

Tuomas Kilpirova, Essi Sunnari, Hannu Säävälä ja Juha Veijola

Katsaus näyttöön perustuvista hoitosuosituksista

Masennuslääkitys työikäisten lievään masennustilaan?

Lievän masennustilan lääkehoidon kokonaishyödystä on käyty keskustelua. Esitämme systemoidun katsauksen näyttöön perustuvista hoitosuosituksista, jossa vertailemme yhdentoista hoitosuosituksen linjauksia masennuslääkkeen aloittamisesta aikuisten lievän masennustilan akuuttivaiheessa. Tähän katsaukseen seuloitiin valtion virastojen ja ammatillisten yhdistysten tekemiä hoitosuosituksia. Masennuslääkityksen aloittamisesta lievään masennustilaan ei ollut yksiselitteistä konsensusta. Masennuslääkkeitä suositeltiin joko vaihtoehtoisena tai harkinnanvaraisena ensilinjan hoitomuotona. Hoitosuositukset olivat yksimielisiä siitä, että masennuslääkkeiden merkitys hoitomuotojen hierarkiassa suurenee johdonmukaisesti masennustilan vaikeuden mukaan. Masennuslääkkeisiin liitetty harkinnanvaraisuus ja lääkkeettömien hoitomuotojen suosiminen yhtenä ensilinjan hoitovaihtoehtona korostavat masennuslääkkeiden kokonaishyödyn arvioinnin merkitystä lievää masennustilaa hoidettaessa.

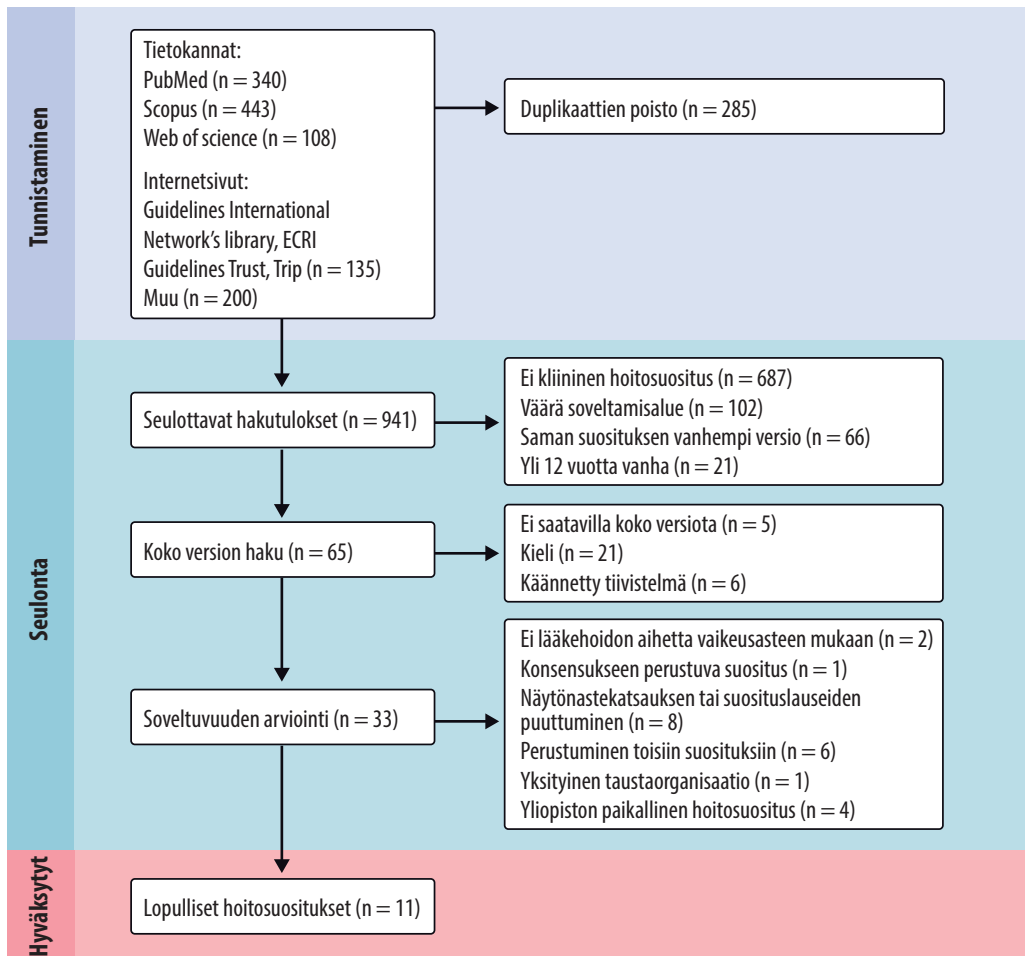
Masennuslääkkeet ja tehokkaaksi osoitautuneet psykoterapiat ovat keskeisimpiä spesifisiä hoitomuotoja masennustilojen akuuttihoidossa (1). Masennustilan kliinistä vaikeusastetta on hoitosuosituksissa pidetty yhtenä tärkeimmistä hoitomuotojen käyttöä ohjaavista tekijöistä. Masennuslääkkeitä suositellaan sitä herkemmin, mitä vaikeammasta masennustilasta on kyse (2,3). Suurin osa masennustiloista on kuitenkin vaikeudeltaan lieviä tai keskivaikeita (4–6). Erittäin lievässä masennustilassa oireiden lukumäärä ja intensiivisyys ovat sen verran rajallisia, ettei potilaiden toimintakyky yleensä merkittävästi heikkene (7).

Lievän masennustilan masennuslääkehoidosta saatavan hyödyn kliinisestä merkittävydestä on keskusteltu (1,8,9). Viimeisimmässä laajassa lääkkeiden tehoa tutkivassa meta-analyyssissä on arvioitu, että kaikki masennuslääkkeet ovat aikuisten masennusoireiden lievittämisessä merkittävästi lumetta tehokkaampia (10). Teho on myös joidenkin meta-analyyssien mukaan sitä parempi, mitä vaikeampi masen-

nus on hoidon alkutilanteessa, mutta toisissa meta-analyseissä vastaavaa yhteyttä ei selvästi ole havaittu (11–17).

Lääkehoidon tehon lisäksi myös mahdolliset haitat vaikuttavat masennuslääkkeiden kokonaishyödyn arviointiin. Paljon käytettyjen lääkkeiden haittavaikutukset ovat kohtalaisen yleinen ongelma ja voivat johtaa lääkityksen keskeyttämiseen. Tyypillisiä haittavaikutuksia ovat muun muassa seksuaalitoimintojen häiriöt, väsymys, pahoinvointi ja suolistokanavan oireet. Harvinaisten vakavien haittojen riskikin on olemassa. Masennuslääkkeillä voi lisäksi olla yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa ja lääkityksen lopettamista hankaloittavia vieroitusoireita (1,18).

Masennuksen hoitoon on löydettävissä laaja joukko erilaisia hoitosuosituksia aina kansalliselta tasolta yksityisten organisaatioiden käyttöön. Hoitosuositukset ovat tutkimusnäyttöön ja sen kriittiseen arviointiin perustuvia terveydenhuollon ammattilaisille tarkoitettuja toimintaohjeita, joilla pyritään tukemaan kliinistä päätöksentekoa ja optimoimaan hoitoa.



KUVA. Suositusten valintaprosessi.

Hoitosuositukset ottavat kantaa hoitomenetelmän kokonaisuhyötyyn ja sen taustalla olevaan tutkimusnäytön laatuun (19). Masennusta koskevien hoitosuosituksien välillä on kuitenkin havaittu eroja. Suositukset lääkkeiden käytöstä vaikeusasteeltaan erilaisten masennustilojen hoidossa ovat vaihdelleet, mikä on ollut ilmeisintä varsinkin lievän masennuksen osalta (2,3). Tarkastelemme, suosittelvatko näyttöön perustuvat hoitosuositukset masennuslääkkeitä työikäisten aikuisten lievän masennustilan akuuttihoitoon.

Menetelmät

Hoitosuositusten haku toteutettiin sähköisissä viitetietokannoissa PubMed, Scopus ja Web of Science sekä hoitosuosituksien hakuun soveltu-

villa internetsivustoilla Guidelines International Network's Library, ECRI Guidelines Trust ja Trip Database. Hakutulosten julkaisuviisi rajattiin välille 2010–2022. Hakua laajennettiin vielä yleisten hakukoneiden hakutuloksiin, koska osa suosituksista on saatavilla itsenäisinä julkaisuina vain suositusten kehittäjäorganisaation kotisivuilla.

ProQuest RefWorks -viitteidenhallintaohjelmaa käytettiin viitetietokannoista kertyneiden duplikaattien poistoon. Hakutuloksista seulottiin ne hoitosuositukset, joissa kohdesairautena oli masennustila ilman muuta samanaikaista liitännäissairautta tai erityistä kliinistä taustatekijää. Seulottavien hoitosuositusten oli otettava kantaa työikäisten aikuisten uuden masennustilan hoitoon, ja lääketieteen asiantuntijoiden oli oltava suosituksen pääasiallinen kohdekäyttä-

järyhmä. Mukaan hyväksyttiin suomen-, ruotsin-, englannin- ja saksankielisiä suosituksia.

Seulotuista suosituksista etsittiin niiden konkreettiset versiot, minkä jälkeen suositusten sisällöllistä ja laadullista soveltuvuutta arvioitiin suhteessa katsauksen tarkoitukseen. Sisällön osalta suositusten oli otettava kantaa masennuslääkkeiden käyttöön ICD- tai DSM-tautiluokitusten määrittelemän masennustilan eri vaikeusasteissa (7,20). Suosituksen oli perustuttava systemoituun kirjallisuuskatsaukseen sekä sisällettävä perusteellinen ja läpinäkyvä näytönastekatsaus. Suositus, jossa käytettiin pääasiallisena lähteenä toisia hoitosuosituksia, hylättiin. Suosituksen kehittäjäorganisaatioiksi hyväksyttiin valtion virastot, ammatilliset yhdistykset ja harkiten muut voittoa tavoittelemattomat terveydenhuollon kehittämisorganisaatiot. Yliopistojen tuottamat tai muut paikalliseen käyttöön tarkoitetut suositukset hylättiin (KUVA).

Lopulta yhteensä yksitoista näyttöön perustuvaa hoitosuosituksista seitsemästä eri maasta hyväksyttiin lopulliseen analyysiin (1,18,21–29). Yksi suosituksista oli kansainvälisen psykiatrisen yhdistyksen kehittämä (26). Suositusten versioiden ajankohtaisuus tarkastettiin vielä aineistohaun jälkeen suositusten virallisilta julkaisualustoilta. Vain kaksi suosituksista oli ensisijaisesti perusterveydenhuoltoon suunnattu (24,27). Suosituksille annettiin kehittäjäorganisaatiota tai julkaisusarjaa vastaavat lyhenteet viittaamisen helpottamiseksi (TAULUKKO 1).

Tulokset

Masennuslääkkeet olivat yksi ensilinjan hoitovaihtoehto lievän masennustilan akuuttihoitoon kahdeksassa katsauksen hoitosuosituksessa (TAULUKKO 2). Yhdysvaltojen psykiatriyhdistyksen (American Psychiatric Association, APA) hoitosuosituksen mukaan masennuslääkkeitä suositellaan lievän masennustilan hoitoon, mutta vaihtoehtoisesti myös psykoterapiaa voidaan käyttää aina keskivaikeaan masennukseen asti. Suosituksessa tuodaan esille, että hoitomuodon valinnassa psykoterapian valitsemista saattavat puoltaa merkittävät psykosomaaliset stressitekijät, intrapsyykkiset konflik-

Ydinasiat

- ▶ Näyttöön perustuvissa hoitosuosituksissa ei ole selvää yksimielisyyttä lievien masennustilojen masennuslääkityksestä.
- ▶ Lievää masennustilaa hoidettaessa on syytä pohtia lääkehoidosta tavoiteltavaa hyötyä suhteessa mahdollisiin haittoihin ja vaihtoehtoisiin lääkkeettömiin hoitoihin.
- ▶ Masennuslääkkeitä suositellaan johdonmukaisesti lievää masennustilaa vaikeampien muotojen hoitoon.

tit, interpersoonalliset haasteet, samanaikainen persoonallisuushäiriö tai potilaan mieltymys terapiaan. Masennuslääkkeen ja psykoterapian yhdistelmää käytetään keskivaikean ja vaikean masennustilan hoidossa, mutta suositus ei toisaalta sulje täysin pois lievänkään masennustilan yhdistelmähoitoa.

Toisen yhdysvaltalaisen hoitosuosituksen (The Department of Veterans Affairs and the Department of Defense, Va/DoD) mukaan joko masennuslääke tai psykoterapia on lievän masennustilan ensilinjan hoitovalinta, koska molempien hoitomuotojen teho monoterapiana on osoitettu. Toisin kuin APA:n suosituksessa, Va/DoD:n suosituksessa lievä masennustila luokitellaan hoidollisesti ryhmään ”ei-komplisoitunut masennus”. Valinta masennuslääkkeen tai muun spesifin hoidon välillä tässä luokassa perustuu etupäässä potilaan omaan mieltymykseen sekä hyötyjen ja riskien arviointiin hänen kanssaan. Masennuslääkkeen ja psykoterapian yhdistämistä ei suositella muuhun kuin vaikean tai rajallisen hoitovasteen saaneen masennustilan hoitoon.

Suomen Käypä hoito -suosituksen (KH) mukaan masennuslääkkeillä ja psykoterapialla on osoitettu riittävä monoterapeuttinen vaikuttavuus, eikä niillä ole todettu keskenään kliinisesti merkittävää tehoeroa lievän tai keskivaikean masennustilan hoidossa. Lievän masennustilan hoito voidaan siksi aloittaa jommallakummalla hoitomuodolla, mutta yhdistelmähoitoakin voidaan suositella. Masennuslääkkeiden ja psykoterapian yhdistelmähoito arvioidaan Käypä

TAULUKKO 1. Hoitosuosituksien yleistiedot.

Suosituksen nimi	Lyhenne	Kehittäjäorganisaatio	Julkaisu- vuosi	Julkaisu- maa	Viite
Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder – Third Edition.	APA	American Psychiatric Association	2010	Yhdysvallat	(21)
World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders. Part 1: Update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders.	WFSBP	World Federation of Societies of Biological Psychiatry	2013	Kansainvälinen	(26)
Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines.	BAP	British Association for Psychopharmacology	2015	Iso-Britannia	(22)
Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder.	CANMAT	Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments	2016	Kanada	(23)
Adult Depression in Primary Care.	ICSI	Institute for Clinical Systems Improvement	2016	Yhdysvallat	(24)
The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders.	RANZCP	The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists	2020	Australia ja Uusi-Seelanti	(28)
Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångest-syndrom.	SOS	Socialstyrelsen	2021	Ruotsi	(25)
Clinical Practice Guideline for the Management of Major Depressive Disorder.	Va/DoD	Department of Veterans Affairs and the Department of Defense	2022	Yhdysvallat	(27)
Depressio. Käypä hoito -suositus.	KH	Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys	2022	Suomi	(1)
Depression in adults: treatment and management.	NICE	National Institute for Health and Care Excellence	2022	Englanti	(18)
Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.0.	NVL	Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)	2022	Saksa	(29)

hoito -suosituksessa selvästi tehokkaammaksi kuin kumpikaan hoito yksinään ja perustelluksi ainakin silloin, kun masennus oleellisesti heikentää potilaan toimintakykyä.

Ruotsin sosiaalihuollon (Socialstyrelsen, SOS) tekemässä kansallisessa hoitosuosituksessa linjataan, että masennuslääkkeitä tai psykoterapiaa pitäisi tarjota lievän masennustilan

hoitoon. Masennuslääkkeet ovat kuitenkin haittavaikutustensa vuoksi prioriteetiltaan yhden asteen alempana kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan nähden. Lievän masennustilan yhdistelmähoitoa ei suositella, koska lisähyöty on arvioitu vähäiseksi.

The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) suosituksessa ma-

sennuslääkkeitä sekä vähintään keskivaikean masennuksen hoidossa tehokkaaksi osoittautunutta psykoterapiaa tai psykoedukaatiota voidaan käyttää lievän masennustilan hoitoon. Lääkehoidon aloittamista puoltavat potilaan toive, aiempi positiivinen lääkeväste tai vähintään keskivaikea masennusjakso. Yhdistelmähoitoa ei suositella kuin keskivaikean tai vaikean masennustilan hoitoon.

Vastaavasti Ison-Britannian psykofarmakologisen yhdistyksen (British Association for Psychopharmacology, BAP) suosituksessa masennuslääkkeet ovat psykoterapian ohella lievän masennustilan hoitovaihtoehto. Masennuslääkkeitä suositellaan erityisesti silloin, jos potilaalla on ollut aiemmin keskivaikea tai vaikea masennus, mutta myös yli 2–3 kuukautta kestäneet lievät oireet voivat tukea päätöstä lääkehoidon aloittamisesta.

Australian ja Uuden-Seelannin psykiatrisen yhdistyksen (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, RANZCP) hoitosuosituksessa lähestytään masennuksen hoitoa varsin kokonaisvaltaisesti verrattuna muihin tämän katsauksen suosituksiin. RANZCP:ssä masennuslääkkeen käyttöaihetta ei ole kategorisesti rajattu pelkän vaikeusasteen mukaan. Suosituksessa näyttöön perustuva psykoterapia ja laaja-alaiset elintapamuutokset on asetettu kaikkien masennustilojen hoidon perustaksi.

Elintapamuutoksilla tarkoitetaan RANZCP:N suosituksessa tupakoinnin lopettamista, alkoholin ja muiden päihteiden käytön vähentämistä, liikunnan lisäämistä, unihygieniaa ja terveellistä ruokavaliota. Tarpeen mukaan hoitoa voidaan täydentää masennuslääkkeellä ja edelleen muilla intensiivisemmällä seuraavan portaan hoitomuodoilla. Hoitosuosituksessa tuodaan esille, että vaikka osa lievästä masennustiloista voi parantua jo psykoterapian ja elintapamuutoksien avulla, on masennuslääkkeen aloittaminen useimmiten tarpeellista. Yhdistelmähoitoon teho on arvioitu RANZCP:ssä selvästi monoterapiaa tehokkaammaksi, ja siihen käytännössä siirrytään, kun ensimmäisen hoitoportaan psykoterapiaa ja elintapamuutoksia täydennetään lääkehoidolla.

Yhdysvaltalaisen Institute of Clinical Systems Improvementin (ICSI) suosituksessa

TAULUKKO 2. Masennuslääkkeen, psykoterapian tai niiden yhdistelmän käyttöaiheet aikuisten lievän masennustilan akuuttihoitossa.

Suosituksen lyhenne ¹	Masennuslääke	Psykoterapia	Yhdistelmähoito
APA	↑	↑	(↑)
WFSBP	↑	↑	↓
BAP	↑	↑	↓
CANMAT	(↑)	↑	↓
ICSI	↑	↑	↑
RANZCP	↑	↑	↑
SOS	↑	↑	↓
Va/DoD	↑	↑	↓
KH	↑	↑	↑
NICE	(↑)	↑	↓
NVL	(↑)	↑	↓

↑ Ensilinjan hoitovaihtoehto, (↑) Vain harkiten ensilinjan hoitovaihtoehto, ↓ Ei suosittele tai suosittelee vain vaikeamman masennuksen hoitoon

¹Katso **TAULUKKO 1**.

suositellaan suoraan harkittavaksi psykoterapian ja masennuslääkkeen yhdistelmähoitoa lievään masennukseen. Jos yhdistelmähoito ei kuitenkaan käytännön syistä ole mahdollista, monoterapeuttisista hoidoista suositellaan harkitsemaan ensiksi psykoterapiaa aina keskivaikeaan masennukseen asti. Toisaalta suositus ei linjaa masennuslääkkeitä toisen linjan hoidoksi psykoterapiaan nähden, vaan korostaa potilaan kanssa tehtävän jaetun päätöksenteon merkitystä hoitomuodon valinnassa.

Lopuissa tämän katsauksen hoitosuosituksissa masennuslääkkeet eivät olleet selvä ensilinjan hoitovaihtoehto, ja niiden käyttämisessä suositeltiin noudattamaan erityistä harkintaa (**TAULUKKO 2**). Tuoreessa NICE:n (The National Institute for Health and Care Excellence) hoitosuosituksessa ei suositella rutiinimaisesti käyttämään masennuslääkkeitä lievään masennustilaan, ellei tämä ole potilaan toive. Suosituksen näytönastekatsauksessa todetaan, että masennuslääkkeisiin liittyvät mahdolliset haittavaikutukset ja vieroitusoireet heikentävät lääkehoitosuosituksen vahvuutta muihin lievän

masennustilan hoidossa tehokkaiksi osoittautuneisiin hoitomuotoihin nähden. Psykoterapia on määritelty yhdeksi ensilinjan hoidoksi, mutta sitäkin ennen suositellaan harkitsemaan vähemmän intensiivisiä ja resursseja vaativia hoitumuotoja, kuten ohjattua omahoitoa. Yhdistelmähoitoa suositellaan vain keskivaikeaan tai vaikeaan masennustilaan.

Saksan kansallinen hoitosuositus (Nationale VersorgungsLeitlinien, NVL) on myös juuri päivitetty, ja sen hoitolinja on varsin samankaltainen NICE:n kanssa. NVL:n suosituksessa masennuslääkkeet eivät ole ensisijainen lievän masennustilan hoitomuoto, koska hyötyjen ja haittojen suhde on arvioitu epäsuotuisaksi. NVL:n suosituksessa lievään masennustilaan tulee aina ensiksi tarjota vähemmän intensiivisiä hoitumuotoja, kuten ohjattua omahoitoa ja erilaisia psykoterapeuttisia tekniikoita hyödynnäviä keskustelupohjaisia interventioita.

Jos nämä eivät riitä, hoitoon liitetään psykoterapia tai joissakin tapauksissa masennuslääke erityisen kriittisen hyöty-haittasuhteen arvioinnin jälkeen. Masennuslääkkeen aloittamista voi tukea aiempi hyvä lääkeväste tai huono vaste lääkkeettömiin hoitomuotoihin, masennustilan kroonistumisen tai vaikeutumisen riski (vähintään kohtalainen aiempi masennus, psykososiaaliset ongelmat, komorbiditeetti) tai potilaan kieltäytyminen muista hoidoista. Yhdistelmähoitoa suositellaan yleensä vain vaikean masennustilan hoitoon.

Myös Canadian Network for Mood and Anxiety Treatmentsin (CANMAT) suosituksessa suhtaudutaan masennuslääkityksen aloittamiseen kriittisesti. Keskeistä hoidossa ovat ensisijaisesti psykoedukaatio, omahoito ja psykoterapia. Lääkehoidon aloittamista voidaan harkita joissakin tilanteissa, kun lääkkeettömät hoidot epäonnistuvat tai taustalla on aiempi hyvä lääkeväste tai potilaan toive lääkehoidosta.

Pohdinta

Hoitosuosituksissa ei vaikuttaisi olevan täysin yksiselitteistä konsensusta masennuslääkityksen aloittamisesta työikäisten aikuisten lievän masennustilan hoitoon. Enemmistössä hoitosuosituksista (APA, BAP, ICSI, KH, RANZCP,

SOS, Va/DoD WFSBP) suositeltiin masennuslääkkeitä yhdeksi ensilinjan hoitovaihtoehtoksi. Sen sijaan joissakin suosituksissa (CANMAT, NICE, NVL) suhtauduttiin lääkehoidon aloittamiseen kriittisesti ja ohjeistettiin noudattamaan harkintaa epäsuotuisan hyöty-haittasuhteen vuoksi. Kriteerit masennuslääkityksen aloittamisen puolesta vaihtelivat.

Vaikuttavaksi osoittautuneita psykoterapioita suositeltiin poikkeuksetta lievän masennustilan hoitoon riippumatta suosituksen kannasta lääkehoitoon. Yhdistelmähoiton tuoma lisähyöty lievään masennustilaan arvioitiin tarpeelliseksi muutamassa suosituksessa (ICSI, KH, RANZCP). Hoitosuosituksissa katsottiin yhdenmukaisesti masennuslääkkeiden merkityksen korostuvan masennustilan vaikeuden mukaan, mikä on tuloksena samansuuntainen muiden masennussuosituksiin liittyvien katsauksien kanssa (2,3). Eri hoitosuositusten näytönasteen ja vahvuuden arvioinnin menetelmälliset prosessit ja kriteerit vaihtelivat, joten suosituslauseille ilmoitettuja näyttöluokituksia ei otettu mukaan suositusten tarkasteluun.

Monet tekijät voivat vaikuttaa siihen, etteivät hoitosuositukset ole täysin yhdenmukaisia. Monet lääkkeettömät hoidot tehoavat lieviin masennustiloihin, mikä suhteessa masennuslääkkeiden mahdollisiin haittavaikutuksiin voi heikentää suositusten kehittäjien arviota lääkehoidon ensisijaisuudesta (18,29). Lisäksi yksilötason tiedot huomioivissa meta-analyyseissä on ollut vaihtelevia tuloksia masennuslääkkeiden tehokkuuden ja masennuksen lähtötilanteen vaikeusasteen yhteydestä (12–17).

Hoitosuositusten kehittäminen on hyvin moniulotteinen prosessi, jossa voi esiintyä erilaisia arvovalintoja (30). Paikallisella hoitokulttuurilla, terveydenhuollon resursoinnilla ja suosituksen julkaisuvuodella voi olla vaikutuksensa suositusten keskinäisiin eroavaisuuksiin (31). Tässä katsauksessamme juuri uusimpien hoitosuosituksien suhtautuminen masennuslääkkeisiin oli kaikista kriittisin (NICE, NVL). Tarkastelimme vain korkean tulotason maiden suosituksia, joten maantieteelliset variaatiot perustuvat oletettavasti muuhun kuin resurssien riittävyyteen. Vain kaksi suosituksesta oli pohjimmiltaan suunnattu perusterveydenhuoltoon,

joka useimmiten on juuri lievän masennustilan hoitoon soveltuva taso (1,24,27).

Katsauksemme valikoitui vain yksitoista hoitosuosituksia, vaikka hoitosuosituksia on löydettävissä paljon enemmän. Keskeisimpiä otosta rajoittavia tekijöitä olivat suosituksen julkaisukieli ja hoitosuosituksen laatu. Monista kansallisista suosituksista ei ole englanninkielistä käännöstä, koska suositusten käyttöalue on yleensä rajattu julkaisumaahan. Useita hoitosuosituksia tai sellaiseksi otsikoituja julkaisuja jouduttiin sulkemaan pois laadullisten epävarmuustekijöiden vuoksi (KUVA). Vastavasti joitakin muutoin laadukkaaksi arvioituja hoitosuosituksia ei voitu hyväksyä katsaukseen, koska niissä ei ollut selvästi ilmaistu masennuslääkkeiden käyttöaihetta masennustilan vaikeusasteen mukaan.

Masennusta käsitteleviin hoitosuosituksiin on liittynyt merkittävää laadullista vaihtelua, ja vain osa suosituksista on täyttänyt korkean laadun kriteerit (3,32–35). Siksi seuloimme katsauksemme etupäässä valtion virastojen tai ammatillisten yhdistysten tuottamia suosituksia. Erityisesti valtioiden virastojen tuottamat hoitosuositukset ovat yleisesti osoittautuneet

muita laadukkaammiksi (36). Valtioiden tuotamissa masennussuosituksissa on myös havaittu olevan keskimäärin suurimmat monitieteiset työryhmät ja eniten metodologista asiantuntijuutta (37).

Lopuksi

Katsauksemme nostaa esille lievän masennustilan lääkehoitoon liittyneen keskustelun. Masennuksen vaikeusasteen luokittelu on käytännöllinen tapa hoitomuotojen tarpeellisuuden ja kiireellisyyden arvioinnissa, mutta se ei välttämättä tarjoa yksiselitteistä kriteeriä hoidon valintaan masennuksen lievässä muodossa. Depression Käypä hoito -suosituksessa masennuslääkkeet ovat yksi aikuisten lievän masennustilan akuuttihoiton ensilinjan hoitovaihtoehtoista, mutta hoitosuunnitelmaa muodostettaessa mahdollisten haittojen ja lääkkeettömien vaihtoehtojen tavallista huolellisempi arviointi lienee perusteltua (1). Tehokkaaksi todettujen psykoterapiamuotojen saatavuudessa on kuitenkin puutteita (38,39). Masennuslääkkeet ovat siten perusteltu käytännönläheinen valinta kliinisessä työssä. ■

TUOMAS KILPIROVA, LK

Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta

ESSI SUNNARI, LL

Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta

HANNU SÄÄVÄLÄ, LT, oikeuspsykiatrian ja psykiatrian erikoislääkäri, psykoterapeutti

JUHA VEIJOLA, psykiatrian professori, ylilääkäri

Neurotieteen tutkimusyksikkö, Oulun yliopisto ja psykiatrian tulosalue, Oulun yliopistollinen sairaala

VASTUUTOIMITTAJA

Jaana Suvisaari

SIDONNAISUUDET

Tuomas Kilpirova: Ei sidonnaisuuksia

Essi Sunnari: Ei sidonnaisuuksia

Hannu Säävälä: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Therapeia-säätiön koulutuskeskus, psykoterapeuttien kouluttaminen), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Therapeia-säätiön koulutuskeskus ja Therapeia-yhdistys, taloudellinen tuki psykoterapia-alan kansainvälisiin konferensseihin osallistumiseen), muut sidonnaisuudet (Therapeia-säätiön koulutuskeskus, psykoterapeuttien kouluttaminen ja hallintoon osallistuminen; Oulun ensi- ja turvakoti, hallintoon osallistuminen)

Juha Veijola: Hankkeet (Mielenterveys- ja päihde (Miepä) -jaoston jäsen, Palveluvalikoimaneuvosto (Palko), STM, vuodesta 2021)

KIRJALLISUUTTA

1. Depressio. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2004 [päivitetty 29.6.2022]. www.kaypahoito.fi.
2. Bayes AJ, Parker GB. Comparison of guidelines for the treatment of unipolar depression: a focus on pharmacotherapy and neurostimulation. *Acta Psychiatr Scand* 2018;137:459–71.
3. Gabriel FC, de Melo DO, Fraguas R, ym. Pharmacological treatment of depression: a systematic review comparing clinical practice guideline recommendations. *PLoS One* 2020;15:e0231700.
4. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, ym. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:617–27.
5. Hämäläinen J, Isometsä E, Sihvo S, ym. Use of health services for major depressive and anxiety disorders in Finland. *Depress Anxiety* 2008;4:27–37.
6. Hasin DS, Sarvet AL, Meyers JL, ym. Epidemiology of adult DSM-5 major depressive disorder and its specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry* 2018;75:336–46.
7. International statistical classification of diseases and related health problems. 11. painos. Geneve: World Health Organization 2019.
8. Isometsä E. Masennuslääkkeiden hyödyt ja haitat depression hoidossa. *Suom Lääkäril* 2017;72:1927–32.
9. Furukawa TA. Baseline severity and efficacy of antidepressants: into the third generation of research. *Lancet Psychiatry* 2019;6:715–6.
10. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, ym. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet* 2018;391:1357–66.
11. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, ym. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 2008;5:e45.
12. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, ym. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA* 2010;303:47–53.
13. Stone MB, Zimri SY, Brian JM, ym. Response to acute monotherapy for major depressive disorder in randomized, placebo controlled trials submitted to the US Food and Drug Administration: individual participant data analysis. *BMJ* 2022;378:e067606.
14. Gibbons RD, Hur K, Brown CH, ym. Benefits from antidepressants: synthesis of 6-week patient-level outcomes from double-blind placebo-controlled randomized trials of fluoxetine and venlafaxine. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:572–9.
15. Rabinowitz J, Werbeloff N, Mandel FS, ym. Initial depression severity and response to antidepressants v. placebo: patient-level data analysis from 34 randomised controlled trials. *Br J Psychiatry* 2016;209:427–8.
16. Furukawa TA, Maruo K, Noma H, ym. Initial severity of major depression and efficacy of new generation antidepressants: individual participant data meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2018;137:450–8.
17. Hieronymus F, Lisinski A, Nilsson S, ym. Influence of baseline severity on the effects of SSRIs in depression: an item-based, patient-level post-hoc analysis. *Lancet Psychiatry* 2019;6:745–52.
18. Depression in adults: treatment and management. NICE guideline [NG222]. National Institute for Health and Care Excellence 2022 [julkaistu 29.6.2022]. www.nice.org.uk/guidance/ng222.
19. Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. *Clinical practice guidelines we can trust*. Washington DC: The National Academies Press 2011.
20. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). 5. painos. Washington DC: American Psychiatric Association 2013.
21. Gelenberg JA, Freeman MP, Markowitz JC, ym. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. 3. painos. Washington DC: American Psychiatric Association 2010.
22. Cleare A, Pariante CM, Young AH, ym. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *J Psychopharmacol* 2015;29:459–525.
23. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, ym. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. *Can J Psychiatry* 2016;61:540–60.
24. Trangle M, Gursky J, Haight R, ym. Adult depression in primary care guideline. Institute for Clinical Systems Improvement 2016 [päivitetty 3.2016]. www.icsi.org/guideline/depression
25. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångest syndrom – Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen 2021. www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/depression-och-angest/
26. Bauer M, Pfennig A, Severus E, ym. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders. Part 1: Update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. *World J Biol Psychiatry* 2013;14:334–85.
27. The Management of Major Depressive Disorder (MDD) 2022. VA/DoD Clinical Practice Guideline. Washington DC: U.S. Government Printing Office 2022. www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/mdd/
28. Malhi GS, Bell E, Bassett D, ym. The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2021;55:7–117.
29. Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.0. 2022. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) 2022 [julkaistu 29.9.2022]. www.leitlinien.de/depression
30. Järvinen T, Valtonen J, Jokihaara J, ym. Hoitoasuutukset, systemaattiset vinoumat ja luottamus lääkäriin. *Duodecim* 2021;137:2005–12.
31. Lee Y, Brietzke E, Cao B, ym. Development and implementation of guidelines for the management of depression: a systematic review. *Bull World Health Organ* 2020;1;98:683–97H.
32. MacQueen G, Santaguide P, Keshavarz H, ym. Systematic review of clinical practice guidelines for failed antidepressant treatment response in major depressive disorder, dysthymia, and subthreshold depression in adults. *Can J Psychiatry* 2017;62:11–23.
33. Medina JC, Schmelefske E, Hebert C, ym. European clinical practice guidelines for depression in adults: are they good enough? *J Affect Disord* 2020;263:382–5.
34. Ng JY, Nazir Z, Nault H. Complementary and alternative medicine recommendations for depression: a systematic review and assessment of clinical practice guidelines. *BMC Complement Med Ther* 2020;20:299.
35. Zafra-Tanaka JH, Goicochea-Lugo S, Villarreal-Zegerra D, ym. Characteristics and quality of clinical practice guidelines for depression in adults: a scoping review. *BMC Psychiatry* 2019;19:76.
36. Molino C, Leite-Santos NC, Gabriel FC, ym. Factors associated with high-quality guidelines for the pharmacologic management of chronic diseases in primary care: a systematic review. *JAMA Intern Med* 2019;179:553–60.
37. Cosgrove L, Shaughnessy AF, Peters SM, ym. Conflicts of interest and the presence of methodologists on guideline development panels: a cross-sectional study of clinical practice guidelines for major depressive disorder. *Psychother Psychosom* 2017;86:168–70.
38. Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimuskeskuksen palveluvalikoimaneuvoston suositus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2018. www.palveluvalikoima.fi/psykoterapiat-ja-muut-psykososiaaliset-hoito-ja-kuntoutusmenetelmät-mielenterveys-ja-paihdehaarioiden-hoidossa
39. Laukkanen E. Psykoterapiakoulutuksen nykytila ja haasteet ja tarvittavat toimenpiteet ehdotukset. Selvitystyö. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2022:19. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9995-4>