

# Onko lievän depression lääkehoito ylihoitoa?

**L**ääkkeiden rooli depression hoidossa on sitä suurempi, mitä vaikeammasta häiriöstä on kysymys. Lievän depression masennuslääkehoidon mielekkyyttä jakaa näkemyksiä eri maiden kansallisissa hoitosuosituksissa, kun kyseessä ei ole dystymia, kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyvä lievä depressio tai samanaikainen ahdistuneisuushäiriö (1).

Vältä viisaasti -suositus ei kannata nuorille lääkitystä ensisijaisena hoitona lievään tai keskivaikeaan depressioniin (2). Sen sijaan aikuisten Käypä hoito -suosituksesta todetaan, että ”lievässäkin depressiossa masennuslääkehoito on yleensä hyödyksi” ja että sen ”riittävä vaikuttavuus” olisi osoitettu myös yksinomaaisena hoitomuotona (3).

Toteamus riittävästä vaikuttavuudesta (effectiveness) on ongelmallinen, koska satunnaistetuissa hoitokokeissa ideaaliolosuhteissa saatu tehoarvio (efficacy) on kliiniseltä merkittävydeltään jopa kyseenalainen.

**U**lkomaisissa hoitosuosituksissa masennuslääkkeet tavataan esittää varovaisemmin ensilinjan hoidon yhtenä vaihtoehtona (4). Lisäksi monen kansallisen suosituksen linja on Käypä hoito -suositusta kriittisempi (liitetaulukko 1 pääkirjoituksen verkkoversiossa): esimerkiksi Alankomaisissa lääkehoito suositellaan kohdennettavaksi vaikeaan depressioniin.

Samasta tutkimusnäytöstä on tehty erilaisia tulkintoja, joiden taustalla on historiaan ja hoitokulttuuriin liittyviä syitä.

Meta-analyyysien johtopäätökset lääkehoidon kliinisesti merkittävästä tehosta lievässä depressiossa ovat ristiriitaisia (5). Nostamme esiin Gibbonsin ym. meta-analyyysin, koska depression Käypä hoito -suosituksen näytön-astekatsaus pitää sitä laadultaan tasokkaana, sovellettavuudeltaan suomalaisen väestöön hyvänä ja koska sen johtopäätöksenä on, että lääkitys tehoaa myös lievässä depressiossa (6):

Hoitovasteeksi määriteltiin 50 %:n vähenevä masennusoirepisteissä kuudessa viikossa.

Vasteen saavutti 50 % fluoksetiinia ja 36 % lumelääkettä käyttävistä. Pelkästään pientä number needed to treat -lukua  $NNT = 7$  tarkastelemalla teho voi vaikuttaa merkittävältä.

Kuitenkin ryhmien ero oli vain 1,68 oirepistettä (95 %:n luottamusväli 0,77–2,59), eikä kliinikko voi havaita potilaassaan näin pientä muutosta 52 oirepisteen skaalalla. Tilastollinen merkittävyys ei suoraan tarkoita kliinisesti merkityksellistä tehoa. Hoitosuhteen muilla epäspesifeillä vaikutuksilla ei tule perustella jonkin spesifin hoitomenetelmän, kuten lääkityksen, käyttöä.

**L**ievän depression yleisyyden vuoksi hoitosuosituksen muotoilujen merkitys ei ole vähäpätöinen (7). Ylihoito on osa medikalisaatiota, johon kiinnitetään yhä enemmän huomiota (esim. Wisser Healthcare -suositus). Ylihoidossa toiminnan haitat kokonaisuudessaan ylittävät siitä saadut hyödyt.

BMJ:ssä julkaistu Too much medicine -sarjan analyysi toteaa, että kliinikkosten tulisi keskittyä keskivaikean ja vaikean depression diagnostiikkaan ja hoitoon, koska lievän depression ennuste on useimmiten hyvä (8). Lääkärin vastaanottojen rajallinen aikaresurssi tulee priorisoida vaikuttaviin toimenpiteisiin, ja hyvää tarkoitettavissa suosituksissa voi unohtua terveydenhuollon realiteetit.

Käypä hoito -suosituksen mukaan masennuslääkkeen ja psykoterapian yhtäaikaan käyttö on suositeltavaa, jos depressio heikentää toimintakykyä. Lievän depression kohdalla haittaa toimintakyvylle ei kuitenkaan pääsääntöisesti esiinny. •

## SIDONNAISUUDET

Kirjoittajilla ei ole aiheeseen liittyviä taloudellisia sidonnaisuuksia.

Olli P. O. Nevalainen: Apuraha (Suomen Lääketieteen Säätiö, COVID-19-tutkimus).

Paula Markkanen: Johtokunnan/hallituksen jäsenyys (Lääketieteen koulutuksen yhdistys ry, Suomen yleislääketieteen yhdistys ry; hallituksen varajäsen, GPF aluetuomikunta, Suomen Lääkäriliiton terveyspoliittinen valiokunta), työsuhde (Tampereen korkeakoulusäätiö, Terveystalo), apurahat (Suomen yleislääketieteen yhdistys, Suomen yleislääkärit GPF), luontopalkkiot (Suomen yleislääkärit GPF, Tampereen Lääkäriseura, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim).

Pekka Louhiala: Luontopalkkiot (Roche).

## OLLI P. O. NEVALAINEN

LT, yleislääketieteen erikoislääkäri  
Pirkanmaan hyvinvointialue, Hatanpään terveysasema

## PAULA MARKKANEN

LL, yleislääketieteen erikoislääkäri  
Tampereen yliopisto, lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta

## PEKKA LOUHIALA

LT, dosentti, erikoislääkäri, vieraileva tutkija  
Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, terveystiede ja Helsingin yliopisto, Clinicum, kansanterveystiede

## KIRJALLISUUTTA

- Davidson JR. Major depressive disorder treatment guidelines in America and Europe. *J Clin Psychiatry* 2010;71(suppl E1):e04.
- Mäkelä M ym. Nuoruusikäisen lievän ja keskivaikean masennuksen lääkehoito. Vältä viisaasti -suositus 8.1.2020. (siteerattu 10.2.2023).
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Depressio. Käypä hoito -suositus 2022. (siteerattu 10.2.2023).
- Kilpirova T ym. Masennuslääkitys työikäisten lievään masennustilaan? *Duodecim* 2023;139.
- Fournier JC ym. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA* 2010;303:47–53.
- Gibbons RD 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.
- Ferrari AJ ym. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Med* 2013;10:e1001547.
- Dowrick C ym. Medicalising unhappiness: new classification of depression risks more patients being put on drug treatment from which they will not benefit. *BMJ* 2013;347:f7140.

