

Erkki Isometsä

Milloin depressiopotilaan masennuslääkkeen voi lopettaa?

Lääketieteellisessä päätöksenteossa huomio kiinnittyy yleensä akuutteihin sairaustiloihin liittyviin hoitovalintoihin. Hoitosuositukset kuvaavat usein huolellisesti hoitojen aloitusta ja toteutusta. Pitkäaikaisten ja toistuvien sairauksien sekä niiden lääkehoitojen suhteen joudutaan myös miettimään, milloin hoito voidaan lopettaa. Päätöksen tukena on yleensä huomattavasti vähemmän lääketieteellistä näyttöä, mutta se voi olla klinikolle yhtä mutkikas kuin päätös hoidon aloituksesta. Ongelma tulee usein vastaan myös depression lääkehoidon yhteydessä.

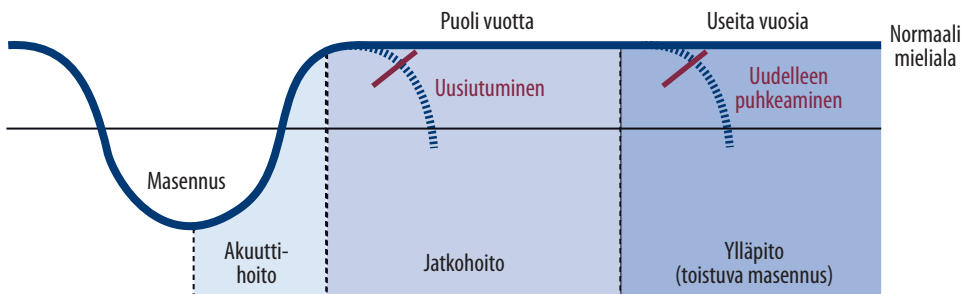
Depression Käypä hoito -suositus määrittelee masennuslääkehoidon sitä tarpeellisemmaksi, mitä vaikeammasta masennuksesta on kysymys (1). Hoito jakautuu kolmeen vaiheeseen (KUVA).

Akuuttivaiheessa pyrkimyksenä on hoitaa depressio remissioon. Lääkehoidon toteutus vaatii potilaan toistuvaa tapaamista lääkevästään sekä mahdollisten haittavaikutusten ja tarvittavien optimointikeinojen arvioimiseksi. Akuuttivaiheen alussa masennuslääkehoito voidaan joutua lopettamaan haittojen vuoksi, mikäli annoksen optimointi ja toleranssin ke-

hittyminen eivät riitä tekemään hoidosta potilaalle siedettävää. Jos ensimmäisen neljän viikon aikana ei synny minkäänlaista hoitovastetta (oirepisteet laskevat vähemmän kuin 20 %) tai kolmeen kuukauteen mennessä ei synny selvää hoitovastetta (oirepisteiden lasku vähemmän kuin 50 %), on tehoton lääkehoito syytä lopettaa ja vaihtaa lääkettä (1–3).

Jatkohoitovaihe kestää puoli vuotta, ja siihen siirrytään, kun remissio tai ainakin riittävä hoitovaste on saavutettu. Lääkehoitoa käytetään sen aikana suojaamaan masennuksen välittömältä palautumiselta (relapsilta), koska sen riski on ensimmäisten kuukausien aikana hyvin suuri (4,5). Jatkohoitovaiheen jälkeen lääkehoito lopetetaan asteittain muutaman viikon aikana (1).

Depressio on luonteeltaan uusiutuva sairaus (6). Enemmistöllä terveydenhuollossa hoidettavista depressiopotilaista on takanaan aiempia masennusjaksoja, vaikka ne eivät ehkä ole johtaneet hoidon hakemiseen tai selkeästi kuvautuneet sairauskertomuksissa (7). Tilanteissa, joissa potilaalla on meneillään jo kolmas elämänaikainen masennusjakso, sairauden uusiutumisen riski lähivuosina on hyvin suuri (6,8). Jos



KUVA. Depression hoidon vaiheet (1).

ajankohtainen ja aiemmat masennusjaksot ovat olleet vähintään keskivaikeita, on syytä harkita sairauden uusiutumisen suojaavaa pitkäaikais- ta ylläpitohoitoa (1,4,9). Sitä voidaan harkita aiemminkin, mikäli masennusjaksoihin on liittynyt merkittävä itsemurhavaara tai toiminta- ja työkyvyn pitkäaikainen menetys (1). Lievien masennusten monivuotinen ylläpitohoito ei yleensä ole perusteltua. On tärkeää, että päätös pitkäaikaisesta ylläpito- hoidosta tehdään yhdessä potilaan kanssa hyödyistä ja haitoista neuvotellen ja että se kirjataan selkeästi sairauskertomukseen. Ylläpitohoito on mielekästä vain, mikäli käytetyllä masennuslääkkeellä on saatu selvä hoitovaste akuuttivaiheessa (1).

Ylläpitolääkehoito edellyttää, että potilaan tilaa seurataan vastaanottokäynneillä vähintään vuosittain silloinkin, kun potilas on täysin oireeton (1). 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 masennusjaksoja potilaalla on esiintynyt, mitä vaikeampia ne ovat olleet, mitä suurempi potilaan itsemurhan, työkyvyttömyyden tai muiden vakavien seurausten riski on niiden aikana ollut, ja mitä enemmän potilaalla on esiintynyt masennuksen esi- tai jälkioireita ylläpito- hoidon aikana.

Ylläpitolääkehoito voidaan muutaman vuoden oireettomuuden jälkeen lopettaa. Se on syytä tehdä asteittain muutaman kuukauden aikana vieroitusoireiden välttämiseksi (1,10–12).

Masennuslääkehoidon pitää olla suunnitelmallista, ja hoitavalla lääkärillä olisi oltava mielessään hoitostrategia. Kliininen ongelma lie-

**Masennuslääke-
hoidon pitää olla
suunnitelmallista**

nee se, että pitkäaikaisesti käytössä olleen masennuslääkehoidon reseptejä uusitaan kiireessä ilman tietoa hoidon indikaatioista. Kun tämä toistuu useampaan kertaan ja lääkärit vaihtuvat, voivat hoitovastuu ja hoidon indikaatiot hämärtyä.

Perussäännöt hoidon toteutuksesta ovat selkeät, mutta käytännön elämä on monisyisempää. Vaikeisiin valintatilanteisiin joudutaan

usein siksi, että hoitovasteet voivat asianmukaisessakin hoidossa jäädä osittaisiksi tai potilaan tila voi vaihdella oireettomuuden ja esi- tai jännösoireiden välillä jopa vuosikausia. Tällöin voi olla hy-

vin vaikeaa arvioida lääkehoidon ajankohtaista hyödyllisyyttä. Lääkärillä ei ole käytössään tietoa siitä, miten potilas voisi ilman lääkehoitoa, ja lopettamiseen liittyy masennuksen uusiutumisen riski (13).

Viime kädessä lääkehoidosta päättää aina potilas itse, lääkärin tietäen tai tietämättä. Masennuslääkehoitoa ei voi toteuttaa ilman potilaan omaa motivaatiota lääkehoitoon. Siihen vaikuttavat sekä omakohtaiset kokemukset hyödyistä ja haitoista että ennakoasenteet, toiveet ja pelot (14,15). On siis tärkeää tehdä hoitopäätöksiä yhdessä potilaan kanssa sopien, hyötyjä ja haittoja punniten ja ongelmista avoimesti keskustellen. Hoitomyöntyvyys on harvoin täydellistä, ja sen ongelmia on hyvä normalisoida keskustelussa. Lääkehoidon omaehtoisen äkillisen lopettamisen aiheuttamista vieroitusoireista on syytä varoittaa (10–12). Vaikka hoitava lääkäri olisi eri mieltä lopettamispäätöksestä, asteittaisen lopettamisen on paljon parempi tapahtua yhteisellä sopimuksella ja yhteistyössä kuin omaehtoisesti ja vailla hoitokontaktia. ■



ERKKI ISOMETSÄ, psykiatrian professori
Helsingin yliopisto

SIDONNAISUUDET

Erkki Isometsä: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Kognitiivisen psykoterapian keskus Luote Oy, Farmasian oppimiskeskus), luot- tamustoimet (Depression Käypä hoito -työryhmän puheenjohtaja, Kaksisuuntaisen mielialahäiriön Käypä hoito -työryhmän jäsen, Itse- murhien ehkäisyn ja itsemurhaa yrittäneen Käypä hoito -työryhmän jäsen), hankkeet (Helsingin yliopisto, psykoterapeuttikoulutuksen johtoryhmä), muut sidonnaisuudet (Kulukorvauksia: International Society for Bipolar Disorders (ISBD), International Academy of Suicide Research (IASR), Föreningen Norden, Tekijänpalkkio: Kustannus Oy Duodecim)

KIRJALLISUUTTA

1. Depressio. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2004 [päivitetty 29.6.2022]. www.kaypahoito.fi.
2. Henssler J, Kurschus M, Franklin J, ym. Trajectories of acute antidepressant efficacy: how long to wait for response? a systematic review and meta-analysis of long-term, placebo-controlled acute treatment trials. *J Clin Psychiatry* 2018. DOI:10.4088/JCP.17r11470.
3. Viikki M, Leinonen E, Koponen H. Näin masennuslääke vaihdetaan. *Suom Lääkäril* 2020;75:834–7.
4. Borges S, Chen YF, Laughren TP, ym. Review of maintenance trials for major depressive disorder: a 25-year perspective from the US Food and Drug Administration. *J Clin Psychiatry* 2014;75:205–14.
5. Henssler J, Kurschus M, Franklin J, ym. Long-term acute-phase treatment with antidepressants, 8 weeks and beyond: a systematic review and meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry* 2018. DOI:10.4088/JCP.15r10545.
6. Steinert C, Hofmann M, Kruse J, Leisenring F. The prospective long-term course of adult depression in general practice and in the community. A systematic literature review. *J Affect Disord* 2014;152–4:65–75.
7. Vuorilehto M, Melartin T, Isometsä E. Depressive disorders in primary care: recurrent, chronic, and co-morbid. *Psychol Med* 2005;35:673–82.
8. Holma KM, Holma IA, Melartin TK, ym. Long-term outcome of major depressive disorder in psychiatric patients is variable. *J Clin Psychiatry* 2008;69:196–205.
9. Kato M, Hori H, Inoue T, ym. Discontinuation of antidepressants after remission with antidepressant medication in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Mol Psychiatry* 2021;26:118–33.
10. Koponen H, Viikki M, Leinonen E. Masennuslääkityksen lopettamisvaiheen ongelmat. *Suom Lääkäril* 2017;72:2747–9.
11. Henssler J, Heinz A, Brandt L, ym. Antidepressant withdrawal and rebound phenomena. *Dtsch Arztebl Int* 2019; 116:355–61.
12. Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *Lancet Psychiatry* 2019;6:538–46.
13. Lewis G, Marston L, Duffy L, ym. Maintenance or discontinuation of antidepressants in primary care. *N Engl J Med* 2021;385:1257–67.
14. Holma IA, Holma KM, Melartin TK, ym. Treatment attitudes and adherence of psychiatric patients with major depressive disorder: a five-year prospective study. *J Affect Disord* 2010;127:102–12.
15. Rush AJ, Thase ME. Improving depression outcome by patient-centered medical management. *Am J Psychiatry* 2018;175:1187–98.