

Hoitamaton masennus on suurempi riski

## Nuorten masennuslääkehoito ja itsetuhoisuus

**Masennukset** kuuluvat yleisimpiin nuorten mielenterveyden häiriöihin ja ovat yleisin syy nuorisopsykiatriseen hoitoon hakeutumiseen. Vaikka valtaosa masennukseen sairastuvista nuorista toipuu, sairauteen liittyy suuri uusiutumisenriski, heikentynyt toimintakyky, suurentunut itsemurhavaara ja riski myöhempiin mielenterveysongelmiin sekä somaattisiin sairauksiin. Juuri päivitetty Depression Käypä hoito -suositus (1) ohjaa aloittamaan nuorten lievien ja keskivaikeiden masennusten hoidon psykoterapeuttisin menetelmin. Serotoniinin takaisinoton estäjiä (SSRI) suositellaan liittämään hoitoon, ellei selvää hoitovastetta todeta noin kuukaudessa. Nuorten vaikean depression hoidossa masennuslääke suositellaan aloitettavaksi heti hoidon alussa. Ensisijaislääkkeeksi suositellaan fluoksetiinia. Nuorten masennuksen hoidon suuria ongelmia on, että edelleen vain osa – korkeintaan puolet – masennuksesta kärsivistä on hoidossa ja että hoitovaste jää usein osittaiseksi (2).

Noin kymmenen vuotta sitten havaittiin, että SSRI-lääkehoitoon voi ainakin alle 18-vuotiailla liittyä itsemurha-ajatuksia ja itsetuhoista käytöstä (3). Useiden eri maiden ja EU:n lääkevalvonnasta vastaavat viranomaiset antoivat varoituksia tai rajoituksia näiden lääkkeiden käytöstä alle 18-vuotiailla. Kliinikko- ja tutkijapiireissä varoitukset saivat ristiriitaisen vastaanoton, ne nähtiin yhtäältä perusteltuina, toisaalta niitä pidettiin ylimitoitettuina. Huolta esitettiin siitä, että masennuksesta kärsivät nuoret voivat jäädä vaille tarvitsemaansa hoitoa. Suurimmaksi vaaraksi nuorten masennuksen hoidossa nähtiin se, että ei tehdä mitään (4). Varoitusten jälkeen monissa maissa nuorten masennuslääkkeiden käyttö väheni selvästi (5). Suomessa näin ei tapahtunut varoitusten

jälkeisenä kahtena vuotena, mutta suhteellisesti fluoksetiinin käyttö lisääntyi ja muiden SSRI-lääkkeiden käyttö väheni (6). Muutos Suomessa oli sopusoinnussa sekä Depression Käypä hoito -suosituksen että vaikuttavuustutkimusten tulosten kanssa, joissa fluoksetiini on nuorilla ollut SSRI-lääkkeistä vaikuttavin ja hyöty-haittasuhteeltaan suositeltavin (2).

Masennuslääkehoidon vähenemisen lisäksi varoitusten ”haittavaikutuksena” myös nuorten diagnosoitujen masennusten määrän on osoitettu useissa tutkimuksissa vähentyneen varoitusten jälkeen, eivätkä muut depression hoitomuodot, kuten psykoterapiat yleistyneet (7). Tämä suuntaus voi merkitä sitä, että aikaisempaa harvempi nuori saa masennukseensa asianmukaista hoitoa. Suurinta huolta ovat aiheuttaneet tutkimustulokset, joissa masennuslääkehoidon väheneminen liittyi ajallisesti selvään nuorten itsemurhakuolleisuuden kasvuun (8), vaikka syy-suhdetta tutkimuksista ei voikaan päätellä. Nämä havainnot vaikuttavat johdonmukaisilta monien farmakoepidemiologisten tutkimusten valossa, jotka osoittavat SSRI-lääkkeiden väestötasolla liittyvän nuorten pienentyneeseen itsemurhakuolleisuuteen (9). Tuoreessa vuoteen 2010 ulottuvassa seurantalutkimuksessa todettiin masennuslääkkeiden käytön vähentyneen varoitusten jälkeen kaikissa ikäryhmissä, vaikka varoitukset eivät koskeneet aikuisia. Samanaikaisesti todettiin nuorten ja nuorten aikuisten itsemurhayritysten – mutta ei itsemurhien – lisääntyneen (10). Ruotsissa masennuslääkkeiden käyttö väheni varoitusten jälkeen ja nuorten itsemurhakuolleisuus suureni viiden vuoden ajan ja post-mortem-analyysien mukaan yleistyivät juuri niiden nuorten itsemurhakuolemat, jotka eivät olleet käyttäneet masennuslääkkeitä (5).

Nuorten masennusten arvioinnissa tulee aina selvittää huolellisesti ajankohtaiset ja aiemmat itsemurha-ajatukset ja itsetuhoisen käytös. Itsemurha-ajatuksia arvioitaessa on tärkeä kiinnittää huomio niiden vakavuuteen; miten usein niitä on esiintynyt, ja kuinka pitkään ne ovat kestäneet. Hoidon aloittamisen jälkeen ilmaantuvat itsemurha-ajatukset ja itsetuhoiset teot voivat liittyä masennuksen kulkuun tai nuoren saamaan hoitoon. Nuoren masennuksen psykoterapiainkin aikana voi ilmaantua itsemurha-ajatuksia tai -yrityksiä (11). Tuore potilaskohtaiset tiedot yhdistänyt tutkimus tukee fluoksetiinin valintaa nuorten depression ensisijaiseksi masennuslääkehoidoksi. Tutkimuksessa lääke todettiin vaikuttavaksi: remission NNT-luku lumeeseen verrattuna oli 3,3 (12), eikä fluoksetiinihoitoon

liittynyt hoidon aikana ilmaantuvaa itsetuhoisuutta lumetta useammin (12).

Aloitettujen lääkehoidon toteutumiseen on myös kiinnitettävä huomiota. Epäsäännöllisesti käytetty masennuslääkitys ei tuo toivottua hoitovastetta ja saattaa lisätä itsetuhoisen käytöksen riskiä lopetusoireiden takia (13). Keskustelu nuoren ja perheen kanssa suositeltujen hoitomuotojen odotettavissa olevista hyödyistä ja mahdollisista haitoista kuuluu keskeisesti hoidon suunnitteluun mutta on hyödyllinen myös vaihtelevien ennakkokäsitysten ja -odotusten vuoksi. Nuoren masennuksen hyvään ja turvalliseen hoitoon kuuluu hoitomuodoista riippumatta hoitovasteen, mahdollisten haittavaikutusten ja itsetuhoisuuden systemaattinen seuranta. ■



**MAURI MARTTUNEN, LT, professori**  
Helsingin yliopisto, HYKS, nuorisopsykiatria ja  
Mielenterveys ja päihdepalvelut -osasto,  
THL



**HENNA HARAVUORI, LT, erikoislääkäri**  
HYKS, nuorisopsykiatria ja  
Mielenterveys ja päihdepalvelut -osasto,  
THL

## SIDONNAISUDET

**Mauri Marttunen:** Lisenssitulo tai tekijänpalkkio (Duodecim), koulutus/kongressikuluja yrityksen tuella (Lundbeck), muu palkkio (HUS)

**Henna Haravuori:** Asiantuntijapalkkio (Tukikoti Kaislikko oy), luontopalkkio (Expo Medica, Suomen Psykiatriyhdistys, useat julkiset tahot), koulutus/kongressikuluja yrityksen tuella (Lundbeck)

## KIRJALLISUUTTA

1. Depressio [verkkodokumentti]. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2014 [päivitetty 29.9.2014]. [www.kaypa-hoito.fi](http://www.kaypa-hoito.fi).
2. Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, ym. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 2007;297:1683–96.
3. Hammad TA, Laughren T, Racoosin J. Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:332–9.
4. Brent DA. Antidepressants and pediatric depression – the risk of doing nothing. *N Engl J Med* 2004;351:1598–601.
5. Isacsson G, Ahlner J. Antidepressants and the risk of suicide in young persons – prescription trends and toxicological analyses. *Acta Psychiatr Scand* 2014;129:296–302.

6. Foulon V, Svala A, Koskinen H, Chen TF, Saastamoinen LK, Bell JS. Impact of regulatory safety warnings on the use of antidepressants among children and adolescents in Finland. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2010;20:145–50.
7. Libby AM, Orton HD, Valuck RJ. Persisting decline in depression treatment after FDA warnings. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:633–9.
8. Gibbons RD, Brown CH, Hur K, ym. Early evidence on the effects of regulators' suicidality warnings on SSRI prescriptions and suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 2007;164:1356–63.
9. Olsson M, Shaffer D, Marcus SC, Greenberg T. Relationship between antidepressant medication treatment and suicide

- in adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:978–82.
10. Lu CY, Zhang F, Lakoma MD, ym. Changes in antidepressant use by young people and suicidal behavior after FDA warnings and media coverage: quasi-experimental study. *BMJ* 2014;348:g3596.
11. Bridge JA, Barbe RP, Birmaher B, Kolko DJ, Brent DA. Emergent suicidality in a clinical psychotherapy trial for adolescent depression. *Am J Psychiatry* 2005;162:2173–5.
12. Gibbons RD, Brown CH, Hur K, Davis J, Mann JJ. Suicidal thoughts and behavior with antidepressant treatment: reanalysis of the randomized placebo-controlled studies of fluoxetine and venlafaxine. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:580–7.
13. Weiss JJ, Gorman JM. Antidepressant adherence and suicide risk in depressed youth. *Am J Psychiatry* 2005;162:1756–7.