I, jos ei ole psykiatrisia oireita :

A. Mielialajaksot : 1- 69

Kulunut 1 kk ➔

Vakava masennustila

A1 ja A2 ➔ ei ➔ A16

Mania,Hypomania

A16,A30 ➔ ei ➔ A45

Dystymia

A45 ➔ ei ➔ B1

B. Psykoottiset oireet: 1- 14

Deluusiot/Harhaluulot

B1-B5 ➔ ei

Hallusinaatiot/Aistiharhat

B6-B9 ➔ ei

Havainnointi

B10-B15 ➔ ei ➔ D1

⬇ Kyllä

Psykoottisten oireiden kronologiaosa

SCID I yhteenveto :

A. Mielialajaksot (1-69) :

Vakava masennustila

Mania

Hypomania

< 1kk, elämän aikana, pahin/vaikein?

A1,A2 **ei** → A16 **ei** → A30 **ei** → ei mielialajaksoja

kysy ko. jaksosta A1 tai A2!

A1 tai A2 kyllä ↓

A3-A10

Onko koskaan muulloin ollut masentunut, kysyttyjä oireita ?…

A1 tai A2 kyllä ja A3-A10 >5 kyllä (A-kriteeri) ↓

A11 **ei, < 5 oiretta A3-A10** → A16

kyllä ↓

Koskaan muulloin ollut masentunut, vaikuttanut elämään ?…

kliinisesti merkittävää kärsimystä tai haittaa sos,amm. tai muilla tärkeillä toiminnan alueilla

A11 **ei** → A16

kyllä ↓ **ei**

Koskaan muulloin masentunut, eikä yleis-sairaus yms ?…

yleissairaus, lääkkeitä, annostusvaihdos, huumeet/alkoholi?

A12

kyllä ↓ **ei**

Koskaan muulloin masentunut, eikä kuoleman-tapausta ?…

läheisen kuolema?

A13

kyllä ↓

Kriteerit A,C,D ja E + : masennustila jakso dg A3-A10 oireet: ___ krit+ < 1kk

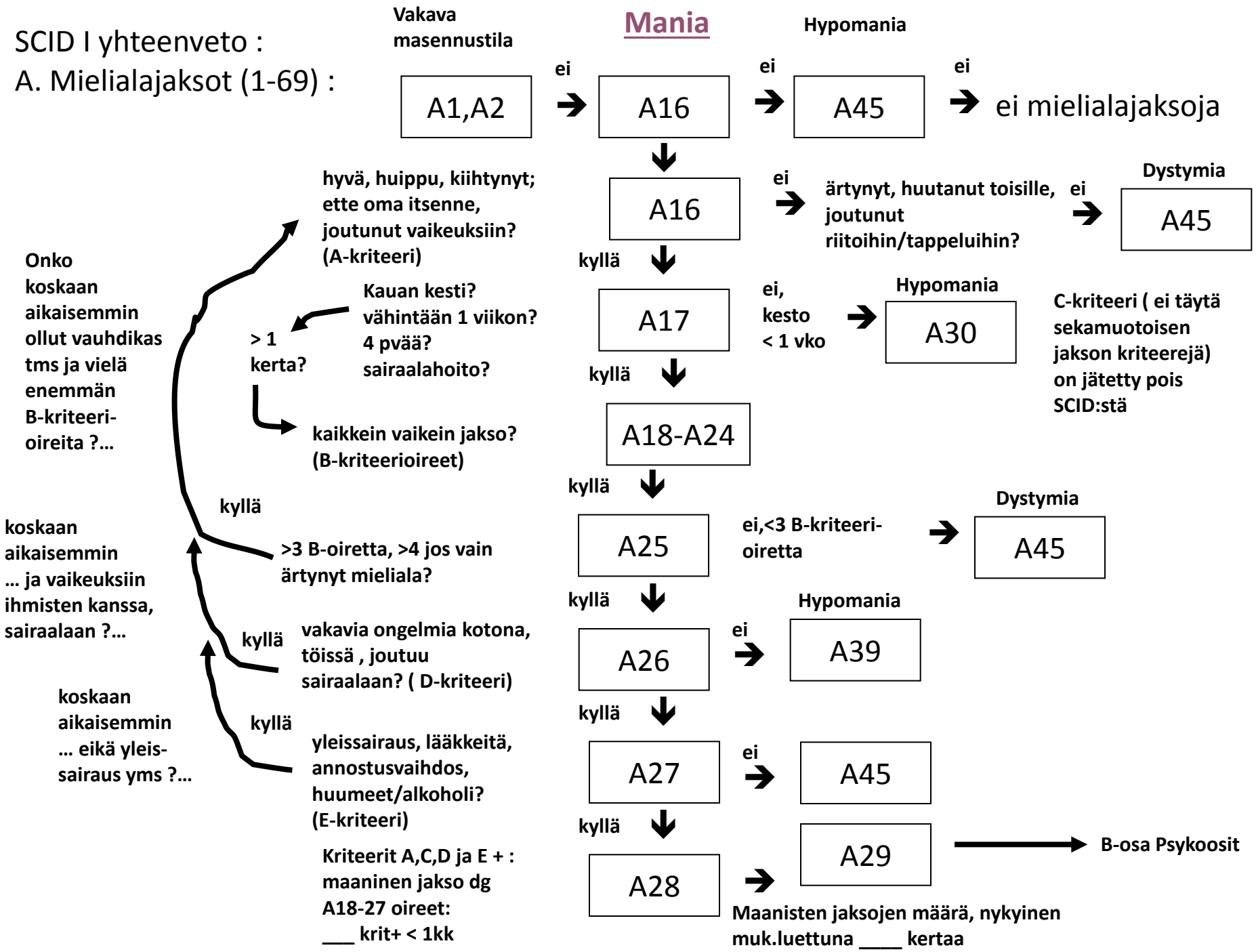
A14 **ei** → A15

Vakavan masennustilan jaksojen määrä, nykyinen muk.luettuna ____ kertaa

B-kriteeri
(ei täytä sekamuotoisen jakson kriteerejä)
on jätetty pois SCID:stä

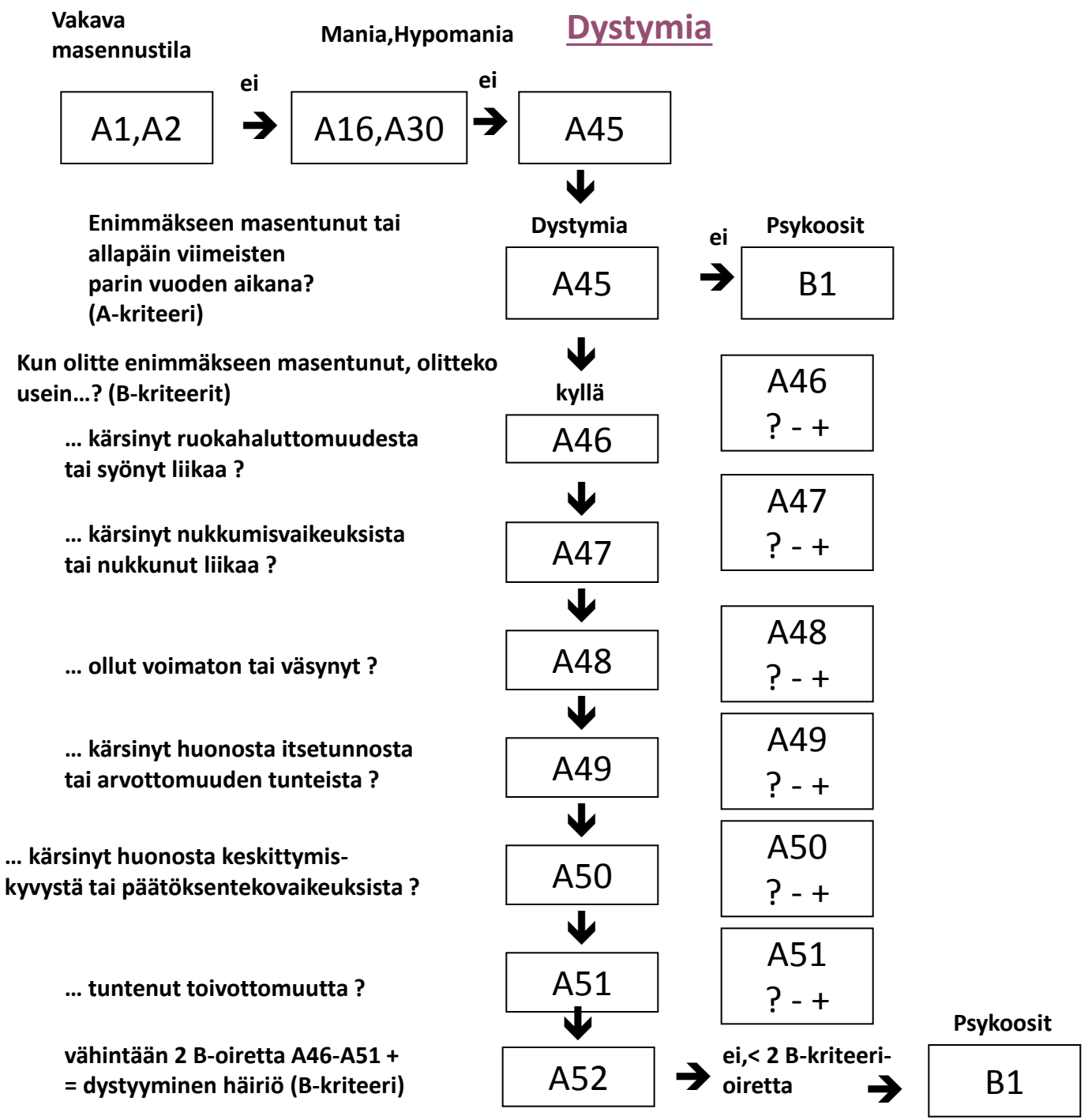
SCID I yhteenveto :

A. Mielialajaksot (1-69) :



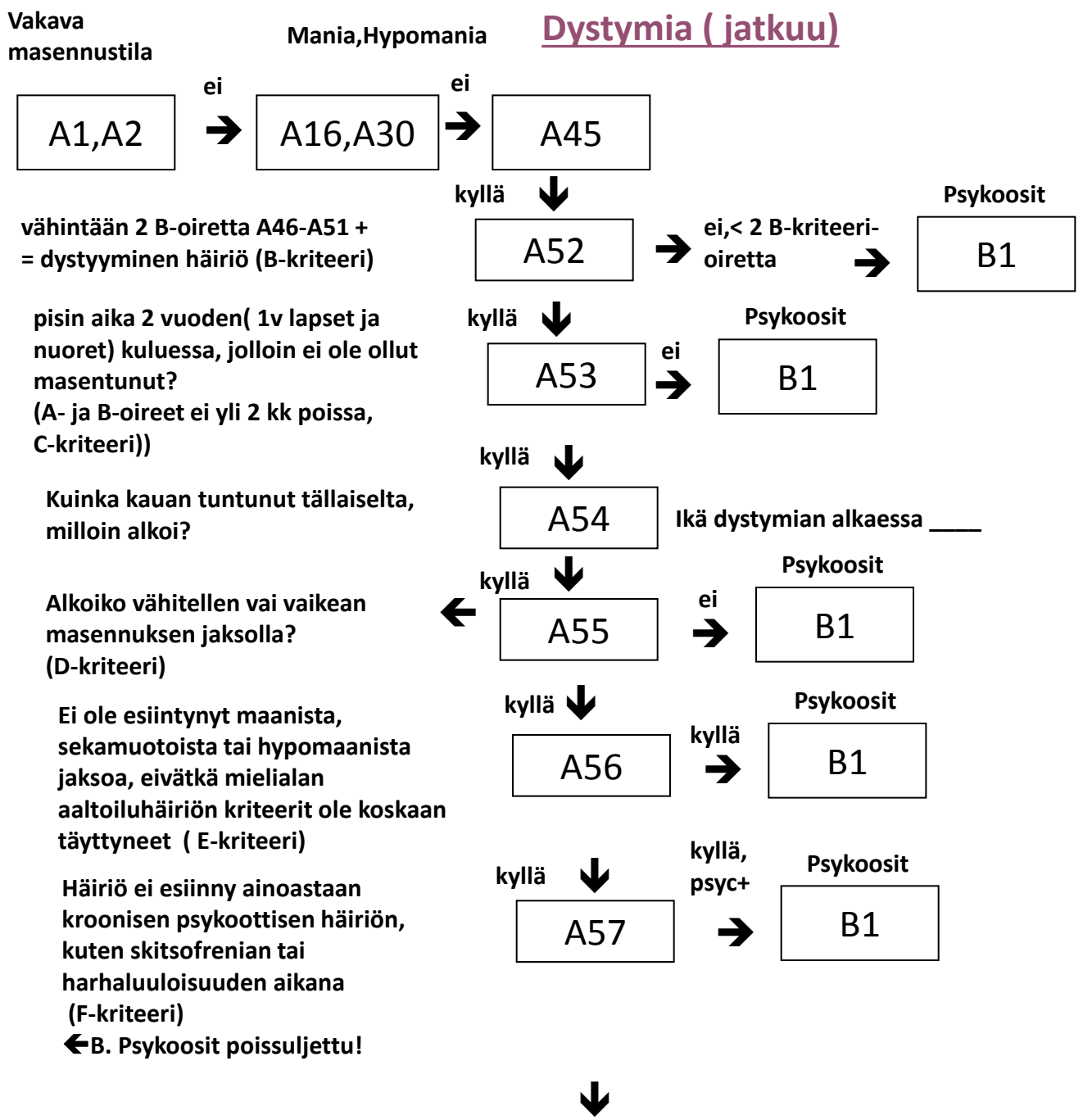
SCID I yhteenveto :

A. Mielialajaksot (1-69) :



SCID I yhteenveto :

A. Mielialajaksot (1-69) :



Vakavaa masennusjaksoa ei ole esiintynyt häiriön kahden ensimmäisen (lapset ja nuoret yhden) vuoden aikana, häiriö ei siis krooninen tai remissiossa oleva vakava masennustila.

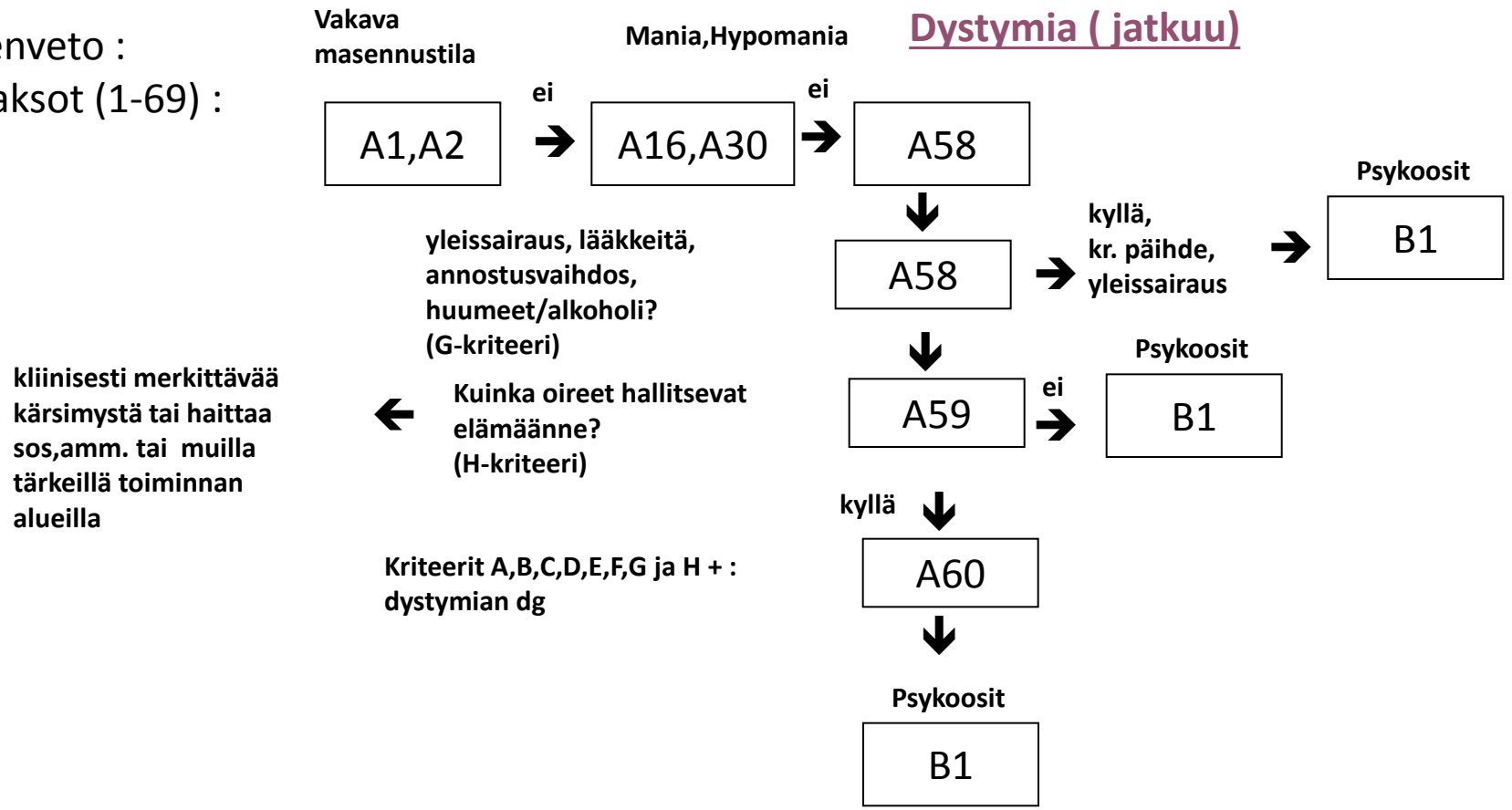
- MDD ja täydellinen remissio välissä

- DYS ja MDD voivat esiintyä samanaikaisesti

(D-kriteeri)

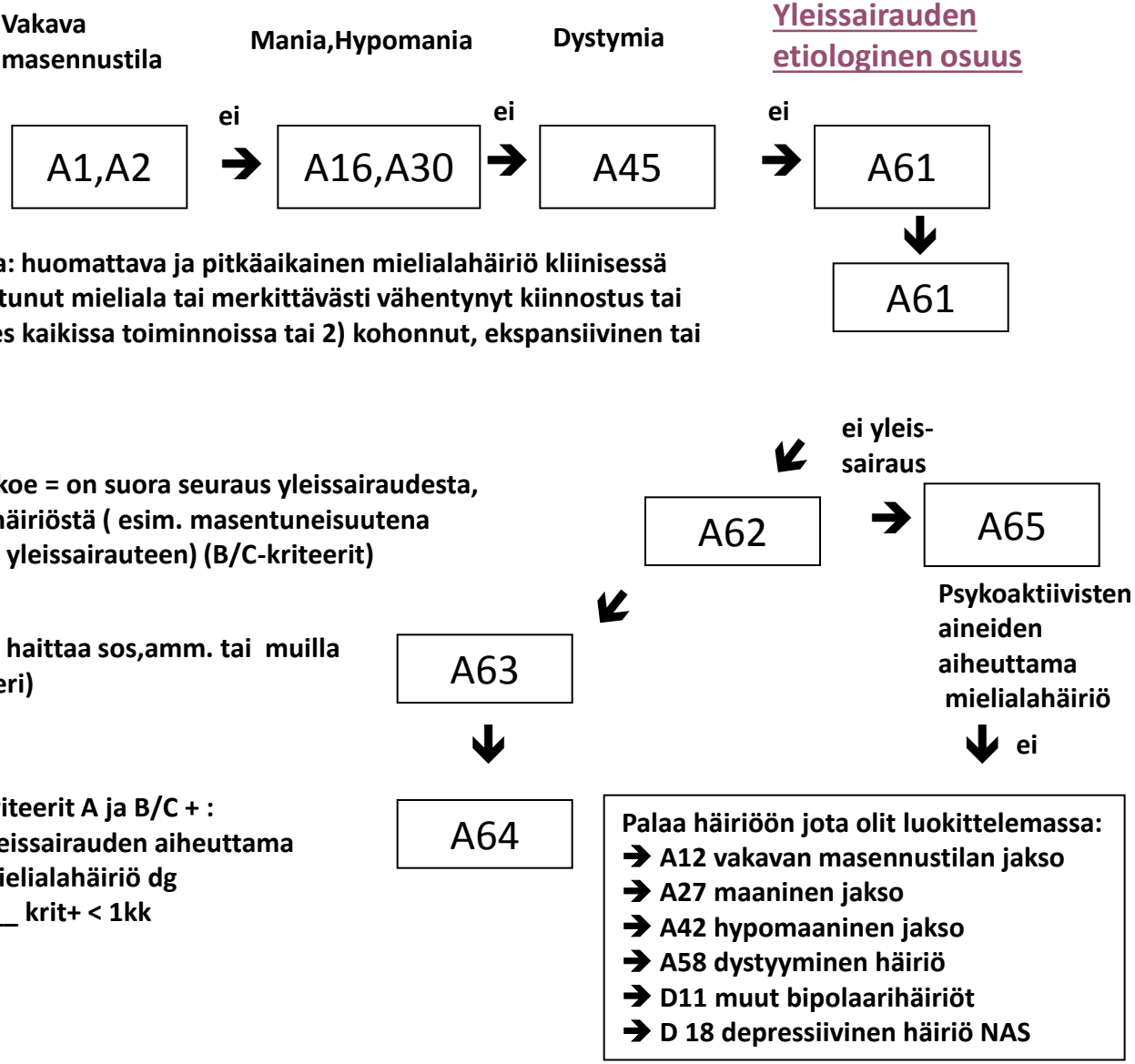
SCID I yhteenveto :

A. Mielialajaksot (1-69) :



SCID I yhteenveto :

A. Mielialajaksot (1-69) :



SCID I yhteenveto :

A. Mielialajaksot (1-69) :

Psykoaktiivisten aineiden etiologinen osuus

psykoaktiivisten aineiden aiheuttaman mielialahäiriön kriteerit: D-kriteeri, ei deliriumin aiheuttama, jätetty pois SCID:stä

Vakava masennustila | **Mania,Hypomania** | **Dystymia**

A1,A2 **ei** → A16,A30 **ei** → A45 **ei** → A65

A65

Luokittele jo saadun tiedon perusteella: huomattava ja pitkäaikainen mielialahäiriö kliinisessä kuvassa, jota hallitsevat joko 1) masentunut mieliala tai merkittävästi vähentynyt kiinnostus tai mielihyvän kokeminen kaikissa tai lähes kaikissa toiminnoissa tai 2) kohonnut, ekspansiivinen tai ärtynyt mieliala tai molemmat
(A-kriteeri)

A66

Esitiedot, somaattinen tutkimus, lab.koe , että joko 1) A-kriteerin oireet kehittyivät aineen käytön aikana tai kuukauden kuluessa käytön lopettamisesta tai 2) lääkityksen käyttö etiologisessa suhteessa häiriöön (B-kriteeri)

ei psykoaktiiviset aineet etiologisesti

A67

Häiriö ei ole jokin muu mielialahäiriö, joka ei ole psykoaktiivisen aineen aiheuttama. Näyttöä siitä että… :
1) mielialaoireet edeltävät aineen tai lääkityksen käyttöä
2) mielialaoireita esiintyy huomattavan pitkään (> 1kk) akuutin vieroituksen tai vaikean intoksikaation jälkeen
3) mielialaoireita esiintyy huomattavasti enemmän kuin aineen määrän tai sen käytön keston perusteella voisi olettaa
4) on näyttöä, joka viittaa psykoaktiivisten aineiden käytöstä riippumattoman mielialahäiriön olemassaoloon (esim. toistuvia mielialahäiriöjaksoja, jotka eivät ole liittyneet aineiden käyttöön)

ei

Palaa häiriöön jota olit luokittelemassa:
➔ A12 vakavan masennustilan jakso
➔ A27 maaninen jakso
➔ A42 hypomaaninen jakso
➔ A58 dystyyminen häiriö
➔ D11 muut bipolaarihäiriöt
➔ D 18 depressiivinen häiriö NAS

A68

kliinisesti merkittävää kärsimystä tai haittaa sos,amm. tai muilla tärkeillä toiminnan alueilla (E-kriteeri)

A69

Kriteerit A,B,C ja E + :psykoaktiivisen aineen aiheuttama mielialahäiriö dg (alkoholi, muu aine; mielialaoireen tyyppi: depressiivinen, maaninen, sekamuotoinen)
___ krit+ < 1kk

Depressiomoduli :

Depressio on yleinen oire useissa syndroomissa
vähentynyt energia, väsymys
mielenkiinnon ja
mielihyvän menetys

→

Erotusdiagnoosi:
A. Primaariset mielialaoireet
1.vakava masennustila
yksittäinen episodi
toistuva episodi
2. maanis-depressiivinen sairaus
3. dystymia
4. syklotymia
B. Muut syndroomat
5.Sopeutumishäiriö
6.Posttraumaattinen stressioireyhtymä
7.Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö
8.Päihteidenkäyttösyndrooma
9.Lääketieteellinen sairaus
10.Lääkityksen sivuvaikutukset

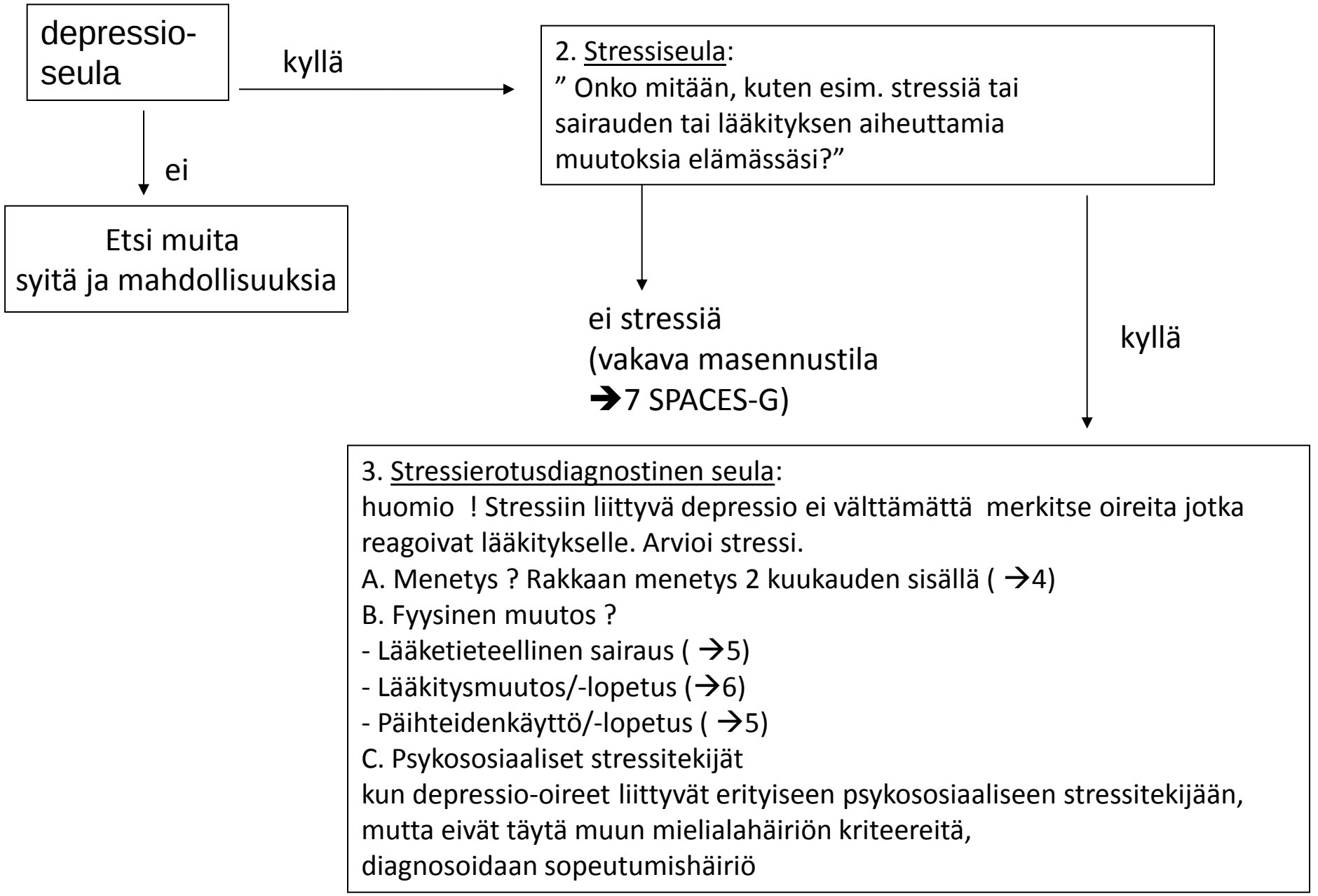
SPACES-G-seulonta

↓

1. Depressioseula :
- ” Oletteko ollut masentunut, surullinen tai allapäin suurimman osan ajasta kahden viimeisen viikon aikana ?”
- ” Oletteko kadottanut mielenkiinnon tai lopettanut tekemästä asioita, joista tavallisesti pidätte parin viimeisen viikon aikana ? ”

→ Kyllä

→ Ei


depressio-seula
kyllä
ei
Etsi muita syitä ja mahdollisuuksia
2. Stressiseula:
” Onko mitään, kuten esim. stressiä tai sairauden tai lääkityksen aiheuttamia muutoksia elämässäsi?”
ei stressiä (vakava masennustila ➔7 SPACES-G)
kyllä
3. Stressierotusdiagnostinen seula:
huomio ! Stressiin liittyvä depressio ei välttämättä merkitse oireita jotka reagoivat lääkitykselle. Arvioi stressi.
A. Menetys ? Rakkaan menetys 2 kuukauden sisällä (→4)
B. Fyysinen muutos ?
- Lääketieteellinen sairaus (→5)
- Lääkitysmuutos/-lopetus (→6)
- Päihteidenkäyttö/-lopetus (→5)
C. Psykososiaaliset stressitekijät
kun depressio-oireet liittyvät erityiseen psykososiaaliseen stressitekijään, mutta eivät täytä muun mielialahäiriön kriteereitä, diagnosoidaan sopeutumishäiriö

4. Menetykset :
Menetys on normaalia,ellei siinä ole:
- liikaa syyllisyyttä
- kuoleman ja itsemurhan ajatuksia
- huomattava psykomotorinen hidastuminen
- psykoosi

→ komplisoitu menetysreaktio :
kyllä , jos joku em:sta, niin→
(vakava masennustila
➔7 SPACES-G)

→ ei (normaali menetysreaktio. Tarkka seuranta komplisoidun menetysreaktion varalta. Tarvittaessa psykoterapiaa tai papin konsultaatiota.)

(Mikä tahansa lääketieteellinen sairaus voi aiheuttaa toimintakyvyn tai itsetunnon heikkenemistä
➔7 SPACES-G)

5. Yleiset lääketieteelliset sairaudet, jotka aiheuttavat depressiivisia oireita

A. Neurologiset sairaudet
- aivohalvaus
- pään vamma
- dementia
- aivotuumorit
- tulehdukset (HIV, kuppa)
- MS-tauti
- Parkinsonin tauti
- Huntingtonin tauti

B. Endokrinologiset sairaudet
- Addisonin tauti
- Cushingin tauti
- Hypo-tai hypertyreoidismi
- Hypo- tai hyperparatyreoidismi

C. Syövät
- haimasyöpä

D. Metaboliset sairaudet
- B12-vitamiini-, folaattipuutokset

E. Kuukautishäiriöön liittyvät sairaudet
- kk-kierron premenstruaalivaihe
-menopaussi
- synnytyksen jälkeinen tila

F. Muut syyt
- Systeeminen lupus erythematosis
- Fibromyalgia
- Krooninen väsymysoireyhtymä

→ ➔ mikäli ym., ensilinjan hoito on lääketieteellisen sairauden interventio; mikäli depression jäännösoireita (niin arvioi vakava masennustila➔7 SPACES-G)

6. Lääkitysmuutos/lopetus ja Depressio-oireet

A. Verenpainelääkkeet
- alfametyldopa
- asetatsoamidi

B. Vatsahaavalääkkeet
- simetadiini
- ranitidiini

C. Muut lääkitykset
- interferoni-alfa
- isotretinoinivoide
- HMG-reduktaasi-inhibiittori(statiinit)

D. Päihteidenkäyttö
- alkoholi
- bentsodiatsepiiinit
- barbituraatit

E. Hormonit
- kortikosteroidit
- ehkäisypillerit
- anaboliset steroidit
- estrogeenit

F. Psykotrooppiset aineet
- bentsodiatsepiinit
- neuroleptit

G. Lääkkeiden lopetus
- stimulantit
- amfetamiinit
- kokaiini

huomio! b-salpaajiin ei näyttäisi assosioituvan lääkkeiden aiheuttamat depressiot

➔ Lääketieteellisen sairauden yhteydessä, jos lääkityksen epäillään aiheuttavan depressiota tai väsymystä, pitäisi lääkitys lopettaa tai vaihtaa toiseen ,mikäli se on mahdollista.

➔ Jos lääkitystä täytyy jatkaa (steroidit astmaan tai nivelreumaan, interferoni hepatiitti C:hen), niin sitten jatkuva arviointi ja depression samanaikainen hoito tarpeellisesta (vakava masennustila➔ 7 SPACES-G)

➔ Jos päihteidenkäyttöä epäillään→ Päihteidenkäyttö ja peliriippuvuus

7. Vakava masennustilaepisodi: ”SPACES-G” (suom. ”UPRKESS”)
Yksilöt jotka on seulottu positiiviseksi joko paneeli 1-kyselyssä, on yli 4 SPACES-G:n oireen ilmeneminen vakavan masennustilan kriteerit täyttävää

Sleep : lisääntynyt a,b,c / vähentynyt

Psychomotor: agitaatio a, b/ hidastuminen

Appetite/ weight: lisääntynyt/vähentynyt

Concentration: heikentynyt a,b

Energy: vähentynyt a

Suicide/ death preoccupation : suicidaalisuus/hyökkäävyys

Guilt: ylenmääräinen

a on myös yleistyneen ahdistuksen kriteeri
b on myös PTSDn kriteeri
c unettomuus voi olla alkuyön, keskiunen tai aamuyön unettomuutta

Toimintakyvyn arviointi, mielialahäiriöt, Facultas 2008

Taulukko 4
Depressio pitkittäis- ja poikittaisnäkökulmasta

Aiempi sairaushistoria
• Milloin potilaalla on ollut ensimmäinen masennusjakso? • Monesko masennusjakso nyt on meneillään? • Onko potilas ollut masennusjaksojen välillä oireeton vai onko esiintynyt jäännösoireita? • Kuinka vaikeita aiemmat masennusjaksot ovat olleet; onko niihin liittynyt psykoottisia oireita tai itsemurha-ajatuksia tai -yrityksiä? • Kuinka hyvin hoito on aiemmin tehonnut? • Onko käytössä ollut jaksojen uusiutumiselta suojaavaa ylläpitohoitoa? • Esiintyykö potilaalla psykiatrista tai somatopsykiatrista monihäiriöisyyttä?

http://www.tela.fi/

Toimintakyvyn arviointi, mielialahäiriöt, Facultas 2008

Ajankohtainen masennusjakso

- Milloin nykyisen masennusjakson esioireet alkoivat ja milloin varsinaisen masennustilan kriteerit täyttyivät ensimmäisen kerran?
- Jos vaikein vaihe on arvioinnin aikaan ohitettu, milloin ja millainen tila oli pahimmillaan?
- Täyttyvätkö depression kriteerit?
- Kuinka vaikea tila on nyt (lievä, keskivaikea, vaikea, psykoottinen)?
- Käytetyn oiremittarin pistemäärä
- Minkälaista hoitoa potilas saa?
- Voidaanko hoitoa vielä tehostaa?

http://www.tela.fi/

TABLE 3–3. Probabilistic approach to bipolar depression proposed by the Task Force on Diagnostic Guidelines of the International Society for Bipolar Disorders

Bipolar I depression more likely if ≥5:	Unipolar depression more likely if ≥4:
Symptomatology	
Hypersomnia	Insomnia
Hyperphagia	Decreased appetite
Psychomotor retardation	Psychomotor agitation
Other "atypical" symptoms	
Psychosis and/or pathological guilt	Somatic complaints
Mood lability or manic symptoms	
Course of illness	
Earlier onset (<25 years)	Later onset (>25 years)
Multiple depressions (≥5 episodes)	Long current depression (>6 months)
Family history	
Bipolar disorder	No bipolar disorder

Note. Confirmation of specific numbers requires further study.
Source. Adapted from Mitchell et al. 2008.

TA Ketter, ed, Handbook of Diagnosis and Treatment of Bipolar Diseases, 2010, American Psychiatric Association, Inc: Washington

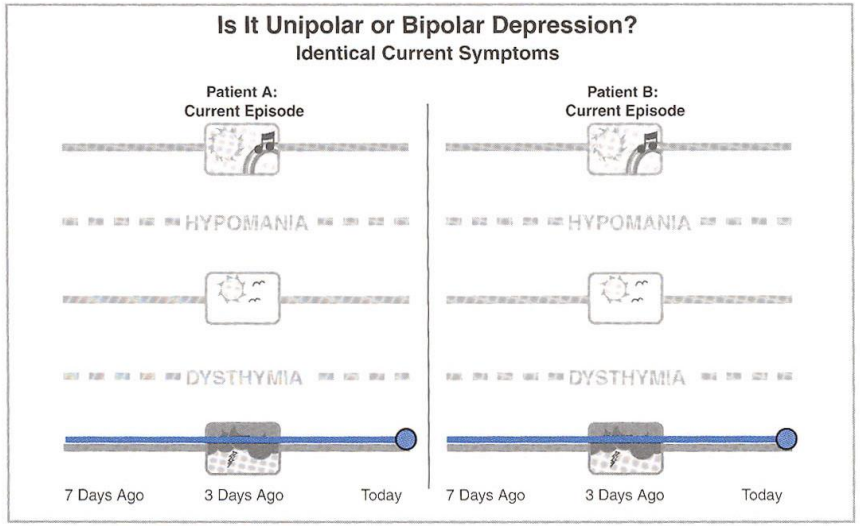


FIGURE 11-23 Unipolar versus bipolar depression presentation. The presenting symptoms of a major depressive episode in bipolar illness (Patient B) may be indistinguishable from those of a major depressive episode in unipolar depression (Patient A). Thus, the current presentation is not sufficient for making the differential diagnosis. The additional information needed includes family history, symptom and treatment-response history, and feedback from a friend or relative.

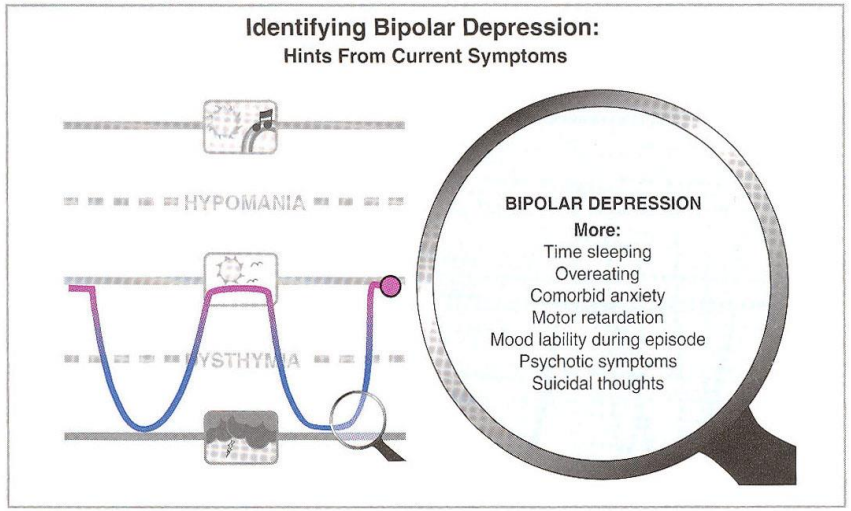


FIGURE 11-25 Bipolar depression symptoms. Although all symptoms of a major depressive episode can occur in either unipolar or bipolar depression, some symptoms may present more often in bipolar versus unipolar depression, providing hints if not diagnostic certainty that the patient has a bipolar spectrum disorder. These symptoms include increased time sleeping, overeating, comorbid anxiety, psychomotor retardation, mood lability during episodes, psychotic symptoms, and suicidal thoughts.

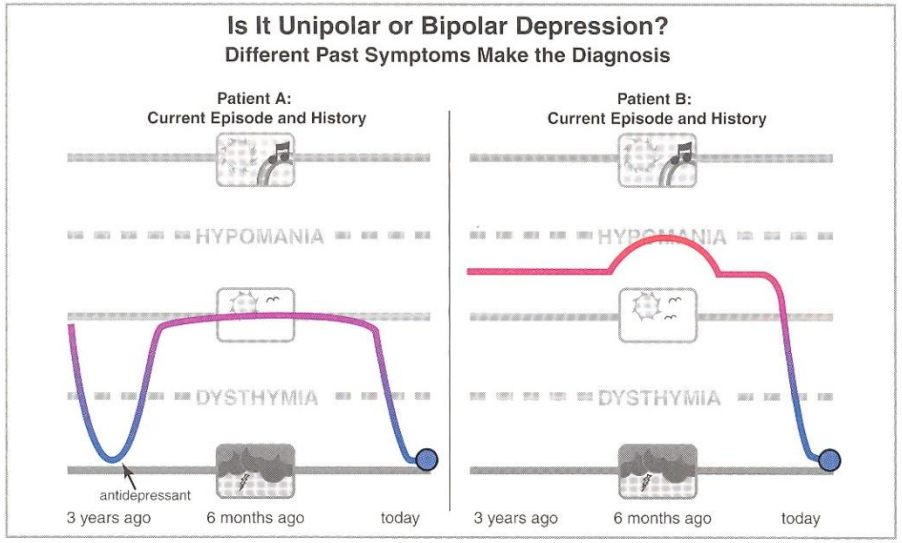


FIGURE 11-24 Unipolar versus bipolar depression history. Patterns of past symptoms as well as treatment-response history may aid in distinguishing between unipolar and bipolar illness. As shown here, although Patients A and B both present with major depressive episodes, they have divergent histories that suggest a unipolar illness for Patient A and a bipolar illness for Patient B.

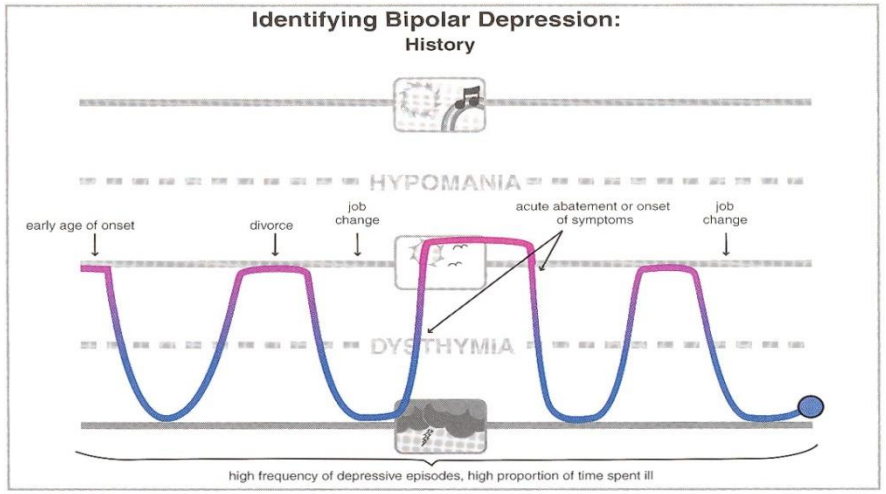


FIGURE 11-26 Identifying bipolar depression: history. Even in the absence of any previous (hypo)manic episodes, there are often specific hints in the untreated course of illness that suggest depression as part of the bipolar spectrum. These include early age of onset, high frequency of depressive episodes, high proportion of time spent ill, acute onset or abatement of symptoms, and behavioral symptoms such as frequent job or relationship changes.

S Stahl, 2008

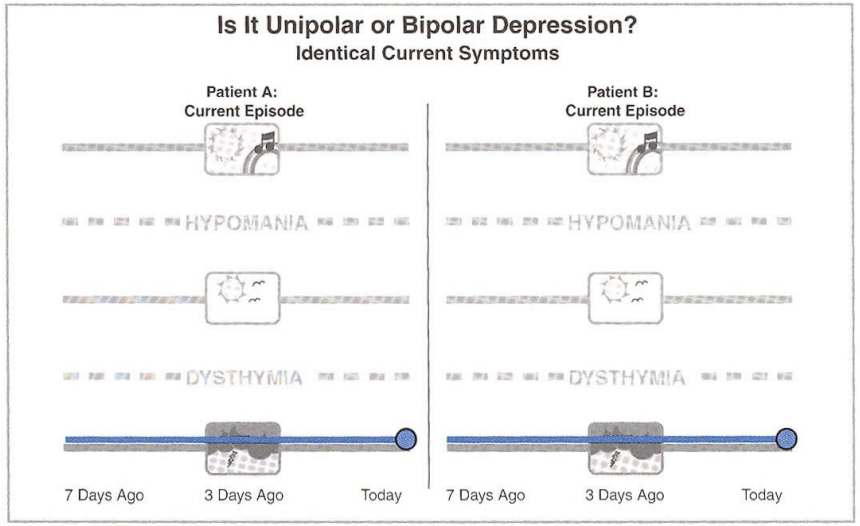


FIGURE 11-23 Unipolar versus bipolar depression presentation. The presenting symptoms of a major depressive episode in bipolar illness (Patient B) may be indistinguishable from those of a major depressive episode in unipolar depression (Patient A). Thus, the current presentation is not sufficient for making the differential diagnosis. The additional information needed includes family history, symptom and treatment-response history, and feedback from a friend or relative.

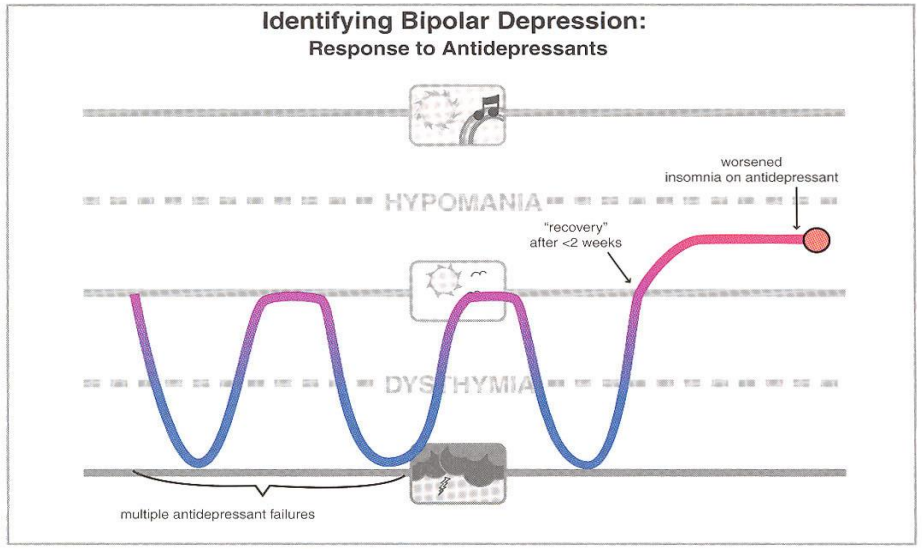


FIGURE 11-27 Identifying bipolar depression: response to antidepressants. Treatment-response history, particularly prior response to antidepressants, may provide insight into whether depression is unipolar or bipolar. Prior responses that suggest bipolar depression may include multiple antidepressant failures, rapid response to an antidepressant, and activating side effects such as insomnia, agitation, and anxiety.

BP I hypomania hoitamaton 1kk → 75% mania
BP I subsyndr depressio - ” - 1kk → 40 % depressio
(Keller et al, 1992)

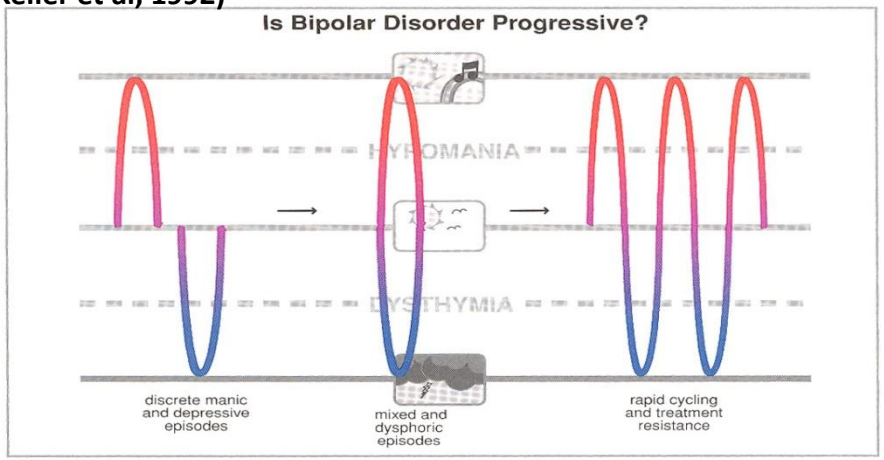


FIGURE 11-29 Is bipolar disorder progressive? There is some concern that undertreatment of discrete manic and depressive episodes may progress to mixed and dysphoric episodes and finally to rapid cycling and treatment resistance.

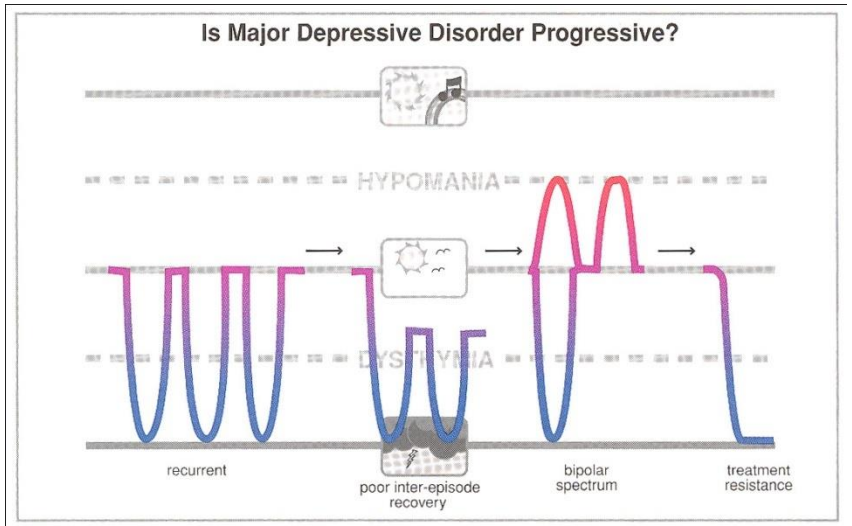


FIGURE 11-28 Is major depressive disorder progressive? A currently unanswered question is whether mood disorders are progressive. Does undertreatment of unipolar depression, in which residual symptoms persist and relapses occur, lead to progressive worsening of illness, such as more frequent recurrences and poor inter-episode recovery? And can this ultimately progress to a bipolar spectrum condition and finally treatment resistance?

USA: estolääkitys 1.manian jälkeen, Eurooppa: 2.-3- manian jälkeen

S Stahl, 2008

Toimintakyvyn arviointi, mielialahäiriöt, Facultas 2008

- **Depression lääkehoito**
- Masennustilan ja toistuvan masennustilan hoito **masennuslääkkein** on yleensä sitä tärkeämpää, **mitä vaikeammasta depressiosta on kysymys**.
- Jos **potilaan toimintakyky** on depression vuoksi **pidempiaikaisesti heikentynyt**, on samanaikainen **masennuslääkehoito** useimmiten **aiheellinen**, vaikka potilas saisi asianmukaista psykoterapeuttista hoitoa.
- **Hoitomyöntyvyyden ongelmat** ovat keskeinen hoidon tuloksellisuutta rajoittava tekijä.
- **Ensimmäisen masennuslääkehoidon yhteydessä** noin **kaksi kolmasosaa lääkettä** säännöllisesti käyttävistä toipuu kokonaan tai osittain oireettomaksi ja **noin kolmasosa ei hyödy ensimmäisestä hoitoyrityksestä**.
- Masentuneen potilaan tilaa on akuuttivaiheessa seurattava säännöllisin tapaamisin 1–2 viikon välein ja tarvittaessa tiiviimminkin, jos esimerkiksi itsemurhariski arvioidaan suurentuneeksi.
- Seurantatapaamisissa on suositeltavaa kartoittaa potilaan tilaa arviointiasteikkojen (esimerkiksi MADRS* tai Hamiltonin depressioasteikko) tai kyselylomakkeiden (esimerkiksi Beckin depressioasteikko) avulla.

* Yl Juha Kemppisen lisäys

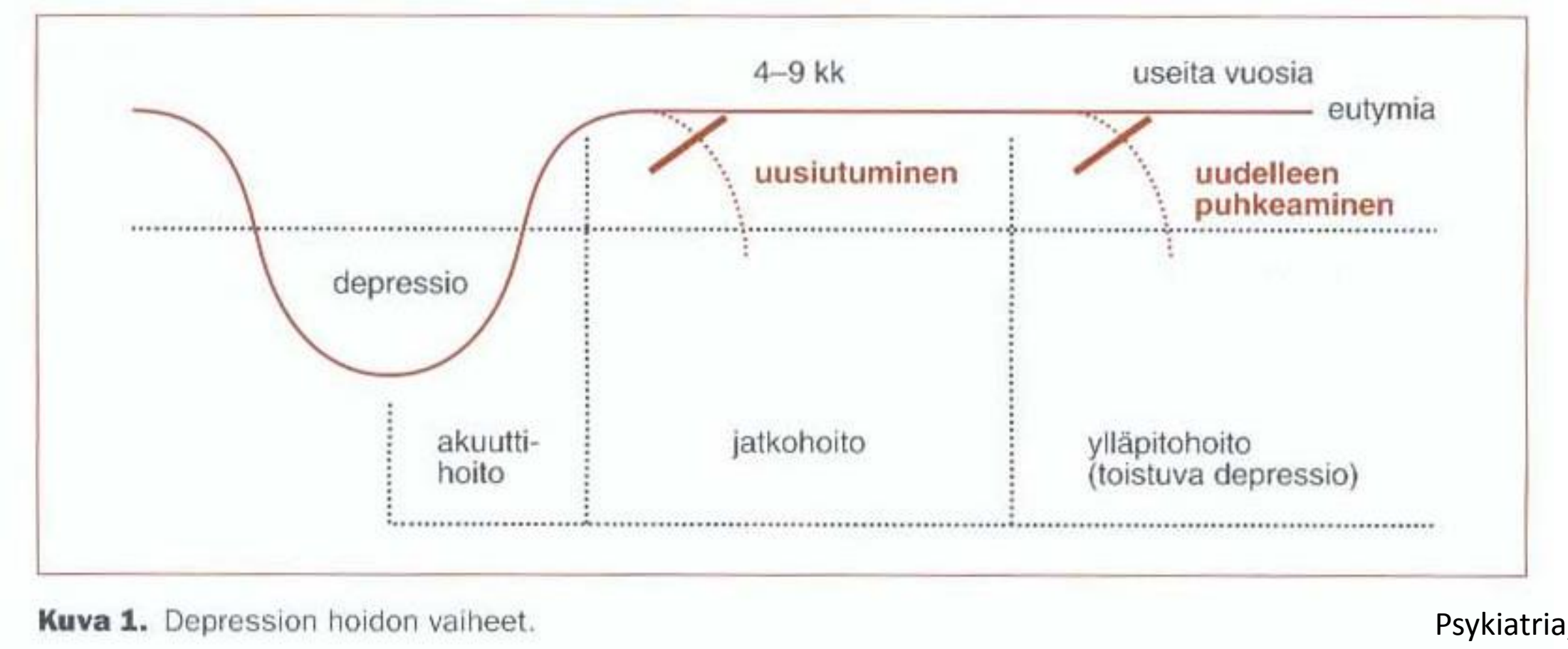
http://www.tela.fi/

3. Depression hoito

Yl juha kemppinen


TÄMÄ ON "MASENNUS-ASENTONI"
KUN ON MASENTUNUT, NIIN OIKEA ASENTO MERKITSEE HYVIN PALJON...
10-13
PAHINTA ON SUORISTAA SELKÄNSÄ JA NOSTAA PÄÄNSÄ PYSTYYN, KOSKA SILLOIN ALKAA TUNTEA OLONSA PAREMMAKSI...
JOS HALUAA SAADA MASENNUKSESTAAN ILOA, ON SEISTAVA JUURI NÄIN...

Depression hoidon vaiheet: akuutti-, jatko- ja ylläpitohoito

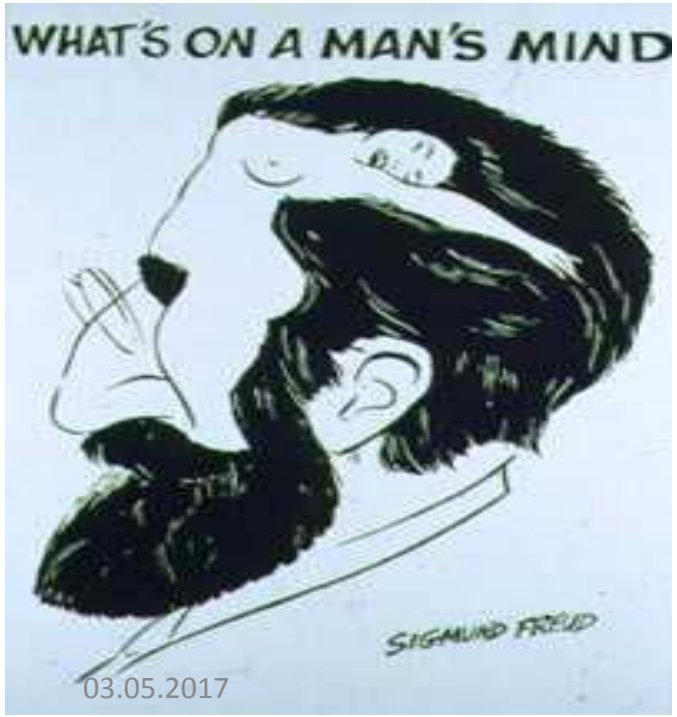


Kuva 1. Depression hoidon vaiheet.

Psykiatria, 2007

Ihmisen käyttäytymisen muutoksessa vaikuttavat :





Epäspesifit muuttujat :

1. Tuliko minulle tunne ymmärretyksi tulemisesta ?

2. Kunnioitettiinko minun avunpyyntöä ja tavoitteitani terapiaistunnossa tai kuntoutustapahtumassa?

3. Oliko minuun kohdistunut mielenkiinto aitoa ja autenttista?

4. Synnyttikö terapiaistunto tai kuntoutus-tapahtuma minussa toivoa muutoksesta ja sen mahdollisuudesta?

5. Tarjosiko terapiaistunto/kuntoutus-tapahtuma vaihtoehtoisen selityksen (toteutettavissa minun resursseillani) ongelmilleni?

Toimintakyvyn arviointi, mielialahäiriöt, Facultas 2008

Taulukko 6
Kysymyksiä, joilla potilasta pyydetään kuvaamaan omaa toimintaansa.

Kerro lyhyesti omin sanoin tavallisesta arkipäivästäsi viime aikoina. Kuvaa myös päivän aikataulu, ainakin suurin piirtein. Kerro mielellään jotakin seuraavista asioista:
• Nukkuminen • Syöminen ja juominen • Päihteiden käyttö • Puhtaudesta huolehtiminen • Kotityöt • Työt kodin ulkopuolella • Toisista – ihmisistä tai eläimistä – huolehtiminen • Yhteydenpito muihin ihmisiin • Liikkuminen kotona ja kodin ulkopuolella • Asiointi – laskujen maksu tai ajanvaraus lääkärille • Harrastukset – lehtien luku, kirjat, radio, televisio, internet
Mainitse myös, mitä tavallisia päivittäisiä askareita **et** ole jaksanut viimeisten kahden viikon aikana tehdä mielialaongelmasi vuoksi.

http://www.tela.fi/

Toimintakyvyn arviointi, mielialahäiriöt, Facultas 2008

Taulukko 8
SOFAS-asteikon käyttö:

Potilaan toimintakyvyn arviointia helpottaa elämän eri alueiden arviointi erikseen. Vasta tämän jälkeen arvioidaan kokonaispistemäärä. Huomaa, että tarkastelu tehdään jokaisen alueen osalta jatkumolla erinomaisesta toimintakyvystä huomattavasti heikentyneeseen toimintakykyyn. Eri alueiden pistemääristä ei lasketa keskiarvoja tms., vaan saadut tulokset sopeutetaan varsinaiselle SOFAS-asteikolle. Toisin sanoen hyvin pieni pistemäärä jollain alueella ei välttämättä tarkoita hyvin pientä kokonaispistemäärää (esim. pitkällä sairauslomalla oleva voi olla erinomainen perheenjäsen).

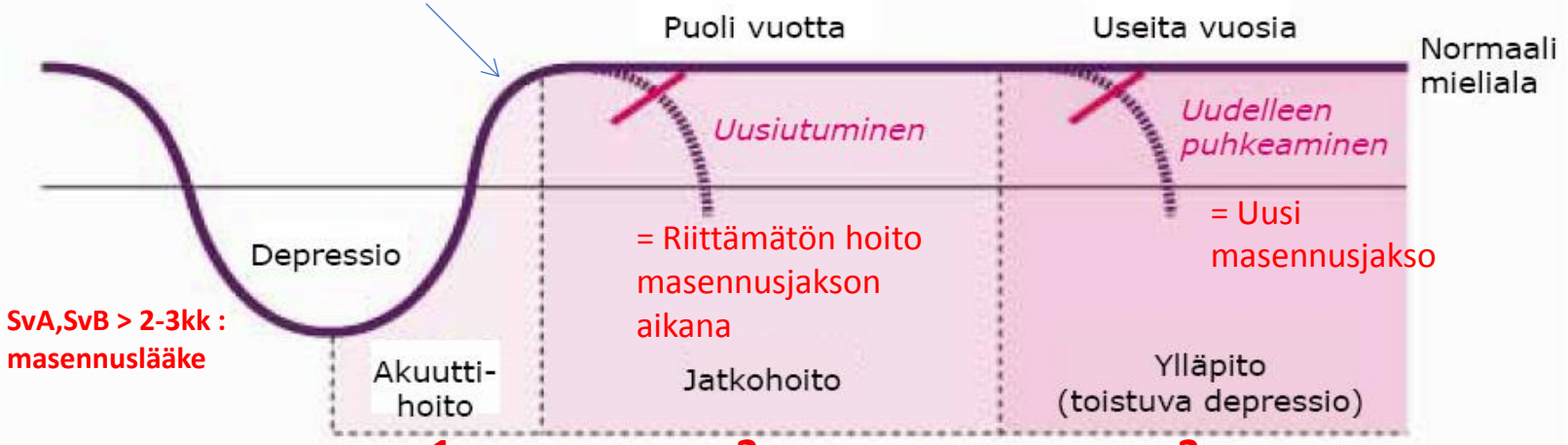
Vapaa-aika	Työ tai opiskelu	Perhe-elämä ja ihmissuhteet	Itsestä huolehtiminen
100 Harrastaa aktiivisesti ja hakee uusia harrastuskohteita.	**100** Selviytyy erinomaisesti työstään tai opiskelustaan.	**100** Perhe-elämä sujuu erinomaisesti. Perheetön tapaa ystäviään ja solmii uusia ystävyyssuhteita aktiivisesti.	**100** Huolehtii itsestään esimerkillisen hyvin.
90 Harrastaa aktiivisesti itselleen mieluisia asioita.	**90** Selviytyy hyvin työstään tai opiskelustaan.	**90** Perhe-elämä sujuu hyvin. Perheetön tapaa aktiivisesti ystäviään.	**90** Huolehtii itsestään erinomaisesti.
80 Harrastaa itselleen mieluisia asioita jaksamisensa mukaan.	**80** Vain vähäistä tai tilapäistä heikentymistä työssä tai opiskelussa.	**80** Vähäisiä vaikeuksia perhe-elämään osallistumisessa, mutta yleensä jaksaa olla kaikessa mukana. Perheetön tapaa usein ystäviään.	**80** Huolehtii itsestään hyvin.
70 Jättää toisinaan harrastuskertoja pois.	**70** Lieviä vaikeuksia työssä tai opiskelussa. Yleensä selviytyy tehtävistään hyvin.	**70** Perhe-elämään osallistuminen on ajoittain rasittavaa. Perheetön tapaa ystäviään, mutta ajoittain ei jaksa osallistua kaikkiin tapaamisiin.	**70** Itsestä huolehtiminen raskasta, mutta suoriutuu siitä.
60 Jättää toistuvasti harrastuskertoja pois.	**60** Työn tai opiskelun edellyttämä toimintakyky heikentynyt kohtalaisesti.	**60** Perhe-elämään osallistuminen on rasittavaa; riitoja ajoittain. Perheetön ei useimmiten jaksa tavata ystäviään.	**60** Itsestä huolehtimisessa harvoin puutteita.
50 Ei jaksa harrastaa mitään.	**50** Vakavia vaikeuksia selvitä työstä tai opiskelusta.	**50** Perhe-elämä on hyvin rasittavaa tai riitoja esiintyy usein. Perheetön ei tapaa ystäviään.	**50** Itsestä huolehtimisessa ajoittaisia puutteita.
	40 Useimmiten työkyvytön.	**40** Vaikeuksia olla perheen kanssa tai riitoja tulee päivittäin. Perheetön välttelee ystäviään.	**40** Itsestä huolehtimisessa toistuvia puutteita.
		30 Eristäytyy perheestä tai ystävistään.	**30** Itsestä huolehtimisessa jatkuvasti puutteita. Pysyttelee vuoteessa.
			20 Itsestä huolehtiminen ylivoimaista.
			10 Ei pysty huolehtimaan henkilökohtaisesta hygieniastaan lainkaan.

http://www.tela.fi/

Depression Käypä Hoito-suositus 2010

- 40-50% oireiden häviäminen 6-8 viikkoa
- yli 30 % ei reagoi masennuslääkitykselle 8-12 vkon aikana
- yli 50% ei saavuta taudin remissiota = jää oireita

Akuuttihoidon varsinaisena tavoitteena on täydellinen tai lähes täydellinen oireettomuus



SvA,SvB > 2-3kk : masennuslääke

Hoidon 3 vaihetta:

KUVA 1. Depression hoidon vaiheet.

+ 6 kk masennuslääke

+ 6 kk seuranta

+ harhaluulot ja/tai hallusinaatiot

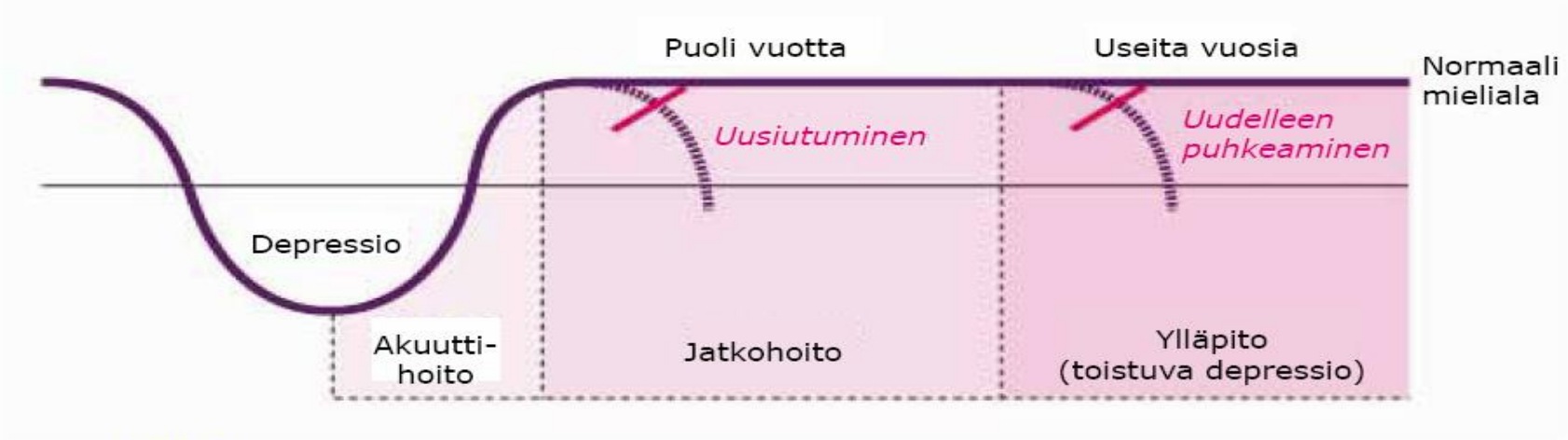
TAULUKKO 2. Depression vaikeusaste ja akuuttivaiheen hoitomuodot.

Hoitomuoto	Lievä	Keskivaikea	Vaikea	Psykoottinen
Psykoterapia	+	+	(+)	–
Masennuslääkkeet	+	+	+	+
Psykoosilääkkeet (masennuslääkkeen ohella)	–	–	–	+
Sähköhoito (ECT)	–	–	+	+

MADRS **15-24 pistettä** **25-30 p** **31-43 p** **” > 44 p ”**

➔ Työ- ja toimintakyky alenee

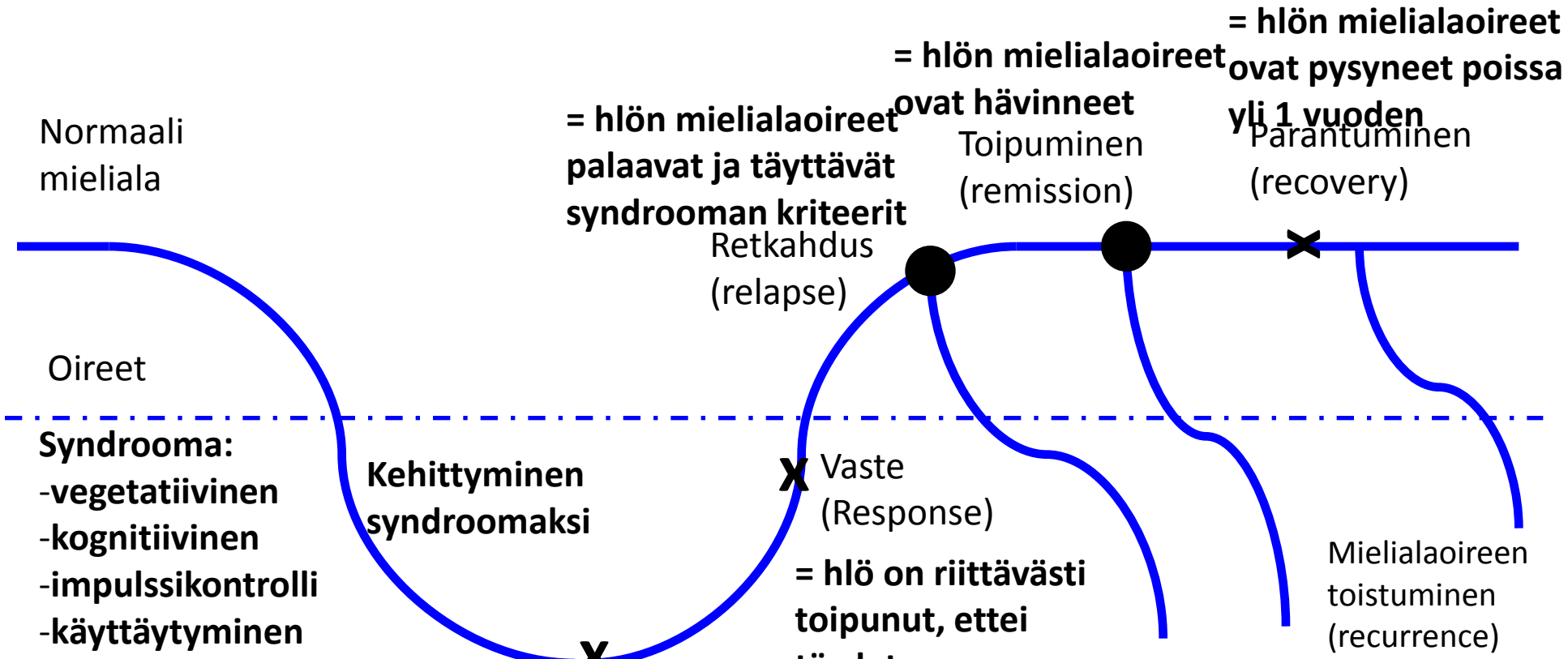
Masennuksen hoito



KUVA 1. Depression hoidon vaiheet.

- *Hoidon suunnittelu ja seuranta*
- Hoidon lähtökohta on depression diagnosointi.
- – Depression hoito jaetaan kolmeen vaiheeseen,
- 1. **akuuttivaihe**,
  - tavoitteena oireettomuus, kestää tämän tavoitteen saavuttamiseen asti
- 2. **jatkohoito**, tavoitteena estää oireiden palaaminen (uusiutuminen, relapsi) ja
- 3. **ylläpitohoito**, tavoitteena ehkäistä uuden sairausjakson puhkeaminen.

Mielialaoireet ja niiden luonnollinen kulku

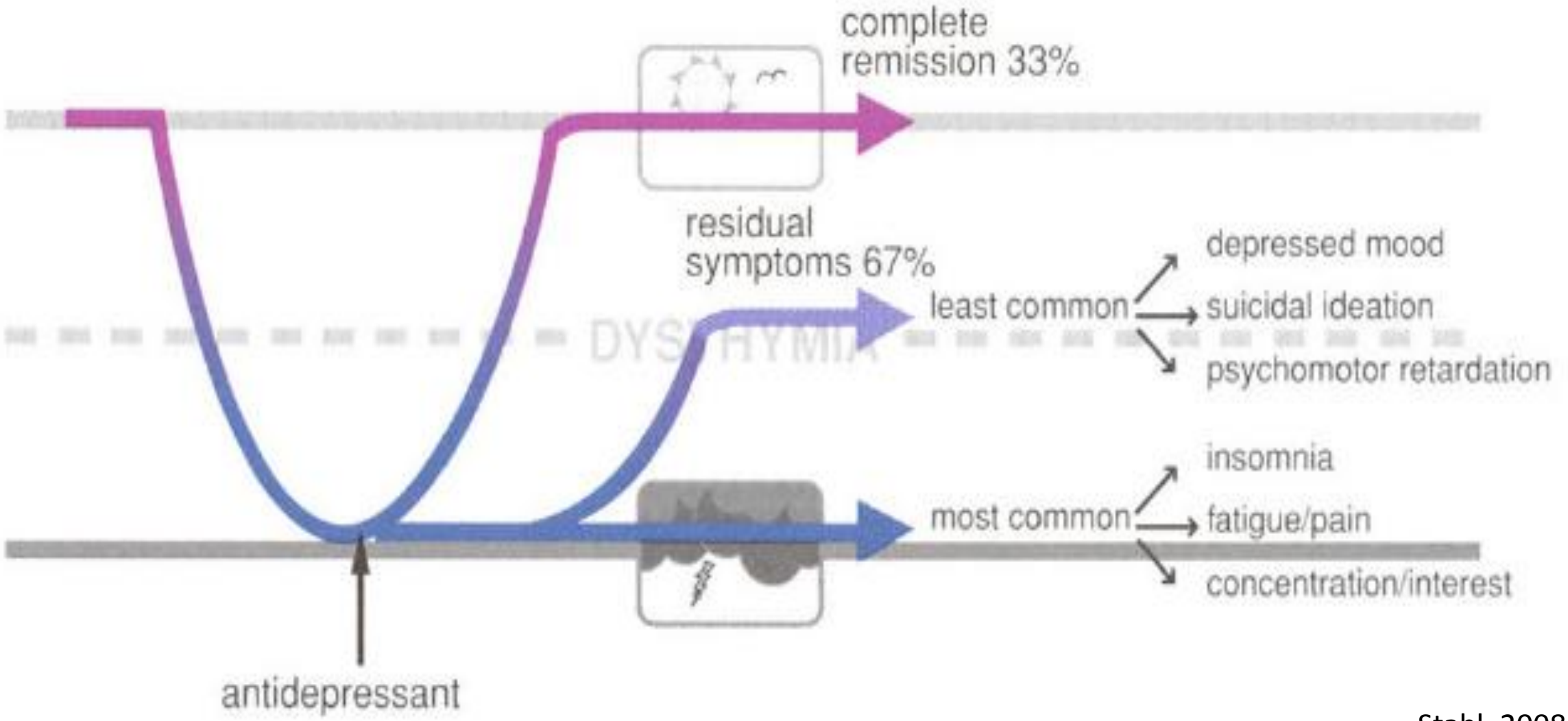


- Vähentynyt energiantunne?
- Väsymys?
- Mielenkiinnon tai mielihyvän menettäminen tavallisiin aktiviteetteihin?
-Ärtymys tai masennus 2 viikon ajan
-Univaikeuksia?
-Aamuyön heräämisiä?

= hlö on riittävästi toipunut, ettei täydet syndrooman (tietyn dg:n) täyttävät oireet, mutta ei täysin toipunut

Yli 3 kertaa masennus elämän aikana toistunut, eli kyseessä on krooninen masennus.
-vakava depressio 15% tekee itsemurhan, 1/7
-70% on edeltävän 6 viikon aikana käynyt terveyskeskuslääkärillä

Depression lääkehoito:



Stahl, 2008

Depression lääkehoito:

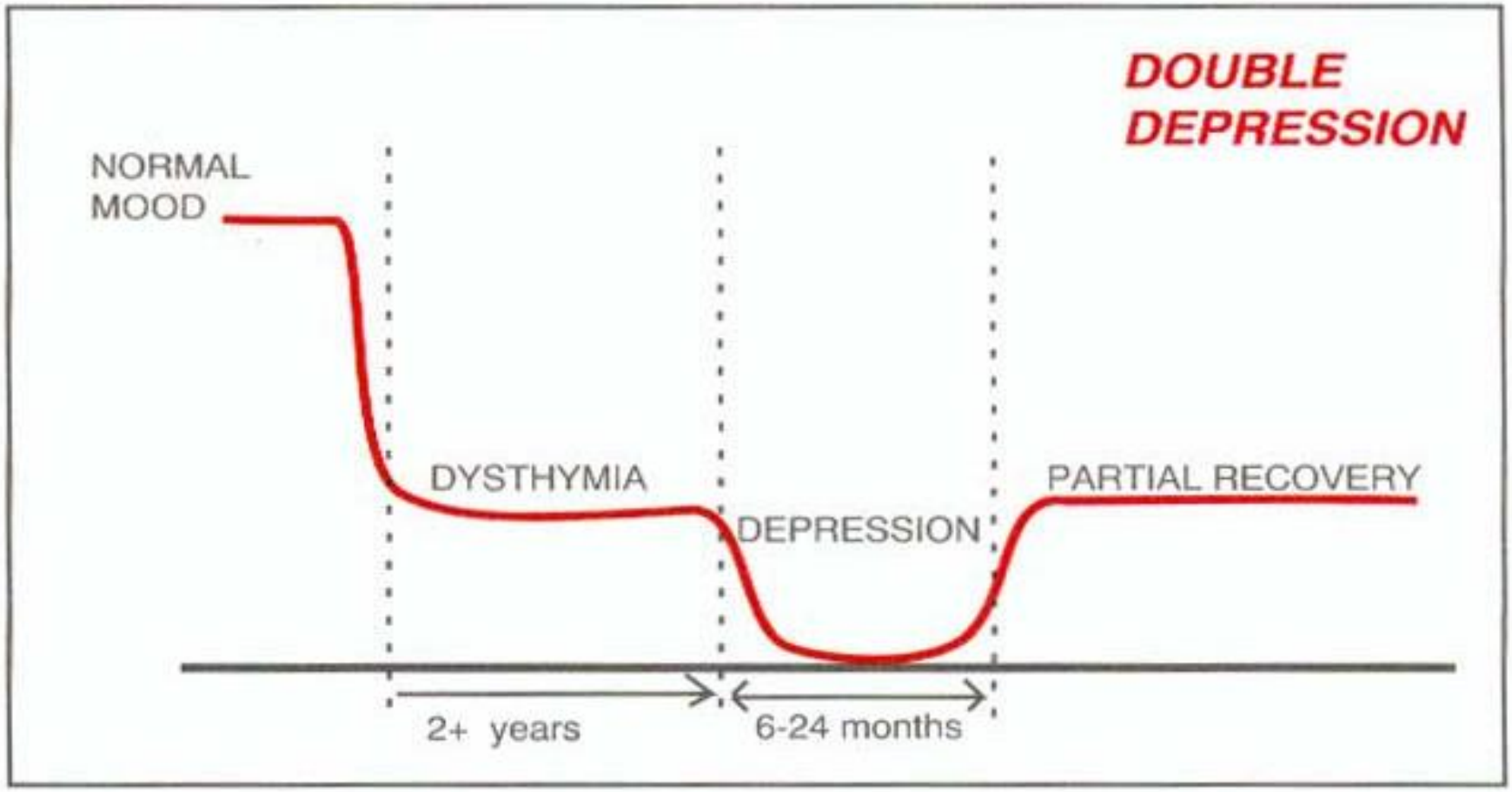


FIGURE 5–8. **Double depression** is a syndrome characterized by oscillation between episodes of major depression and periods of partial recovery or dysthymia.

Stahl, 2008

Depression erotusdiagnoosi: psykiatriset

Taulukko 3. Depression vaikeusaste ja akuuttivaiheen hoito.

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

Depression Käypä Hoito

Depression hoito: lääke

Masennuslääkeryhmät

Esimerkkejä lääkeaineryhmittäin:

SSRI-lääkkeet
- essitalopraami
- fluoksetiini
- fluvoksamiini
- paroksetiini
- sertraliini
- sitalopraami

SNRI-lääkkeet
- duloksetiini
- milnasipraani
- venlafaksiini

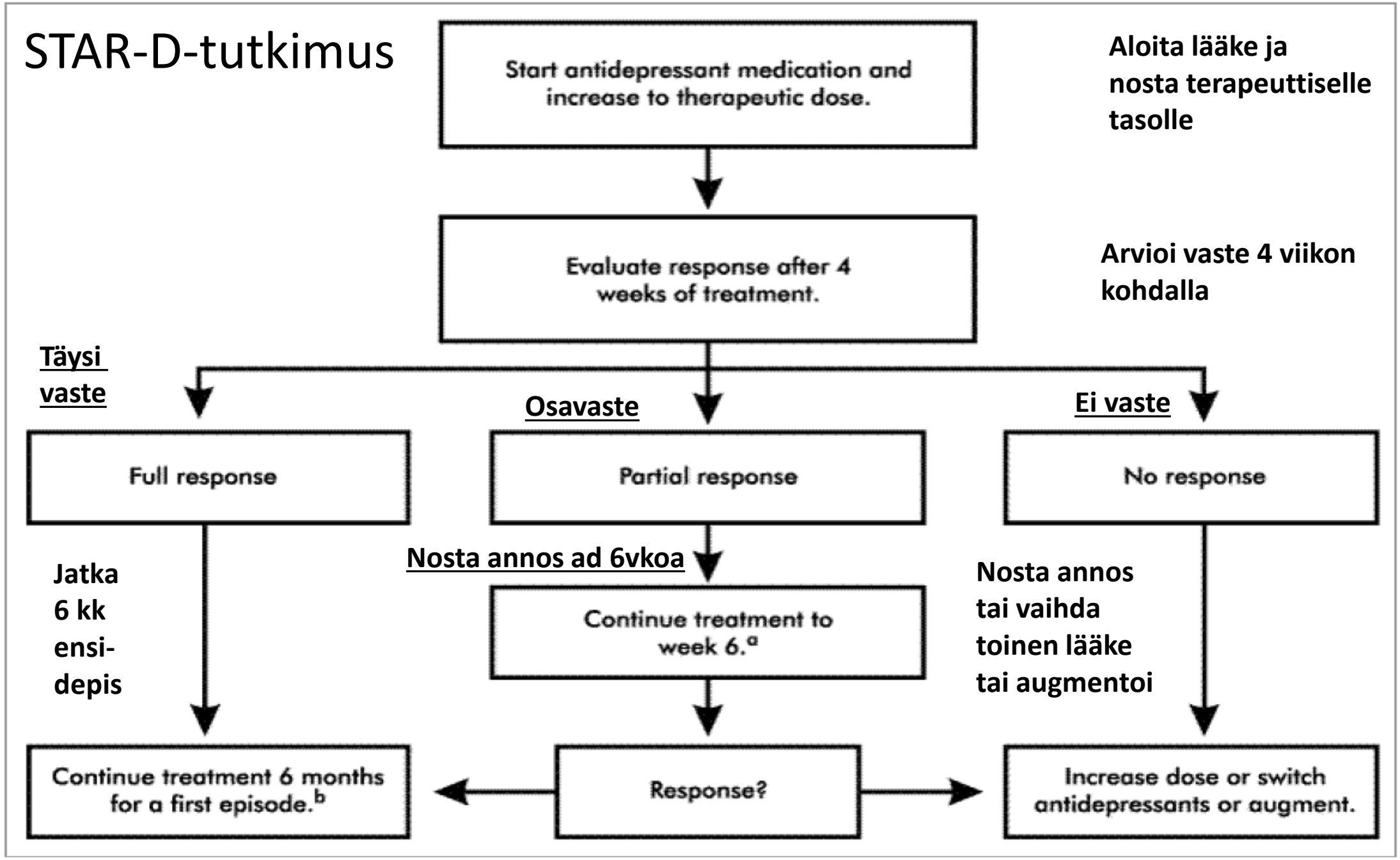
Trisykliset
- amitriptyliini

Muut
- mirtatsapiini
- moklobemidi
- reboksetiini

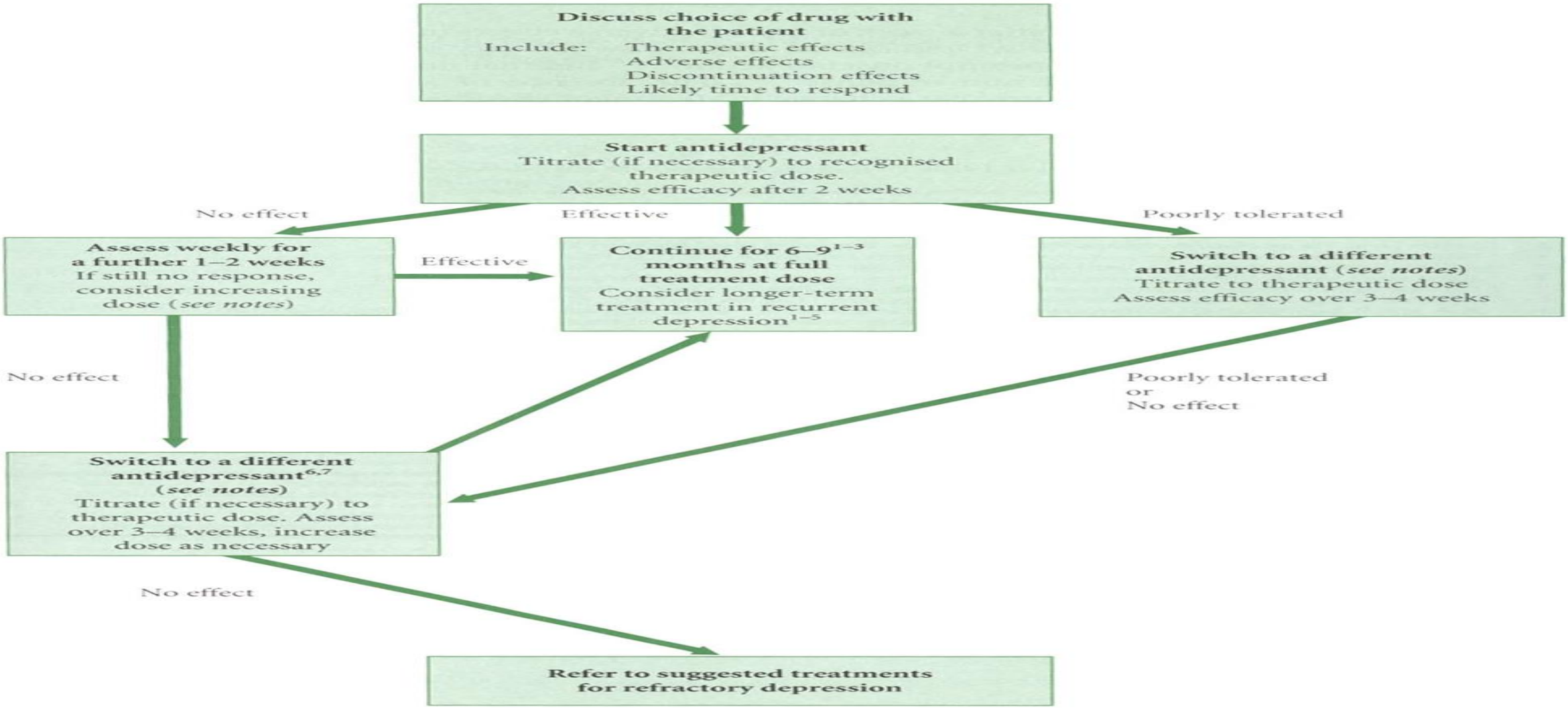
- Voxra
- Valdoxan
- Brintellix

Depression Käypä Hoito

STAR-D-tutkimus



Drug treatment of depression



Notes

- Tools such as the Montgomery–Asberg Depression Rating Scale[8] and the Hamilton Depression Rating Scale[9] are recommended to assess drug effect.

Maudsley, 2009

PSYCHIATRIC NEWS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION
Medical leadership for mind, brain and body.

Enter Search Term
Anywhere
Search

Clinical and Research News

Maintenance Antidepressants May Offer Only Modest Protection Against Relapse

Duloksetiini (cymbalta) ja fluoksetiini (seronil, seromex)

Nick Zagorski

Published online: May 01, 2017

An analysis of four large discontinuation trials of duloxetine or fluoxetine suggests patients who continued or discontinued treatment may have similar relapse trajectories.

Mitä potilaalle tulee kertoa psyykenlääkkeestä?

1. Lääkkeen nimi (kauppanimi ja kemiallinen nimi)
2. Lääkkeen käyttötarkoitus (sairaustilan hoito, oireen lievittäminen ja lääkkeen ottamisen tärkeys)
3. Miten lääkkeen hoitovaikutus ilmenee ja mitä tehdä jos lääke ei tunnu auttavan
4. Koska ja kuinka lääke tulee ottaa – vuorokauden aika, ennen vai jälkeen aterioiden)
5. Mitä tulee tehdä, jos annos jää ottamatta
6. Kuinka kauan lääkettä on tarkoitus käyttää

Jenkins SC et al: A Pocket Reference to Psychiatrists.3.p., American Psychiatric Press, Washington DC,2001

Mitä potilaalle tulee kertoa psyykenlääkkeestä?

7. Potilaan kannalta tärkeät mahdolliset haittavaikutukset sekä kuinka niihin tulee suhtautua
8. Lääkkeen mahdolliset vaikutukset autolla ajoon, työhön tms. – ja mitä varotoimenpiteitä tulee tämän vuoksi tehdä.
9. Interaktiot alkoholin ja muiden lääkkeiden kanssa.
10. Lääkkeen käytön aiheuttamat kulut.
11. Vastaavien muiden lääkkeiden annossuhteet.
12. Koska lääkkeen vaikutus alkaa ilmetä.
13. Mitä laboratoriotutkimuksia tarvitaan.
14. Mitä muita hoito- tai lääkevaihtoehtoja on, jos tämä lääke ei lievitä oireita.

Jenkins SC et al: A Pocket Reference to Psychiatrists.3.p.,
American Psychiatric Press, Washington DC,2001

B. Todetaan **vähintään kaksi** seuraavista oireista yli 2 viikkoa: MM VIIKKU PR
(1) Suurimman osan päivää ja useimpina jakson päivinä esiintyvä masentunut mieliala, joka on henkilölle poikkeuksellinen.
Tämä mieliala ei ole ulkoisista tekijöistä riippuvainen ja se on kestänyt vähintään kahden viikon ajan.
(2) Kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen sellaisia asioita kohtaan, joista henkilö on tavallisesti ollut kiinnostunut tai jotka ovat tuottaneet hänelle mielihyvää.
(3) Vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys.
C. Jokin tai jotkut seuraavista oireista niin, että oireita on yhteensä **vähintään neljä**:
(1) itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen
(2) perusteettomat tai kohtuuttomat itsesyytökset
(3) toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen
(4) subjektiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä päättämättömyytenä tai asioiden jahkailuna
(5) psykomotorinen muutos (kiihtymys tai hidastuneisuus), joka voi olla subjektiivinen tai havaittu
(6) unihäiriöt
(7) ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos

Syndrooma (dg !)

Keskivaikea masennustila:
Ainakin 2 B-oiretta ja vähintään 6 C-oiretta
-työ,harrastukset, yks.elämä heikentävä vaikutus

Vaikea masennustila:
3 B-oiretta ja vähintään 4 C-oiretta
vaikea-asteisena
-psykomot, tuskaisuus,levottomuus
- itsemurhariski
-ei kykene työ, harrastus
-ei hallitse yks.elämä

X Vaste (Response)

Kehittyminen syndroomaksi

Mielialaoireen toistuminen (recurrence)

!

!

4-6 vkoa | **2x annos/ uusi lääke 4- 6 vkoa** | **3x depressio: pysyvä lääkitys**

akuutti hoito

jatkohoito

ylläpitohoito

Serotoniinireseptorit ja niiden vaikutus

Table 98–4 The Proposed Function of Different 5-HT Receptors

1A	Anxiety Depression Sexual behavior Appetite Aggression Pain Emesis ? obsessions Vasoconstriction
1D	Migraine Appetite Depression
2A	Vasoconstriction Migraine Anxiety
2B	Depression Sleep Hallucination Suicide
2C	Appetite Anxiety Depression Learning Psychosis
3	Emesis Anxiety Psychosis Migraine Reward
4	Muscle contraction, gut and heart Learning Cognition Anxiety Sleep Emesis
5	Unknown
6	OCD?
7	Circadian rhythms

Source: Dubovsky SL, and Thomas M (1995) Serotonergic mechanisms and current and future psychiatric practice. J Clin Psychiatr 56(2), 38–48.

Tasman et al, 2011

Serotoniinireseptorit ja niiden tavallisin sivuvaikutus

Table 98–5 Common Reported Side Effects of Antidepressant Medications

SSRI	SNRI	Mirtazepine	Nefazodone	Bupropion	MAOI	TCA
Headache	SSRI side effects	Increased appetite	Sedation	Numbness	Hypertension	Dry mouth
Nausea	Dry mouth	Weight gain	Liver failure	Dizziness	Initial anxiety	Blurred vision
Decreased motivation	Constipation	Sedation	Fatigue	Spaciness	Weight gain	Constipation
Insomnia	Agitation	Fatigue	Ataxia	Seizures (in high doses)	Insomnia	Weight gain
Fatigue	Diaphoresis		Dry mouth	Ataxia	Dry mouth	Fatigue
Ejaculatory dysfunction	Increased blood pressure		Constipation		Blurred vision	Sedation
Anorgasmia	Weight gain?				Ejaculatory dysfunction	Insomnia
Decreased libido					Anorgasmia	Hypersomnia
Weight gain?					Constipation	Ejaculatory dysfunction
					Dizziness	Initial jitteriness/ anxiety

Tasman et al, 2011

Table 2a: Prevalence of sexual dysfunction – men

	General Population (N=1410) * %	Untreated Depressed (N=55) ** %
Overall	31	62
Low Libido	15	42
Anorgasmia	8	–
Delayed Ejaculation	–	22
Premature Ejaculation	30	12
Impotence	10	46

* Adjusted from Laumann et al. (1999) [19]

** Adjusted from Kennedy et al. (1999) [20]

Table 2b: Prevalence of sexual dysfunction – women

	General Population (1749) * %	Untreated Depressed (N=79) ** %
Overall	43	61
Low Libido	32	50
Anorgasmia	26	–
Orgasm Difficulty	–	15
Trouble Lubricating	21	40
Low Arousal	–	50

* Adjusted from Laumann et al. (1999) [19]

** Adjusted from Kennedy et al. (1999) [20]

Table 3: Causes of sexual dysfunction: psychotropic medications for mood disorders *

Mood stabilizers
- Lithium
- Carbamazepine

Benzodiazepines
- Alprazolam
- Diazepam
- Clonazepam

Tricyclic antidepressants (TCAs)
- Imipramine
- Clomipramine

Monoamine oxidase inhibitors (MAOIs)
- Phenelzine

Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)
- Fluoxetine
- Sertraline
- Paroxetine
- Fluvoxamine
- Citalopram

Other
- Venlafaxine

* Hirschfeld (1999) [22]

Table 6: Pharmacotherapy for SSRI-induced anorgasmia *

Drug	Mechanism	Dosage (mg/day)
Cyproheptadine [a]	5-HT antagonist	4-8
Buspirone	5-HT_{1A} partial agonist	15-45
Yohimbine [a]	Adrenergic antagonist (α_2)	5.4-10.8
Amantadine	Dopamine agonist	100-400
Methylphenidate	Dopamine agonist	10-30
Bupropion	Unknown	75-100
Mirtazapine	5-HT_2 + 5-HT_3 antagonist	15-45

[a] With p.r.n. dosing.

* Adapted from Hirschfeld (1999) [22]

JA den Boer et al, 2001

Table 25-14
Pharmacokinetic Profiles of the Selective Serotonin Reuptake Inhibitors

Drug	Time to Peak Plasma Concentration	Half-Life	Half-Life Metabolite	Time to Steady State (days)	Plasma Protein Binding (percentage)
Citalopram (Celexa)	4 hr	35 hr	3 hr	7	80
Escitalopram (Lexapro)	5 hr	27–32 hr	—	7	56
Fluoxetine (Prozac)	6–8 hr	4–6 days	4–16 days	28–35	95
Fluvoxamine (Luvox)	3–8 hr	15 hr	—	5–7	80
Paroxetine (Paxil)	5–6 hr	21 hr	—	5–10	95
Paroxetine CR (Paxil CR)	6–10 hr	15–20 hr	—	< 14	95
Sertraline (Zoloft)	4.5–8.5 hr	26 hr	62–104 hr	7	95

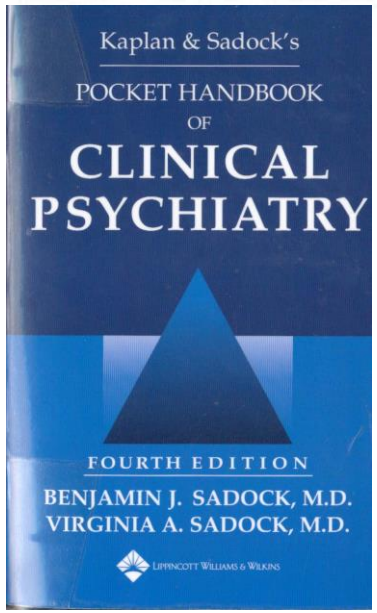


Table 25–17
Non-SSRI Antidepressants

Drugs	Time to Peak Plasma Concentration (hr)	Half-Life (hr)	Starting Dose (mg)	Maintenance Dose (mg)	High Dose (mg)
Venlafaxine	2.5	9	75	225	300–375
Venlafaxine XR	5	11	37.5–75	150	225
Bupropion	2	8	100	300	450
Bupropion SR	3	12	150	300	400
Bupropion XL	5	35	150	300	>300
Mirtazapine	2	20–40	15	45	60
Duloxetine	6	12	30–40	60	>60
Nefazodone	1	4–8	100–200	300–600	>600

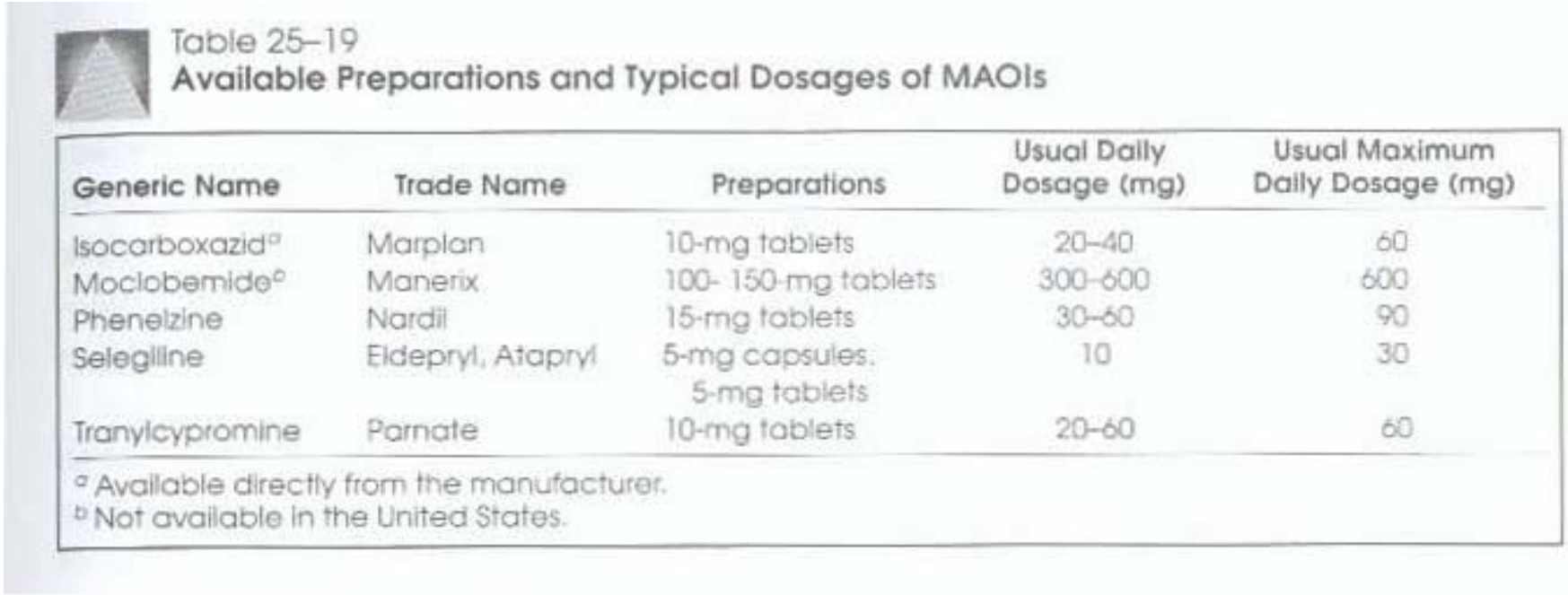


Table 25–19
Available Preparations and Typical Dosages of MAOIs

Generic Name	Trade Name	Preparations	Usual Daily Dosage (mg)	Usual Maximum Daily Dosage (mg)
Isocarboxazid[a]	Marplan	10-mg tablets	20–40	60
Moclobemide[b]	Manerix	100- 150-mg tablets	300–600	600
Phenelzine	Nardil	15-mg tablets	30–60	90
Selegiline	Eldepryl, Atapryl	5-mg capsules; 5-mg tablets	10	30
Tranylcypromine	Parnate	10-mg tablets	20–60	60

[a] Available directly from the manufacturer.
[b] Not available in the United States.

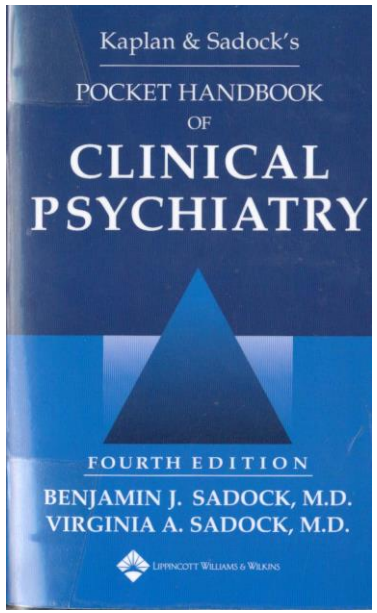


Table 25–18
Clinical Information for the Tricyclic and Tetracyclic Drugs

Generic Name	Trade Name	Usual Adult Dosage Range (mg/day)[a]
Imipramine	Tofranil	150–300[b]
Desipramine	Norpramin	150–300[b]
Trimipramine	Surmontil	150–200
Amitriptyline	Elavil	150–300[b]
Nortriptyline	Pamelor, Aventyl	50–150
Protriptyline	Vivactil	15–60
Amoxapine	Asendin	150–400
Doxepin	Adapin, Sinequan	150–300[b]
Maprotiline	Ludiomil	150–225
Clomipramine	Anafranil	150–250

[a] Exact range may vary among laboratories.
[b] Includes parent compound and desmethyl metabolite.

Tolvon

Table 25–16
Interactions of Drugs With the SSRs

SSRI	Other Drugs	Effect	Clinical Importance
Fluoxetine	Desipramine	Inhibits metabolism	Possible
	Carbamazepine	Inhibits metabolism	Possible
	Diazepam	Inhibits metabolism	Not important
	Haloperidol	Inhibits metabolism	Possible
	Warfarin	No interaction	
	Tolbutamide	No interaction	
Fluvoxamine	Antipyrine	Inhibits metabolism	Not important
	Propranolol	Inhibits metabolism	Unlikely
	Tricyclics	Inhibits metabolism	Unlikely
	Warfarin	Inhibits metabolism	Possible
	Atenolol	No interaction	
	Digoxin	No interaction	
Paroxetine	Phenytoin	AUC increases by 12%	Possible
	Procyclidine	AUC increases by 39%	Possible
	Cimetidine	Paroxetine AUC increases by 50%	Possible
	Antipyrine	No interaction	
	Digoxin	No interaction	
	Propranolol	No interaction	
	Tranylcypromine	No interaction	Caution with combined treatment
Sertraline	Warfarin	No interaction	Not important
	Antipyrine	Increased clearance	
	Diazepam	Clearance decreased by 13%	Not important
	Tolbutamide	Clearance decreased by 16%	Not important
	Digoxin	No interaction	
	Lithium	No pharmacokinetic interaction	Caution with combined treatment
	Desipramine	No interaction	
	Atenolol	No pharmacokinetic interaction	
Citalopram	Cimetidine	Citalopram AUC increases	
	Metoprolol	May double blood concentration	

[a]Adapted from Warrington SJ: Clinical implications of the pharmacology of serotonin reuptake inhibitors. *Int Clin Psychopharmacol* 1987; 7(Suppl 2):13, with permission.
AUC, area under curve.

