



# UNIVERSITY OF TAMPERE

This document has been downloaded from  
Tampub – The Institutional Repository of University of Tampere

The permanent address of the publication is <http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201210301067>

Author(s): Huuhka, Kaija; Leinonen, Esa  
Title: Vanhuksen vaikea ja psykoottinen masennus  
Year: 2011  
Journal Title: Duodecim  
Vol and number: 127 : 4  
Pages: 390-396  
ISSN: 0012-7183  
Discipline: Neurology and psychiatry  
School /Other Unit: School of Medicine  
Item Type: Journal Article  
Language: fi  
URN: URN:NBN:fi:uta-201210301067  
URL: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo99375.pdf>

All material supplied via TamPub is protected by copyright and other intellectual property rights, and duplication or sale of all part of any of the repository collections is not permitted, except that material may be duplicated by you for your research use or educational purposes in electronic or print form. You must obtain permission for any other use. Electronic or print copies may not be offered, whether for sale or otherwise to anyone who is not an authorized user.

# Vanhuksen vaikea ja psykoottinen masennus

Vanhusväestöstä 1–4 % kärsii vaikeasta masennuksesta. Vanhusten masennusoireet voivat olla erilaisia verrattuna nuorempien oireisiin. Vanhusikäisillä vaikeakin masennustila on alidiagnosoitu ja siten saattaa jäädä myös hoitamatta. Vaikean ja psykoottisen masennuksen vakavin komplikaatio on itsemurha, johon päättyi vuonna 2008 162 yli 65-vuotiasta. Vanhusten vaikeimpien masennustilojen hoito alkaa usein psykiatrisessa sairaalassa. Tässä potilasryhmässä masennuslääkkeillä saattaa olla tehoeroja. Sähköhoidon mahdollisuus tulisi muistaa myös vaikeasta ja psykoottisesta masennuksesta kärsiviä vanhuspotilaita hoidettaessa. Potilaita tulisi ohjata tähän tehokkaimpaan hoitoon nykyistä aiemmin. Sähköhoito on turvallinen myös vanhusikäiselle. Vaikeassa ja psykoottisessa masennustilassa sen teho on kiistaton.

**Vaikeassa masennuksessa** potilas kärsii mielialan laskusta ja toimintakyvyn heikkenemisestä. Mieliala ei juuri vaihtele vaan pysyy tasaisen alakuloisena. Kyky kiinnostua ja nauttia asioista on hiipunut. Uupumuksen tunteet ovat tavallisia. Muina oireina esiintyy keskittymis- ja huomiokyvyn, itsetunnon ja itsetuottamuksen heikkenemistä, syyllisyyden ja arvottomuuden kokemuksia, synkkiä ja pessimistisiä ajatuksia tulevaisuudesta, itsetuhoisia ajatuksia tai tekoja, unihäiriöitä sekä ruokahalun heikkenemistä. Vanhuksilla oirekuvaa saattavat hallita ahdistuneisuus, tuskaisuus ja fyysinen levottomuus. Mielialan muutos voi vanhuksilla peittyä ärtyneisyyden, alkoholin liikakäytön tai hypokondristen oireiden alle. Vanhuspotilaalla saattaa esiintyä merkittävää psykomotorista kiihtyneisyyttä tai hidastuneisuutta.

Vanhusten masennusoireet näyttäytyvät joskus myös mm. kognitiivisten toimintojen häiriintymisenä (depressiivinen pseudodementia) (Koskinen 1991) tai somaattisina oireina sekä agitaationa ja aggressiivisuutena (Fountoulakis ym. 2003). Vanhusikäisillä vaikeakin masennustila on alidiagnosoitu ja siten saattaa jäädä myös hoitamatta. Vaikeaan masennukseen liittyy hoitamattomana suuri itsemurhan vaara. Vanhuksen masennustilan diagnoosi tehdään samoilla kriteereillä kuin keski-ikäisen.

Psykoottinen masennustila vastaa oireistoltaan muuten vaikeaa masennustilaa mutta lisäksi ilmenee aistiharhoja, harhaluuloja, huomattavaa psykomotorista hidastumista ja jopa stuporia. Potilas voi olla vakuuttunut siitä, että hän on tehnyt rikoksen tai syntii tai että hän on täysin varaton. Hän saattaa myös uskoa sellaisen katastrofin tai tuhon olevan tulossa, josta hän on vastuussa. Mahdolliset kuuloharhat ovat usein sävyltään halventavia. Potilas voi kertoa tuntevansa mädäntyneen lihan tai jätteiden hajua. Harhaluulot eivät ole skitsofrenialle tyypillisiä eli eivät ole täysin mahdottomia tai eriskummallisia. Kuuloharhat eivät myöskään puhu kolmannessa persoonassa tai kommentoi. Tavallisimpia ovat sellaiset harhaluulot tai kuuloharhat, joiden sisältö on masentunut, nihilistinen, syyttävä, vainoava, vihjaileva tai hypokondrinen. Usein juuri nihilistiset ajatukset hallitsevat oirekuvaa. Depressiivinen stupor -diagnoosia käytetään psykoottisia oireita sisältävistä vaikeista masennusjaksoista, jolloin potilas on täysin pysähtynyt, reagoimaton, puhumaton ja kykenemätön syömään tai juomaan. Pitkittyessään tila on hengenvaarallinen.

Yleensä psykoottisesta masennuksesta kärsivä tarvitsee aluksi psykiatrista sairaala-

hoitoa, koska todellisuudentaju vääristyy ja toimintakyky heikkenee huomattavasti, mikä puolestaan vaikuttaa olennaisesti kotona selviytymiseen. Psykoottista masennusta sairastavan itsemurhavaara on myös suuri, samoin toipumisen jälkeen uudelleen sairastumisen riski (Kessing 2003).

## Vaikean ja psykoottisen masennustilan esiintyvyys vanhuudessa

Masennus on yleisintä keski-ikässä ja sen esiintyvyys pienenee ikääntymisen myötä (Pirkola ym. 2005). Naisilla masennuksen esiintyvyys on kaksi kertaa suurempi kuin miehillä, vanhusikäisenäkin. Vanhusväestöstä 1–4 % kärsii masennustilasta (Blazer 2003). Yleissairaalahoitossa olevista vanhuksista jopa 10–12 % potee vaikeaa masennusta, kotihoidossa olevista 6–9 %. Vanhusten kaikista masennustiloista lienee psykoottisia noin 15–20 % (Ohayon ja Schatzberg 2002). Suomalaisen väestötutkimuksen mukaan kaikista vuoden aikana sairastetuista masennustiloista 3,4 % oli psykoottisia (Pirkola ym. 2005). Ikääntyminen lisää somaattista sairastavuutta: mm. Parkinsonin tautiin, aivohalvauksiin, sydänsairauksiin ja krooniseen kipuun liittyy suuri riski sairastua masennukseen (Katona ja LIVINGSTON 2000).

## Vaikean masennustilan biologinen tausta

Vaikea masennus on monitekijäinen, kliinisesti heterogeeninen sairaus, jolla on monia mahdollisia etiologisia tekijöitä (Kendler ym. 2002, 2006). Perimä ja ympäristö vaikuttavat toisiinsa mutta mitään yksittäistä riskigeeniä ei ole löydetty.

Stressi-kortisoliteoria selittää masennukseen sairastumista pitkittyneen stressin seurauksena. Teorian mukaan normaali glukokortikoidipalaute ei toimi hypotalamukseen päin ja stressihormonipitoisuudet jäävät suurentuneiksi. Tämän on arveltu aiheuttavan hippokampuksen atrofioitumista, jota onkin havaittu yleisesti masennuspotilailla (Videbech ja Ravnkilde 2004).

## YDINASIAAT

- ▶ Vanhuksen masennuksessa toimintakyky romahtaa helpommin kuin nuoremmilla, eikä poikkeava mieliala välttämättä korostu.
- ▶ Vanhuksen vaikeat ja psykoottiset masennustilat kuuluvat akuuttivaiheessa yleensä psykiatriseen erikoissairaanhoidon.
- ▶ Vanhuksen vaikeassa ja psykoottisessa masennustilassa lääkehoidon periaatteet eroavat jossain määrin masennuksen tavanomaisista hoitolinjoista.
- ▶ Sähköhoito on tehokas ja turvallinen hoitomuoto vanhuksille, ja sen käyttöä tulisi lisätä.
- ▶ Vaikeasta tai psykoottisesta masennustilasta toipuneen vanhuksen ylläpitohoitoon on panostettava, koska sairaus uusiutuu helposti.

Neurotrofiiniteoria selittää masennukseen sairastumista heikentyneen neurogeneesin ja keskushermoston muovautuvuuden perusteella (Duman 2004). Myös tässä teoriassa hippokampuksella on todennäköinen rooli vaikean masennuksen taustalla, vaikka ei olekaan selvää, ovatko hippokampuksen tilavuuden muutokset vaikean masennuksen syy vai seuraus masennukseen liittyvän stressin toksisuudesta (Frodl ym. 2002). Joka tapauksessa aivojen – erityisesti hippokampuksen – degeneraatio-regeneraatioprosesseilla voi olla merkitystä masennuksen taustalla. Nämä tekijät saattavat korostua juuri vanhuksilla.

Sairastuminen ensimmäiseen masennusjaksoon iäkkäämpänä voi ennustaa dementiaa (Jorm 2001, Leinonen ym. 2004). Verisuonisairaudet saattavat lisätä masennuksen riskiä vanhuusiällä (Alexopoulos 2006). Viimeaikaisissa tutkimuksissa on osoitettu, että vanhana vaikeaan masennukseen sairastuneilla esiintyy enemmän merkkejä systeemisestä ateroskleroosista kuin verrokeilla (Smith ym. 2009). Verisuonisairaudet johtavat aivojen valkean aineen vaurioihin ja frontostriataalisten järjestelmien säätelyn häiriintymiseen, joka puoles-

taan vaikuttaa mielialan säätelyyn ja heikentää hoitovastetta (Vataja 2005, Alexopoulos ym. 2008). Masennustila altistaa myös somaattisille sairauksille, mm. sydän- ja verisuonitaudeille ja diabetekselle (Peters ym. 2010). Se vaikuttaa negatiivisesti potilaan ja koko lähipiirin elämään. Kun masennus pitkittyy ja kroonistuu, sen hoitaminen käy entistä vaikeammaksi.

### **Vaikeaan masennustilaan liittyvä itsetuhoisuus**

Vuonna 2008 Suomessa päättyi itsemurhaan 162 yli 65-vuotiaasta tai vanhempaa henkilöä (noin 16 % kaikista itsemurhista) (Tilastokeskus 2008). Valtaosa heistä sairasti masennustilaa (Manthorpe ja Iliffe 2010). Vanhuksilla itsemurhaa edeltävät usein somaattiset sairaalahoidot ja useammat sairaalahoitoa vaatineet masennusjakso (Koponen ym. 2007). Vanhusten itsemurhissa tekotapa on usein väkivaltaisempi kuin nuorilla, ja he onnistuvat varmemmin ja ovat harvemmin alkoholin vaikutuksen alaisia tekohetkellä kuin nuoremmat itsemurhaan päätyneet (Pitkälä ym. 2000, Koponen ym. 2007). Vanhus ei välttämättä ota itsetuhoisia ajatuksia puheeksi vastaanotolla, mikä hankaloittaa itsemurhien ehkäisyä (Pitkälä ym. 2000). Pitkälän ym. tutkimuksessa todettiin, että jopa 70 % itsemurhaan päätyneistä potilaista oli ollut yhteydessä terveyspalveluihin kuukautta ennen kuolemaansa ja vain noin 8 % heistä oli saanut asianmukaisen masennuslääkityksen. Miehet päätyvät itsemurhaan naisia yleisemmin vanhanakin (Tilastokeskus 2008).

### **Vaikean masennustilan tutkimukset ja hoito**

Vanhusikäisten masennustilojen hoidossa korostuu psykiatrisen ja somaattisen hoidon integraatio (Depressio: Käypä hoito -suositus 2009). Erityisesti silloin, kun kyseessä on ensimmäinen masennusjakso, kannattaa somaattisen sairauden mahdollisuus ottaa huomioon taustalla tai myötävaikuttavana tekijänä. Tällöin harkitaan myös kuvantamistutkimuksia tai neuropsykologia tutkimuksia esimerkiksi

dementian ja masennuksen erotusdiagnostiikassa. Masennuksen arviointiasteikot, kuten Montgomeryn ja Åsbergin depressioasteikko (MADRS) ja Beckin depressioasteikko (BDI), ovat hyvä apu masennuksen diagnostiikassa ja hoitovasteen arvioinnissa. Geriatric Depression Scale (GDS) soveltuu hyvin myös yleislääkärin käyttöön.

Sairaalahoitoa joudutaan harkitsemaan vanhuspotilaille aiemmin kuin nuoremmille, varsinkin jos tuki ja sosiaalinen verkosto on puutteellista. Toimintakyvyn heikkeneminen mielialahäiriöiden yhteydessä vaikuttaa kotona selviytymiseen hyvinkin pian. Psykiatriseen erikoissairaanhoidoon kuuluvat vaikeat masennustilat, joihin liittyy itsetuhoisuutta, tavanomaiselle hoidolle resistentit ja pitkittyneet masennustilat sekä erotusdiagnostisesti ongelmalliset ja psykoottiset masennustapaukset.

Vaikeimpien masennustilojen hoidossa masennuslääkkeillä saattaa olla tehoeroja. Sairaalassa hoidetuilla vaikeasti masentuneilla potilailla trisykliset masennuslääkkeet lienevät hiukan tehokkaampia kuin venlafaksiini, joka puolestaan saattaa olla hiukan tehokkaampi kuin SSRI-lääkkeet (Anderson ym. 2000, Smith ym. 2002). Trisyklisillä masennuslääkkeillä on kuitenkin kapea terapeuttinen leveys, joka on erityinen riskitekijä hoidettaessa itsetuhoisia potilaita. Trisyklisillä masennuslääkkeillä on myös antikolinergisia ja kardiovaskulaarisia haittavaikutuksia, joten ne eivät ole ensisijainen valinta vanhuksen masennuslääkkeeksi avohoidossa.

SSRI-lääkkeiden haitoista vanhuksilla korostuvat ruoansulatuskanavan verenvuodon riski ja hyponatremia, varsinkin jos potilaalla on aiempaa alttiutta tai altistavia lääkkeitä. Kaiken kaikkiaan SSRI-lääkkeet ovat kuitenkin selvästi paremmin siedettyjä kuin trisykliset masennuslääkkeet. Venlafaksiini voi aiheuttaa erityisesti vanhuksille kardiovaskulaarisia haittoja, mm. verenpaineen nousua, palpitaatiota ja ortostatismia (Johnson ym. 2006). Vanhuksen masennuslääkityksen valinnassa korostuvatkin yksilölliset kriteerit (Depressio: Käypä hoito -suositus 2009).

Masennuslääkitys joudutaan tässä kaikkein vaikeimmin sairaiden potilaiden ryhmässä

aloittamaan joskus sairaalassa, tavanomais- ta suuremmilla annoksilla, ja annosta tavan- omaista nopeammin suurentaen jopa maksi- miannokseen saakka. Ylläpitolääkitystä tulisi jatkaa samalla tehokkaalla annoksella kuin akuuttihoidossakin on käytetty. Lääkehoito- vasteen ensi merkit näkyvät yleensä viimeis- tään neljännellä hoitoviikolla (Mulsant ym. 2006), vaikka vanhuksilla vaste lääkehoitoon ilmaantuu keskimäärin hitaammin kuin nuor- remmilla. On suositeltu jopa 12 viikon hoitoa ennen masennuslääkehoidon tehon lopullista arviointia.

Psykoottisessa masennuksessa masennus- lääkitykseen yhdistetään aina toisen polven psykoosilääke (Depressio: Käypä hoito -suo- situs 2009). Vain noin viidesosa psykoottisista depressiopotilaista saa vasteen pelkästä ma- sennuslääkkeestä, kun taas masennuslääkkeen ja psykoosilääkkeen yhdistelmästä hyötty ainakin kaksi kolmasosaa. Psykoosilääkitystä voidaan yleensä vähentää oireiden lievittyttyä, eikä psykoosilääkitystä ole tarkoitettu pysy- väksi. Ainakin sen lopettamista tulee yrittää. Joillakin potilailla masennus- ja psykoosilääk- keen yhdistelmää joudutaan jatkamaan koke- muksen perusteella myös ylläpito- ja hoito- hoidossa. Masennuslääkitystä jatketaan ylläpito- hoidona pitkään – vaikeissa ja usein toistuvissa tapauk- sissa jopa lopun ikää. Jo ensimmäisen vaikean tai psykoottisen masennusjakson jälkeen suo- sitellaan ylläpitolääkitystä ainakin 1–2 vuo-

den ajaksi. Lumeryhmässä relapsien määrä on ollut vähintään kaksinkertainen verrattuna masennuslääkeryhmään (Klysnér ym. 2002, Reynolds ym. 2006). Toisaalta Huuhkan ym. (2004) aineistossa sekä masennuslääkkeitä että sähköhoitoa saaneista vanhuspotilaista peräti 41 % sairastui uudelleen masennukseen vuoden kuluessa. Relapsin vaara lieneekin vanhuksilla suurempi kuin nuorilla (Mitchell ja Subramaniam 2005). Oireiston lievittyessä lääkitystä ja vointia sopii seurata yleislääkä- rin vastaanotolla, mutta toistuvan vaikean tai psykoottisen masennustilan jälkeen seuranta erikoissairaanhoidossa on ainakin aluksi ai- heellistä.

## Sähköhoito

Sähköhoito on tehokas ja nopea hoitomuoto sekä vaikeissa että psykoottisissa masennus- tiloissa (TAULUKKO 1). Psykoottisessa masen- nuksessa jopa 95 % potilaista on hyötynyt säh- köhoidosta (Petrides ym. 2001), ja relapsien vaara voi olla vähäisempi sähköhoidon jälkeen (Birkenhäger ym. 2005). Valikoituneiden hoi- toresistenttien masennuspotilaiden aineistoi- sa vasteosuudet ovat vielä 50–60 % (Huuhka 2009). Sähköhoitoa kannattaa harkita vanhal- le potilaalle ajoissa, jos hän on psykoottinen – erityisesti jos itsemurhariski on suuri tai tarvitaan nopeaa vastetta. Sähköhoidon teho voi vanhuksilla olla jopa parempi kuin nuor-

**TAULUKKO 1.** Sähköhoito vanhusten masennustiloissa.

Hoidon aiheet	Hyvää vastetta ennustavia tekijöitä	Vasta-aiheet	Haittavaikutukset	Ylläpito- ja hoito-aiheet
Psykoottinen, vai- kea tai hoitoresis- tentti masennus	Aiempi hyvä vaste	Ehdottomia ei ole	Muistivaikeus (ohimenevä)	Hyvä akuuttivaste
Masennustilaan liittyvä stupor	Psykoottinen masennus	Riskiä lisäävät: kohonnut kallon- sisäinen paine,	Sekavuus heti hoidon jälkeen	Nopeat relapsit yl- läpitolääkityksestä huolimatta
Itsetuhoisuus	Psykomotorinen hidastuneisuus	sydäninfarkti, epä- stabiili rintakipu, sydämen vaikea vajaatoiminta,	Päänsärky	Ylläpitolääkitykseen liittyvät haitat
Nopean vasteen tarve		sydämen vaikea vajaatoiminta, vaikea läppävika,	Lievät lihaskivut	Pitkään jatkunut muuhun hoitoon reagoimaton sai- rausjakso
Ravinnosta kieltäy- tminen		aneurysmat, tuore aivoinfarkti, vaikeat keuhkosairaudet,	Ohimenevät hyvänlaatuiset rytmihäiriöt	
Aiempi hyvä vaste		anestesia-alue (ASA) 4 tai 5		
Potilaan toive				
Lääkehoidon sopi- mattomuus				

**TAULUKKO 2.** Lääkitys psykiatrisen sähköhoidon aikana. Sydämentahdistin ei estä sähköhoitoa.

Lääke	Käyttö ja varoitukset
Sydän- ja verenpainelääkkeet	Jatketaan, annetaan aamulla ennen hoitoa Beetasalpaajien käytössä noudatettava varovaisuutta (hidas syke)
Oraaliset diabeteslääkkeet, insuliini	Annetaan vasta hoidon jälkeen (ravinnottomuus) Verengluukoosin mittaus
Varfariini ja asetyylisalisyylihappo	Jatketaan INR:n oltava hoitotasolla varfariinilääkityksessä
Mielialantasaajat	Epilepsialääkkeinä jatketaan (normaalistavat kouristuskyynnystä) Mielialantasaajina yleensä lopetetaan, paitsi lamotrigiini Ei anneta aamulla ennen sähköhoitoa
Masennuslääkkeet	Lääkitystä jatketaan sarjan ajan, mikäli sitä on tarkoitus jatkaa ylläpitolääkityksenä Lääkeannosta vähennetään sähköhoidon ajaksi (venlafaksiini) Trisyklisten käyttö yleensä keskeytetään hoidon ajaksi sydänhaittojen vuoksi Tehoton masennuslääkitys lopetetaan ja uuden käyttö voidaan aloittaa sähkösarjan aikana
Psykoosilääkkeet	Jatketaan sähköhoidon aikana (synergistinen vaikutus) Annosta voidaan joskus pienentää
Rauhoittavat ja unilääkkeet	Pyritään keskeyttämään sähköhoidon ajaksi (nostavat kouristuskyynnystä) Ei anneta ainakaan enää klo 14:n jälkeen edellisenä päivänä
Litium	Lisää sekavuuden riskiä (pitoisuus enintään 0,6 mmol/l) Yleensä keskeytetään sähköhoidon ajaksi
Dementialääkkeet	Jatketaan Voivat teoriassa vaikuttaa anestesiassa käytettävän suksinylikoliinin vaikutuksen kestoon

remmilla (O’Connor ym. 2001), koska heillä esiintyy vähemmän samanaikaisia ahdistuneisuus- ja persoonallisuushäiriöitä (American Psychiatric Association 2001). Sähköhoito on todettu turvalliseksi myös vanhuspotilaille (Huuhka 2005). Vanhuksia ohjataankin suhteellisesti useammin sähköhoitoon kuin nuorempia potilaita, mutta hoidon kynnyksellä voi olla vielä paljon nykyistä matalampi.

Sähköhoito annetaan yleisanestesiassa. Mikäli potilas on anestesiakelpoinen, vasta-aiheita ei juuri ole (TAULUKKO 2). Akuuttien sydäntai aivotapahtumien jälkeen varoaikana pidetään noin kolmea kuukautta. Sähköhoidon aiheuttama muistihäiriö on vanhuksellakin korjaantuva. Osa potilaista voi käydä hoidossa polikliinisesti. Ylläpitosähköhoitoa annetaan yhä enemmän potilaille, joiden masennustila on nopeasti uusiutuva ja estohoito lääkkeillä riittämätöntä. Ylläpitohoito aloitetaan sähköhoitosarjan jälkeen siten, että potilas saa yhden hoitokerran viikossa kuukauden ajan. Sitten väliä pidennetään kahteen viikkoon 1–2 seuraavan kuukauden ajaksi, jonka jälkeen ta-

voitellaan jopa kuukauden hoitoväliä. Hoitojen taajuutta joudutaan kuitenkin arvioimaan yksilöllisesti samoin kuin ylläpito-hoidon kokonaiskesto. Tutkimuksia ylläpito-hoidosta on toistaiseksi niukasti. Ylläpitosähköhoidon yhdessä masennuslääkityksen kanssa on raportoitu ehkäisevän relapseja psykoottisesta masennuksesta toipuvilla vanhuksilla (Navarro ym. 2008). Ylläpitosähköhoito parantaa olennaisesti vanhuksen elämänlaatua, kun toistuvat sairaalahoidot masennuksen uusiutumisen vuoksi loppuvat.

### Lopuksi

Vanhuksen vaikean masennustilan tunnistaminen ja hoito on haastavaa. Parhaimmassa tapauksessa potilaan toimintakyky ja itsenäisyys palautuvat tehokkaan hoidon avulla. Sähköhoito on tehokas ja turvallinen vaihtoehto tässä potilasryhmässä. Erityisen tärkeää on näiden potilaiden tiivis seuranta ja tehokas ylläpitolääkitys ja joskus myös ylläpitosähköhoito relapsien ehkäisemiseksi. ■

## KIRJALLISUUTTA

- Alexopoulos GS. The vascular depression hypothesis: 10 years later. *Biol Psychiatry* 2006;60:1304–5.
- Alexopoulos GS, Murphy CF, Gunning-Dixon FM, Latoussakis V, Kanellopoulos D, Klimstra S. Microstructural white matter abnormalities and remission of geriatric depression. *Am J Psychiatry* 2008;165:238–44.
- American Psychiatric Association (APA). The practice of electroconvulsive therapy: recommendations for treatment, training and privileging: a task force report of the American Psychiatric Association. Washington DC: American Psychiatric Association 2001.
- Anderson IM. Selective serotonin reuptake inhibitor versus tricyclic antidepressants: a meta-analysis of efficacy and tolerability. *J Affect Dis* 2000;58:19–36.
- Birkenhäger TK, van den Broek WW, Mulder PG, de Lely A. One-year outcome of psychotic depression after successful electroconvulsive therapy. *J ECT* 2005; 21:221–6.
- Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol Med Sci* 2003; 56A:249–65.
- Depressio [verkkoversio]. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2010 [päivitetty 21.10.2010]. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
- Duman RS. Depression: a case of neuronal life and death? *Biol Psych* 2004; 56:140–5.
- Fountoulakis KN, O'Hara R, Iacovides A, Camilleri CP, Kaprinis G, Yesavage J. Unipolar late-onset depression: a comprehensive review. *Ann Gen Hosp Psychiatry* 2003;2:11.
- Frodl T, Meisenzahl EM, Zetzsche T, ym. Hippocampal changes in patients with a first episode of major depression. *Am J Psychiatry* 2002;159:1112–8.
- Huuhka M, Korpisammal L, Haataja R, Leinonen E. One-year outcome of elderly inpatients with major depressive disorder treated with ECT and antidepressants. *J ECT* 2004;20:179–85.
- Huuhka M. Electroconvulsive therapy in major depression. A clinical and genetic approach. Väitöskirja. Tampereen yliopisto 2005.
- Huuhka K. Electroconvulsive therapy: association of genetic polymorphisms with treatment resistant depression and treatment response. Väitöskirja. Tampereen yliopisto 2009.
- Johnson EM, Whyte E, Mulsant BH, ym. Cardiovascular changes associated with venlafaxine in the treatment of late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14:796–802.
- Jorm AF. History of depression as a risk factor for dementia: an updated review. *Aust N Z J Psychiatry* 2001;35:776–81.
- Katona C, Livingston G. Impact of screening old people with physical illness for depression? *Lancet* 2000;356:91–2.
- Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *Am J Psychiatry* 2002;159:1133–45.
- Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. *Am J Psychiatry* 2006;163:115–24.
- Kessing LV. Subtypes of depressive episodes according to ICD-10: prediction of risk of relapse and suicide. *Psychopathology* 2003;36:285–91.
- Klysnér R, Bent-Hansen J, Hansen HL, ym. Efficacy of citalopram in the prevention of recurrent depression in elderly patients: placebo-controlled study of maintenance therapy. *Br J Psychiatry* 2002;181:29–35.
- Koponen H, Viilo K, Hakko H, ym. Rates and previous disease history in old age suicide. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22:38–46.
- Koskinen T. Pseudodementia vanhuuden depression ilmenemismuotona. Väitöskirja. Kuopion yliopisto 1991.
- Leinonen E, Santala M, Hyötylä T, Santala H, Eskola N, Salokangas RK. Elderly patients with major depressive disorder and delusional disorder are at increased risk of subsequent dementia. *Nord J Psychiatry* 2004;58:161–4.
- Manthorpe J, Iliffe S. Suicide in later life: public health and practitioner perspectives. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010;25:1230–8.
- Mitchell AJ, Subramaniam H. Prognosis of depression in old age compared to middle age: a systematic review of comparative studies. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1588–601.
- Mulsant BH, Houck PR, Gildengers AG, ym. What is the optimal duration of a short-term antidepressant trial when treating geriatric depression? *J Clin Psychopharmacol* 2006;26:113–20.
- Navarro V, Gastó C, Torres X, ym. Continuation/maintenance treatment with nortriptyline versus combined nortriptyline and ECT in late-life psychotic depression: a two-year randomized study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008;16:498–505.
- O'Connor MK, Knapp R, Husain M, ym. The influence of age on the response of major depression to electroconvulsive therapy: a C.O.R.E. report. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001;9:382–90.
- Ohayon MM, Schatzberg AF. Prevalence of depressive episodes with psychotic features in the general population. *Am J Psychiatry* 2002;159:1855–61.
- Peters R, Pinto E, Beckett N, ym. Association of depression with subsequent mortality, cardiovascular morbidity and incident dementia in people aged 80 and over and suffering from hypertension. Data from the Hypertension in the Very Elderly Trial (HYVET). *Age Ageing* 2010; 39:439–45.
- Petrides G, Fink M, Husain MM, ym. ECT remission rates in psychotic versus nonpsychotic depressed patients: a report from CORE. *J ECT* 2001;17:244–53.
- Pirkola SP, Isometsä E, Suvisaari J, ym. DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population—results from the Health 2000 Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:1–10.
- Pitkälä K, Isometsä ET, Henriksson MM, Lönnqvist JK. Elderly suicide in Finland. *International Psychogeriatrics* 2000;12:209–20.
- Reynolds CF 3rd, Dew MA, Pollock BG, ym. Maintenance treatment of major depression in old age. *N Engl J Med* 2006; 354:1130–8.
- Smith D, Dempster C, Glanville J, Freemantle N, Anderson I. Efficacy and tolerability of venlafaxine compared with selective serotonin reuptake inhibitors and other antidepressants: a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2002;180:396–404.
- Smith PJ, Blumenthal JA, Babyak MA, ym. Intima-media thickness and age of first depressive episode. *Biol Psychol* 2009;80:361–4.
- Tilastokeskus. Kuolemansyyt 2008. <http://tilastokeskus.fi/til/ksyyt/index.html>.
- Vataja R. Depression and executive dysfunction after stroke. Väitöskirja. Helsingin yliopisto 2005.
- Videbech P, Ravnkilde B. Hippocampal volume and depression: a meta-analysis of MRI studies. *Am J Psychiatry* 2004;161:1957–66.

## Summary

### **Severe and psychotic depression in an elderly person**

Severe depression affects 1 to 4% of the elderly population with symptoms that may differ from those of younger people. Among the elderly, even a severe depressive state has been underdiagnosed and may thus remain untreated. The most severe complication of severe and psychotic depression is suicide, as committed by 162 persons over 65 years of age in Finland in 2008. The treatment of most severe geriatric depressions is often initiated in a psychiatric hospital. Antidepressive drugs may exhibit differences in efficacy within this patient group. Patients should be referred to electroshock therapy at an earlier stage than is currently done.

**KAIJA HUUHKA, LT, erikoislääkäri**  
TAYS:n toimialue 5, neuro- ja vanhuspsykiatria  
Pitkänien sairaala, 33380 Pitkänieni

**ESA LEINONEN, professori, ylilääkäri**  
Tampereen yliopisto  
ja TAYS:n toimialue 5, psykiatria

### **SIDONNAISUUDET**

**Kaija Huuhka:** Toiminut lääkeyrityksen (BMS) järjestämän koulutustilaisuuden luennoitsijana.

**Esa Leinonen:** Toistuvia luentoja eri lääkeyritysten järjestämässä koulutuksissa (Lilly, AstraZeneca, Janssen-Cilag, Bristol-Myers Squibb, Pfizer, GSK). Ulkomaan kongressimatka lääkeyrityksen tuella (AstraZeneca, Janssen-Cilag, GSK).