

Sanni Kannisto

**PERSOONALLISUUSPIIRTEIDEN YHTEYS  
MASENNUSLÄÄKEANNOKSEEN SEKÄ  
MASENNUSLÄÄKEKOMBINAATION JA  
PSYKOOSILÄÄKKEEN KÄYTTÖÖN  
DEPRESSION HOIDOSSA**

Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta  
Syventävien opintojen kirjallinen työ  
Joulukuu 2023

# TIIVISTELMÄ

Sanni Kannisto: Persoonallisuuspiirteiden yhteys masennuslääkeannokseen sekä masennuslääkekombinaation ja psykoosilääkkeen käyttöön depression hoidossa

Syventävien opintojen kirjallinen työ  
Tampereen yliopisto  
Lääketieteen lisensiaatin tutkinto-ohjelma  
Joulukuu 2023

---

Persoonallisuuden tiedetään vaikuttavan sekä depressioon sairastumiseen että depression vaikeusasteeseen. Lääkehoito on olennainen osa etenkin vaikea-asteisen ja psykoottisen masennuksen hoitoa, mutta hoitovaste jää puutteelliseksi jopa kolmasosalla depressiota sairastavista potilaista. Persoonallisuuspiirteiden yhteyttä depression hoitovasteeseen on tutkittu vähemmän, ja tutkimustulokset ovat olleet vaihtelevia.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, onko Cloningerin persoonallisuuspiirteillä yhteyttä masennuslääkeannokseen, masennuslääkekombinaation käyttöön ja psykoosilääkkeen käyttöön depression hoidossa. Aineistona toimii Masennustalkoot II -aineisto, joka koostuu Etelä- Pohjanmaalla vuosina 2009-2013 masennuksen, ahdistuneisuuden, itsetuhoisuuden, unettomuuden tai alkoholiongelman vuoksi psykiatriseen hoitoon hakeutuneista potilaista (n=242). Potilaiden persoonallisuutta tutkittiin 0. ja 6. hoitoviikon kohdalla TCI-R-kyselyllä ja depression vaikeusastetta vastaavina ajankohtina MADRS-kyselyllä. Potilaista 84 % käytti vähintään yhtä masennuslääkettä, 37 % masennuslääkekombinaatiota ja 27 % vähintään yhtä psykoosilääkettä. Lääkehoidon lisäksi potilaat saivat käyttäytymisen aktivaatio -terapiaa.

Tutkimuksen eksploratiivisissa analyyseissa havaittiin heikko negatiivinen korrelaatio ( $r=-0,15$ ,  $p=0,047$ ) masennuslääkeannoksen ja sinnikkyuden (P) välillä. Muuten persoonallisuuspiirteillä ei havaittu yhteyttä masennuslääkeannokseen, masennuslääkekombinaation käyttöön tai psykoosilääkkeen käyttöön. Linearisissa regressiomalleissa elämishakuisuus (NS), vaikeuksien välttäminen (HA), hyväksynnän hakeminen (RD), itseohjautuvuus (SD) ja yhteistyöhalukkuus (C) - piirteiden vaihtelua selittivät vaihtelevasti ikä, sukupuoli, tupakointi ja alkoholin käyttö. Matalat HA-piirteet ja korkeat SD- ja RD-piirteet olivat yhteydessä depression remissioon, kun ikä, sukupuoli, tupakointi ja alkoholin käyttö oli otettu huomioon mallissa, mikä vastaa aiempia tutkimuksia aiheesta. Näiden mallien selitysaste oli 9,2–13,2 %. Tässä tutkimuksessa ei siis havaittu selkeää yhteyttä persoonallisuuspiirteiden ja lääkehoitomuotojen välillä. Jatkossakin olisi tärkeää etsiä keinoja hoitoresistenttien potilaiden tunnistamiseksi mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ennen depression kroonistumista.

Avainsanat: depressio, TCI-R, masennuslääke

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin Originality Check -ohjelmalla.

# SISÄLLYS

<b>1 JOHDANTO</b> .....	<b>1</b>
1.1 Depressio .....	1
1.1.1 Depression esiintyvyys ja tausta.....	1
1.1.2 Depression kliininen kuva ja diagnostiikka.....	2
1.1.3 Depression hoito.....	4
1.2 Persoonallisuus .....	6
1.2.1 Persoonallisuuden määritelmä ja kehitys .....	6
1.2.2 Persoonallisuuden piirremallit.....	7
1.3 Depressio ja persoonallisuus.....	10
1.3.1 Depression ja sen vaikeusasteen yhteys persoonallisuuteen .....	10
1.3.2 Masennuslääkehoitovasteen yhteys persoonallisuuteen.....	12
1.3.3 Tutkimuksen tavoitteet .....	13
<b>2 AINEISTO JA MENETELMÄT</b> .....	<b>14</b>
2.1 Tutkimusjoukon ominaisuudet .....	14
2.2 Menetelmät .....	16
<b>3 TULOKSET</b> .....	<b>16</b>
3.1 Eksploratiiviset analyysit.....	16
3.2 Lineaariset regressiomallit.....	18
<b>4 POHDINTA</b> .....	<b>20</b>
<b>5 LÄHTEET</b> .....	<b>22</b>

# 1 JOHDANTO

## 1.1 Depressio

### 1.1.1 Depression esiintyvyys ja tausta

Depressio on yleinen ja maailmanlaajuisesti merkittävä mielenterveyden häiriö, ja sitä sairastaa vuosittain noin 5 % maailman aikuisväestöstä. (1–2) Suomessa depressiota sairastavien osuus on arvioitu hieman suuremmaksi, noin 5–8 %. (3–5) Todellisuudessa depression esiintyvyys lienee Suomessa muiden länsimaiden tasolla ja tutkimusten tulos selittynee valikoitumisharhalla (2). Depression elinaikaprevalenssin arvioidaan olevan jopa 20 %. Depressio on yleisempi naisilla, ja se esiintyy tyypillisimmin nuorella aikuisiällä tai keski-iässä. Lisäksi depressiolle altistavat matala sosioekonominen asema sekä päihdeongelmat, mutta nämä voivat olla myös seurausta depressiosta. (5–6) Lisääntynyt tietoisuus ja parantuneet epäsuorat arviointitavat, kuten masennuslääkkeiden käyttö, ovat johtaneet käsitykseen depression yleistymisestä viime vuosikymmeninä. Terveys 2000 ja 2011 -tutkimusten perusteella naisten masennuksen esiintyvyydessä todettiin pieni tilastollisesti merkitsevä kasvu, mutta tutkimusten menetelmälliset haasteet huomioiden on pohdittu, että todellisuudessa depression esiintyvyys on pysynyt suunnilleen samana. (2) Toisaalta tuoreen alankomaalaisen tutkimuksen perusteella näyttäisi siltä, että yleisesti mielenterveyshäiriöiden, mukaan lukien masennuksen, esiintyvyys viimeisen vuosikymmenen aikana on lisääntynyt. (7)

Depression synty on monitekijäinen prosessi. Taustalla vaikuttaa sekä biologisia, fysiologisia, rakenteellisia että psykologisia tekijöitä. Depressiolle altistavia geenejä on jopa satoja, mutta depressioalttiuden uskotaan välittyvän myös epigeneettisesti. Masentuneilla on havaittu poikkeavuuksia välittäjäaineiden, hormonien ja tulehdusmekanismien toiminnassa, sekä muutoksia aivojen rakenteessa ja toiminnassa. Myös monet psykologiset tekijät vaikuttavat depressioalttiuteen. Näitä ovat muun muassa haastavat lapsuuden kehitysolosuhteet, tietyt persoonallisuuden piirteet, ristiriitainen minäkuva sekä kognitiiviset vääristymät. Edellä mainittujen taustatekijöiden lisäksi

depression puhkeamiseen vaaditaan useimmiten jokin laukaiseva stressitekijä. Tällaisia ovat etenkin kielteiset elämäntapahtumat, kuten avioero, vakava somaattinen sairaus, läheisen kuolema tai työttömäksi jääminen. (5–6)

Depressio johtaa vaikea-asteisena selkeään toimintakyvyn laskuun, jolloin työkyky heikkenee ja sairauspoissaolot lisääntyvät. (5–6) Mielenterveyden häiriöt ovat Suomessa yleisin syy jäädä työkyvyttömyyseläkkeelle. Vuonna 2020 depression vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi 3600 henkilöä, mikä oli viidennes kaikista työeläkkeelle siirtyneistä. (8) Lisäksi depressioon liittyvät itsetuhoajatukset ovat hyvin yleisiä, sillä niitä esiintyy noin viidesosalla perusterveydenhuollon ja jopa puolella erikoissairaanhoidon depressiopotilaista. (5) Vuonna 2020 itsemurhia tehtiin Suomessa reilut 700 (9), joista noin kahden kolmasosan uskotaan olevan yhteydessä depressioihin (5). Depressio on siten sekä yksilöä että yhteiskuntaa laajasti koskeva ongelma.

### **1.1.2 Depression kliininen kuva ja diagnostiikka**

Masennus on elämään kuuluva perustunne, jota esiintyy ohimenevästi etenkin menetysten ja pettymysten yhteydessä. Masennustilalla eli depressiolla tarkoitetaan pitkäkestoisempaa masennusjaksoa, jonka keskeisimmät oireet ovat masentunut mieliala, kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen ja uupumus. (5–6) Depression ICD-10:n mukaiset kriteerit on esitetty taulukossa 1. Lisäksi depressio jaetaan sen uusiutumisen mukaan masennustilaksi (F32) ja toistuvaksi masennukseksi (F33) (4–5).

Taulukko 1. ICD-10 mukaiset masennustilan (F32) oirekriteerit. (4)

---

A. Masennusjakso on kestänyt vähintään 2 viikon ajan.

---

B. Todetaan vähintään 2 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/jotkin seuraavista oireista niin, että oireita (B+C) on yhteensä vähintään 4.

4. Itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen
  5. Perusteettomat tai kohtuuttomat itsesyytökset
  6. Toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen
  7. Subjektiiivinen 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
- 

Depression vaikeusastetta voidaan arvioida oireiden lukumäärän, oireittareiden tai toimintakyvyn heikkenemisen mukaan. ICD-10:ssä depressio jaotellaan oireiden lukumäärän mukaan lievään (4–5 oiretta), keskivaikeaan (6–7 oiretta) ja vaikeaan (8–10 oiretta). Psykoottisessa depressiossa on masennusoireiden lisäksi psykoottisia oireita, kuten harhaluuloja, aistiharhoja tai depressiivinen stupor. (4) Depression kartoitukseen sopivia oireittareita ovat esimerkiksi potilaan itse täyttämät Beckin depressioasteikko (BDI) ja DEPS-seula sekä lääkärin haastatteluun perustuvat Montgomery-Åsbergin depressioasteikko (MADRS) ja Hamiltonin depressioasteikko (HDRS tai HAM-D). (10)

Depression diagnostiikassa tulee huomioida lisäksi depressioon liittyvä samanaikaissairastavuus sekä muut mahdolliset masennusoireilua aiheuttavat tekijät. Depressiopotilaat kärsivät hyvin usein muista psyykkisistä oireyhtymistä, erityisesti ahdistuneisuus-, persoonallisuus- ja päihdehäiriöistä. Nämä saattavat vaikeuttaa sekä masennustilan tunnistamista että hoitoa. Depression erotusdiagnostisina vaihtoehtoina tulee pitää mielessä somaattisten sairauksien, lääkkeiden ja päihdeiden aiheuttamat

depressiot, sekä psykiatrisista häiriöistä etenkin kaksisuuntainen mielialahäiriö ja skitsoaffektiivinen häiriö. Lisäksi tulee ottaa huomioon potilaan elämäntilanne. Suurten menetysten, kuten läheisen kuoleman, yhteydessä ei yleensä tehdä depressiodiagnoosia, sillä kyseessä on useimmiten normaali surureaktio. (5–6)

### 1.1.3 Depression hoito

Depression hoito aloitetaan, mikäli kliinisen tutkimuksen perusteella voidaan asettaa depression diagnoosi. Mahdollisia hoitomuotoja ovat netti- ja psykoterapiat, masennus- ja psykoosilääkkeet sekä neuromodulaatiohoidot. Akuuttivaiheen hoitomuodon valintaan vaikuttaa pääasiassa depression vaikeusaste sekä hoitomuotojen saatavuus. (4) Taulukossa 2 on esitetty Käypä hoidon mukaisten keskeisimpien hoitomuotojen vaikuttavuus eri asteisissa depressioissa.

Taulukko 2. Depression vaikeusaste ja keskeiset akuuttivaiheen hoitomuodot. (4)

Hoitomuoto	Lievä	Keskivaikea	Vaikea	Psykoottinen
Nettiterapiat	+	+		
Psykoterapiat	+	+	(+)	
Masennuslääkkeet	+	+	+	(+)
Masennus- ja psykoosilääke				+
Sähköhoito			+	+

+ riittävä vaikuttavuus osoitettu yksinomaisena hoitomuotona

(+) vaikuttavuus epävarma tai riittämätön yksinomaisena hoitomuotona

Netti- ja psykoterapiat soveltuvat lievän ja keskivaikean depression hoitoon (4). Nettiterapiassa potilas työskentelee itsenäisesti. Potilas tekee säännöllisesti erilaisia tehtäviä ja saa tarvittaessa apua nettiterapeutilta. Nettiterapiat ovat potilaalle ilmaisia ja niiden saatavuus on hyvä. (11) Psykoterapiassa asioita käsitellään psykoterapeutin kanssa keskustelemalla. Psykoterapiasta on saatavilla useita erilaisia suuntauksia, ja sitä voidaan toteuttaa joko lyhyt- tai pitkäkestoisena.

Psykoterapiasta koituu potilaalle vaihtelevasti kustannuksia ja terapiaan pääsyä joutuu yleensä odottamaan kuukausia. Lisäksi potilaan tulee itse etsiä sopiva psykoterapeutti. (12)

Masennuslääkkeitä voidaan käyttää lievästä depressiosta alkaen. Yksinään käytettynä masennuslääkkeet ja psykoterapiat lievittävät masennusoireita yhtä tehokkaasti lievässä ja keskivaikeassa depressiossa. Tehokkainta on käyttää näitä hoitomuotoja samanaikaisesti, ja se on suositeltavaa etenkin, kun depressioon liittyy toimintakyvyn heikkenemistä. Lääkehoidon merkitys korostuu depression vaikeusasteen kasvaessa, ja vaikeassa tai psykoottisessa depressiossa masennuslääkehoito on aina tarpeen. Masennuslääke valitaan odotettujen haittavaikutusten sekä potilaan muiden sairauksien ja lääkitysten perusteella. Masennuslääkeryhmät ovat teholtaan ja siedettävyydeltään lähes samanveroisia. (4) Trisyklisiä masennuslääkkeitä siedetään yleensä muita masennuslääkkeitä huonommin (4) ja niiden käyttö onkin useiden haittavaikutusten vuoksi vähenemään päin (5). Masennuslääkeryhmät on esitelty taulukossa 3.

Taulukko 3. Masennuslääkkeet lääkeriittämien. (13)

SSRI <sup>1</sup>	SNRI <sup>2</sup>	TCA <sup>3</sup>	Muut
essitalopraami	duloksetiini	amitriptyliini	agomelatiini <sup>4</sup>
fluoksetiini	milnasipraani	doksepiini	bupropioni <sup>5</sup>
fluvoksamiini	venlafaksiini	klomipramiini	mianseriini, mirtatsapiini <sup>6</sup>
paroksetiini		nortriptyliini	moklobemidi <sup>7</sup>
sertraliini		trimipramiini	reboksetiini <sup>8</sup>
sitalopraami			tratsodoni, vortioksetiini <sup>9</sup>

<sup>1</sup> SSRI (selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät), <sup>2</sup> SNRI (serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjät), <sup>3</sup> TCA (trisykliset masennuslääkkeet), <sup>4</sup> melatonerginen masennuslääke, <sup>5</sup> NDRI (noradrenaliinin ja dopamiinin takaisinoton estäjä), <sup>6</sup> NaSSA (noradrenergisesti ja spesifisti serotonergisesti vaikuttavat masennuslääkkeet), <sup>7</sup> MAO-A:n estäjä, <sup>8</sup> NRI (noradrenaliinin takaisinoton estäjä) ja <sup>9</sup> SARI (serotoniiniantagonistit ja takaisinoton estäjät)

Masennuslääkevastetta tulee arvioida säännöllisesti akuuttivaiheen aikana. Noin kaksi kolmasosaa masennuslääkkeitä asianmukaisesti käyttävistä saa selvän vasteen (oirepistemäärän pieneneminen yli 50 %) ja lähes puolet saavuttaa remission 4–12 viikon aikana. Mikäli alkavaa hoitovastetta (oirepistemäärän pieneneminen 20–50 %) ei ilmene neljässä viikossa tai selvää hoitovastetta 8–12

viikossa, on syytä vaihtaa toiseen masennuslääkkeeseen. Lääkeresistentistä depressiosta puhutaan, mikäli kahdella peräkkäisellä, eri lääkeaineryhmän masennuslääkkeellä ei saavuteta selvää hoitovastetta. (4)

Vaikean ja psykoottisen depression hoidossa tarvitaan useimmiten erikoissairaanhoidon hoitoa. Lääkehoitona voidaan tällöin kokeilla masennuslääkekombinaatiota, tai masennuslääkkeen yhdistämistä antipsykoottiin tai litiumiin. Mikäli tarvitaan nopeatehoista hoitoa, esimerkiksi akuutin itsemurhavaaran vuoksi, voidaan käyttää ketamiini-infusiota tai intranasaalista esketamiinia. Erikoissairaanhoidon kautta on saatavilla lisäksi neuromodulaatiohoitoja. Sähköhoito (ECT) on tehokkain hoitomuoto vaikeassa ja psykoottisessa depressiossa, ja sitä tulisi harkita etenkin lääkeresistentissä depressiossa tai nopeatehoisempaa hoitoa tarvittaessa. (4) Transkraniaalinen magneettistimulaatio (TMS) on teholtaan vähintään masennuslääkkeiden veroinen ja se toimii myös lääkeresistenttiin depressioon. Tasavirtastimulaatio (tDCS) on teholtaan enintään masennuslääkkeiden veroinen eikä se toimi lääkeresistenttiin depressioon, mutta sen saatavuus on sähköhoitoa ja tasavirtastimulaatiota parempi. (5)

## **1.2 Persoonallisuus**

### **1.2.1 Persoonallisuuden määritelmä ja kehitys**

Persoonallisuudella tarkoitetaan ihmisen yksilöllisiä tunteisiin, ajatuksiin ja käytökseen liittyviä toimintamalleja, jotka ovat yhtenäisiä tilanteesta toiseen ja melko muuttumattomia ajan kuluessa. (14–15) Persoonallisuus voidaan jakaa edelleen temperamenttiin ja luonteeseen. Temperamentilla on biologinen pohja, joten se on valmiina jo syntyessä tai muodostuu viimeistään varhaisiässä. Temperamentti saa ihmisen toimimaan tunnereaktioiden pohjalta. Luonne kehittyy puolestaan myöhemmin, ja se on seurausta sosiaalisesta kanssakäymisestä ja siinä saadusta palautteesta sekä yksilön moraalikäsitelmästä. Luonteen vaikutuksesta ihminen käyttäytyy enemmän tietoisesti ja sosiaalisesti hyväksytyjen mallien mukaan. (14)

Psykologiassa persoonallisuutta ja sen kehitystä tutkivia suuntauksia ovat muun muassa psykoanalyttinen teoria, piirreteoria, behavioristinen teoria ja sosiaalkognitiivinen teoria. Psykoanalyttisen teorian mukaan persoonallisuus muotoutuu pääosin tiedostamattomien prosessien seurauksena, joissa psyyke tasapainottelee biologisten viettien ja moraalisten standardien välillä. Kaikki ihmiset käyvät läpi samat kehitykselliset vaiheet ja etenkin varhaisilla kokemuksilla on vaikutusta kehitykseen. (16) Piirreteoriassa persoonallisuus nähdään persoonallisuuspiirteiden kokonaisuutena, jossa piirteet kuvaavat yksilön taipumusta toimia tietyllä tapaa tietyissä tilanteissa. Yksittäiset piirteet nähdään jatkumoina kahden ääripään välillä ja yksilöt sijoittuvat johonkin kohtaan tällä jatkumolla. Persoonallisuuspiirteet ovat ohimeneviä tunnetiloja selkeästi pysyvämpiä. (14) Behavioristisen teorian mukaan ihmisillä ei ole synnynnäisiä taipumuksia, vaan ympäristö ohjaa käyttäytymistä. Ympäristön vaikutuksesta ihminen ehdollistuu toimimaan tietyllä tapaa. Sosiaalkognitiivisessa teoriassa ympäristön lisäksi tärkeänä persoonallisuuden muovaajana nähdään ihmisen itse tekemä havainnointi ja informaation prosessointi. Ihmisen käyttäytyminen määräytyy näiden havaintojen pohjalta. (16) Tässä tutkimuksessa persoonallisuutta mallinnetaan piirremallin avulla, joten seuraavaksi kuvataan keskeisimpiä piirremalleja lyhyesti.

### **1.2.2 Persoonallisuuden piirremallit**

Ensimmäisen teoreettisen piirremallin persoonallisuudesta kuvasi Hans Eysenck. Malli kehittyi Eysenckin kliinisessä työssä kohtaamien psykiatristen potilaiden oireiden ja diagnoosien pohjalta. Mallissa persoonallisuus koostui aluksi kahdesta piirteestä: ekstroversiosta (extraversion) eli ulospäinsuuntautuneisuudesta, sekä neuroottisuudesta (neuroticism) eli taipumuksesta negatiivisille tunteille, kuten masennukselle ja ahdistuneisuudelle. Myöhemmin malliin lisättiin kolmanneksi piirteeksi psykoottisuus (psychoticism), jolla Eysenck tarkoitti impulsiivisuutta, epäsosiaalisuutta ja elämönhakuisuutta. Mallia on kritisoitu erityisesti psykoottisuuden epämääräisen määritelmän osalta, eikä tätä piirrettä ole voitu myöhemmin toisintaa faktorianalyseissa. (15)

Nykyisin yleisimmin persoonallisuuden kuvaamiseen käytetty piirremalli on Costan ja McCraen kehittämä Big Five -malli. Malli syntyi Cattellin tekemän faktorianalyysin pohjalta, jossa tuhansista persoonallisuutta kuvaavista termeistä muodostettiin 16 persoonallisuuden faktoria. (14) Big Five -mallissa näistä faktoreista muodostettiin aluksi kolme piirrettä: Eysenckin mallia vastaavat ekstroversio ja neuroottisuus, sekä niiden lisäksi avoimuus kokemuksille (openness to experience) eli

seikkailunhaluisuus ja mielikuvituksellisuus. Myöhemmin malliin lisättiin vielä kaksi piirrettä: sovinnollisuus (agreeableness) eli taipumus toimia yhteistyössä muiden kanssa, ja tunnollisuus (conscientiousness) eli ahkeruus ja luotettavuus. (15)

Toinen tunnettu piirremalli on Cloningerin psykobiologinen persoonallisuusmalli (Temperament and Character Inventory, TCI) (15). Malli muodostui perheeseen, kehitykseen, persoonallisuuteen, farmakologiaan ja neuroanatomiaan liittyvien tutkimusten perusteella. Cloninger havaitsi aluksi kolme temperamenttipiirrettä, joiden avulla voitiin ennustaa reagointia tiettyihin ympäristön ärsykkeisiin. Elämyshakuisuus (novelty seeking) kuvasi suhtautumista uusiin asioihin, vaikeuksien välttäminen (harm avoidance) suhtautumista vaaraan ja rangaistuksiin, ja hyväksynnän hakeminen (reward dependence) suhtautumista palkintoihin. (17) Myöhemmin malliin lisättiin vielä yksi temperamenttipiirre, sinnikkyys (persistence) sekä kolme luonnepiirrettä. Luonnepiirteillä kuvattiin yksilön minäkäsitystä: itseohjautuvuus (self-directedness) tarkoitti näkemystä itsestä yksilönä, yhteistyöhalukkuus (cooperativeness) näkemystä itsestä osana yhteiskuntaa, ja itsensä ylittäminen (self-transcendence) näkemystä itsestä osana maailmankaikkeutta. (18) Tarkemmat kuvaukset Cloningerin persoonallisuuspiirteisiin liittyvistä ominaisuuksista on esitetty taulukossa 4.

Taulukko 4. Cloningerin persoonallisuuspiirteisiin liittyviä tyypillisiä ominaisuuksia. (17–19)

Lyhenne	Piirre	Korkea	Matala
NS	elämishakuisuus (novelty seeking)	uusista asioista viehättyvä, epäjärjestelmällinen, innostuva, impulsiivinen, utelias, tuhlaileva	rutiineista pitävä, järjestelmällinen, hillitty, harkitseva, analyytinen, säästeliäs
HA	vaikeuksien välttäminen (harm avoidance)	huolestunut, ahdistunut, pelokas, ujo, pessimistinen, estynyt, helposti väsyvä	huoleton, tyyni, itsevarma, peloton, optimistinen, estoton, energinen
RD	hyväksynnän hakeminen (reward dependence)	tunteellinen, lämmin, riippuvainen, toisten hyväksyntää hakeva	etäinen, kylmä, itsenäinen, käytännöllinen, kyyninen, ei tarvetta miellyttää toisia
P	sinnikkyys (persistence)	vaivannäköinen, ahkera, kunnianhimoinen, perfektionistinen	laiska, helposti turhautuva, kunnianhimoton, pragmaattinen
SD	itseohjautuvuus (self-directedness)	kypsä, vahva, vastuullinen, päämäärätietoinen, tehokas, hyväitsetuntoinen	epäkypsä, hauras, muita syyttelevä, päämäärätön, apaattinen, huonoitsetuntoinen
C	yhteistyöhalukkuus (cooperativeness)	suvaitsevainen, empaattinen, avulias, myötätuntoinen, eettinen, periaatteellinen	suvaitsematon, kriittinen, epäavulias, kostonhimoinen, opportunistinen
ST	itsensä ylittäminen (self-transcendence)	luova, kärsivällinen, itsensä unohtava, hengellinen, intuitiivinen	mielikuvitukseton, kärsimätön, itsetietoinen, ylpeä, materialistinen, rationaalinen

Tässä tutkimuksessa persoonallisuutta on kuvattu Cloningerin persoonallisuusmallin avulla. Piirteitä arvioidaan TCI-R-kyselyn (Temperament and Character Inventory, revised) avulla, jonka 240 kysymykseen vastataan 5-portaisella asteikolla (1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=ei samaa eikä eri mieltä, 4=jokseenkin samaa mieltä, 5=täysin samaa mieltä). (20) Piirteistä käytetään jatkossa selkeyden vuoksi taulukossa 4 mainittuja lyhenteitä NS, HA, RD, P, SD, C ja ST.

## **1.3 Depressio ja persoonallisuus**

### **1.3.1 Depression ja sen vaikeusasteen yhteys persoonallisuuteen**

Tiettyjen temperamentti- ja luonnepiirteiden sekä depression välillä on havaittu yhteys useissa tutkimuksissa. Tutkimuksissa on ilmennyt toistuvasti depressiopotilaiden korkeammat HA-pisteet (21–32) ja matalammat SD-pisteet (21–24, 27–32) verrattuna kontrolliryhmään. Muiden piirteiden osalta masentuneet eivät yleisimmin ole eronneet kontrolliryhmästä. Tutkimuskohtaiset tulokset on esitetty taulukossa 5.

Taulukko 5. Persoonallisuuspiirteet masentuneilla verrattuna kontrolliryhmään.

Tutkimus	n (depressio)	n (kontrolli)	NS	HA	RD	P	SD	C	ST
Celikel et al (2009)	81	66		↑			↓		
Ekinici et al (2012)	80	80		↑			↓		
Farmer et al (2003)	108	105		↑			↓		
Hansenne et al (2009)	54	54		↑		↓	↓	↓	↓
Hur et al (2009)	56	56		↑	↓			↓	
Kampman et al (2012)	98	4349		↑	↑		–	–	–
Kaneda et al (2011)	75	91	↓	↑			↓		
Nogueira et al (2017)	103	103	↓	↑		↓	↓	↓	
Richter et al (2000)	126	509	↓	↑		↓	↓		
Sato et al (1999)	86	55		↑			↓	↓	
Smith et al (2005)	52	89		↑			↓		
Zaninotto et al (2015)	123	125		↑			↓		

↑ piirteen ominaisuuksia esiintyy masentuneilla enemmän kuin kontrolliryhmällä

↓ piirteen ominaisuuksia esiintyy masentuneilla vähemmän kuin kontrolliryhmällä

– piirrettä ei ole tutkimuksessa mitattu

Myös depression vaikeusasteen ja persoonallisuuspiirteiden välistä yhteyttä on tutkittu. Depression vaikeusasteella on positiivinen korrelaatio potilaan HA-pisteisiin (21, 23, 29–30, 33–36) ja negatiivinen korrelaatio potilaan SD-pisteisiin (21, 23, 29, 33–36). Lisäksi depression vaikeusasteen ja potilaan C-pisteiden välinen negatiivinen korrelaatio on löytynyt joissakin tutkimuksissa (23, 33–35), mutta ei kaikissa. Muiden piirteiden osalta korrelaatiota ei ole juurikaan havaittu. Tutkimuskohtaiset havainnot on esitetty taulukossa 6.

Taulukko 6. Persoonallisuuspiirteiden yhteys depression vaikeusasteeseen<sup>1</sup>.

Tutkimus	n	NS	HA	RD	P	SD	C	ST
Celikel et al (2009)	81	↓	↑			↓		
Cloninger et al (2006)	631		↑			↓	↓	↑
Farmer et al (2003)	108	↓	↑			↓	↓	↑
Hansenne et al (1999)	40		↑			↓	↓	
Hirano et al (2002)	108		↑			↓	↓	
Richter et al (2000)	126		↑			↓		
Sato et al (1999)	86		↑					
Spittlehouse et al (2010)	169		↑			↓		

<sup>1</sup> Depression vaikeusastetta mitattu HDRS- (21, 30, 34–35), BDI- (21, 23, 29), MADRS- (36) tai CES-D-pisteillä (33).

↑ piirteellä positiivinen korrelaatio depression vaikeusasteeseen

↓ piirteellä negatiivinen korrelaatio depression vaikeusasteeseen

### 1.3.2 Masennuslääkehoitovasteen yhteys persoonallisuuteen

Masennuslääkkeillä depressioon saatavan hoitovasteen ja persoonallisuuspiirteiden välistä yhteyttä on tutkittu vähemmän. Tutkimuksissa on käytetty yleensä SSRI-lääkkeitä (26, 37–39), yksittäisissä tutkimuksissa myös SNRI-lääkkeitä (37) tai tetrasyklisiä masennuslääkkeitä (30). Seuranta-aika on ollut vähintään kuusi viikkoa. Eniten viitettä on saatu matalan HA-piirteiden yhteydestä hoitovasteeseen (26, 37–38, 40) ja vastaavasti korkean HA-piirteiden yhteydestä hoitoresistenssiin (41), mutta kaikissa tutkimuksissa tätä ei ole havaittu. Hoitovaste on lisäksi joissakin tutkimuksissa yhdistetty korkeaan RD-piirteeseen (37–38, 40) ja korkeaan SD-piirteeseen (30, 38, 40), sekä vastaavasti hoitoresistenssi matalaan RD-piirteeseen (40–41) ja matalaan SD-piirteeseen (41), mutta näistäkään näyttö ei ole ollut yksiselitteistä. Tutkimuskohtaiset tulokset hoitovasteen osalta on esitetty taulukossa 7.

Taulukko 7. Persoonallisuuspiirteet lääkehoitovasteen<sup>1</sup> saavilla.

Tutkimus	n	NS	HA	RD	P	SD	C	ST
Balestri et al (2019)	455		↓	↑		↑		
Hruby et al (2010)	30		↓	↑				
Kampman et al (2012)	98	↑	↓		↑	–	–	–
Sato et al (1999)	86					↑	↑	
Tome et al (1997)	48		↓	↑		↑		
Tomita et al (2014)	73						↑	

<sup>1</sup> Hoitovastetta on arvioitu joko MADRS- (26, 37–40) tai HDRS-pisteiden (30, 40) muutoksella.

↑ korkea piirre yhteydessä hoitovasteeseen

↓ matala piirre yhteydessä hoitovasteeseen

### 1.3.3 Tutkimuksen tavoitteet

Depressio on merkittävä kansanterveydellinen ongelma, josta aiheutuu myös huomattavia yhteiskunnallisia menetyksiä ja kustannuksia. Hoitovaste jää puutteelliseksi jopa kolmasosalla depressiopotilaista (4), ja masennustilan pitkittyminen lisää henkilökohtaista kärsimystä sekä vaikeuttaa masennustilan hoitoa (6). Olisikin tärkeää löytää keinoja, joilla vaikeahoitoiset ja hoitoresistentit potilaat voitaisiin tunnistaa ja ohjata riittävän tehokkaan hoidon piiriin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää, onko Cloningerin persoonallisuuspiirteillä yhteyttä 1) masennuslääkeannokseen, 2) masennuslääkekombinaation käyttöön ja 3) psykoosilääkkeen käyttöön depression hoidossa. Näiden avulla on tarkoitus välillisesti tutkia, altistavatko jotkin persoonallisuuspiirteet vaikeahoitoisemmalle masennukselle.

## 2 AINEISTO JA MENETELMÄT

Aineistona toimii Etelä-Pohjanmaalla vuosina 2009–2013 kerätty Masennustalkoot II -aineisto, joka koostuu masennuksen, ahdistuneisuuden, itsetuhoisuuden, unettomuuden tai alkoholiongelman vuoksi psykiatriseen hoitoon hakeutuneista potilaista (n=242). Potilaiden päädiagnoosi määräytyi lähtötilanteessa tehdyn MINI-haastattelun (Mini International Neuropsychiatric Interview) perusteella. Potilaille tehtiin MADRS-kysely masennuksen vaikeusasteen määrittämiseksi ja TCI-R-kysely persoonallisuuspiirteiden määrittämiseksi. Molemmat kyselyt toteutettiin sekä tulotilanteessa että kuudennen hoitoviikon kohdalla. Kuuden viikon kohdalla TCI-R-kyselyn tulokset oli saatavilla 177 potilaalta, joten tästä tuli lopullinen tutkimusjoukko.

### 2.1 Tutkimusjoukon ominaisuudet

Potilaiden ikä vaihteli välillä 17–64 vuotta (ka 39 vuotta) ja potilaista 60 % (n=107) oli naisia. Potilaista valtaosan (81 %) päädiagnoosina oli depressio: 75 potilaalla masennustila (F32) ja 68 potilaalla toistuva masennus (F33). Muut päädiagnoosit olivat 15 potilaalla kaksisuuntainen mielialahäiriö (F31), 8 potilaalla tarkemmin määrittämätön mielenterveydenhäiriö (F99) ja 11 potilaalla jokin muu. Lisäksi samanaikaissairastavuus oli yleistä: 103 potilaalla (58 %) oli depression lisäksi jokin ahdistuneisuushäiriö, 63 potilaalla (36 %) päihdeongelma (AUDIT  $\geq$  11 pistettä) ja ainakin 78 potilasta tupakoi.

Tieto masennuslääkkeen käytöstä oli saatavilla 175 potilaalta ja näistä 84 % (147 potilasta) käytti ainakin yhtä masennuslääkettä. Masennuslääkkeitä käyttävistä 55 potilaalla (37 %) oli käytössä vähintään kaksi masennuslääkettä. Päivittäiset masennuslääkeannokset muutettiin fluoksetiiniekvivalenteiksi vertailun mahdollistamiseksi. Masennuslääkkeiden yhteenlaskettu keskimääräinen vuorokausiannos vaihteli välillä 6,67–100 fluoksetiiniekvivalenttia (ka 32,23 fluoksetiiniekvivalenttia). Valtaosalla potilaista (59 %) ensimmäinen masennuslääke kuului SSRI-lääkkeisiin, mutta myös SNRI-lääkkeitä ja mirtatsapiinia käytettiin yleisesti ensimmäisenä ja etenkin toisena masennuslääkkeenä. Käytetyt masennuslääkkeet on esitelty taulukossa 8.

Taulukko 8. Potilaiden masennuslääkitys lääkkeittäin/lääkeryhmittäin.

Lääkeaine (ryhmä)	1. lääke (n=149)	2. lääke (n=55) <sup>1</sup>
SSRI-lääkkeet	88	16
SNRI-lääkkeet	23	10
Mirtatsapiini	20	16
Bupropioni	9	5
Trisykliset masennuslääkkeet	6	7
Muut	3	1

<sup>1</sup> Lisäksi 3. lääkkeenä SSRI (n=1), mirtatsapiini (n=1) ja trisyklinen (n=1) sekä 4. lääkkeenä mirtatsapiini (n=1).

Yksi tai useampi psykoosilääke oli puolestaan käytössä 47 potilaalla (27 %). Selvästi yleisin käytössä ollut antipsykootti oli ketiapiini (n=25). Kaikki potilaat saivat lisäksi käyttäytymisen aktivaatio - terapiaa.

MADRS-pisteitä potilailla oli lähtötilanteessa 2–36 pistettä (ka 23 pistettä) ja vähintään lievä masennustila oli 165 potilaalla (94 %). Kuuden viikon kohdalla MADRS-pisteitä oli 0–36 pistettä (ka 17 pistettä). MADRS-pisteet olivat siis ryhmätasolla laskusuuntaiset, mutta remissiossa oli tässä vaiheessa silti vain 22 potilasta (13 %). Potilaat on luokiteltu MADRS-pisteiden mukaan taulukossa 9.

Taulukko 9. MADRS-pisteet ja potilaiden lukumäärä ja osuus 0. ja 6. viikon kohdalla.

MADRS	Kuvaus	n (%) 0. viikko <sup>1</sup>	n (%) 6. viikko <sup>2</sup>
0–7 pistettä	Ei masennusta	2 (1 %)	22 (13 %)
8–14 pistettä	Masennusoireita	8 (5 %)	40 (23 %)
15–24 pistettä	Lievä masennustila	94 (54 %)	82 (47 %)
25–30 pistettä	Keskivaikea masennustila	53 (30 %)	20 (12 %)
31- pistettä	Vaikea masennustila	18 (10 %)	9 (5 %)

<sup>1</sup> Tutkimuksen lähtötilanteessa tiedot olivat saatavilla n=175 potilaasta

<sup>2</sup> 6. viikon kohdalla tiedot olivat saatavilla n=173 potilaasta

## **2.2 Menetelmät**

Tilastolliset analyysit toteutettiin SPSS-ohjelmalla. Persoonallisuuspiirteiden yhteyttä masennuslääkeannokseen tutkittiin Spearmanin korrelaatiolla, ja persoonallisuuspiirteiden yhteyttä lääkekombinaation ja psykoosilääkkeen käyttöön T-testillä. Lisäksi kustakin persoonallisuuspiirteestä tehtiin lineaarinen regressiomalli. Selitettävänä tekijänä oli kukin TCI-piirre 6. viikon kohdalla ja selittävinä tekijöinä ikä, sukupuoli, tupakointi, päihdeongelma, MADRS-remissio, masennuslääkeannos ja psykoosilääkkeen käyttö.

## **3 TULOKSET**

### **3.1 Eksploratiiviset analyysit**

Persoonallisuuspiirteiden ja masennuslääkeannoksen yhteyttä tutkittaessa ainoastaan sinnikkyydellä (P) havaittiin juuri tilastollisesti merkitsevä ( $p=0,047$ ), heikko negatiivinen korrelaatio ( $-0,151$ ) masennuslääkeannoksen kanssa. Tulokset on esitetty taulukossa 10.

Taulukko 10. Persoonallisuuspiirteiden korrelaatio lääkannokseen (n=175).

Piirre	Spearmanin korrelaatio	p-arvo
NS	0,033	0,665
HA	0,096	0,205
RD	-0,027	0,722
P	<b>-0,151<sup>1</sup></b>	<b>0,047</b>
SD	-0,047	0,539
C	0,028	0,716
ST	0,069	0,363

<sup>1</sup> Negatiivinen korrelaatio kuvaa, että tutkitun persoonallisuuden piirteitä esiintyy vähemmän, kun lääkeannos kasvaa.

Masennuslääkekombinaatiota käyttävien ryhmä ei eronnut yhtä lääkettä käyttävien ryhmästä minkään persoonallisuuspiirteen osalta. Tulokset on esitetty taulukoissa 11.

Taulukko 11. Keskimääräiset pisteet ( $\pm$ SD) kustakin piirteestä masennuslääkekombinaatiolla ja yhdellä masennuslääkkeellä sekä ryhmien välinen tilastollinen ero t-testillä katsottuna.

Piirre	Lääkekombinaatio (n=52)	Yksi lääke (n=97)	p-arvo (t-testi)
NS	99,08 ( $\pm$ 15,487)	99,52 ( $\pm$ 16,249)	0,873
HA	115,10 ( $\pm$ 18,733)	112,80 ( $\pm$ 18,260)	0,470
RD	98,75 ( $\pm$ 17,633)	99,89 ( $\pm$ 17,332)	0,705
P	98,54 ( $\pm$ 23,498)	99,85 ( $\pm$ 18,976)	0,713
SD	125,90 ( $\pm$ 16,898)	124,64 ( $\pm$ 17,130)	0,667
C	133,10 ( $\pm$ 16,408)	130,69 ( $\pm$ 18,256)	0,429
ST	65,10 ( $\pm$ 17,112)	65,74 ( $\pm$ 15,546)	0,816

Vastaavasti psykoosilääkettä käyttävien ryhmä ei eronnut minkään piirteen osalta ryhmästä, jossa psykoosilääkettä ei ollut käytössä. Tulokset on esitetty taulukossa 12.

Taulukko 12. Keskimääräiset pisteet ( $\pm$ SD) kustakin piirteestä psykoosilääkkeellä ja ilman sekä ryhmien välinen tilastollinen ero t-testillä katsottuna.

Piirre	Psykoosilääke (n=47)	Ei psykoosiläkettä (n=130)	p-arvo (t-testi)
NS	100,81 ( $\pm$ 15,297)	99,32 ( $\pm$ 17,221)	0,603
HA	114,66 ( $\pm$ 18,535)	112,98 ( $\pm$ 19,076)	0,604
RD	98,79 ( $\pm$ 17,647)	100,51 ( $\pm$ 17,605)	0,567
P	99,47 ( $\pm$ 22,383)	99,82 ( $\pm$ 21,286)	0,925
SD	125,34 ( $\pm$ 16,507)	125,36 ( $\pm$ 17,620)	0,994
C	132,38 ( $\pm$ 16,102)	131,71 ( $\pm$ 18,743)	0,827
ST	65,02 ( $\pm$ 18,003)	64,90 ( $\pm$ 14,625)	0,964

### 3.2 Lineaariset regressiomallit

Lineaariset regressiomallit olivat tilastollisesti merkitseviä NS, HA, RD, SD ja C -piirteiden osalta. Regressiomallien mukaan NS-pisteet olivat korkeammat iältään nuoremmilla ja tupakoivilla, HA-pisteet olivat korkeammat naisilla, päihdeongelmaisilla ja ei-remissiossa olevilla potilailla, RD-pisteet olivat korkeammat naisilla ja remissiossa olevilla potilailla, SD-pisteet olivat korkeammat vanhemmilla, ei-päihdeongelmaisilla ja remissiossa olevilla potilailla, ja C-pisteet olivat korkeammat iältään vanhemmilla ja naisilla. Masennuslääkeannos tai psykoosilääkkeen käyttö eivät nousseet selittäviksi tekijöiksi missään regressiomallissa. P- ja ST-piirteitä selittävässä malleissa mikään muuttuja ei selittänyt vaihtelua TCI-piirteissä ja mallit eivät olleet tilastollisesti merkitseviä (selitysosuus  $p > 0.05$ ). Tilastollisesti merkitsevien regressiomallien tulokset ja selitysarvot on esitetty taulukossa 13.

Taulukko 13. Linearisista regressiomalleista saadut standardoidut regressiokertoimet ( $\beta$ ) iälle, sukupuolelle, tupakoinnille, päihdeongelmalle, MADRS-remissiolle, masennuslääkeannokselle sekä antipsykoottilääkitykselle, kun selitettävänä on kukin TCI-piirteistä erikseen. Taulukossa on ilmoitettu kunkin mallin adjustoitu  $R^2$ -kerroin ja mallin merkitsevyys.

		Ikä	Sukupuoli (mies) <sup>1</sup>	Tupakointi	Päihde- ongelma	Ei saavutettua remissiota <sup>2</sup>	Masennus- lääkeannos	Antipsykootti- lääkitys	Mallin selitysosuus Adjustoitu $R^2$	p
NS	$\beta$	-0,263	0,154	0,198	0,033	-0,058	0,034	-0,011	0,127	<b>&lt;0,001</b>
	t	-3,120	1,728	2,292	0,364	-0,709	0,411	-0,136		
	p	<b>0,002</b>	0,086	<b>0,023</b>	0,716	0,479	0,682	0,892		
HA	$\beta$	0,018	-0,240	-0,154	0,207	0,263	0,137	0,055	0,092	<b>0,006</b>
	t	0,208	-2,634	-1,754	2,252	3,178	1,604	0,657		
	p	0,835	<b>0,009</b>	0,082	<b>0,026</b>	<b>0,002</b>	0,111	0,512		
RD	$\beta$	0,090	-0,223	0,009	-0,027	-0,246	0,018	-0,070	0,095	<b>0,005</b>
	t	1,050	-2,469	0,104	-0,293	-2,970	0,215	-0,841		
	p	0,295	<b>0,015</b>	0,917	0,770	<b>0,004</b>	0,830	0,402		
SD	$\beta$	0,192	-0,049	-0,037	-0,285	-0,196	-0,110	0,018	0,132	<b>&lt;0,001</b>
	t	2,291	-0,555	-0,428	-3,167	-2,424	-1,318	0,216		
	p	<b>0,024</b>	0,580	0,670	<b>0,002</b>	<b>0,017</b>	0,190	0,829		
C	$\beta$	0,184	-0,328	-0,055	0,039	-0,130	0,078	0,000	0,125	<b>&lt;0,001</b>
	t	2,181	-3,662	-0,640	0,433	-1,604	0,933	0,001		
	p	<b>0,031</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,523	0,666	0,111	0,352	0,999		

<sup>1</sup> Positiivinen regressiokerroin kuvaa, että miehillä persoonallisuuden piirteitä esiintyy enemmän kuin naisilla.

<sup>2</sup> MADRS-remissio: MADRS  $\leq$  7 pistettä, ei remissiota; MADRS  $\geq$  8 pistettä. Positiivinen regressiokerroin kuvaa, että niillä, jotka eivät saavuttaneet remissiota 6 viikon kohdalla, tutkittua persoonallisuuden piirrettä esiintyy enemmän.

## 4 POHDINTA

Tämän tutkimuksen eksploratiivisissa analyyseissa havaittiin heikko negatiivinen korrelaatio sinnikkyuden (P) ja masennuslääkeannoksen välillä. Tulos on uusi, ja aiemmin aihetta ei ole vastaavalla tavalla tutkittu. Joissakin aiemmissa tutkimuksissa on tosin raportoitu masentuneiden matalampia P-pisteitä verrattuna kontrolliryhmään (24, 28–29, 42) sekä hoitoresistenttien matalampia P-pisteitä verrattuna ei-hoitoresistentteihin (40). Tulos voinee selittyä sillä, että depressioniin liittyvä opittu avuttomuus aikaansaa vähäisempää päättäväisyyttä omia tavoitteita kohtaan. Toisaalta sinnikkyyteen liittyvien ominaisuuksien, kuten peräänantamattomuuden ja ahkeruuden, ollessa matalia, ihminen kokee herkemmin epätoivoa ja avuttomuutta kohdatessaan vastoinkäymisiä. (42) Lisäksi sinnikkyyttä mitattaessa arvioidaan työskentelyn määrätietoisuutta turhautumisesta ja väsymyksestä huolimatta, ja depression yhtenä ydinoireena on juuri väsymys ja energian puute. (24) Muuten persoonallisuuspiirteillä ei havaittu yhteyttä masennuslääkeannoksen, lääkekombinaation käytön tai psykoosilääkkeen käytön kanssa.

Tämän tutkimuksen lineaarisissa regressiomalleissa persoonallisuuspiirteiden vaihtelua selittivät depression remissio, ikä, sukupuoli, tupakointi ja alkoholin käyttö. Depression remissioon liittyi matalammat HA-pisteet sekä korkeammat SD- ja RD-pisteet verrattuna ei-remissiossa olevaan depressioniin. Samansuuntainen tulos on ilmennyt myös joissakin aiemmissa tutkimuksissa, joissa matalat HA-pisteet (26, 37–38, 40) sekä korkeat SD-pisteet (30, 38, 40) ja korkeat RD-pisteet (37–38, 40) ovat olleet yhteydessä depression hoitovasteeseen, tosin myös neutraaleja tuloksia on raportoitu. Aiemmissa tutkimuksissa on lisäksi havaittu, että hoitovasteen saavilla depressiopotilailla HA-pisteet laskevat (33, 35–37, 43–45) ja SD-pisteet nousevat (33, 35–36, 44). Depressioniin itsessään kuitenkin liittyy vastaavia oireita kuin korkeaan HA-piirteeseen ja matalaan SD-piirteeseen, joten depression oireita voi toisinaan olla vaikea erottaa varsinaisista persoonallisuuspiirteistä. Lisäksi aiemmissa tutkimuksissa on toistuvasti havaittu positiivinen korrelaatio potilaan HA-pisteiden ja depression vaikeusasteen välillä (21, 23, 29–30, 33–36) sekä negatiivinen korrelaatio potilaan SD-pisteiden ja depression vaikeusasteen välillä (21, 23, 29, 33–36), mikä voi selittää osaltaan tulosta. Toisaalta joissakin tutkimuksissa on havaittu myös remissiossa olevilla depressiopotilailla korkeammat HA-pisteet (24, 41, 43, 46) ja matalammat SD-pisteet (24, 46) verrattuna kontrolliryhmään, mikä viittaisi puolestaan siihen, että ainakin näissä persoonallisuuspiirteissä on

eroa depressiopotilaiden ja muun väestön välillä. Ovatko persoonallisuuspiirteet jo lähtökohtaisesti erilaisia vai muuttaako depressio niitä? RD-piirteiden ja depression välisestä yhteydestä on vähemmän tietoa ja tutkimustuloksia, mutta hoitovasteen yhteys korkeaan RD-piirteeseen selittyy ainakin osittain RD-piirteeseen liittyvällä taipumuksella ylläpitää palkittua käytöstä ja siten paremmalla toipumispotentiaalilla aloitetun hoidon myötä (37). Tutkimuksen regressiomalleissa persoonallisuuspiirteiden vaihtelua selitti siis depression remission lisäksi ikä, sukupuoli, tupakointi ja alkoholin käyttö: vanhemmilla oli matalammat NS-pisteet ja korkeammat SD- ja C-pisteet nuorempiin verrattuna, naisilla korkeammat HA-, RD- ja C-pisteet miehiin verrattuna, tupakoijilla korkeammat NS-pisteet tupakoimattomiin verrattuna ja alkoholiongelmallisilla korkeammat HA-pisteet ja matalammat SD-pisteet ei-alkoholiongelmaisiin verrattuna.

Aineiston otoskoko on muihin aiheesta tehtyihin tutkimuksiin verrattuna hyvä, mutta sen potilasjoukko on varsin heterogeeninen. Käytetyssä aineistossa on useampia päädiagnooseja, vaikkakin valtaosa (81 %) on masennustiloja. Näistä potilaista lähes puolella (48 %) on toistuva masennus (F33). Toistuvassa masennuksessa on joissakin tutkimuksissa havaittu korkeampia HA-pisteitä verrattuna ensimmäiseen masennustilaan (29, 46–47), lisäksi masennusjaksojen määrän tiedetään vaikuttavan depression ennusteeseen (5). Myös depression vaikeusaste vaihteli aineiston potilailla, ja se vaikuttaa olennaisesti hoitoon ja toipumiseen (5–6). Aineiston potilailla esiintyi myös samanaikaista päihdehäiriötä ja muita psykiatrisia diagnooseja, nämäkin vaikuttavat osaltaan oirekuvaan ja hoitotulokseen (4–6). Toisaalta aineiston potilasjoukko edustaa hyvin Suomessa erikoissairaanhoidon hakeutuvia potilaita, ja tulokset ovat siten hyvin yleistettävissä suomalaiseseen väestöön. Lisäksi hoitoon liittyvät tekijät sekoittavat tuloksia. Aineiston potilaita on hoitanut useat eri lääkärit, joten hoitokäytännöissä on todennäköisesti ollut vaihtelua. Tutkimuksessa käytettiin useita eri masennuslääkkeitä, joiden tehossa ja etenkin siedettävyydessä tiedetään olevan yksilöllistä vaihtelua (4). Kaikki potilaat saivat lääkityksen lisänä käyttäytymisen aktivaatio -terapiaa, mikä on todennäköisesti vaikuttanut potilaisiin vaihtelevasti ja vaikeuttaa pelkästä lääkehoidosta saatavan vasteen arviointia.

Tässä tutkimuksessa ei siis havaittu selkeää yhteyttä persoonallisuuspiirteiden ja depression lääkehoitomuotojen käytön välillä. Depressiolla ja sen vaikeusasteella on aiemmissa tutkimuksissa havaittu yhteys tiettyihin persoonallisuuspiirteisiin, toisaalta persoonallisuuspiirteiden arviointi lienee jossain määrin epäluotettavaa depression aikana. Persoonallisuuspiirteiden arvioiminen

kaikilta depressiopotilailta soveltuu huonosti käytäntöön, mutta vaikeahoitoiselle depressiolle alttiit potilaat olisi tärkeää tunnistaa, jotta heidän hoitovastettaan ja -muotoaan tulisi arvioitua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, ennen depression kroonistumista.

## 5 LÄHTEET

1. Depressive disorder (depression). World Health Organization; 2023. Saatavilla: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> (viitattu 22.4.2023).
2. Markkula N, Suvisaari N. Masennushäiriöiden esiintyvyys, riskitekijät ja ennuste. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, 2017; 133(3): 275–82.
3. Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Jääskeläinen T, Koskela T, Koskinen S. FinTerveys -tutkimuksen perustulokset 2019. Saatavilla: [www.terveytemme.fi/finterveys](http://www.terveytemme.fi/finterveys) (viitattu 26.5.2022).
4. Depressio. Käypä hoito -suositus; 2023. Saatavilla: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023> (viitattu 22.4.2023).
5. Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T. Psykiatria. Kustannus Oy Duodecim; 2021.
6. Kampman O, Heiskanen T, Holi M, Huttunen M O, Tuulari J. Masennus. Kustannus Oy Duodecim, 2018.
7. Ten Have M, Tuithof M, van Dorselaer S, Schouten F, Luik AI, de Graaf R. Prevalence and trends of common mental disorders from 2007-2009 to 2019-2022: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), including comparison of prevalence rates before vs. during the COVID-19 pandemic. World Psychiatry. 2023 Jun;22(2):275-285.
8. Suomen virallinen tilasto (SVT). Suomen työeläkkeensaajat 2020. Eläketurvakeskus; 2021. Saatavilla: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142804/suomen-tyoelakkeensaajat-2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (viitattu 26.5.2022)
9. Suomen virallinen tilasto (SVT). Kuolemansyyt 2020. Tilastokeskus; 2021. Saatavilla: [http://www.stat.fi/til/ksyyt/2020/ksyyt\\_2020\\_2021-12-10\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2020/ksyyt_2020_2021-12-10_tie_001_fi.html) (viitattu 26.5.2022).
10. Jääskeläinen E, Miettunen J. Psykiatriset arviointiasteikot klinisessä työssä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, 2011; 127(16): 1719–25.
11. Nettiterapiat. Mielenterveystalo. Saatavilla: <https://www.mielenterveystalo.fi/nettiterapiat/Pages/default.aspx> (viitattu 26.5.2022).

12. Psykoterapiaan hakeutujan opas. Mielenterveystalo. Saatavilla: [https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoterapiaan\\_hakeutujan\\_opas/Pages/default.aspx](https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoterapiaan_hakeutujan_opas/Pages/default.aspx) (viitattu 26.5.2022).
13. Ruskoaho H, Hakkola J, Huupponen R, Kantele A, Korpi E R, Moilanen E, Piepponen P, Savontaus E, Tenhunen O, Vähäkangas K. Lääketieteellinen farmakologia ja toksikologia. Kustannus Oy Duodecim; 2018.
14. Haslam N. Introduction to Personality and Intelligence. Sage Publications; 2007.
15. Zentner M, Shiner R L. Handbook of temperament. Guilford Press; 2012.
16. Sigelman C K, Rider E A. Life-Span Human Development. Cengage Learning; 2018.
17. Cloninger C R. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. Arch Gen Psychiatry 1987; 44(6): 573-588.
18. Cloninger C R, Svrakic D M, Przybeck T R. A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry 1993; 50(12): 975-990.
19. Cloninger C R, Przybeck T R, Svrakic D M, Wetzel R D. The Temperament and Character Inventory (TCI): A Guide To Its Development and Use, Center for psychobiology and personality. Washington University, St. Louis, MO 1994.
20. Pelissolo A, Mallet L, Baleyte JM, Michel G, Cloninger CR, Allilaire JF, Jouvent R. The Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R): psychometric characteristics of the French version. Acta Psychiatr Scand. 2005 Aug;112(2):126–33.
21. Celikel F C, Kose S, Cumurcu B E, Erkorkmaz U, Sayar K, Borckardt J J, Cloninger C R. Cloninger's temperament and character dimensions of personality in patients with major depressive disorder. Compr Psychiatry. 2009 Nov-Dec; 50(6): 556-61.
22. Ekinçi O, Albayrak Y, Ekinçi A E. Temperament and character in euthymic major depressive disorder patients: the effect of previous suicide attempts and psychotic mood episodes. Psychiatry Investig. 2012 Jun; 9(2): 119–26.
23. Farmer A, Mahmood A, Redman K, Harris T, Sadler S, McGuffin P. A sib-pair study of the Temperament and Character Inventory scales in major depression. Arch Gen Psychiatry. 2003 May; 60(5): 490–6.
24. Hansenne M, Bianchi J. Emotional intelligence and personality in major depression: trait versus state effects. Psychiatry Res. 2009 Mar 31; 166(1): 63–8.
25. Hur J W, Kim Y K. Comparison of Clinical Features and Personality Dimensions between Patients with Major Depressive Disorder and Normal Control. Psychiatry Investig. 2009 Sep; 6(3): 150–5.
26. Kampman O, Poutanen O, Illi A, Setälä-Soikkeli E, Viikki M, Nuolivirta T, Leinonen E. Temperament profiles, major depression, and response to treatment with SSRIs in psychiatric outpatients. Eur Psychiatry. 2012 May;27(4):245–9.

27. Kaneda A, Yasui-Furukori N, Nakagami T, Sato Y, Kaneko S. The influence of personality factors on paroxetine response time in patients with major depression. *J Affect Disord.* 2011 Dec; 135(1–3): 321–5.
28. Nogueira BS, Fraguas R Júnior, Benseñor IM, Lotufo PA, Brunoni AR. Temperament and character traits in major depressive disorder: a case control study. *Sao Paulo Med J.* 2017 Sep-Oct; 135(5): 469–474.
29. Richter J, Eisemann M, Richter G. Temperament and character during the course of unipolar depression among inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2000;250(1):40–7.
30. Sato T, Hirano S, Narita T, Kusunoki K, Kato J, Goto M, Sakado K, Uehara T. Temperament and character inventory dimensions as a predictor of response to antidepressant treatment in major depression. *J Affect Disord.* 1999 Dec; 56(2–3): 153–61.
31. Smith DJ, Duffy L, Stewart ME, Muir WJ, Blackwood DH. High harm avoidance and low self-directedness in euthymic young adults with recurrent, early-onset depression. *J Affect Disord.* 2005 Jul; 87(1): 83–9.
32. Zaninotto L, Souery D, Calati R, Di Nicola M, Montgomery S, Kasper S, Zohar J, Mendlewicz J, Robert Cloninger C, Serretti A, Janiri L. Temperament and character profiles in bipolar I, bipolar II and major depressive disorder: Impact over illness course, comorbidity pattern and psychopathological features of depression. *J Affect Disord.* 2015 Sep 15; 184: 51–9.
33. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. Can personality assessment predict future depression? A twelve-month follow-up of 631 subjects. *J Affect Disord.* 2006 May;92(1):35–44.
34. Hansenne M, Reggers J, Pinto E, Kjiri K, Ajamier A, Anseau M. Temperament and character inventory (TCI) and depression. *J Psychiatr Res.* 1999 Jan-Feb; 33(1): 31–6.
35. Hirano S, Sato T, Narita T, Kusunoki K, Ozaki N, Kimura S, Takahashi T, Sakado K, Uehara T. Evaluating the state dependency of the Temperament and Character Inventory dimensions in patients with major depression: a methodological contribution. *J Affect Disord.* 2002 May; 69 (1–3): 31–8.
36. Spittlehouse J K, Pearson J F, Luty S E, Mulder R T, Carter J D, McKenzie J M, Joyce P R. Measures of temperament and character are differentially impacted on by depression severity. *J Affect Disord.* 2010 Oct; 126 (1–2): 140–6.
37. Hruby R, Nosalova G, Hruby S. Predictive significance of TCI-R for antidepressant treatment. *Med Sci Monit.* 2010 Aug; 16 (8): CR383-8.
38. Tome MB, Cloninger CR, Watson JP, Isaac MT. Serotonergic autoreceptor blockade in the reduction of antidepressant latency: personality variables and response to paroxetine and pindolol. *J Affect Disord.* 1997 Jul; 44 (2–3): 101–9.
39. Tomita T, Ishioka M, Kaneda A, Sugawara N, Nakagami T, Nakamura K, Yasui-Furukori N. An investigation of temperament and character inventory items for predicting the response to paroxetine treatment in patients with major depressive disorder. *J Affect Disord.* 2014 Aug; 165: 109–13.

40. Balestri M, Porcelli S, Souery D, Kasper S, Dikeos D, Ferentinos P, Papadimitriou GN, Rujescu D, Martinotti G, Di Nicola M, Janiri L, Caletti E, Mandolini GM, Pigoni A, Paoli RA, Lazzaretti M, Brambilla P, Sala M, Abbiati V, Bellani M, Perlini C, Rossetti MG, Piccin S, Bonivento C, Fabbro D, Damante G, Ferrari C, Rossi R, Pedrini L, Benedetti F, Montgomery S, Zohar J, Mendlewicz J, Serretti A. Temperament and character influence on depression treatment outcome. *J Affect Disord.* 2019 Jun 1; 252: 464–474.
41. Takahashi M, Shirayama Y, Muneoka K, Suzuki M, Sato K, Hashimoto K. Personality traits as risk factors for treatment-resistant depression. *PLoS One.* 2013 May 22; 8(5): e63756.
42. Bensaeed S, Ghanbari Jolfaei A, Jomehri F, Moradi A. The Relationship between Major Depressive Disorder and Personality Traits. *Iran J Psychiatry.* 2014 Mar;9(1):37-41.
43. Agosti V, McGrath PJ. Comparison of the effects of fluoxetine, imipramine and placebo on personality in atypical depression. *J Affect Disord.* 2002 Sep;71(1–3):113–20.
44. Corruble E, Duret C, Pelissolo A, Falissard B, Guelfi JD. Early and delayed personality changes associated with depression recovery? A one-year follow-up study. *Psychiatry Res.* 2002 Jan 31;109(1):17–25.
45. Hruby R, Nosalova G, Ondrejka I, Preiss M. Personality changes during antidepressant treatment. *Psychiatr Danub.* 2009 Mar;21(1):25-32.
46. Teraishi T, Hori H, Sasayama D, Matsuo J, Ogawa S, Ishida I, Nagashima A, Kinoshita Y, Ota M, Hattori K, Higuchi T, Kunugi H. Personality in remitted major depressive disorder with single and recurrent episodes assessed with the Temperament and Character Inventory. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2015 Jan;69(1):3-11.
47. de Winter RF, Wolterbeek R, Spinhoven P, Zitman FG, Goekoop JG. Character and temperament in major depressive disorder and a highly anxious-retarded subtype derived from melancholia. *Compr Psychiatry.* 2007 Sep-Oct;48(5):426-35.