

140819 Depressioesitys

Yl juha kemppinen

140819 Depressioesitys

- Agenda:

- 1) Mitä depressio on?
- 2) Masennuksen seulonta
- 3) Depression diagnosointi
- 4) Depression erotusdiagnosointi
- 5) Depression hoito
- 6) Depressio, B-todistus ja työkyky

1) Mitä depressio on?

Depressive disorders are a complex class of affective disturbances involving genetic, medical, volitional, stress, emotional, cognitive, brain, and psychological functioning.

Parikh, S., Riba, M., and Greden, J. (2019) Depressive Disorders In Weiss Roberts, L.(ed.) (2019) Textbook of Psychiatry, 7th ed, Washington DC, American Psychiatric Association Publishing, 307-340, 1326 p.

Depressio on moni-ilmeinen oireyhtymä

Moni-ilmeinen depressio



Masennus on mielen ja kehon sairaus

Mielialaoireet

- Masentunut mieliala
- Mielihyvän menetys, aloitekyvyttömyys
- Syyllisyyden ja arvottomuuden tunteet
- Itsemurha-ajatukset

Kognitiiviset oireet

- Muistihäiriöt
- Keskittymisvaikeudet
- Ajattelun hidastuminen (takkuaminen)

Ahdistuneisuusoireet

- Erilaisia ahdistuneisuusoireita, jollain jopa paniikkikohtauksia

Fyysiset oireet

- Ruokahalun muutokset
- Unihäiriöt
- Energiakato, väsymys
- Psykomotoriset muutokset (hidastuminen / kiihtyneisyys)
- Päänsärky
- Muut kivut ja säryt

TABLE 5. Major Depression

Feeling	Thinking	Behavior	Interpersonal relations and role functioning
"Down," "blue," "sad," "dead" Often irritable	Diminished ability to concentrate, make decisions, solve problems Helpless/hopeless/worthless mind-set Guilty feelings Thoughts of death and dying, self-harm May have delusions in severe cases Preoccupation with past In some older clients, serious confusion Greater impairment in visual-motor modalities	Apathetic and slowed pace, decreased level of activity May have decreased eating and sleeping, occasionally increased eating and sleeping May be agitated In some adolescents, acting out	Withdrawn, isolated Decreased functioning and activity

Morrison, 1995

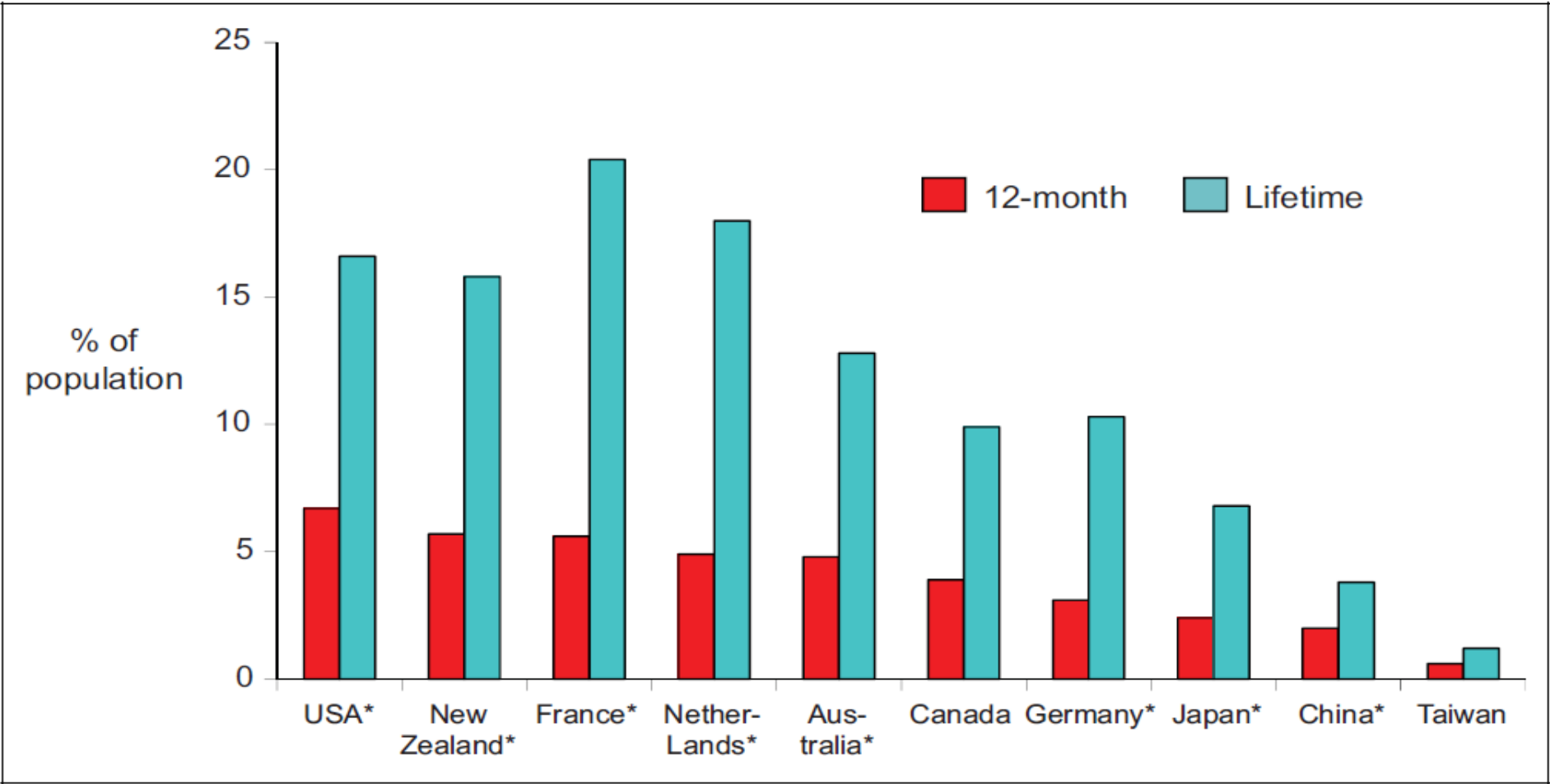


Figure 1. Prevalence of major depressive disorder by world region. *WMH, World Health Organization’s World Mental Health Surveys, Canada, CCHS¹¹³; Taiwan Psychiatric Morbidity Survey.¹¹⁴

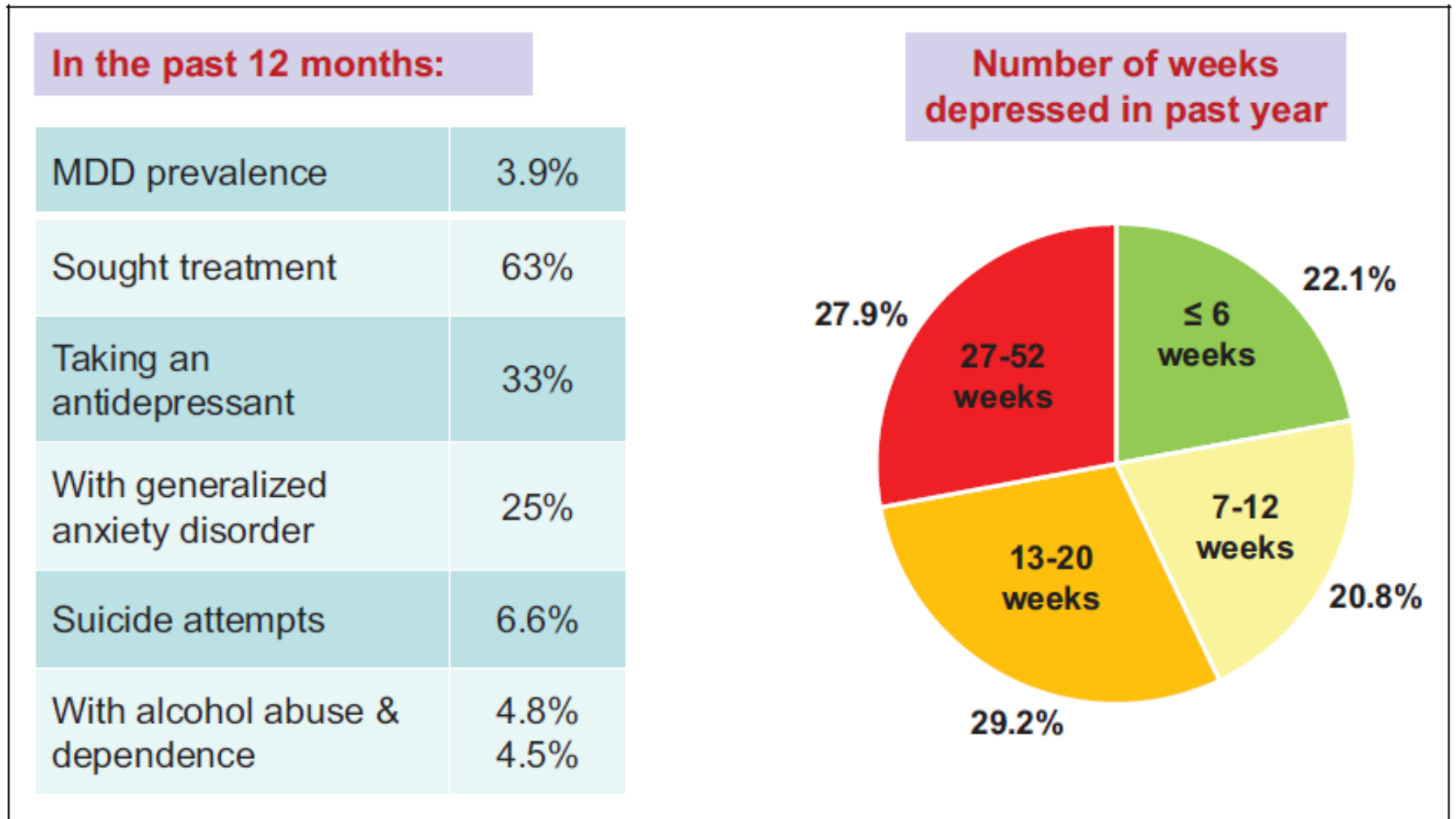
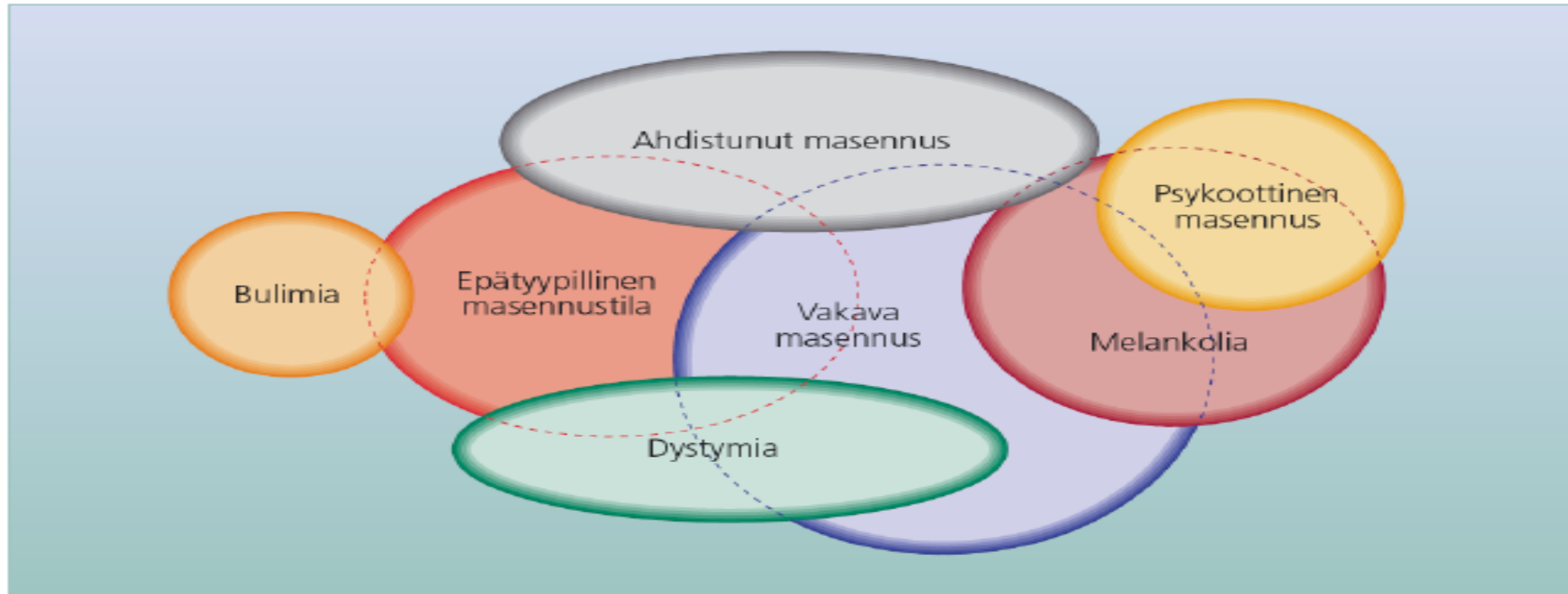


Figure 2. Descriptive epidemiology of depression in Canada, 2012.²⁶ MDD, major depressive disorder.

Table 5. Risk Factors for Depression Screening (Level 3 and 4 Evidence).

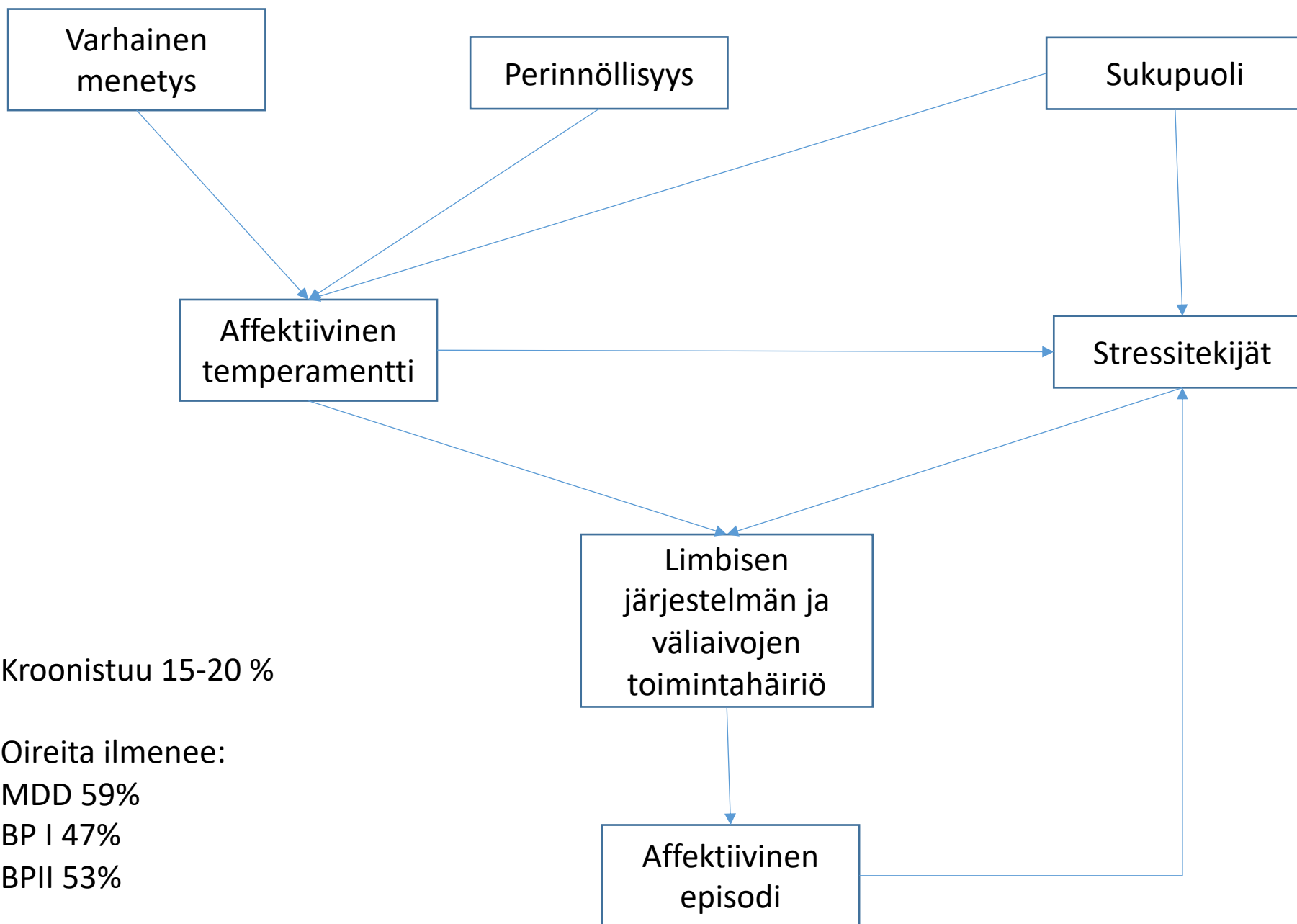
Clinical Factors	Symptom Factors
● History of depression ● Family history of depression ● Psychosocial adversity ● High users of the medical system ● Chronic medical conditions (especially cardiovascular disease, diabetes, and neurological disorders) ● Other psychiatric conditions ● Times of hormonal challenge (e.g., peripartum)	● Unexplained physical symptoms ● Chronic pain ● Fatigue ● Insomnia ● Anxiety ● Substance abuse

Depressio on monta eri diagnoosia



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

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



- Kroonistuu 15-20 %
- Oireita ilmenee:
- MDD 59%
- BP I 47%
- BP II 53%

2) Masennuksen seulonta

MADRS, MDQ, MDI

PROMIS, PHQ-9, CSSRS

Masennuksen seulat: MADRS

MADRS

Muut:
- MDI

MADRS Montgomery – Åsberg: Depression Rating Scale		
NIMI	SYNTÄKÄ	PÄIVÄYS
1. Huomioitu alakuloisuus Tarkoitaa emotionaalisen perustaisen alitajuisen katoamisen tunteesta johtuvista tunneilmoista. Käytetty tarkkuuden, tarkkuuden ja alakuloisuuden, mikä käyvä ihminen, asenneista ja ikäalasta. Arviointi perustuu siihen kuinka ilmeinen alakuloisuus ym. on sekä siihen kuinka helposti potilas on johdettavissa muihin asioihin. Kohennut mieliala luokitellaan nolaksi. 0 Neutraali mieliala. 1 Näyttää koko ajan alakuloisuutta, mutta voi täysin tulla valoisammalle tunteelle. 2 Näyttää alakuloisuutta ja emotionaalista puhevaliosta riippuvasta. 3 Ilmeisesti läpikäytty, älymystistä tarkkuutta, tarkkuutta tai epätoivoista onnettomuuden tunnetta. _____ pisteet 0 – 6	0 Enimmäkseen rauhallinen. 1 Tilapäistä epämielittävää psyyttisen järjestyksen tunnetta. 2 Jatkuvasti ilmeinen levottomuuden tunne, joka tosin on kätkeytyä paiseiksi, joka vain väliaikaisesti on hallittavissa. 3 Jatkuvasti ilmeinen levottomuuden tunne, joka tosin on kätkeytyä paiseiksi, joka vain väliaikaisesti on hallittavissa. 4 Jatkuvasti ilmeinen levottomuuden tunne, joka tosin on kätkeytyä paiseiksi, joka vain väliaikaisesti on hallittavissa. 5 Jatkuvasti ilmeinen levottomuuden tunne, joka tosin on kätkeytyä paiseiksi, joka vain väliaikaisesti on hallittavissa. 6 Jatkuvasti ilmeinen levottomuuden tunne, joka tosin on kätkeytyä paiseiksi, joka vain väliaikaisesti on hallittavissa. _____ pisteet 0 – 6	
2. Ilmoitettu alakuloisuus Tarkoitaa masennuksen tunnetta tunnetta, joka on käyvä ihminen, asenneista ja ikäalasta. Arviointi perustuu tunnetta valoisuuteen ja kehoon sekä siihen kuinka paljon ulkoiset tekijät vaikuttavat mielialaan. Kohennut mieliala luokitellaan nolaksi. 0 Neutraali mieliala, voi tuntea sekä tilapäistä epämielittävää onnettomuuden tunnetta. 1 Enimmäkseen alakuloisuus, mutta valoisampiakin hetkiä on välillä. 2 Jatkuvasti alakuloisuus ja epämielittävää onnettomuuden tunnetta. 3 Jatkuvasti alakuloisuus ja epämielittävää onnettomuuden tunnetta. 4 Jatkuvasti alakuloisuus ja epämielittävää onnettomuuden tunnetta. 5 Jatkuvasti alakuloisuus ja epämielittävää onnettomuuden tunnetta. 6 Jatkuvasti alakuloisuus ja epämielittävää onnettomuuden tunnetta. _____ pisteet 0 – 6	4. VÄHENTYNYT TÖNN Tarkoitaa vähentyneitä tai ilmeisesti kehoon tunnetta. Arviointi perustuu siihen kuinka ilmeinen alakuloisuus ym. on sekä siihen kuinka helposti potilas on johdettavissa muihin asioihin. 0 Nauttii tavalliseen tapaan. 1 Kohtuullisia vaikeuksia paistaa unen, tai lyhyempi, pinnellampi tai rauhallampi uni kuin tavalliseen. 2 Lyhyempi nukkumisaika (vähintään kaksi tuntia vähemmän kuin tavalliseen). Hätä usein yön aikana myös ilman ulkoisia tekijöitä. 3 Nauttii tosin vähemmän kuin kaikki – kolme tuntia nukkua. 4 Nauttii tosin vähemmän kuin kaikki – kolme tuntia nukkua. 5 Nauttii tosin vähemmän kuin kaikki – kolme tuntia nukkua. 6 Nauttii tosin vähemmän kuin kaikki – kolme tuntia nukkua. _____ pisteet 0 – 6	
3. AHDISTUKSEN TUNTEET Tarkoitaa epämielittävää, psyyttisen pahemman tunnetta, epämielittävää sisäistä järjestyä, ahdasta, kauhaa tai sisäistä levottomuutta, joka voi kätkeytyä paiseiksi. Arviointi perustuu tunnetta valoisuuteen ja kehoon sekä siihen kuinka paljon ulkoiset tekijät vaikuttavat mielialaan. Pidetäviä erittäin alakuloisuudesta sekä huolimattomuudesta. 0 Neutraali tai ilmeisesti vähentynyt ruokahalu. 1 Heikko ruokahalu. 2 Heikko ruokahalu. 3 Ruokahalu puuttuu melkein kokonaan, ruoka ei makaa: täytyy pakottaa itseään syömään. 4 Ei syö mitään, jolloin joka maanantai. 5 Käsikäyttö kokonaan syömistä. _____ pisteet 0 – 6	5. VÄHENTYNYT RUOKAHALU Tarkoitaa sitä, että ruokahalu tuntuu huomattavasti kuin tavalliseen. 0 Neutraali tai ilmeisesti vähentynyt ruokahalu. 1 Heikko ruokahalu. 2 Heikko ruokahalu. 3 Ruokahalu puuttuu melkein kokonaan, ruoka ei makaa: täytyy pakottaa itseään syömään. 4 Ei syö mitään, jolloin joka maanantai. 5 Käsikäyttö kokonaan syömistä. _____ pisteet 0 – 6	

03.05.2017

Depressin KH-suositus ja yl juha
kempinen

MADRS Montgomery – Åsberg: Depression Rating Scale		
6. KESKITTYMISVAIKKEUDET Tarkoitaa vaikeuksia koota ajatuksensa ja keskittyä. Arviointi perustuu vaikeuksiin, laajuuteen sekä siihen missä määrin ei toimi näissä vaikeuksissa. Pidetäviä erittäin muistihäiriöstä ja häiriöstä ajatuksen jatkossa. 0 Ei keskittymisvaikeuksia. 1 Tilapäisiä vaikeuksia pitää ajatukset koossa esim. lukiossa tai televisiossa katsellessa. 2 Selviä keskittymisvaikeuksia, jotka vaikeuttavat lukemista tai keskustelua. 3 Jatkuvasti ilmeisiä keskittymisvaikeuksia. 4 Jatkuvasti ilmeisiä keskittymisvaikeuksia. 5 Jatkuvasti ilmeisiä keskittymisvaikeuksia. 6 Jatkuvasti ilmeisiä keskittymisvaikeuksia. _____ pisteet 0 – 6	8. DEPRESSIIVINEN AJATUSTEN SISÄLTÖ Tarkoitaa vaikeuksia itseänsyytöksiä, kuitelmia synnistä ja syyllisyydestä, olemuksesta ja taloudellisesta perustuksesta. 0 Ei pessimistisiä ajatuksia. 1 Lyhyitä itseänsyytöksiä ja olemuksen tunnetta silloin tällöin. 2 Jatkuvasti itseänsyytöksiä, selkeitä, mutta ei kohtuullisia määrittä synnistä tai syyllisyydestä. Selvästi ilmeisiä pessimistinen näkökulma tulevaisuudesta. 3 Jatkuvasti ilmeisiä itseänsyytöksiä, selkeitä, mutta ei kohtuullisia määrittä synnistä tai syyllisyydestä. Selvästi ilmeisiä pessimistinen näkökulma tulevaisuudesta. 4 Jatkuvasti ilmeisiä itseänsyytöksiä, selkeitä, mutta ei kohtuullisia määrittä synnistä tai syyllisyydestä. Selvästi ilmeisiä pessimistinen näkökulma tulevaisuudesta. 5 Jatkuvasti ilmeisiä itseänsyytöksiä, selkeitä, mutta ei kohtuullisia määrittä synnistä tai syyllisyydestä. Selvästi ilmeisiä pessimistinen näkökulma tulevaisuudesta. 6 Jatkuvasti ilmeisiä itseänsyytöksiä, selkeitä, mutta ei kohtuullisia määrittä synnistä tai syyllisyydestä. Selvästi ilmeisiä pessimistinen näkökulma tulevaisuudesta. _____ pisteet 0 – 6	
7. ALICEITYVYTTÖMYYS Tarkoitaa omaehtoisuutta tunnetta aloitekyvyttömyydestä sekä siitä, että on voitettava vastus ennen kuin voi ryhtyä toimiin. Pidetäviä erittäin päättämättömyydestä ja väsymisestä. 0 Ei minkäänlaisia vaikeuksia käydä usein toimiin kätevästi. 1 Liovia alkuvaikeuksia. 2 Liovia alkuvaikeuksia. 3 Liovia alkuvaikeuksia. 4 Liovia alkuvaikeuksia. 5 Liovia alkuvaikeuksia. 6 Liovia alkuvaikeuksia. _____ pisteet 0 – 6	9. ELÄMÄÄN KYLLÄSTYNEISYYS JA ITSEMURHA-AJATUKSIA Tarkoitaa elämään kyllästyneisyyttä, kuolemantouhuksia, itsemurha-ajatuksia sekä itsemurhasuunnitelmia. Mahdolliset itsemurhayritykset eivät ole olleet vaikeita luokitukseen. 0 Tavanomainen elämäntapa. Ei itsemurha-ajatuksia. 1 Elämään kyllästynyt, mutta ei ollenkaan tai vain epämääräisiä toiveita kuolla. 2 Elämään kyllästynyt, mutta ei ollenkaan tai vain epämääräisiä toiveita kuolla. 3 Elämään kyllästynyt, mutta ei ollenkaan tai vain epämääräisiä toiveita kuolla. 4 Elämään kyllästynyt, mutta ei ollenkaan tai vain epämääräisiä toiveita kuolla. 5 Elämään kyllästynyt, mutta ei ollenkaan tai vain epämääräisiä toiveita kuolla. 6 Elämään kyllästynyt, mutta ei ollenkaan tai vain epämääräisiä toiveita kuolla. _____ pisteet 0 – 6	
8. VÄHENTYNYT KYKY KOKEA TUNNE-ELÄMYKSIÄ Tarkoitaa vähentyneitä kiinnostusta ulkomaailmaa tai tavalliseen tunteen ja ilon tuottavien toimintojen kohtaan. Subjektiveen kyvyttömyys tunnistaa kiinnostuksen ihmisiä ja tapahtumia kohtaan. 0 Normaalisti kiinnostunut ulkomaailmasta ja toisista ihmisistä. 1 Vähentynyt kiinnostus ulkomaailmasta ja toisista ihmisistä. 2 Vähentynyt kiinnostus ulkomaailmasta ja toisista ihmisistä. 3 Vähentynyt kiinnostus ulkomaailmasta ja toisista ihmisistä. 4 Vähentynyt kiinnostus ulkomaailmasta ja toisista ihmisistä. 5 Vähentynyt kiinnostus ulkomaailmasta ja toisista ihmisistä. _____ pisteet 0 – 6	10. ELÄMÄÄN KYLLÄSTYNEISYYS JA ITSEMURHA-AJATUKSIA Tarkoitaa elämään kyllästyneisyyttä, kuolemantouhuksia, itsemurha-ajatuksia sekä itsemurhasuunnitelmia. Mahdolliset itsemurhayritykset eivät ole olleet vaikeita luokitukseen. 0 Tavanomainen elämäntapa. Ei itsemurha-ajatuksia. 1 Elämään kyllästynyt, mutta ei ollenkaan tai vain epämääräisiä toiveita kuolla. 2 Elämään kyllästynyt, mutta ei ollenkaan tai vain epämääräisiä toiveita kuolla. 3 Elämään kyllästynyt, mutta ei ollenkaan tai vain epämääräisiä toiveita kuolla. 4 Elämään kyllästynyt, mutta ei ollenkaan tai vain epämääräisiä toiveita kuolla. 5 Elämään kyllästynyt, mutta ei ollenkaan tai vain epämääräisiä toiveita kuolla. 6 Elämään kyllästynyt, mutta ei ollenkaan tai vain epämääräisiä toiveita kuolla. _____ 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

23

(Saman ajanjakson aikana, ei elämän aikana)

Päivämäärä / / 20.....

Nimi..... Henkilötunnus.....

Mielialahäiriökysely MDO
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 ärtynyt, että huusitte ihmisille, tai aloitte väittelyjä tai riitoja?.....

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

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

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

f) ajatukset kiersivät 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

Masennuksen seulat: MDI (perusterveydenhuollon seula)

Depression diagnoosi MDI-kyselylomakkeen avulla 5 minuutissa.

1. Potilas täyttää vastaanotolla MDI-kyselylomakkeen. (2 min.)
2. Pisteytä lomake potilaan läsnä ollessa. (30 sek.)
 - Jokaisesta kysymyksestä pisteet 5 – 4 – 3 – 2 – 1 – 0.
 - Kysymyksissä 8 ja 10 on a- ja b-kohdat. Huomioi pisteitä laskiessa vain korkeamman pistemäärän vaihtoehto.
 - Laske pisteet yhteen.
3. Tulkitse vastaukset. (2 min.)

Solutos Oy
Psykiatri Veijo Nevalainen

Nimi: _____
S. aika: _____ Päiväys: _____

MDI – Major Depression Inventory

Seuraavassa on joukko mielivaltaisesti kuvaavia väittämiä. Valitse jokaisesta kuvauksesta mielestäsi kohta, joka kuvaa valintoa viimeisen kahden (2) viikon aikana!

Miten suuren osan ajasta (2 viikon aikana) ...

	Koko ajan	Suuren- osan ajan	Vähän osa ajasta	Vähän osa puolta ajasta	Joskus ainaa	Ei mitään ajasta
1 Oletko tuntenut itseäsi masentuneeksi, surulliseksi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 Oletko menettänyt kiinnostuk- sest päivätyksesi, ohjelmoit?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 Oletko kärsinyt voiman ja energian puutteesta?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4 Onko itsetuottamukseksi ollut halvempi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5 Onko sinulla ollut huono omatunto tai syyllisyydentunteita?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6 Onko sinusta tuntenut että elämä ei ole itsensä arvoinen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7 Onko sinulla ollut keskittymis- vaikeuksia esim. Loppoa lukiessasi tai TV:n katsellessa?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8a Oletko tuntenut itseäsi hyvin levottomaksi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8b Oletko tuntenut itseäsi voimattomaksi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9 Onko sinulla ollut vaikeuksia asua unta yöstä?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10a Onko ruokahalusi ollut vähentynyt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10b Onko ruokahalusi ollut lisäntynyt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

© Nevalainen Veijo, MDI, MDI-kyselylomake on osa MDI-kyselylomakkeen käyttöä, MDI-kyselylomake

Kokonaispistemäärä

- Maksimi 50 pistettä.
- Kuvaa depression vaikeusastetta sil-
loin, kun kyse on depressiosta.
- On hyvä hoitovasteen mittari!
- Pelkästään pistemäärän perusteella
ei saa tehdä depression diagnoosia!

1.
Diagnoosi perustuu kahden viikon aikana
olleisiin oireisiin.

2.
Kysymykset 1-3 ratkaisevat, onko kyse
depressiosta.

- Vähintään kahdessa tulee olla 4 tai 5
pistettä.
- Jos ehto ei täyty, on kyse jostakin
muusta, kuin depressiosta. **Syy tule
selvittää!**
- Selvitä aluksi, onko kyse korjaantu-
massa olevasta depressiosta.

3.
Depression vaikeusaste.

- Kysymyksistä 1 – 10 valitse kaikki,
joissa vähintään 3 pistettä (=yli puo-
let ajasta).
- Vähintään 4 oiretta = lievä masennus.
- Vähintään 6 oiretta = keskivaikea
masennus.
- Vähintään 8 oiretta ja kysymyksistä 1-
3 mukana kaikki 3 = vaikea
masennus.

Muista!

MDI on erinomainen apu depression
tunnistamisessa, hoitovasteen seurannassa ja
kaikkien tarpeellisten kysymysten
muistamisessa. Yksin sen perusteella ei
kuitenkaan saa tehdä diagnoosia. Myös
muut, kuin oirekriteerit tulee huomioida.

Solutos/ Veijo Nevalainen

Depression Käypä Hoito-suositus 2016

- Perusterveydenhuollossa seulontamenetelmänä voidaan käyttää esimerkiksi PRIME-MD:n kahden kysymyksen seula [7](#):
 - 1. Oletko viimeisen kuukauden aikana usein ollut huolissasi tuntemastasi alakulosta, masentuneisuudesta tai toivottomuudesta?
 - 2. Oletko viimeisen kuukauden aikana usein ollut huolissasi kokemastasi mielenkiinnon puutteesta tai haluttomuudesta?
- Jos potilas vastaa vähintään toiseen kysymykseen myöntävästi, kyseessä voi olla depressio [7](#), [8](#) ja asian selvittäminen edellyttää tarkempia tutkimuksia.
- Seulonnassa voidaan käyttää myös muita menetelmiä, esimerkiksi
 - PHQ-9 kyselyä [2](#)
 - Beckin depressiokyselyä [1](#)
 - suomalaista DEPS-seula [5](#)
 - EPDS-seula (Edinburgh Postnatal Depression Scale) juuri synnyttäneille naisille [3](#)
 - GDS-15- tai GDS-30-kyselyä (geriatriinen depressioasteikko, Geriatric Depression Scale) yli 65-vuotiaille [4](#).
- Riskiryhmiin suunnattu seulonta saattaa lisätä depression tunnistamisen herkkyyttä, mutta se tuo esiin myös vääriä positiivisia tapauksia [6](#). Positiivinen seula ei vielä merkitse depressiodiagnoosia.
- Seulontamenetelmät eivät voi korvata potilaan kliinistä haastattelua. Kliinikoiden tulisi muutenkin olla valppaita tunnistamaan depressio, jos potilas kuuluu johonkin depression riskiryhmään tai hänellä ilmenee depression oirekuvaan kuuluvia oireita [9](#).
- **Depressiodiagnoosi** perustuu aina haastattelussa todettuihin oireisiin, joiden lukumäärä, vaikeusaste, kesto ja ajallinen vallitsevuus johtavat F32–F33-diagnoosiin (taulukko [1](#)). **Sitä ei voi tehdä kyselylomakkeella.**

Masennukseen liittyviä seuloja

- PROMIS, Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (www.nihpromis.org)
- PHQ-9 (Kroenke et al, 2001) ;
 - 10-14 p =lievä, 15-19 = keskivaikea, >20= vaikea; 1-3 viikon välein kontrollointi!
 - 4 viikon jälkeen potilas pitää arvioida !,
 - seuranta ad 4-6-8 viikkoa, jos mitään ei tapahdu, tee muuta. Syökö lääkettä?Väärä diagnoosi?
- CSSRS The Columbia-Suicidi Severity Rating Scale (Posner et al, 2011)
- Sheehan Disability Scale (SDS)

Masennukseen liittyviä seuloja

- QIDS (Quick Inventory for Depression Symptomatology)
- LEAPS (The Lam Employment Absence and Productivity Scale)
- The Salpetriere Retardation Scale (David Widlocher)
 - -8 aluetta (Kaplan&Sadocks, 2017, vol 1, 1636)

Table 8. Examples of Validated Outcome Scales.

Outcome	Clinician-Rated	Patient-Rated
Symptoms	• Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D, HAM-7) • Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) • Inventory for Depressive Symptomatology (IDS)	• Patient Health Questionnaire (PHQ-9) • Quick Inventory for Depressive Symptomatology, Self-Rated (QIDS-SR) • Clinically Useful Depression Outcome Scale (CUDOS)
Functioning	• Multidimensional Scale of Independent Functioning (MSIF) • WHO Disability Assessment Scale (WHO-DAS) • Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)	• Sheehan Disability Scale (SDS) • WHO-DAS, self-rated • Lam Employment Absence and Productivity Scale (LEAPS)
Side effects	• UKU Side Effect Rating Scale	• Frequency, Intensity and Burden of Side Effects Rating (FIBSER)
Quality of life	• Quality of Life Interview (QOLI)	• Quality of Life, Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (QLESQ) • EuroQoL-5D (EQ-5D)

Note: See online supplement for references to scales.

3) Depression diagnosointi

Depressiodiagnoosi perustuu aina haastattelussa todettuihin oireisiin, joiden lukumäärä, vaikeusaste, kesto ja ajallinen vallitsevuus johtavat F32–F33-diagnoosiin (taulukko [1](#)). Sitä ei voi tehdä kyselylomakkeella.

Käypä Hoito-suositus 2016

Tavallisen depression diagnosointi on ennallaan

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. > 50% päivästä 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 jähkailuna 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.

Tavallisen depression diagnosointi on ennallaan

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 <u>kahden viikon ajan</u>	+	<u>vaikeusasteeltaan kliinisesti merkittäviä.</u>
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 itesyytökset 6. Toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen 7. Subjektiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä myös päättämättömytenä tai jähkailuna 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!)

03.05.2017

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

21

Masennuksen oireet - vakavan masennuksen kriteerit

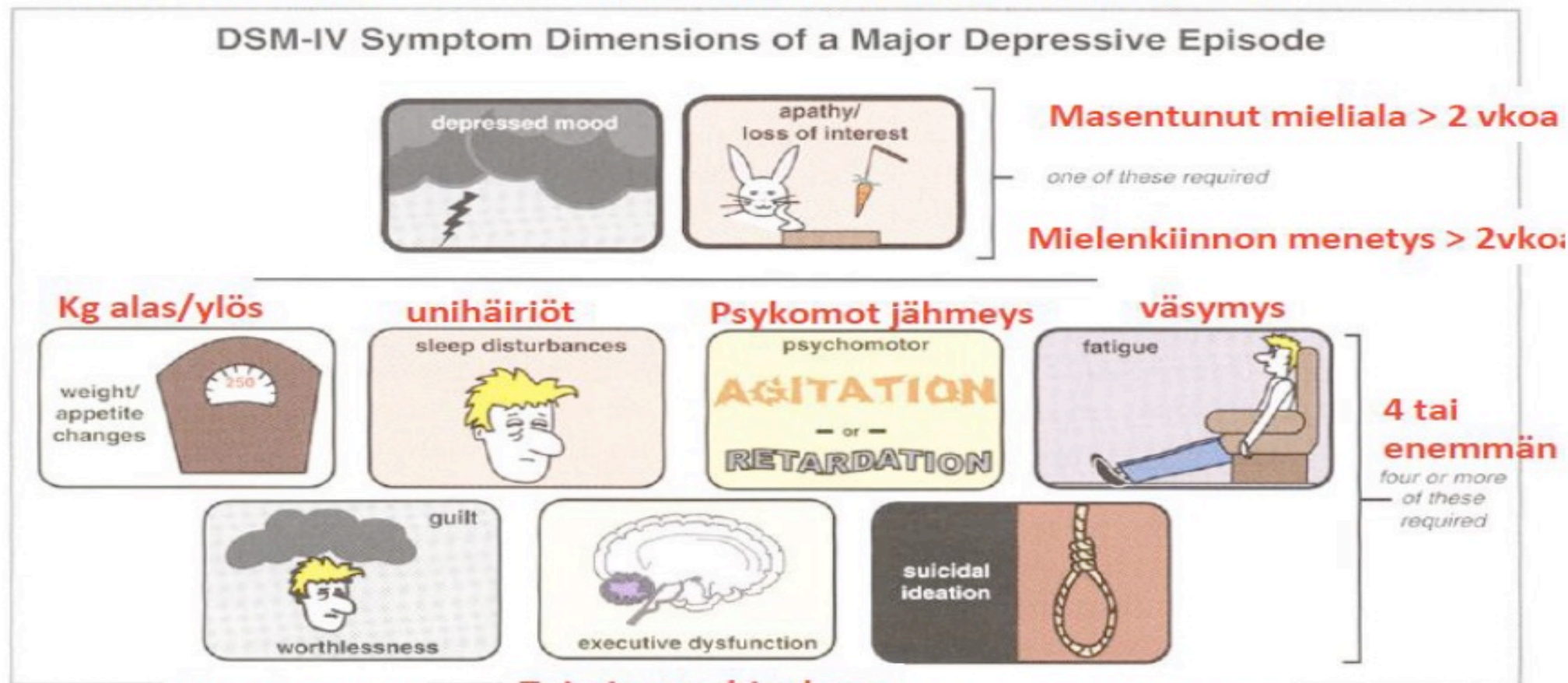


FIGURE 11 **Arvottomuus** **Toiminnanohjauksen ongelmat** **Itsemurha-ajatukset** *Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV), a* consists of either depressed mood or loss of interest and at least four of the following: weight/appetite changes, insomnia or hypersomnia, psychomotor agitation or retardation, fatigue, feelings of guilt or worthlessness, executive dysfunction, and suicidal ideation.

Masennustila on oireyhtymä

S. Stahl, 2004

Table 3. Summary of Changes from *DSM-IV-TR* to *DSM-5*.

<i>DSM-IV-TR</i> Item	<i>DSM-5</i> Item
MDD episode specifiers • With postpartum onset	New MDD episode specifiers • With anxious distress • With mixed features • Suicidality • With peripartum onset
Bereavement exclusion Premenstrual dysphoric disorder • In the appendix	Deleted Premenstrual dysphoric disorder • Now included as diagnosis
Dysthymic disorder, “double depression”—MDE superimposed on dysthymic disorder	Persistent depressive disorder • $\pm$ Full MDE criteria • “Dysthymia” when full MDE criteria not present

DSM-5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition; DSM-IV-TR, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision; MDD, major depressive disorder; MDE, major depressive episode.

Table 4. DSM-5 Episode Specifiers and Other Clinical Dimensions Associated with MDE.

Subtype/ Dimension	DSM-5 Specifier	Key Features
Melancholic depression	With melancholic features	Nonreactive mood, anhedonia, weight loss, guilt, psychomotor retardation or agitation, morning worsening of mood, early morning awakening, excessive or inappropriate guilt
Atypical depression	With atypical features	Reactive mood, oversleeping, overeating, leaden paralysis, interpersonal rejection sensitivity
Psychotic (delusional) depression	With psychotic features	Hallucinations or delusions
Catatonic depression	With catatonic features	Catalepsy (waxy flexibility), catatonic excitement, negativism or mutism, mannerisms or stereotypes, echolalia or echopraxia (uncommon in clinical practice)
Anxious depression	With anxious distress	Feeling keyed up or tense, restless, worried, something awful may happen, or afraid of losing control

Mixed states

With mixed features

Elevated mood, inflated self-esteem or grandiosity, more talkative, racing thoughts, increased energy and activity, decreased need for sleep, risky and impulsive activities

Seasonal affective disorder

Seasonal pattern

Regular onset and remission of depressive episodes during a particular season (usually fall/winter onset)

Postpartum and antepartum depression

With peripartum onset

Onset of depressive episode during pregnancy or within 4 weeks postpartum

Cognitive dysfunction

NA

Disturbances in attention, memory, processing speed, executive functioning and emotional processing

Sleep disturbance

NA

Insomnia or hypersomnia; circadian rhythm disturbance

Somatic symptoms

NA

Headaches, body aches, fatigue, anergia

DSM-5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition; MDE, major depressive episode; NA, not applicable.

DSM 5 depressive disorders

- Disruptive mood dysregulation disorder (DMDD)
 - -6-10vna ärtyisyys, toistuva, vaikea sanallinen ja käytöspurkaus tavallisiin stressitekijöihin → unipolaarinen masennus, ei bipolaarinen seurannassa
 - Ei kroonisesti onneton ärtyisä, niin oppositional defiant disorder (ODD)
- Major depressive disorder, single or recurrent episodes (MDD)
- Persistent depressive disorder (dystymia)
- Premenstrual dysphoric disorder (PMDD)
- Substance/medication-induced depressive disorder
- Depressive disorder due to another medical condition
- Other specified depressive disorder
- Unspecified depressive disorder

Parikh, S., Riba, M., and Greden, J. (2019) Depressive Disorders In Weiss Roberts, L.(ed.) (2019) Textbook of Psychiatry, 7th ed, Washington DC, American Psychiatric Association Publishing, 307-340, 1326 p.

Key clinical points

- Depressive disorders are a complex class of affective disturbances involving genetic, medical, volitional, stress, emotional, cognitive, brain, and psychological functioning.
- Assessment includes the dimensions of social, environmental, and biological elements.
- Major depressive disorder (MDD)
- Disruptive mood dysregulation disorder (DMDD) is an illness of childhood with irritability and aggressive outbursts outside of the expected range of behavior for the developmental stage. It is associated with development of depressive disorders in later years.
- Premenstrual dysphoric disorder (PMDD) shows many of the features of depression in the 7-10 days prior to menses and dissipates within a week following menstruation onset. This disorder responds quickly to SSRIs.

Parikh, S., Riba, M., and Greden, J. (2019) Depressive Disorders In Weiss Roberts, L.(ed.) (2019) Textbook of Psychiatry, 7th ed, Washington DC, American Psychiatric Association Publishing, 307-340, 1326 p.

DSM 5 specifiers for depressive disorders

- With anxious distress (specify current severity)
- With mixed features
- With melancholic features
- With atypical features
- With psychotic features
- With catatonia
- With peripartum onset
- With seasonal pattern (specify current severity)

Parikh, S., Riba, M., and Greden, J. (2019) Depressive Disorders In Weiss Roberts, L.(ed.) (2019) Textbook of Psychiatry, 7th ed, Washington DC, American Psychiatric Association Publishing, 307-340, 1326 p.

DSM-5 diagnoosit ja diagnoosinumerot

- **296.99 (F34.81)**
- **Disruptive Mood Dysregulation Disorder**
- _____.____ (_____.____)
- Major Depressive Disorder^a
- _____.____ (_____.____)
- Single episode
- **296.21 (F32.0)**
- Mild
- **296.22 (F32.1)**
- Moderate
- **296.23 (F32.2)**
- Severe
- **296.24 (F32.3)**
- With psychotic features
- **296.25 (F32.4)**
- **In partial remission**
- **296.26 (F32.5)**
- **In full remission**
- **296.20 (F32.9)**
- Unspecified
- _____.____ (_____.____)

DSM-5 diagnoosit ja diagnoosinumerot

- Recurrent episode
- **296.31 (F33.0)**
- Mild
- **296.32 (F33.1)**
- Moderate
- **296.33 (F33.2)**
- Severe
- **296.34 (F33.3)**
- With psychotic features
- **296.35 (F33.41)**
- **In partial remission**
- **296.36 (F33.42)**
- **In full remission**
- **296.30 (F33.9)**
- Unspecified
- **300.4 (F34.1)**
- Persistent Depressive Disorder (Dysthymia)^a
- *Specify* if: In partial remission, In full remission
- *Specify* if: Early onset, Late onset
- *Specify* if: With pure dysthymic syndrome; With persistent major depressive episode; With intermittent major depressive episodes, with current episode; With intermittent major depressive episodes, without current episode
- *Specify* current severity: Mild, Moderate, Severe

DSM-5 diagnoosit ja diagnoosinumerot

- **625.4 (F32.81)**
- **Premenstrual Dysphoric Disorder**
- _____.__ (____.____)
- Substance/Medication-Induced Depressive Disorder
- **Note:** See the criteria set and corresponding recording procedures for substance-specific codes and ICD-9-CM and ICD-10-CM coding.
- *Specify* if: With onset during intoxication, With onset during withdrawal
- **293.83 (____.____)**
- Depressive Disorder Due to Another Medical Condition
- *Specify* if:
- **(F06.31)**
- With depressive features
- **(F06.32)**
- With major depressive—like episode
- **(F06.34)**
- With mixed features
- **311 (F32.89)**
- Other Specified Depressive Disorder
- **311 (F32.9)**
- Unspecified Depressive Disorder

Bereavement POIS! Surureaktio 2kk menetyksestä

4) Depression erotusdiagnoosi

Yl juha kemppinen

Psykiatriset masennusdiagnoosit

Depression erotusdiagnoosi: psykiatriset

- Raju väheneminen
 - Ruokahalu
 - Uni
 - seksi
- Aamu vaikeaa
- Psykomotorinen jähmeys

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.

POIS! →

Atyyppinen
Päinvastainen
- Nukkuu, vaike nukahtaa
- Syö, kg ++
- Seksiä
- Ilta pahempi
- Mielialan vaihtelut
- Hylkäysaltis (kuin 30-70 % BP II)

Morrison, 2005

Psykiatriset masennusdiagnoosit: uni- vai bipolar?

Addressing Clinical Diagnostic Challenges in Bipolar Disorders

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

Psykiatriset masennusdiagnoosit: uni- vai bipolar?

Mielialalääkkeiden ja placebon teho

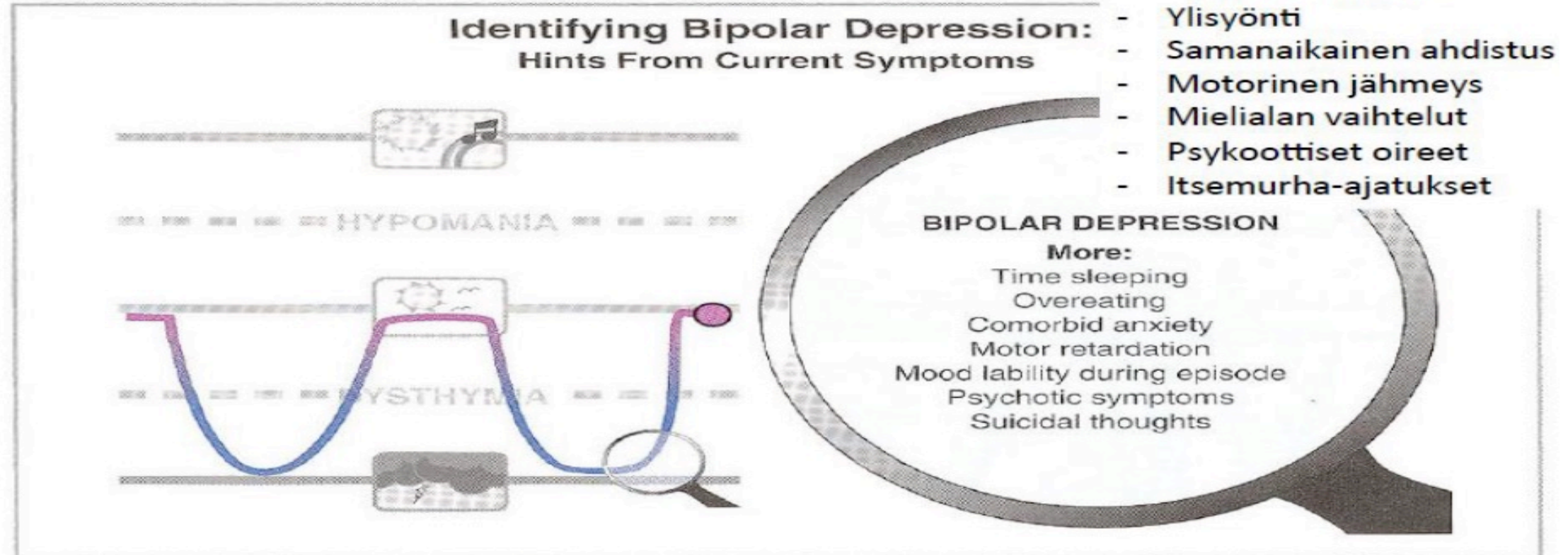


FIGURE 11-25 Bipolar depression symptoms. Although all symptoms of a major depressive episode can occur in either unipolar or bipolar depression, some symptoms may present more often in bipolar versus unipolar depression, providing hints if not diagnostic certainty that the patient has a bipolar spectrum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

S. Stahl, 2004

Masennuksen erotusdiagnostiikka

Depression erotusdiagnoosi: somaattiset taudit

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

Sairaudet	Lääkkeaineet	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)	Metyyliidopa	
Hyperparatyreoosi	Ranitidiini	
Hypoparatyreoosi	Reserpiini	
Parkinsonin tauti	Simetidiini	
Porfyria		
Sepelvaltimotauti		
Sydäninfarktin jälkitila		
Syöpäsairaudet (erityisesti haimasyöpä)		
Temporaalieleptisiä		
Uremia		

Psykiatria, 2007

5) Depression hoito

Yl juha kemppinen

Masennuksen hoito:



Hoidon tavoitteena on remissio, eli oireettomuus

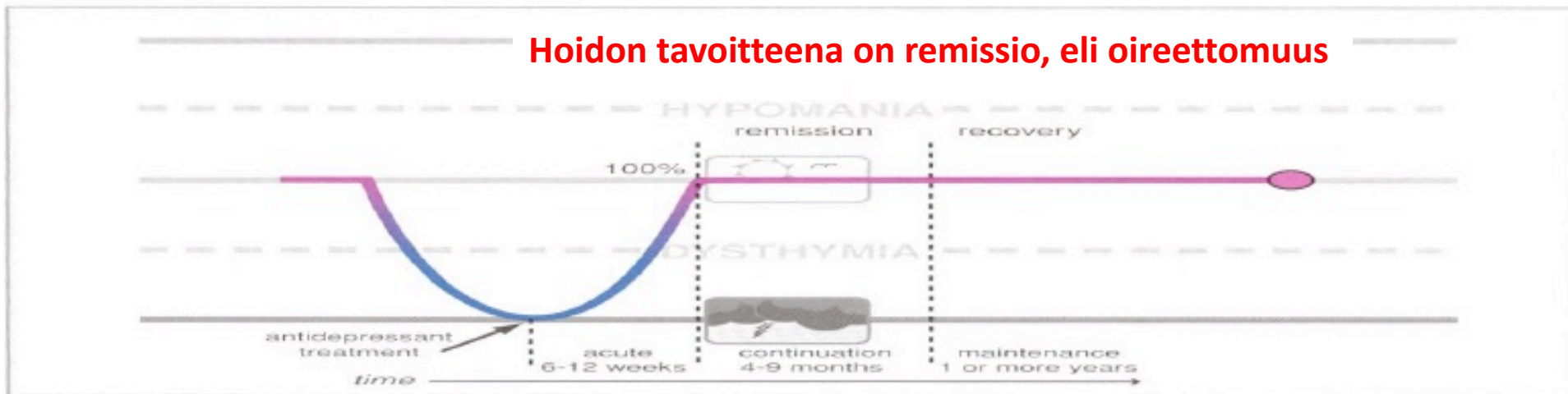


FIGURE 12-2 Remission. When treatment of depression results in removal of essentially all symptoms, it is called remission for the first several months and then recovery if it is sustained for longer than six to twelve months. Such patients are not just better – they are well. However, they are not cured, since depression can still recur. Remission and recovery are now the goals when treating patients with depression.

Jos oireitten väistyttyä jättää masennuslääkkeen pois, voi masennusoireet palata

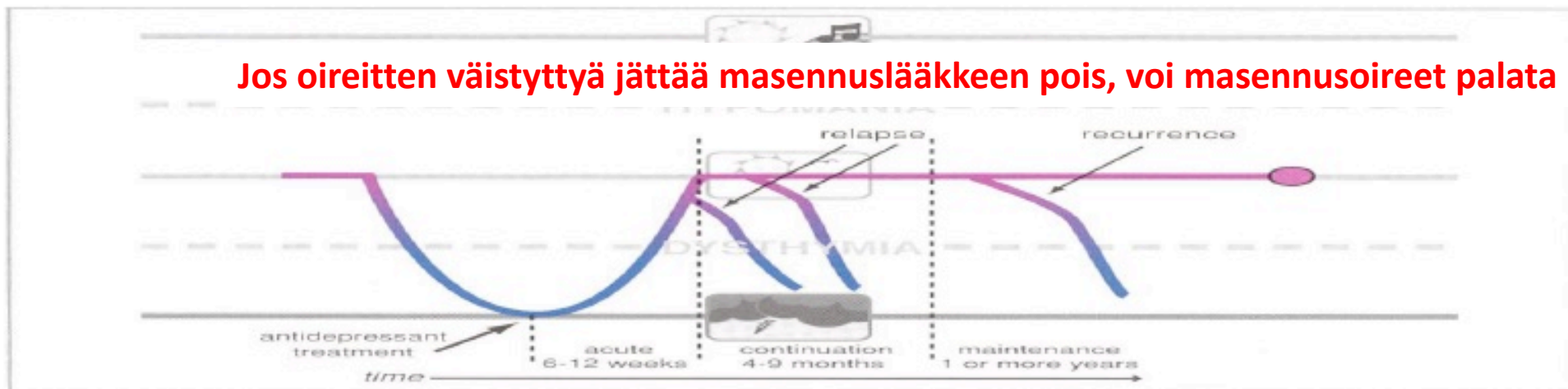


FIGURE 12-3 Relapse and recurrence. When depression returns before there is a full remission of symptoms or within the first several months following remission of symptoms, it is called a relapse. When depression returns after a patient has recovered, it is called a recurrence.

Stahl, 2004

Mielialalääkkeiden ja placebon teho: lääkitys lopetetaan, kun oireet väistyvät

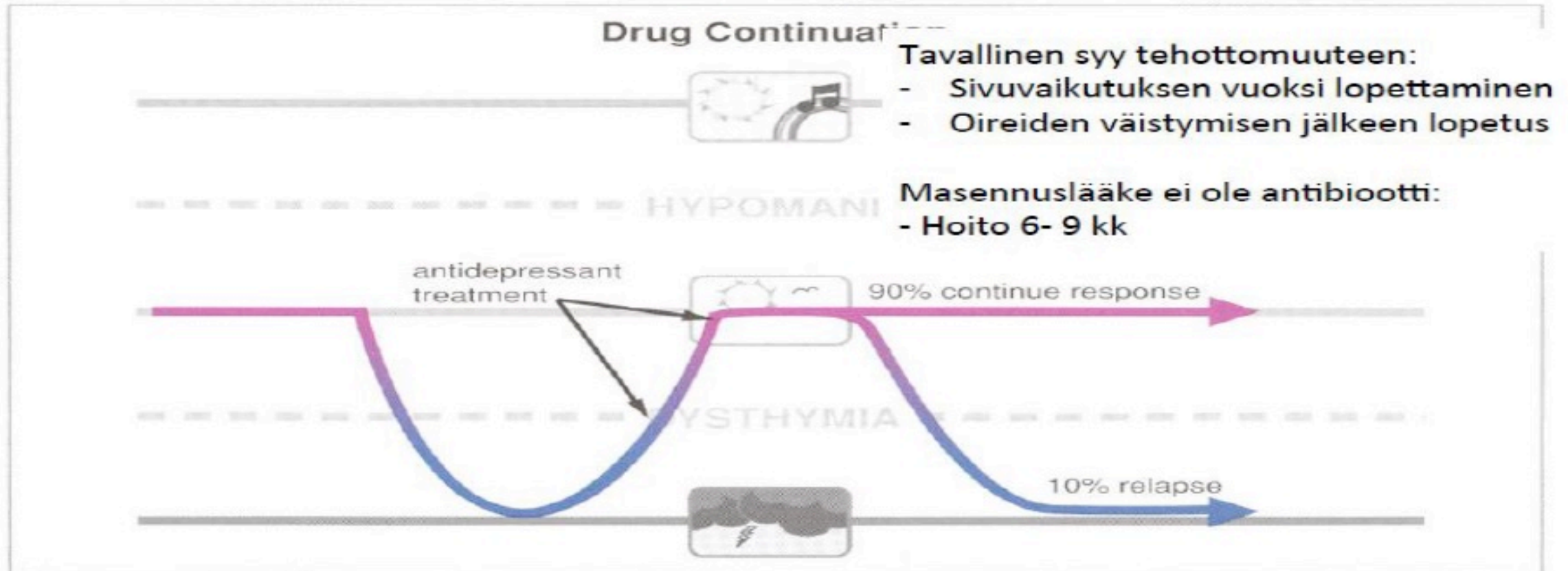


FIGURE 12-6 Drug continuation. Depressed patients who have an initial treatment response to an antidepressant will relapse at a rate only of about 10% to 20% if their medication is continued for six months to a year following recovery.

S. Stahl, 2004

What Proportion of Major Depressive Disorders Remit?

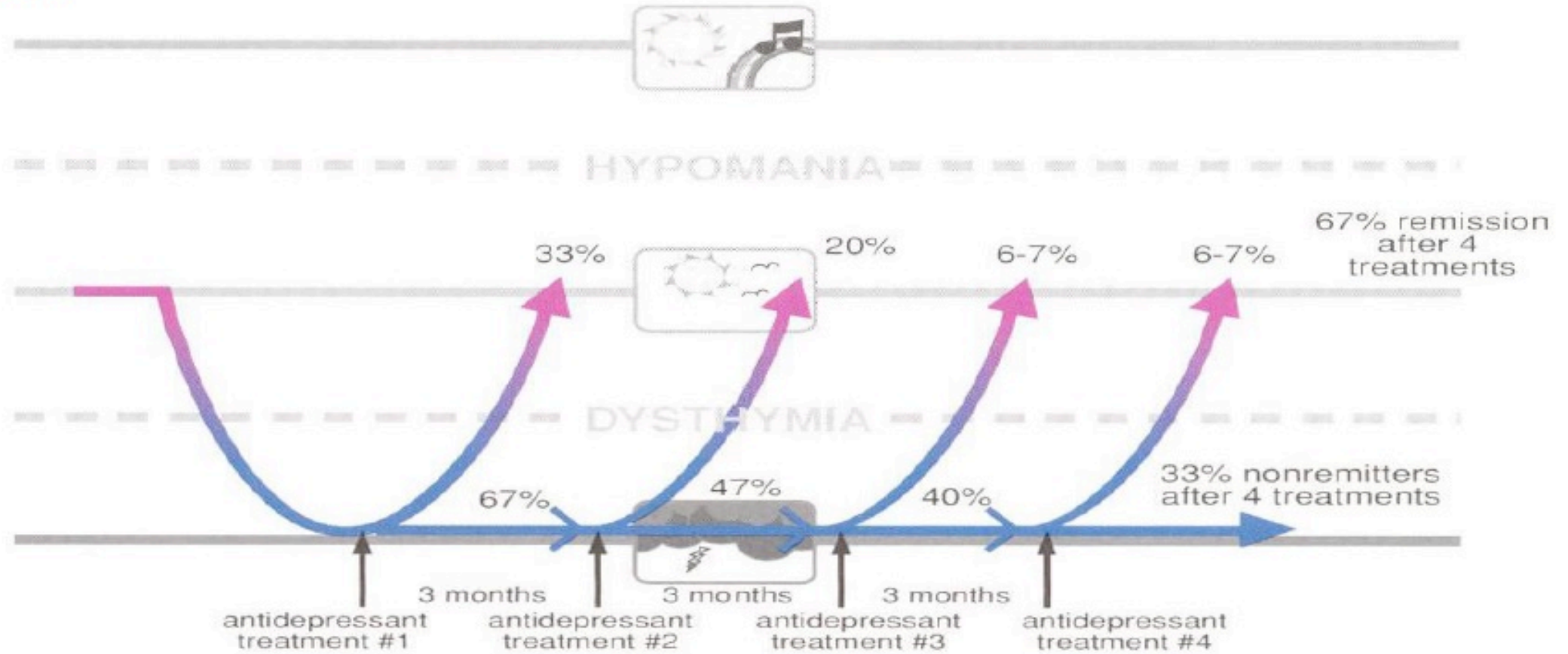


FIGURE 12-8 Remission rates in MDD. Approximately one-third of depressed patients will remit during treatment with any antidepressant initially. Unfortunately, for those who fail to remit, the likelihood of remission with another antidepressant monotherapy goes down with each successive trial. Thus, after a year of treatment with four sequential antidepressants taken for twelve weeks each, only two-thirds of patients will have achieved remission.

Stahl, 2004

Mielialalääkkeiden ja placebon teho: oireista toipuminen

What Are the Most Common Residual Symptoms in Nonremitters?

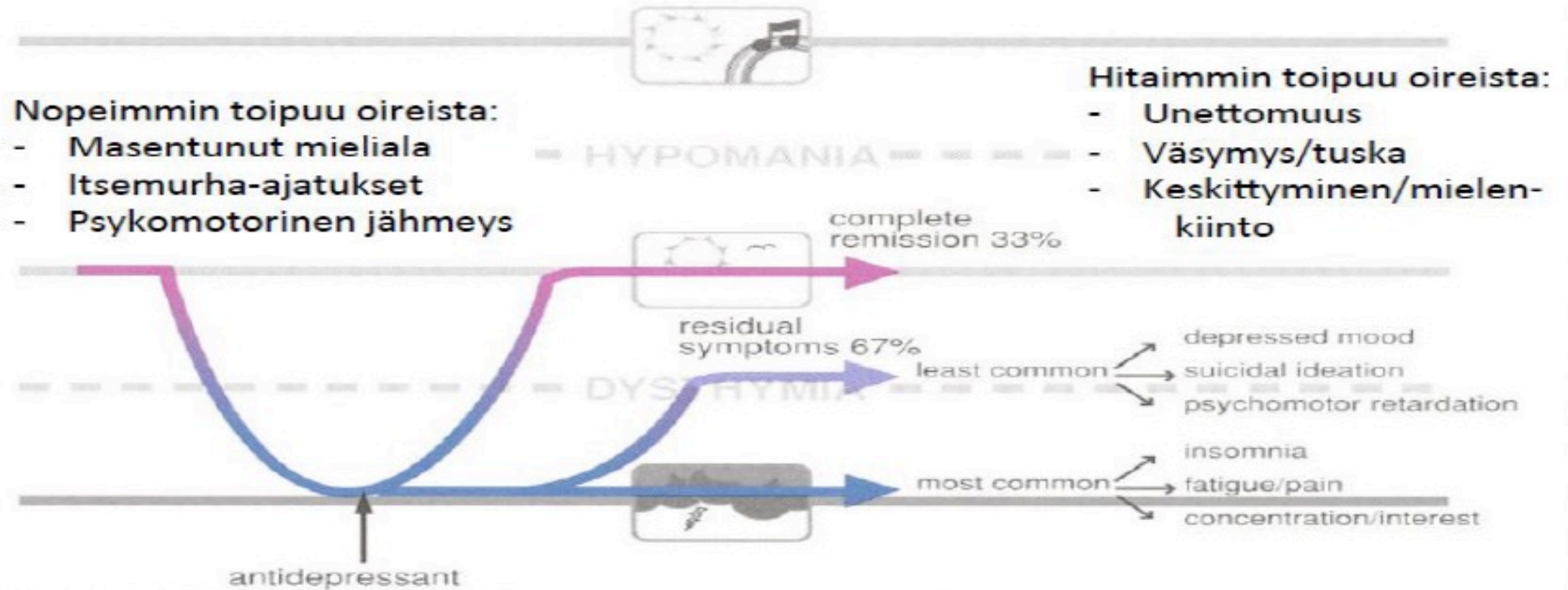


FIGURE 12-9 Common residual symptoms. In patients who do not achieve remission, the most common residual symptoms are insomnia, fatigue, painful physical complaints, problems concentrating, and lack of interest. The least common residual symptoms are depressed mood, suicidal ideation, and psychomotor retardation.

S. Stahl, 2004

Table 5. Recommendations for Clinical Specifiers and Dimensions of Major Depressive Disorder.

Specifiers/ Dimensions	Recommendations (Level of Evidence)	Comments
With anxious distress ^a	• Use an antidepressant with efficacy in generalized anxiety disorder (Level 4)	• No differences in efficacy between SSRIs, SNRIs, and bupropion (Level 2)
With catatonic features ^a	• Benzodiazepines (Level 3)	• No antidepressants have been studied
With melancholic features ^a	• No specific antidepressants have demonstrated superiority (Level 2)	• TCAs and SNRIs have been studied
With atypical features ^a	• No specific antidepressants have demonstrated superiority (Level 2)	• Older studies found MAO inhibitors superior to TCAs
With psychotic features ^a	• Use antipsychotic and antidepressant cotreatment (Level 1)	• Few studies involved atypical antipsychotics
With mixed features ^a	• Lurasidone^b (Level 2) • Ziprasidone^b (Level 3)	• No comparative studies
With seasonal pattern ^a	• No specific antidepressants have demonstrated superiority (Level 2 and 3)	• SSRIs, agomelatine, bupropion, and moclobemide have been studied
With cognitive dysfunction	• Vortioxetine (Level 1) • Bupropion (Level 2) • Duloxetine (Level 2) • SSRIs (Level 2)^b • Moclobemide (Level 3)	• Limited data available on cognitive effects of other antidepressants and on comparative differences in efficacy

Table 5. Recommendations for Clinical Specifiers and Dimensions of Major Depressive Disorder.

Specifiers/ Dimensions	Recommendations (Level of Evidence)	Comments
With sleep disturbances	● Agomelatine (Level 1) ● Mirtazapine (Level 2) ● Quetiapine (Level 2) ● Trazodone (Level 2)	● Beneficial effects on sleep must be balanced against potential for side effects (e.g., daytime sedation)
With somatic symptoms	● Duloxetine (pain) (Level 1) ● Other SNRIs (pain) (Level 2) ● Bupropion (fatigue) (Level 1) ● SSRIs^b (fatigue) (Level 2) ● Duloxetine^b (energy) (Level 2)	● Few antidepressants have been studied for somatic symptoms other than pain ● Few comparative antidepressant studies for pain and other somatic symptoms

MAO, monoamine oxidase; SNRI, serotonin and noradrenaline reuptake inhibitor; SSRI, selective serotonin reuptake inhibitor; TCA, tricyclic antidepressant.
^aDSM-5 specifiers.

^bComparisons only with placebo.

Key clinical points

- Management of MDD optimally requires the integration of medical, psychological, social, exercise (3x week a 45 min), sleep, and nutritional treatments.
- Currently, medical management usually begins with an SSRI or SNRI, but major efforts are under way to develop biomarkers that will guide selection of precision treatments. Use of pharmacokinetic and – dynamic (combinatorial pharmacogenomic) biomarkers is being evaluated to aid early identification of medications that may not be adequately metabolized or that may interact undesirably with other medications.
- If the patient lacks a minimal response within 3-5 weeks, the prudent course is to change or augment the current treatment plan aided by such emerging biomarker tools, as well as to reevaluate target diagnoses.

Parikh, S., Riba, M., and Greden, J. (2019) Depressive Disorders In Weiss Roberts, L.(ed.) (2019) Textbook of Psychiatry, 7th ed, Washington DC, American Psychiatric Association Publishing, 307-340, 1326 p.

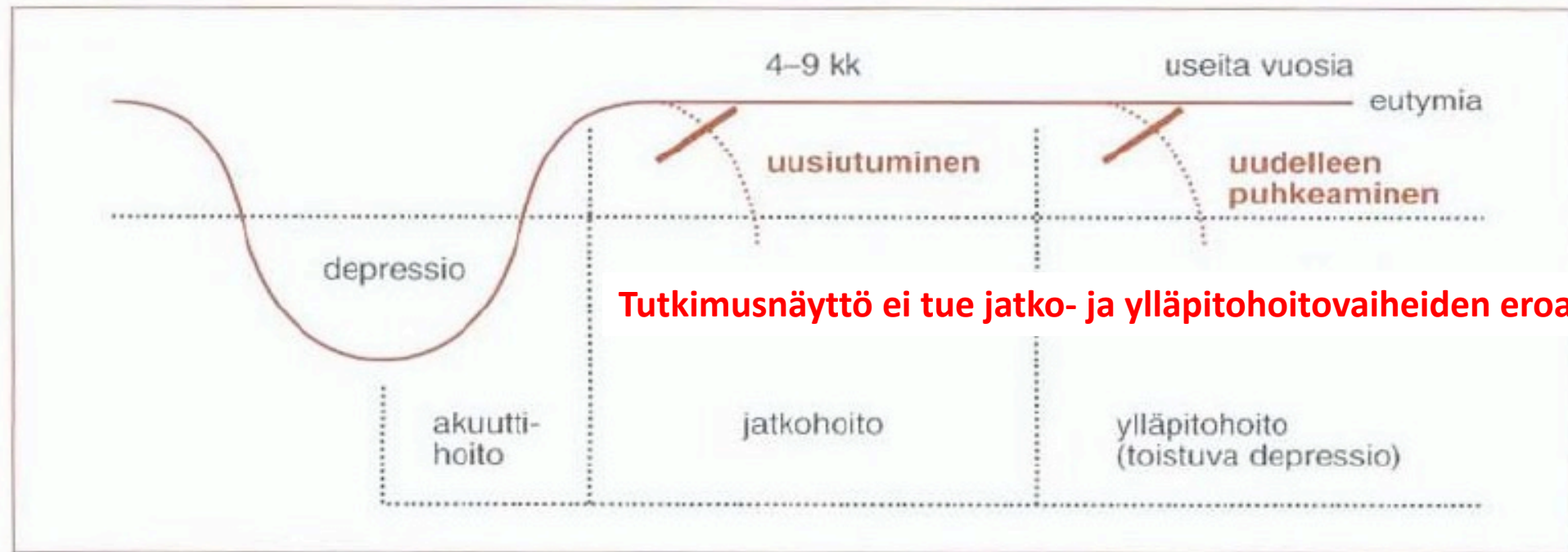
Key clinical points

- For MDD and many of the depressive subtypes, combinations of antidepressant and psychotherapy routinely produce the most optimal outcomes. Combination treatment requires close coordination between the clinicians providing each component.
- New treatment interventions, such as glutamatergic (ketamine) administration, are generating an appropriate sense of excitement because of their apparently beneficial effects in individuals with treatment-resistant symptoms or with suicidal ideation. However, well-controlled, standardized research investigations and long-term maintenance strategies for these treatments are sorely needed.
- Comorbid medical and psychiatric disorders should be managed concurrently, rather than treating one disorder and waiting to see whether that leads to clinical improvement in the other.

Parikh, S., Riba, M., and Greden, J. (2019) Depressive Disorders In Weiss Roberts, L.(ed.) (2019) Textbook of Psychiatry, 7th ed, Washington DC, American Psychiatric Association Publishing, 307-340, 1326 p.

Masennuksen hoito:

Depression hoidon vaiheet:
akuutti-, jatko- ja ylläpitohoito



Kuva 1. Depression hoidon vaiheet.

Psykiatria, 2007

Masennuksen hoito: Käypä Hoito-suositus 2016

- **Jatkohoito**

- Masennuslääkehoitoa on aina syytä jatkaa noin puolen vuoden ajan vielä akuuttivaiheen jälkeenkin eli siitä ajankohdasta, kun potilas on tullut oireettomaksi **A**. **Oireiden uusiutumisen vaara on suuri, jos hoito lopetetaan heti niiden hävitessä.**
- Hoitoannosta ei ole syytä pienentää ilman erityistä syytä.
- Ellei hoito jatku ylläpitohoitona ja potilas on ollut puolen vuoden ajan yhtäjaksoisesti oireeton, lääkehoito voidaan sen jälkeen lopettaa.
- Äkillinen SSRI- tai SNRI-lääkehoidon lopettaminen voi osalla potilaista provosoida yleensä 1–7 vuorokauden kuluessa lopettamisesta alkavia vieroitusoireita (huimaus, ahdistuneisuus, univaikeudet, pahoinvointi, päänsärky, sensoriset häiriöt).
- Oireet ovat tavallisimpia lyhyen puoliintumisajan valmisteilla (**paroksetiini, venlafaksiini**), ja ne **kestävät yleensä 1–2 viikkoa**. Masennuslääkehoito on aina suositeltavaa lopettaa asteittain muutaman viikon aikana, koska se pienentää vieroitusoireiden ilmaantumisen riskiä oleellisesti

Masennuksen hoito: Käypä Hoito-suositus 2016

- **Ylläpitohoito**
- Masennuslääkehoitoa on syytä jatkaa pitkäaikaisena uusiutumisen estohoitona, jos potilas on elämänsä aikana kärsinyt toistuvista vähintään keskivaikeista masennustiloista [A](#).
- Päätöksen ylläpitohoidon aloittamisesta ja lopettamisesta voi tehdä joko psykiatrian erikoislääkäri tai yleislääkäri. Päätöksestä tulee kuitenkin herkästi konsultoida erikoislääkärää.
- Päätöksestä on tärkeää neuvotella myös potilaan kanssa, jotta hän ymmärtää sen merkityksen. Päätös hoidon aloittamisesta tai lopettamisesta (tai toteuttamatta jättämisestä) ja sen perusteluista on lisäksi syytä kirjata huolellisesti sairauskertomukseen.
- Ylläpitohoidon aloittaminen on suositeltavaa, kun kyseessä on kolmas elämänaikainen masennusjakso. Jos sairausjaksot ovat olleet vaikeita tai psykoottisia tai niihin on liittynyt vakavaa itsetuhoisuutta taikka pitkäaikaista tai vaikeaa toimintakyvyn heikkenemistä, on syytä harkita pitkäaikaista ylläpitohoitoa jo varhemmin.
- Ylläpitohoidon avulla voidaan pienentää merkittävästi masennuksen uudelleen puhkeamisen todennäköisyyttä, mutta se on mielekästä vain, jos akuuttivaiheessa on todettu hyvä vaste masennuslääkkeeseen.
- Ylläpitohoito toteutetaan samalla lääkeannoksella kuin akuutti- ja jatkohoito.

Masennuksen hoito: Käypä Hoito-suositus 2016

- **Ylläpitohoito (jatkuu)**
- Lääkehoidon tehon oletetaan säilyvän useiden vuosien ajan, mutta näyttö hyvin pitkäaikaisen hoidon tehosta puuttuu.
- Ylläpitolääkehoito edellyttää, että potilaan tilaa seurataan vastaanottokäynneillä vähintään vuosittain silloinkin, kun potilas on täysin oireeton. Kun potilas on ollut oireeton usean vuoden ajan, on syytä harkita lääkehoidon varovaisen asteittaisen lopettamisen mahdollisuutta.
- Yhtäjaksoista ylläpitohoitoa on syytä jatkaa sitä pidempään,
 - mitä useampia depressiojaksoja potilaalla on esiintynyt
 - mitä vaikeampia ne ovat olleet
 - mitä suurempi potilaan itsemurhan, työkyvyttömyyden tai muiden vakavien seurausten vaara on niiden aikana ollut
 - mitä enemmän depression esi- tai jälkioireita potilaalla on esiintynyt ylläpitohoidon aikana.
- Lääkkeen käytön lopettamiseen liittyy selvä depression uusiutumisen vaara. Toisaalta elinikäinen ylläpitohoito voi varsinkin lievemmissä tapauksissa olla ylimitoitettua.
- Jos lopettamista yritetään, potilaan tilaa on seurattava tavanomaista tiiviimmin, jotta depression mahdollinen uusiutuminen havaittaisiin ja hoito voitaisiin aloittaa viivytyksettä uudelleen

- Uusii →
1. Kerran jälkeen 50-60%
 2. Kerran jälkeen 90 %
 3. Kerran jälkeen 100 %

Masennuksen hoito: Käypä Hoito-suositus 2016

Taulukko 4. Keskeiset psykoterapiamuodot depression hoidossa				
Hoitomuoto ja kuvaus	Tyypillinen kesto ja tiheys	Näytön aste		
		Akuutti vaihe	Ylläpito- ja jatkohoitovaihe	Krooninen ja komplisoitunut masennus
Kognitiivinen 4				
Tavoitteena depressiota aiheuttavien ja ylläpitävien asenne- ja käyttäytymismallien muuttuminen ja ongelmanratkaisukeinojen lisääntyminen	Lyhyt: 10–20 käyntiä, yksi kerta viikossa	A	-	-
	Lyhyt: 8–16 käyntiä (uusiutumisen estoterapia ja tietoisuustaitoihin perustuva MBCT)	-	A	-
	Lyhyt/keskipitkä: 12–40 käyntiä (CBASP)	-	-	B
	Pitkäkestoinen: 40–80 käyntiä, 1–2 käyntiä viikossa	D	D	C

Masennuksen hoito: Käypä Hoito-suositus 2016

Taulukko 4. Keskeiset psykoterapiamuodot depression hoidossa				
Hoitomuoto ja kuvaus	Tyypillinen kesto ja tiheys	Näytön aste		
		Akuutti vaihe	Ylläpito- ja jatkohoitovaihe	Krooninen ja komplisoitunut masennus
Interpersonaalinen 4				
Tavoitteena depressiota aiheuttavien ja ylläpitävien ihmissuhdeongelmien, rooliristiriitojen tai menetysten fokusoitu käsittely	Lyhyt: 12–16 käyntiä, yksi käynti viikossa	A	A	-
Psykodynaaminen 4				
Tavoitteena depressiolle altistavien kehityksellisten ongelmien selvittely ja minuuden vahvistuminen	Lyhyt: 16–25 käyntiä, yksi käynti viikossa	A	B	-
	Pitkäkestoinen: 80–240 käyntiä, 1–3 käyntiä viikossa	B	D	B

Masennuksen hoito:

Masennuksen hoito - Psykoterapia

- – Lievien ja keskivaikeiden depressioiden akuuttivaiheen hoidossa voidaan käyttää joko yksin tai yhdessä lääkehoidon kanssa jotain seuraavista tähän mennessä vaikuttavaksi osoitetuista lyhytkestoisten terapioiden muodoista
 - kognitiivista psykoterapiaa [146–151] A
 - interpersonaalista terapiaa [146–151] A
 - psykodynaamista psykoterapiaa [144, 152–155] B.
- Lähinnä lievien masennustilojen hoidossa, kun kyse ei ole moniongelmaisista potilaista, voidaan käyttää myös
 - ongelmanratkaisuterapiaa [156] A
 - ratkaisu- ja voimavarakeskeistä terapiaa [155] C.
- Kognitiivisten, interpersonaalisten, psykodynaamisten ja ongelmanratkaisuterapioiden välillä ei ilmeisesti ole kliinisesti merkittäviä vaikuttavuuseroja [150].

Masennuksen hoito:

Depression Käypä Hoito-suositus 2010 : Depression psykoterapiat

TAULUKKO 2. Depression vaikeusaste ja akuuttivaiheen hoitomuodot.

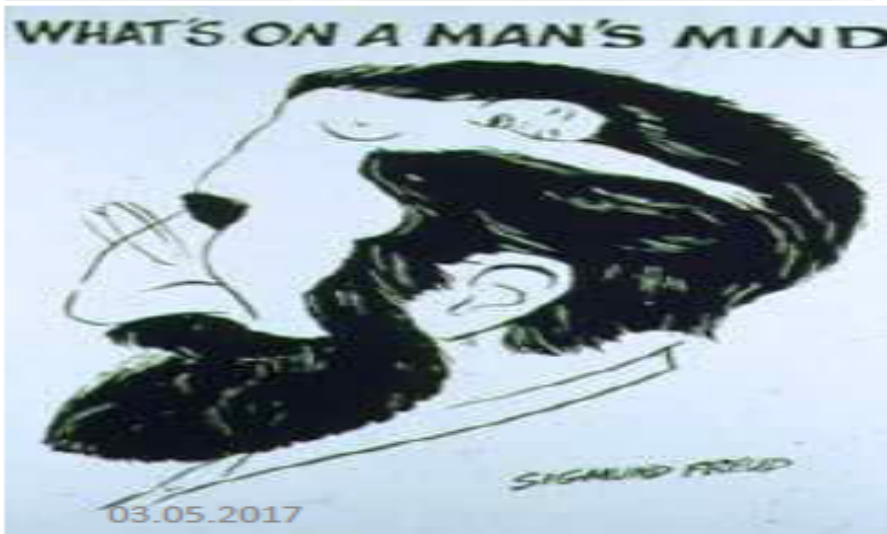
Hoitomuoto	Lievä	Keskivaikea	Vaikea	Psykoottinen
Psykoterapia	+	+	(+)	–
Masennuslääkkeet	+	+	+	+
Psykoosilääkkeet (masennuslääkkeen ohella)	–	–	–	+
Sähköhoito (ECT)	–	–	+	+

TAULUKKO 4. Keskeiset psykoterapiamuodot depression hoidossa.

Hoitomuoto ja kuvaus	Tyypillinen kesto ja tiheys	Näytön aste		
		Akuutti vaihe	Ylläpito- ja jatkohoito-vaihe	Krooninen ja komplisoitunut masennus
Kognitiivinen Tavoitteena depressiota aiheuttavien ja ylläpitävien asenne- ja käytäytymismallien muuttuminen ja ongelmanratkaisukeinojen lisääntyminen	Lyhyt: 10–20 käyntiä, yksi kerta viikossa	[146–151] ^A	–	–
	Lyhyt: 8–16 käyntiä (uusiutumisen estoterapia ja tietoisuustaitoihin perustuva MBCT)	–	[166–172] ^A	–
	Lyhyt/keskipitkä: 12–40 käyntiä (CBASP)	–	–	[173–176] ^B
	Pitkäkestoinen: 40–80 käyntiä, 1–2 käyntiä viikossa	D	D	C
Interpersonaalinen Tavoitteena depressiota aiheuttavien ja ylläpitävien ihmissuhde-ongelmien, rooliritiriitojen tai menetysten fokusoitu käsittely	Lyhyt: 12–16 käyntiä, yksi käynti viikossa	[146–151] ^A	[166–172] ^A	–
Psykodynaaminen Tavoitteena depressiolle altistavien kehityksellisten ongelmien selvittely ja minuuden vahvistuminen	Lyhyt: 16–25 käyntiä, yksi käynti viikossa	[177–179] ^B	–	–
	Pitkäkestoinen: 80–240 käyntiä, 1–3 käyntiä viikossa	[155, 180] ^B	D	[155, 180] ^B

Ihmisen muuttumisessa vaikuttavat epäspesifiset tekijät

Ihmisen käyttäytymisen muutoksessa vaikuttavat :

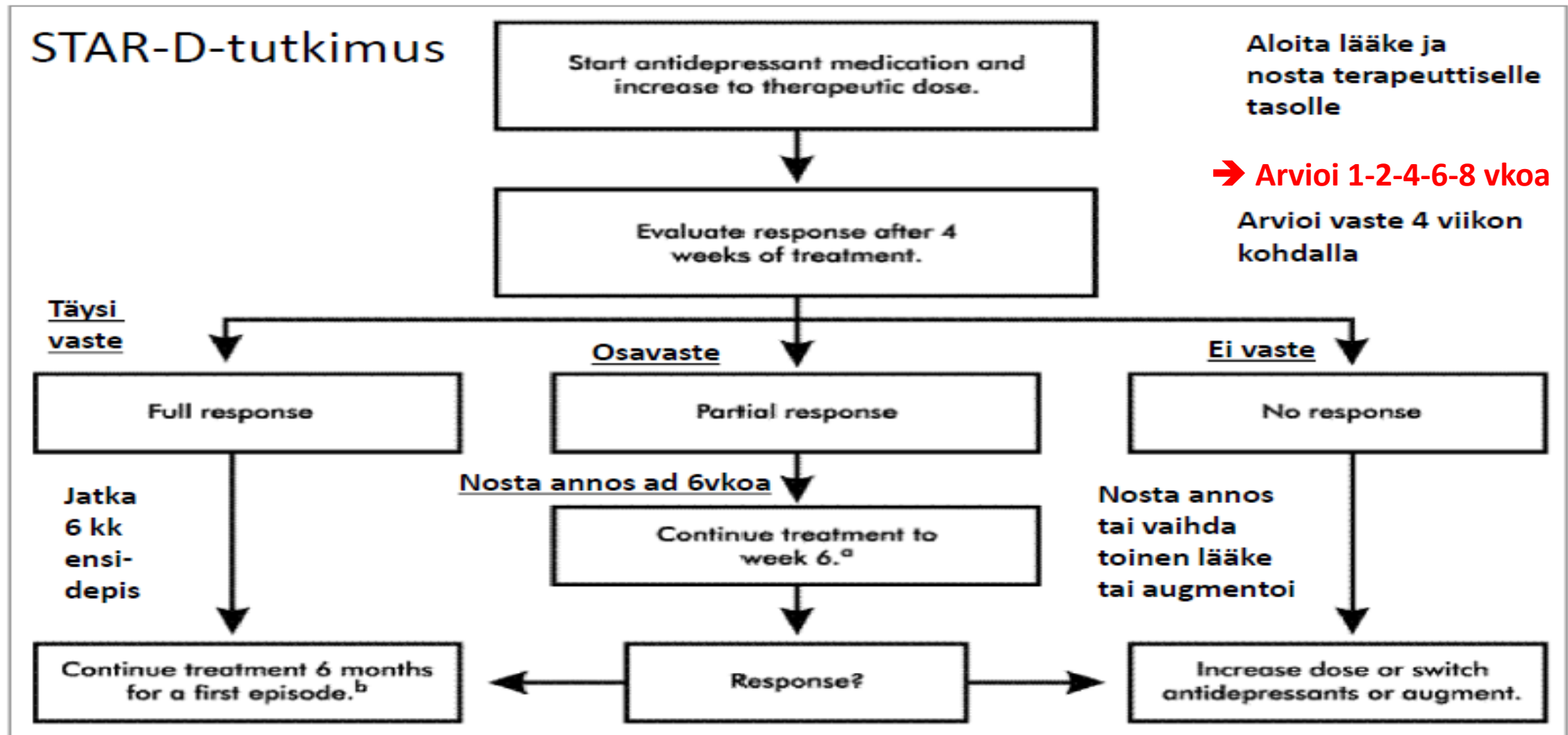


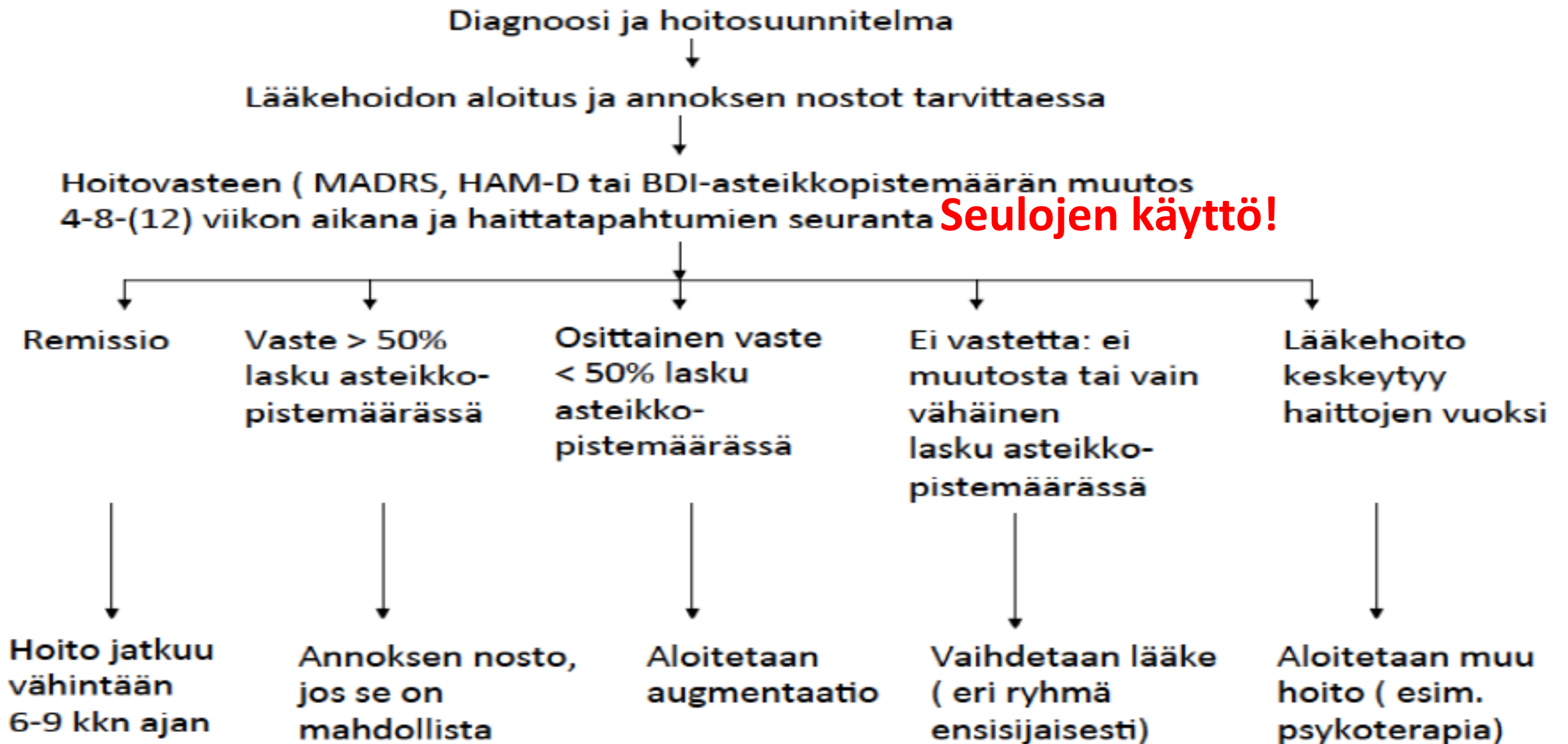
Epäspesifit muuttujat :

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 kuntoutustapahtuma minussa toivoa muutoksesta ja sen mahdollisuudesta?
5. Tarjosiko terapiaistunto/kuntoutustapahtuma vaihtoehtoisen selityksen (toteutettavissa minun resursseillani) ongelmilleni?

Depressio KH-suositus ja yl juha kemppinen

Masennuksen hoito:





Masennuksen hoito:

Taulukko 3. Suomessa vuonna 2016 käytössä olevat depressiolääkkeet ja niiden annokset aikuispotilaille

	Geneerinen nimi	Aloitusannos (mg/vrk)	Hoitoannos (mg/vrk)	Tavallisia haittavaikutuksia
	Trisykliset depressiolääkkeet			Ryhmälle luonteenomaisia muun muassa antikolinergiset ja alfa ¹ -salpauksen haittavaikutukset
Triptyl	Amitriptyliini	25–50	75–300	
Doxal	Doksepiini	25–50	75–300	
Anafranil	Klomipramiini	25–50	75–300	
Noritren	Nortriptyliini	25–50	50–200	
Surmontil	Trimipramiini	25–50	75–300	

Masennuksen hoito:

Taulukko 3. Suomessa vuonna 2016 käytössä olevat depressiolääkkeet ja niiden annokset aikuispotilaille

	Geneerinen nimi	Aloitusannos (mg/vrk)	Hoitoannos (mg/vrk)	Tavallisia haittavaikutuksia
	Selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät (SSRI)			Ryhmälle luonteenomaisia muun muassa pahoinvointi, suolisto-oireet ja seksuaalitoimintojen häiriöt
Ciprallex	Essitalopraami	10	10–20	
Seronil	Fluoksetiini	20	20–80	
Fevarin	Fluvoksamiini	50	100–300	
Seroxat	Paroksetiini	20	20–50	
Zoloft	Sertraliini	50	50–200	
Cipramil	Sitalopraami	20	20–40	

Masennuksen hoito:

Taulukko 3. Suomessa vuonna 2016 käytössä olevat depressiolääkkeet ja niiden annokset aikuispotilaille

	Geneerinen nimi	Aloitusannos (mg/vrk)	Hoitoannos (mg/vrk)	Tavallisia haittavaikutuksia
	Muut depressiolääkkeet			
Valdoxan	Agomelatiini	25	25–50	Päänsärky, huimaus
Voxra	Bupropioni	150	150–300	Päänsärky, unettomuus, pahoinvointi
Cymbalta	Duloksetiini	60	60–120	Pahoinvointi, suun kuivuminen, päänsärky, uneliaisuus
Tolvon	Mianseriini	30	30–90	Väsymys, huimaus
Ixel	Milnasipraani	50	50–100	Pahoinvointi, sydämentykytys, virtsaamisongelmat
Remeron	Mirtatsapiini	15–30	30–60	Väsymys, painon nousu
Aurorix	Moklobemidi	300	300–900	Unettomuus, huimaus
Azona	Tratsodoni	50–100	150–500	Väsymys, huimaus, rytmihäiriöt
Efexor	Venlafaksiini	75	75–375	Kuten SSRI:t
Brintellix	Vortioksetiini	10	5–20	Pahoinvointi

Masennuksen hoito:

Meta-analyysi (Cipriani et al, 2018)

Superior efficacy

- Escitalopram
- Mirtazapine
- Sertraline
- Venlafaxine

Meta-analyysi (Cipriani et al, 2018)

Lower dropout

- Escitalopram
- Sertraline

Meta-analyysi (Cipriani et al, 2018)

Superior efficacy with good tolerability

- Agomelatine
- Escitalopram
- Mirtazapine
- Paroxetine
- Sertraline
- Vortioxetine

Masennuslääke

Esimerkkejä lääkeaineryhmittäin:

■ SSRI-lääkkeet

- ➔ ● escitalopraami
- fluoksetiini
- fluvoksamiini
- ➔ ● paroksetiini
- ➔ ● sertraliini
- sitalopraami

■ SNRI-lääkkeet

- duloksetiini
- milnasipraani
- venlafaksiini

■ Trisykliset

- amitriptyliini

■ Muut

- ➔ ● mirtatsapiini
- moklobemidi
- reboksetiini
- Voxra Bupropioni
- ➔ • Valdoxan Agomelatine
- ➔ • Brintellix Vortioxetine

Mielialalääkkeiden ja placebon teho: ensilinjan lääkkeet ja muut linjat

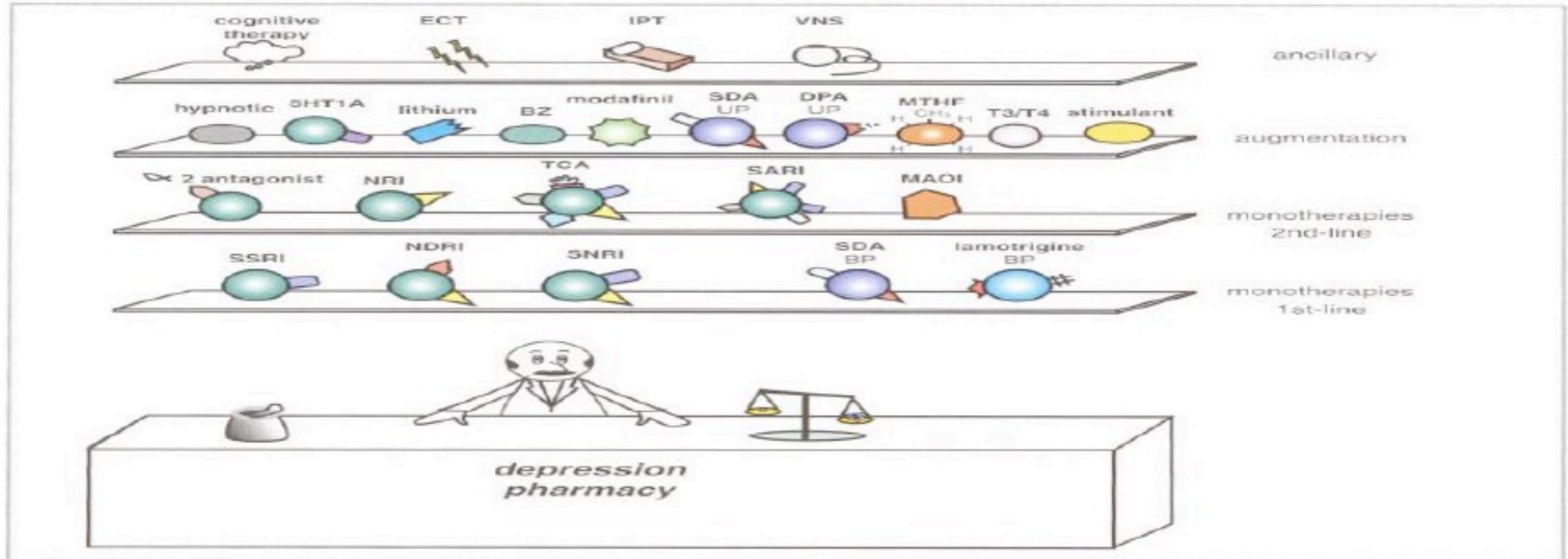


FIGURE 12-117 Depression pharmacy. First-line treatments for unipolar depression include serotonin selective reuptake inhibitors (SSRIs), norepinephrine and dopamine reuptake inhibitors (NDRIs), and serotonin norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs), while first-line treatments for bipolar depression include serotonin dopamine antagonists (SDAs) and lamotrigine. Second-line monotherapies include alpha 2 antagonists, selective norepinephrine reuptake inhibitors (NRIs), tricyclic antidepressants (TCAs), serotonin 2A antagonist/reuptake inhibitors (SARIs), and monoamine oxidase inhibitors (MAOIs). Potentially useful augmenting agents include hypnotics, serotonin 1A (5HT1A) agonists, lithium, benzodiazepines, modafinil, SDAs, dopamine partial agonists (DPAs), L-5-methyl-tetrahydrofolate (MTHF), thyroid hormone (T3/T4), and stimulants. Ancillary treatments to medications may include cognitive therapy, electroconvulsive therapy (ECT), interpersonal therapy (IPT), and vagus nerve stimulation (VNS).

S. Stahl, 2004

Lääkeresistentti depressio

- Jos kaksi peräkkäistä asianmukaisesti toteutettua lääkehoitoyritystä ei ole johtanut selvään vasteeseen, on kyseessä niin sanottu lääkeresistentti depressio [68](#).
- Erityisesti silloin, kun potilaan toimintakyky on masennuksen vuoksi selvästi heikentynyt, on psykiatrian erikoislääkärin konsultointi tai potilaan ohjaaminen psykiatriseen erikoissairaanhoidon paikalleen.
- Lääkeresistentissä depressiossa voidaan perusterveydenhuollossa
 - vaihtaa vielä **uuteen masennuslääkkeeseen** (lääkkeet ovat tässä suhteessa melko tasaveroisia) [B](#)
 - vaihtaa tehottomaksi osoittautunut SSRI-ryhmän lääke **venlafaksiiniin, joka on tässä vaihtotilanteessa suurina annoksina hieman tehokkaampi kuin uusi SSRI** [B](#).
 - käyttää masennuslääkkeen ohella lisälääkkeenä **omega-3-rasvahappoja**, jotka näin käytettyinä ovat ilmeisesti tehokkaita. Suurina annoksina omega-3 -rasvahapot voivat kuitenkin hidastaa veren hyytymistä ja lisätä antikoagulanttien vaikutuksia [B](#).
- Psykiatrian erikoislääkäri tai asiaan perehtynyt muu lääkäri voi lisäksi vaihtoehtoisesti
 - synergistisen vaikutuksen luomiseksi kokeilla potilaalle **kahta masennuslääkettä yhtä aikaa** [B](#). Todennäköisesti hyödyllisiä yhdistelmiä ovat esimerkiksi serotoniinin takaisinottoa estävät lääkkeet yhdistettynä **mirtatsapiiniin tai mianseriiniin**.
 - yhdistää serotoniinin takaisinoton estäjään **epätyypillisen psykoosilääkkeen**: aripipratsolin, ketiapiinin tai risperidonin [A](#).
- Psykiatrian erikoislääkäri voi myös yhdistää masennuslääkkeeseen **litiumin** [A](#).
- Lääkeyhdistelmien käyttö edellyttää hoitavalta lääkäriltä perehtyneisyyttä, varovaisuutta ja interaktioihin liittyvien riskien [69](#) tuntemusta.
- Samanaikainen psykoterapeuttinen hoito todennäköisesti lisää hoidon tehoa [70, 71](#).

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50023#s4>

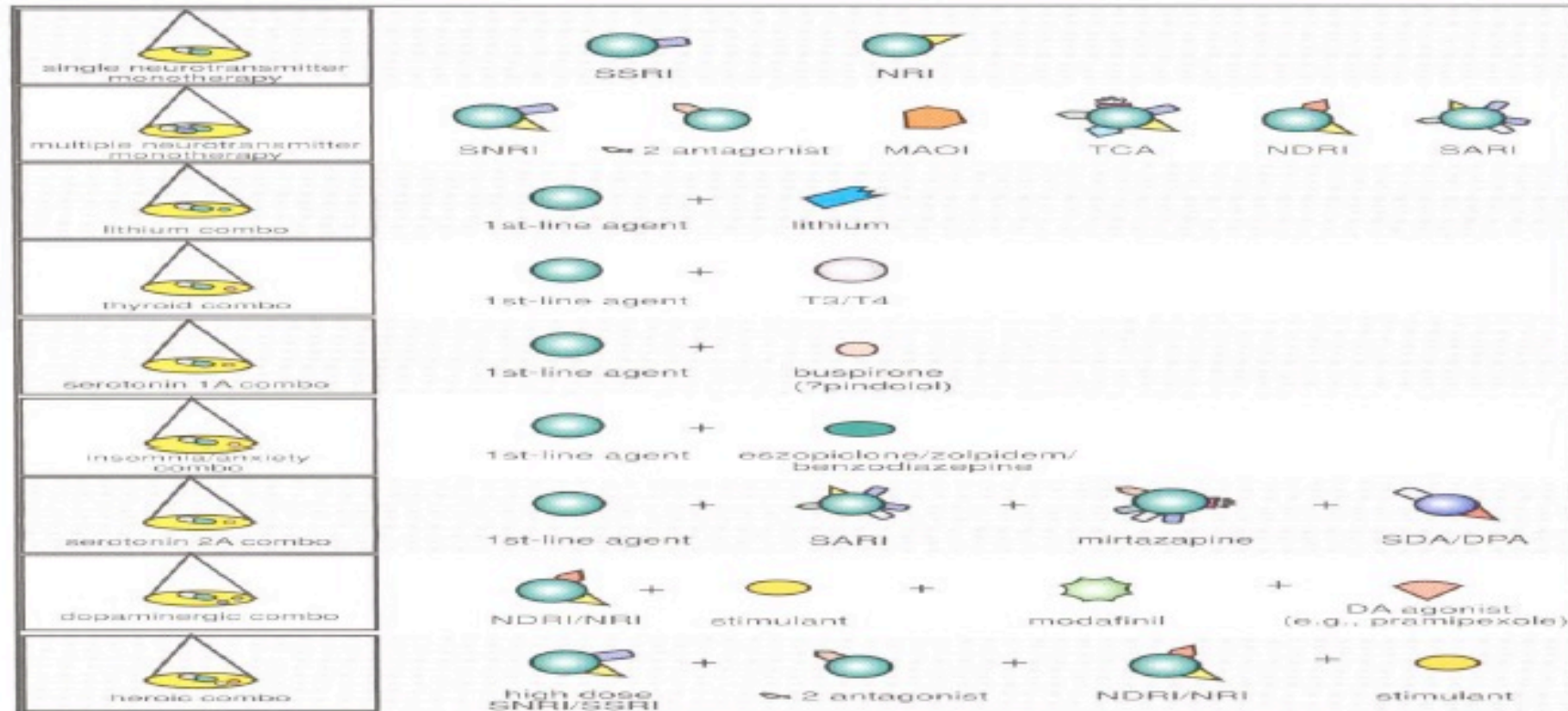
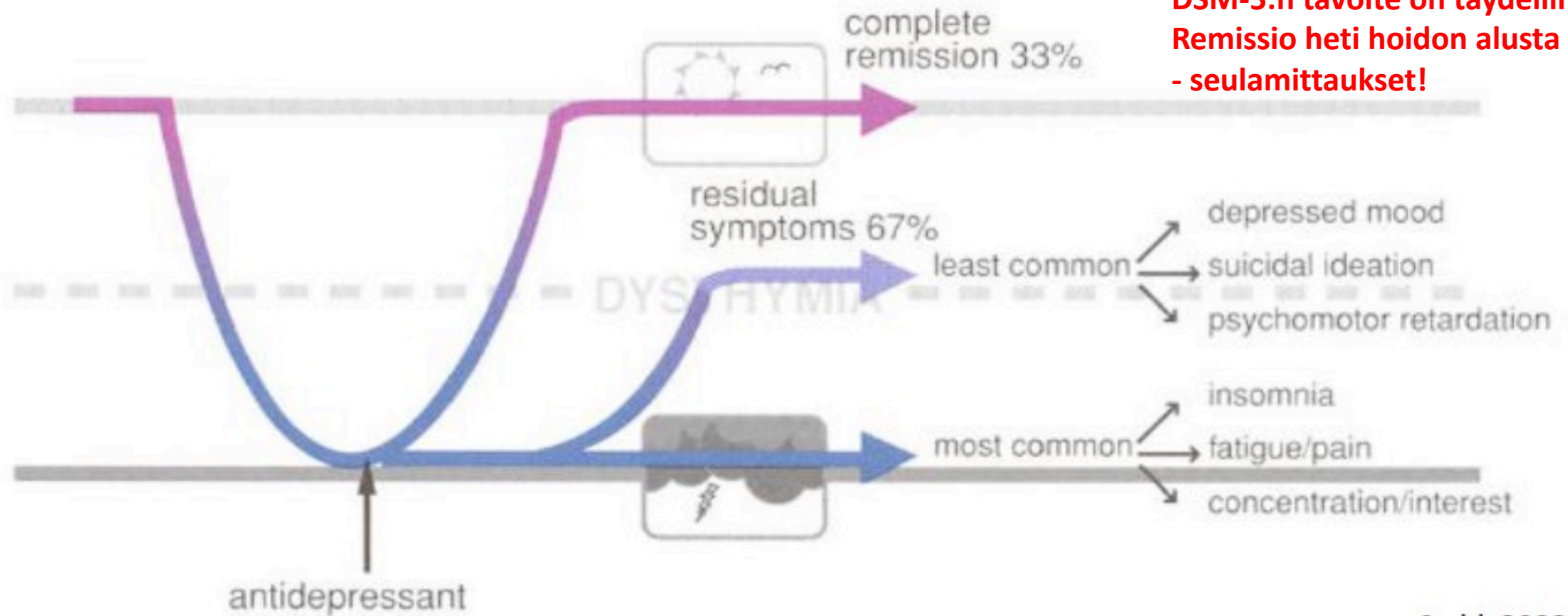


FIGURE 12-128 Combination treatments for unipolar depression. The treatment of depression generally begins with a single agent, called a first-line agent, as monotherapy. If single agents acting by a single neurotransmitter mechanism fail, then single agents acting by multiple neurotransmitter mechanisms may be effective. If these monotherapies also fail, antidepressants are often used in combination with other drugs or hormones or even other antidepressants. For example, a first-line agent can be paired with lithium (lithium combo). Another strategy is to augment a first-line agent with thyroid hormone (thyroid combo). Yet another approach is addition of the serotonin 1A (5HT_{1A}) partial agonist buspirone or possibly the 5HT_{1A} antagonist pindolol to a first-line antidepressant, especially a serotonin selective reuptake inhibitor (serotonin 1A combo). Short-term use of sedative-hypnotics or anxiolytics may be necessary if insomnia or anxiety is persistent and cannot be managed by other strategies (insomnia/anxiety combo). Another multimechanism option is to add a serotonin 2A antagonist such as a serotonin 2 antagonist/reuptake inhibitor (SARI), mirtazapine, or a serotonin dopamine antagonist (SDA) or dopamine partial agonist (DPA) (serotonin 2A combo). Patients with fatigue or cognitive symptoms may benefit from the addition of an agent that enhances dopamine neurotransmission (dopaminergic combo). Finally, patients who are not responding may need to be treated with high doses of a first-line agent in combination with an alpha 2 antagonist, norepinephrine dopamine reuptake inhibitor, or stimulant.

Masennuksen hoito:

Depression lääkehoito:

**DSM-5:n tavoite on täydellinen
Remissio heti hoidon alusta
- seulamittaukset!**



Stahl, 2008

Masennuksen hoito:

Depression Käypä Hoito-suositus 2010

Akuuttihoiton varsinaisena tavoitteena on täydellinen tai lähes täydellinen oireettomuus

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



TAULUKKO 2. Depression vaikeusaste ja akuuttivaiheen hoitomuodot.

+ harhaluulot ja/tai hallusinaatiot

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

MADRS

Depressio KH-suositus ja yl juha kemppinen

15-24 pistettä

25-30 p

31-43 p

> 44 p

→ Työ- ja toimintakyky alenee

56

03.05.2017

Masennuksen hoito:

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

Masennuksen hoito:

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

Masennuksen hoito:



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)	Cipramil	4 hr	35 hr	3 hr	7	80
Escitalopram (Lexapro)	Cipralex	5 hr	27-32 hr	—	7	56
Fluoxetine (Prozac)	Seronil	6-8 hr	4-6 days	4-16 days	28-35	95
Fluvoxamine (Luvox)	Fevarin	3-8 hr	15 hr	—	5-7	80
Paroxetine (Paxil)	Seroxat	5-6 hr	21 hr	—	5-10	95
Paroxetine CR (Paxil CR)		6-10 hr	15-20 hr	—	< 14	95
Sertraline (Zoloft)	Zoloft	4.5-8.5 hr	26 hr	62-104 hr	7	95

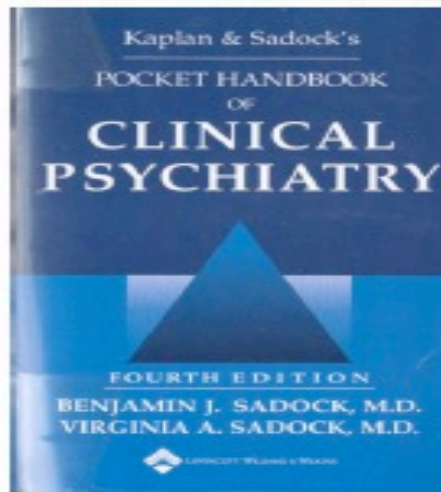


Table 25-17

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

Masennuksen hoito:



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 ^a	Aurorix	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.

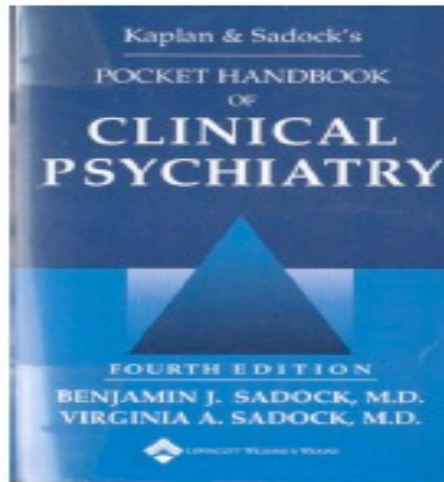


Table 25-18

Clinical Information for the Tricyclic and Tetracyclic Drugs

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

^aExact range may vary among laboratories.
^bIncludes parent compound and desmethyl metabolite.

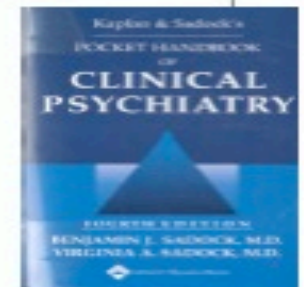
Masennuksen hoito:



Table 25-16
Interactions of Drugs With the SSRIs

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	
Fluvoxamine	Tolbutamide	No interaction	
	Antipyrine	Inhibits metabolism	Not important
	Propranolol	Inhibits metabolism	Unlikely
	Tricyclics	Inhibits metabolism	Unlikely
	Warfarin	Inhibits metabolism	Possible
	Atenolol	No interaction	
Paroxetine	Digoxin	No interaction	
	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	
Sertraline	Tranlycypromine	No interaction	
	Warfarin	No interaction	Caution with combined treatment
	Antipyrine	Increased clearance	Not important
	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	

*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.



Masennuksen hoito:

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

Mielialalääkkeiden ja placebon teho: sivuvaikutuksia

TABLE 11. Selected Side Effects of SSRIs^{a,b}

Side effect	Fluoxetine	Sertraline	Paroxetine	Fluvoxamine	Venlafaxine
Nausea	+++	++++	++++	+++++	+++++
Nervousness	+++	+	+	++	+++
Anorexia	++	—	+	+	++
Insomnia	++	++	++	+++	++
Drowsiness	+	++	++++	+++	+++
Tremor	+	++	++	+	+
Fatigue	+	+	+++	++	+
Dry mouth	+	++	+	+	+++
Dizziness	+	+	++	++	+++
Sweating	+	++	++	+	++
Diarrhea	+	++	+	+	—
Constipation	—	—	+	+/-	++
Sexual dysfunction	+	+++	+++	++	++++

^aRefs 15 and 157.

^bEach + represents about a 4% incidence of the side effect after adjusting for placebo effect; a — represents a decreased incidence of the side effect relative to that reported for placebo.

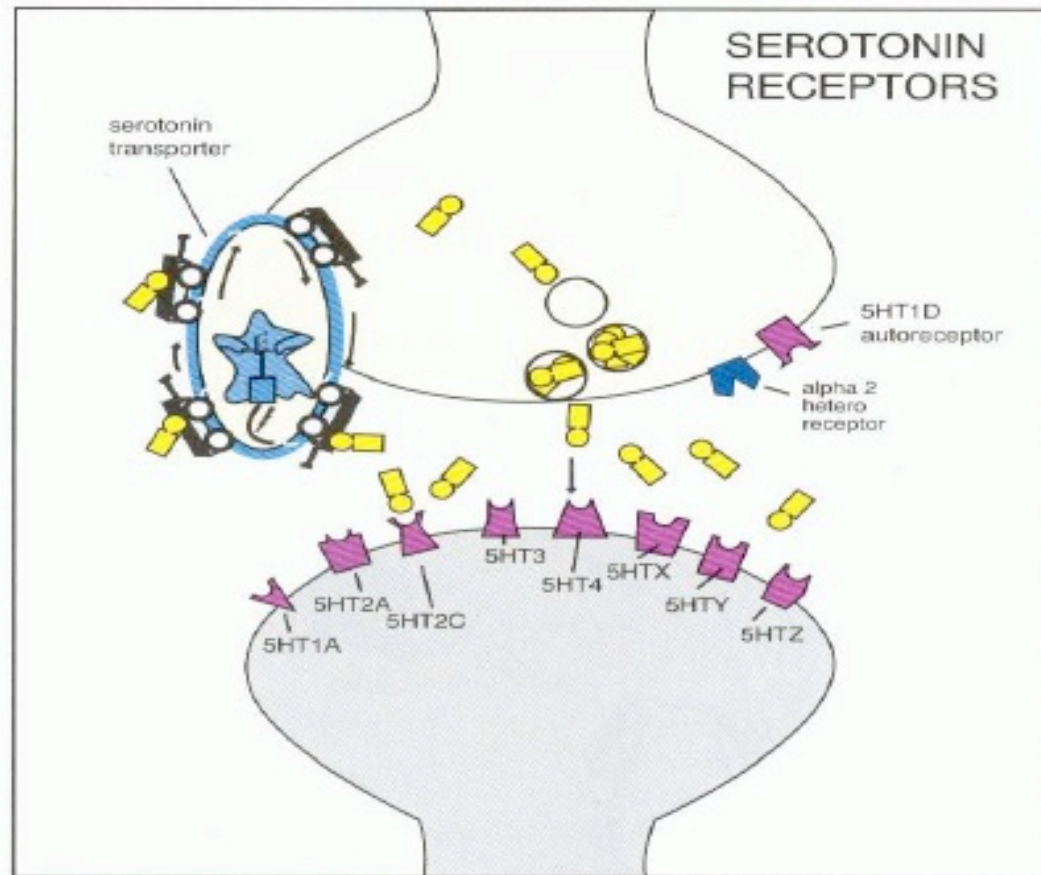


FIGURE 5–36. Receptor subtyping for the serotonergic neuron has proceeded at a very rapid pace, with at least four major categories of 5HT receptors, each further subtyped depending on pharmacological or molecular properties. In addition to the serotonin transporter, there is a key presynaptic serotonin receptor (the 5HT1D receptor) and another key presynaptic receptor, the alpha 2 noradrenergic heteroreceptor. This organization allows serotonin release to be controlled not only by serotonin but also by norepinephrine, even though the serotonin neuron does not itself release norepinephrine. Several postsynaptic serotonin receptors (5HT1A, 5HT1D, 5HT2A, 5HT2C, 5HT3, 5HT4, and many others denoted by 5HT X, Y, and Z) are shown as well. They convey messages from the presynaptic serotonergic neuron to the target cell postsynaptically.

S.Stahl, 2000

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

Table 97-5 Augmentation Strategies

Agent	Dosing Strategy	Length of Trial	Reported Response Rate	Comments
Lithium carbonate	Start at 300 mg b.i.d., increase to therapeutic blood level (0.8–1.2 mEq/L)	3–6 wk	As high as 65%	Best documented strategy; has been combined with most agents
Triiodothyronine	Start at 25 µg/d, may increase to 50 µg/d	At least 3 wk	At 2.5%	Equal to lithium in one placebo controlled trial
Stimulants (methylphenidate dextroamphetamine)	†	†	†	Few systematic data
Combined antidepressant therapy	May need lower doses than usual (due to enzyme inhibition) †	†	†	Mainly open trials; controlled studies in progress
Psychotherapy	N/A	Varies by therapy	Varies by therapy	Good data for both cognitive-behavioral therapy and interpersonal therapy

†Inadequate data.

Tasman A et al, Psychiatry, 2003

TABLE 3. Half-lives of Antidepressants^a

Antidepressant	Half-life range (hr)	Average half-life (hr)	Steady state (days)
Tertiary amines			
Amitriptyline	10–50	24	4–10
Clomipramine	19–37	32	7–14
Doxepin	8–36	8	2–8
Trimipramine	7–30	9	2–6
Imipramine	6–24	16	2–5
Secondary amines			
Desipramine	12–76	22	2–11
Nortriptyline	15–93	24	4–19
Protriptyline	54–198	126	10
Dibenzoxazepine			
Amoxapine	—	8	2–7
SSRIs			
Fluoxetine	24–216	72	28–35
Fluvoxamine	—	20	7
Paroxetine	7–37	20 ^b	7–14
Sertraline	26	26	7–12
Others			
Venlafaxine	4	4	16
Nefazodone	2–4	— ^c	—
Trazodone	4–9	5	3–7
Maprotiline	27–58	51	6–10
Bupropion	8–24	14	2–5
Nomifensine	2–10	—	2–5
Mirtazapine	20–40	22	5

^aRefs. 13–15, 21, and 22.^bHighly variable.^cDose dependent.

**5 x T ½ = tasainen pitoisuus veressä
Ja poistuminen elimistöstä**

6) Depressio, B-todistus ja työkyky

Yl juha kemppinen

Masennuksen tarkempi arviointi ja B-todistusten teko

Toimintakyvyn arviointi, mielialahäiriöt, Facultas 2008

Taulukko 6 **Kysymyksiä, joilla potilasta pyydetään** **kuvaamaan omaa toimintaansa.**

Kerro lyhyesti omin sanoin tavallisesta arkipäivästäsi viime aikoina. Kuvaava 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.

⁵⁴
<http://www.tela.fi/>

Depression tarkempi arviointi, työkykyarviointi

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 psykiatrasta tai somatopsykiatrasta monihäiriöisyyttä?

⁴⁴
<http://www.tela.fi/>

Depression tarkempi arviointi, työkykyarviointi

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?

⁴⁵
<http://www.tela.fi/>

Depression tarkempi arviointi, työkykyarviointi

Taulukko 8
SOFAS-asteikon käyttö:

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

Depression tarkempi arviointi, työkykyarviointi

Taulukko 9

Mielialahäiriöpotilaan kattavan lääkärintilauksen psykiatrisen sisältö

- Tautiluokituksen mukainen diagnoosi
- Tiivis kuvaus miten ja milloin potilas on päätenyt allekirjoittaneen tutkittavaksi, tapaamisten määrä
- Kuvaus potilaan elämänvaiheista (miehellään tiivis)
- Nykyinen elämäntilanne (perhe, asuminen, ammatillinen ja taloudellinen tilanne)
- Sairaudeu aiempi kulku
- Nykysairaus: alku, pahin vaihe, toteutunut hoito, hoitovaste, nykytila
- Mielialahäiriössä oiremittarin pistemäärät pahimmassa vaiheessa ja nyt
- Muut samanaikaiset sairaudet ja lääkitykset
- Kliininen tila (miltä potilas näyttää ja kuulostaa)
- Potilaan oma kuvaus toiminnastaan
- Sairaudeu aiheuttama toiminnallinen haitta ja vaikutus jokapäiväisessä elämässä selviytymiseen (työ tai opiskelu, perhe ja ihmissuhteet, itsestä huolehtiminen, vapaa-aika)
- SOFAS-pistemäärä
- Jäljellä oleva toimintakyky
- Hoitosuunnitelma aikatauluineen
- Kuntoutussuunnitelma aikatauluineen
- Ennuste

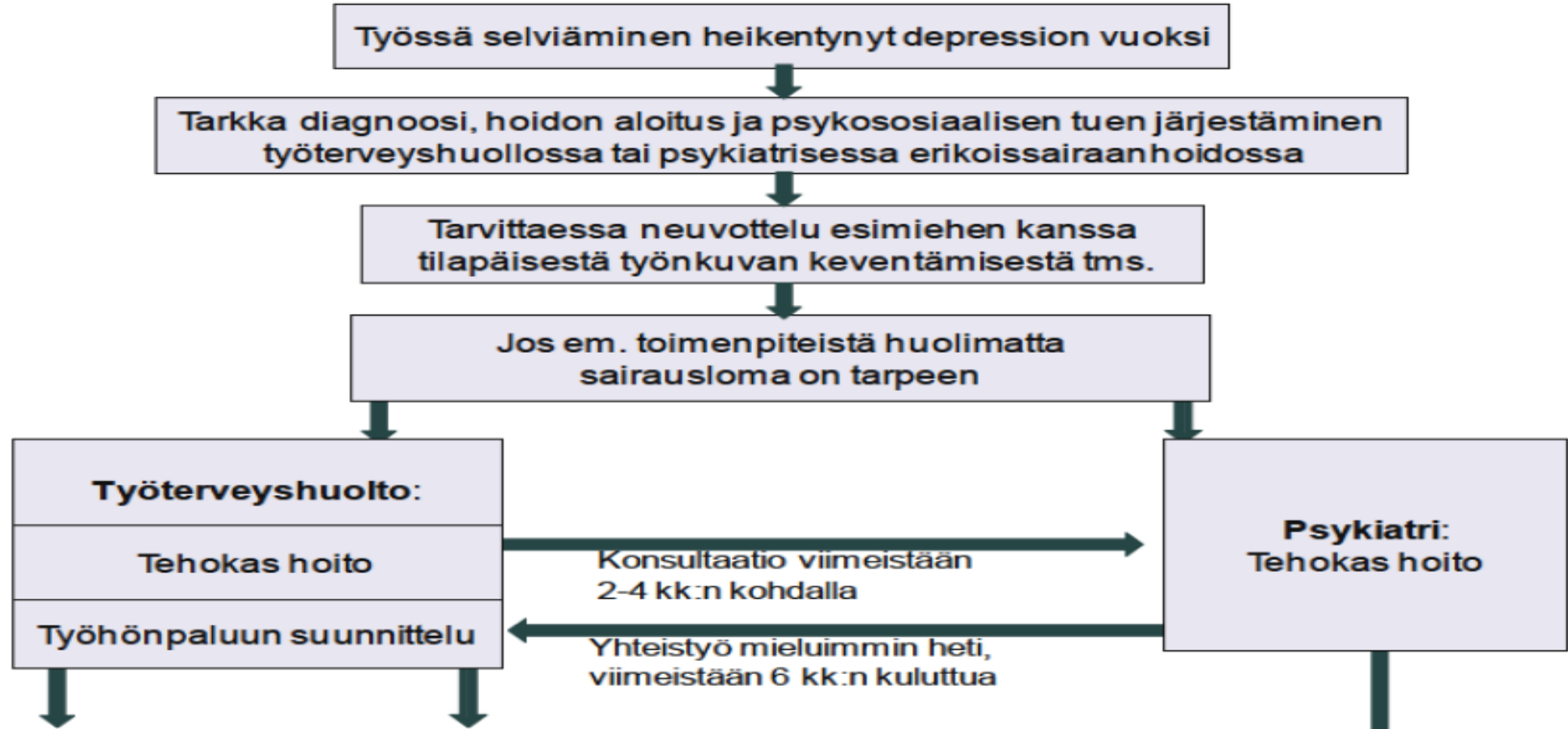
Taulukko 10

Laajemmat työhön liittyvät tiedot haettaessa ammatillista kuntoutusta tai työkyvyttömyyseläkettä

- Koulutus- ja työhistoria
- Työsuhteissa/opiskelussa selviytyminen
- Työsuhteiden vaihdon syyt
- Nykyisen työsuhteen/opiskelun/työttömyyden kesto
- Nykyisen työn/opiskelun kuvaus, altisteet ja kuormitustekijät/työajat/muutokset
- Nykyisen työympäristön ja sen muutosten kuvaus
- Nykyisessä työssä/opiskelussa/työhaussa esiintyneet ongelmat
- Sairaudeu aiheuttaman toiminnallisen haitan yhteys työssä/opiskelussa selviytymiseen/kykyyn siirtyä avoimille työmarkkinoille
- Työterveyshuollon tekemät toimenpiteet ja niiden vaikutukset (työterveysneuvottelut, työn muutokset, kuntoutukset)
- Työnantajan/työvoimatoimiston tekemät toimenpiteet ja niiden vaikutukset

Depressio ja työkyky-algoritmi

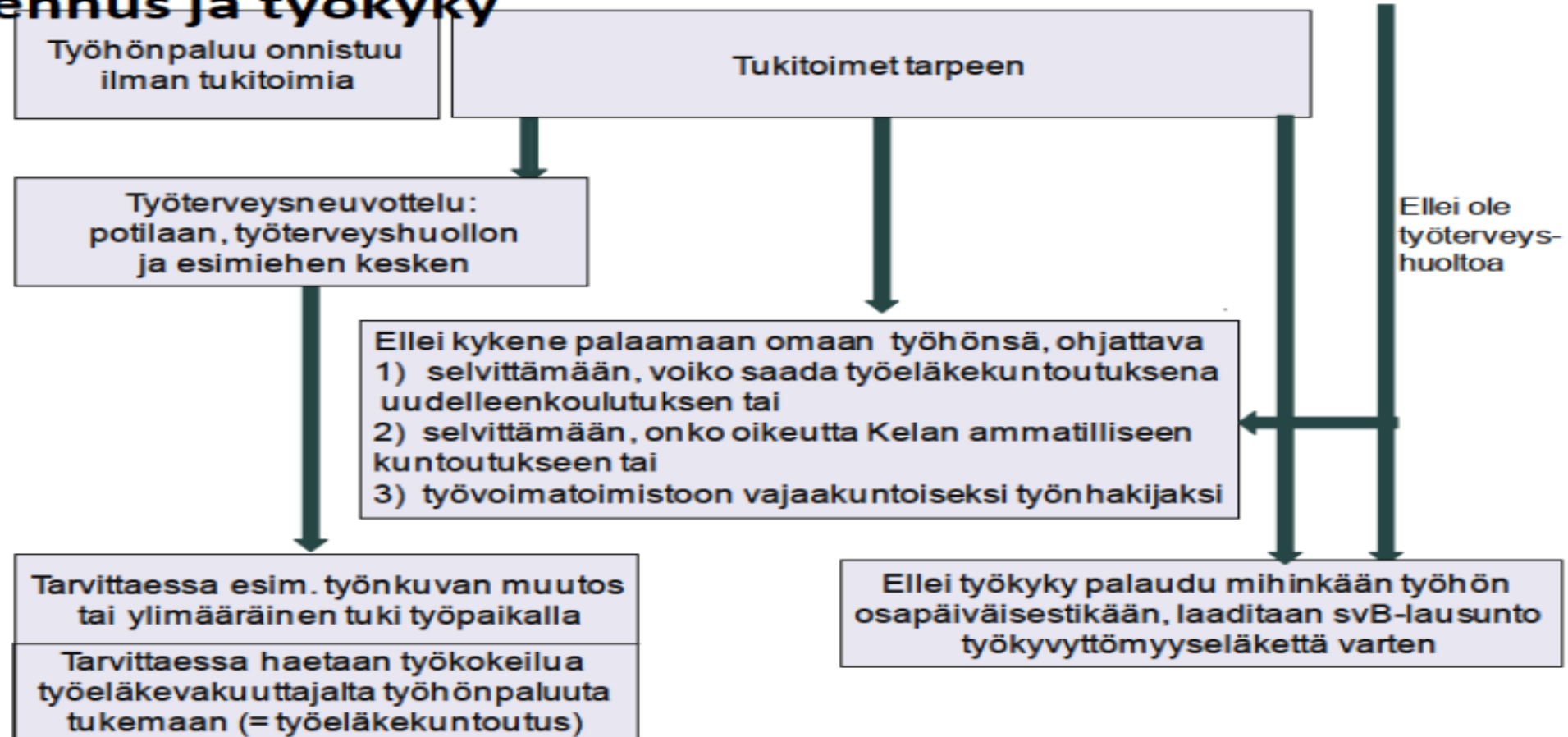
Masennus ja työkyky



<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50023>

Depressio ja työkyky-algoritmi

Masennus ja työkyky



KUVA 2. Depressiopotilaan sairausloma ja työhönpaluu.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50023>

Depressio ja työkyky: Käypä Hoito 2016

Depressiopotilaan työssä jatkamisen ja työhön paluun tuki

Diagnostiikka				
Psykososiaalinen tuki Hoito Seuranta				
Jos hoidosta huolimatta – työssä selviytyminen heikentyy depression vuoksi – tarvitaan sairauspoissaoloa depression vuoksi – tarvitaan työhön paluun tukitoimia				
Työterveyshuolto		Muu terveydenhuolto		
Hoidon tehostaminen Tarvittaessa psykiatriin konsultaatio Työterveysneuvottelut riittävän varhaisessa vaiheessa ja riittävän usein (potilas, esimies, työterveyslääkäri) – aktiivinen työn tukitoiminen suunnittelu – työhön paluun suunnittelu B-lausunto Kelalle, jos työkyvyttömyys pitkittyy yli 90 sairauspäivärahapäivän Tarvittaessa yhteistyö työ eläkevakuuttajan, Kelan ja TE-toimiston kanssa		Hoidon tehostaminen perus- tai erikois-sairaanhoidossa Jos potilaalla on työterveyshuolto, aloitetaan yhteistyö riittävän varhaisessa vaiheessa mutta viimeistään, jos työkyvyttömyys on pitkittymässä yli 90 päivän. Jos potilaalla ei ole työterveyshuoltoa, hoitava lääkäri voi osallistua tukitoimien, kuntoutuksen ja työhön paluun suunnitteluun yhdessä potilaan, työpaikan, Kelan, TE-toimiston ja työeläkevakuuttajan kanssa sekä laatia tarvittavat lausunnot.		
Käytettävissä olevia tukitoimia				
Paluu omaan työhön vähitellen kokopäiväisesti – osasairauspäivärahalla – työeläkekuntoutuksena työkokeilulla omassa työssä	Paluu omaan työhön osa-aikaisesti – osakuntoutustuella – osatyökyvyttömyyseläkkeellä	Paluu samalle työnantajalle työtehtäviä muokkaamalla – työeläkekuntoutuksena työkokeilulla – Kelan kuntoutusrahan avulla työkokeilulla	Uudelleen koulutus ammatillisena kuntoutuksena – työeläkevakuuttajan avulla – Kelan avulla	Asiakkuus TE-toimistossa
Suositus työkyvyttömyyseläkkeestä tehdään vain, jos työelämässä jatkamisen mahdollisuuksia ei hoidosta ja kuntoutustoimista huolimatta ole.				

© Suomalainen Lääkäriseura Duodecim