

**MASENNUSLÄÄKITYKSEN YLEISYYS JA YHTEYS TOIPUMISEEN
MASENNUKSEN VUOKSI HOITON HAKEUTUVILLA
ASIAKKAILLA**

Pro gradu- tutkielma
Minna Karjalainen
Jyväskylän Yliopisto
Psykologian laitos
Toukokuu 2010

TIIVISTELMÄ

Masennuslääkityksen yleisyys ja yhteys toipumiseen masennuksen vuoksi hoitoon hakeutuvilla asiakkailta

Tekijä: Minna Karjalainen

Ohjaaja: Jaakko Seikkula

Psykologian pro gradu- tutkielma

Jyväskylän yliopisto, psykologian laitos

Toukokuu 2010

29 sivua, 8 sivua liitteitä

Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella masennuslääkkeiden käyttöä masennuksen takia hoitoon hakeutuvilla asiakkailta, sekä masennuslääkityksen yhteyttä toipumiseen. Masennuslääkityksen suosio on viime vuosina kasvanut jopa siinä määrin, että on alettu puhua medikalisaatiosta. Tutkimuksessa tarkasteltiin, onko masennuslääkkeiden käyttö yhtä yleistä kaikkialla, vai onko eri sairaanhoitopiirien välillä havaittavissa eroja masennuslääkkeiden käytössä. Tämän lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin masennuslääkityksen yhteyttä masennuksesta toipumiseen. Tutkimus on osa vuosien 2006 ja 2009 välillä toteutettua Dialogiset ja narratiiviset prosessit masennuksen pariterapiassa (DINADEP) – pitkittäistutkimusta. Tutkimuksen aineisto koostui masennuksen takia hoitoon hakeutuvien asiakkaiden (n=51) tiedoista kolmessa eri sairaanhoitopiirissä. Masennusoireita mitattiin Beck Depression Inventory (BDI) – kyselyllä, psyykkisiä oireita Symptom Checklist-90 (SCL-90) – kyselyllä ja psyykkistä hyvinvointia Global Assessment of Functioning (GAF) – kyselyllä. Masennuslääkityksen osalta tarkasteltiin lääkeyhdistelmän pituutta sekä lääkevaihtoja ja yhtäaikaista lääkeyhdistelmää. Tulokset osoittivat, että masennuslääkityksen yleisyydessä sekä lääkeyhdistelmän pituudessa on suuria eroja eri sairaanhoitopiirien välillä. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä masennuslääkitys on Länsi-Lapin sairaanhoitopiiriä yleisempää ja kestoaltaan pidempää. Viidesosalla asiakkaista masennusoireet lisääntyivät tai pysyivät ennallaan tutkimuksen toteuttamisen aikana. Tässä ryhmässä masennuslääkitys oli yleisempää ja kestoaltaan pidempää verrattuna ryhmään, joka toipui masennuksesta. Samoin lääkevaihdot ja yhtäaikaista lääkeyhdistelmä olivat tässä ryhmässä yleisiä. Suurimmalla osalla masennuksesta toipuneilla toipuminen tapahtui ensimmäisen vuoden aikana terapian aloittamisesta. Psyykkiseen hyvinvointiin liittyvät tekijät olivat lääkeyhdistelmään liittyviä tekijöitä voimakkaammin yhteydessä toipumisen nopeuteen.

Avainsanat: masennus, masennuslääkitys, masennuksesta toipuminen, sairaanhoitopiirit

SISÄLTÖ

1. Johdanto.....	1
1.1 Masennus.....	1
1.2 Masennuksen lääkehoito.....	2
1.3 Masennuksen psykologiset hoidot.....	3
1.4 Psykoterapian ja lääkehoidon yhdistäminen.....	4
1.5 Masennuksen hoito Suomessa.....	6
1.6 Tutkimuksen pääkysymykset.....	8
2. Tutkimuksen toteuttaminen.....	8
2.1 Tutkittavat.....	8
2.2 Menetelmät ja muuttujat.....	9
2.3 Aineiston analysointi.....	10
2.4 Ulkopuoliset havainnot.....	10
3. Tulokset.....	11
3.1 Onko masennuslääkkeiden käytössä havaittavissa eroja eri sairaanhoitopiirien välillä, ja onko mahdollisilla eroilla havaittavissa yhteyttä masennuksesta toipumiseen?.....	11
3.2 Eroaako ryhmä, jossa masennusoireet lisääntyvät tai pysyvät ennallaan, kahden vuoden aikana toipuneista masennuslääkkeiden käytön suhteen?.....	13
3.3 Onko masennuslääkkeiden käyttö yhteydessä toipumisen nopeuteen?.....	15
4. Pohdinta.....	17
4.1 Tutkimuksen vahvuudet, rajoitukset ja jatkotutkimushaasteet.....	20
4.2 Tutkimuksen yhteenveto ja sovellettavuus.....	22
5. Lähteet.....	24
6.Liitteet.....	30

1. Johdanto

1.1 Masennus

Masennus on yksi yleisimpiä kansanterveysongelmia, ja siitä kärsii noin 5 % väestöstä. Masennukseen sairastuminen on lähes kaksi kertaa yleisempää naisilla kuin miehillä (Isometsä, 2007). Masennukseen liittyy paljon henkistä kärsimystä, ja se aiheuttaa usein toivottomuuden ja tyhjyyden tunteita, itsetunto-ongelmia ja elämänilon menettämistä. Masennus myös altistaa somaattiselle sairastumiselle (Achté, 1993). Muita tyypillisiä masennukseen liittyviä oireita ovat uupumus, kohtuuton itsekritiikki, unihäiriöt sekä keskittymiskyvyn ongelmat (Isometsä, 2007). Masennukseen liittyy suuri itsemurhan riski: masennustiloihin liittyviin itsemurhiin kuolee Suomessa vuosittain 600 – 700 henkilöä. Masennus aiheuttaa myös työ- ja toimintakyvyttömyyttä, mikä aiheuttaa sekä kärsimystä masentuneelle itselleen että suuria kustannuksia yhteiskunnalle (Gotlib & Hammen, 1992; Käypä hoito, 2009). Enemmistö masennukseen sairastuneista joutuu sairauslomalle vaihteleviksi ajoiksi, ja viidesosa jää pysyvästi työkyvyttömäksi. Masennus onkin Suomessa yleisin työkyvyttömyyden psykiatrinen syy (Isometsä, 2007). Masennus aiheuttaa kustannuksia sairauslomakorvausten lisäksi myös vajaatehoisten työsuoritusten ja hoitojärjestelmän kulujen kautta (Käypä hoito, 2009). Masennukseen liittyy korkea komorbiditeetti muihin häiriöihin (Isometsä, 2007; Melartin, 2005). Arviolta puolet masentuneista kärsii myös ahdistuneisuushäiriöstä ja 40 – 50 % persoonallisuushäiriöistä. Lisäksi 20 – 40 %:lla masentuneista on alkoholiriippuvuus tai muu päihdeongelma (Isometsä, 2007). Tyypillisiä masennuksen kanssa yhtä aikaa esiintyviä ahdistuneisuushäiriöitä on muun muassa paniikkihäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko, muut pelkotilat ja yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Persoonallisuushäiriöistä estynyt, epävakaa ja vaativa persoonallisuus ovat yleisimpiä masennuksen kanssa yhtä aikaa esiintyviä häiriöitä (Käypä hoito, 2009). Masennus uusiutuu helposti, ja masennuksen vakavuus sekä toisten häiriöiden samanaikaisuus lisäävät uusiutumisen riskiä entisestään. Arvion mukaan ensimmäisen masennusjakson jälkeen riski sairastua uudelleen on yli 50 %, ja toisen jakson jälkeen jo yli 70 % (Isometsä, 2007). Kramerin (1995) mukaan masennuksesta osittain toipuneet sairastuvat todennäköisesti uudelleen heti terapian päättymisen jälkeen. Mitä kauemmin masennus kestää, sitä todennäköisemmin se uusiutuu (Kramer, 1995). Korkean komorbiditeetin ja uusiutumisen riskin sekä vähäisen hoitoon hakeutumisen ja jatkuvaa seurantaa vaativan hoidon vuoksi masennus on yksi ongelmallisimmista mielenterveydenhäiriöistä, ja luo siten haasteita hoidon kehittämiseksi (Gotlib & Hammen, 1992; Melartin, 2005).

Masennusta voidaan hoitaa biologisiin, psykologisiin ja potilaan sosiaaliseen ympäristöön vaikuttavilla menetelmillä. Psykoterapeuttisia hoitomuotoja käytetään etenkin lievien ja keskivaikeiden masennustilojen hoidossa, mutta jo keskivaikean masennuksen hoidossa suositellaan käytettäväksi myös antidepressiivistä lääkehoitoa (Isometsä, 2007). Psykoterapiaa voidaan yhdistää antidepressiiviseen lääkehoitoon keskivaikeissa ja vaikeissa masennustiloissa, mutta psykoottisen masennuksen hoidossa terapian käyttö ei ole järkevää (Käypä hoito, 2009). Sopivaa hoitomuotoa valittaessa tulee ottaa huomioon mahdolliset aiemmat masennusjaksot ja niiden vakavuus, samanaikaiset psyykkiset häiriöt, itsemurhavaaran olemassaolo, toimintakyvyn taso, somaattinen terveydentila sekä potilaan omat toiveet (Käypä hoito, 2009). On viitteitä siitä, että hoidosta saatava hyöty on suurempi, mikäli potilas on saanut valita hoitomuotonsa itse (Chilvers, 2001).

1.2 Masennuksen lääkehoito

Antidepressiivisten lääkkeiden tehokkuudesta masennuksen hoidossa on saatu hyviä tuloksia useissa tutkimuksissa (Mundt, 2001; Chilvers, 2001). Lääkehoitoa pidetäänkin aiheellisena aina, kun vakavan masennuksen diagnostiset kriteerit täyttyvät (Isometsä, 2007). Hyvin lievissä masennustiloissa lääkehoidon tehoa ei ole pystytty osoittamaan, mutta sitä suositellaan käytettäväksi tilanteissa, joissa muut interventiot eivät ole tuottaneet tulosta (NICE, 2007). Arviolta kaksi kolmasosaa masennuslääkettä säännöllisesti käyttävistä vastaa hoitoon hyvin, ja noin 40-50 %:lla masennuksen oireet häviävät lähes kokonaan 6-8 viikon aikana (Käypä hoito, 2009). Korkean uusiutumisriskin vuoksi hoitoa kuitenkin suositellaan jatkettavan vielä noin puolen vuoden ajan masennuksesta toipumisen jälkeen (Isometsä, 2007). Kuitenkin kolmasosalle masennuksesta kärsivistä lääkehoidosta ei ole apua. Mikäli kaksi peräkkäistä lääkehoitoyritystä ei ole johtanut toivottuun hoitovasteeseen, on kyseessä lääkeresistentti depressio (Isometsä, 2007). Tällöin perusterveydenhuollossa tulee harkita lääkkeen vaihtamista vielä uuteen masennuslääkkeeseen. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa vaihtoehtona ovat tämän lisäksi esimerkiksi masennuslääkkeiden yhdistäminen toisiinsa tai litiumin lisääminen lääkitykseen. (Käypä hoito, 2009).

Suomessa yleisin masennuslääkeryhmä on selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät, eli SSRI-lääkkeet. Niiden keskeisin etu on annostelun helppous, sillä niiden käytön voi aloittaa heti tehokkaalla hoitoannoksella. SSRI-lääkkeiden on myös todettu olevan tehokkaita samanaikaisten ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa (Isometsä, 2007). Suomessa käytetään vielä jonkin verran trisyklisiä masennuslääkkeitä, jotka ovat tehokkaita noradrenaliinin takaisinoton

estäjiä. Niiden käyttö on kuitenkin aloitettava pieninä annoksina haittavaikutusten välttämiseksi. Niihin myös liittyy monenlaisia sivuvaikutuksia ja yliannosteltuna trisykliset lääkkeet ovat myrkyllisiä (Isometsä, 2007). Viime aikoina markkinoille on tullut monia uusia masennuslääkkeitä, joiden suosio on kasvanut kovaa vauhtia (Reseland, 2006). Suuria eroja tehokkuudessa eri lääkeryhmien välillä ei kuitenkaan ole havaittavissa (Isometsä, 2007; Kendrick ym., 2006).

Masennuslääkkeiden tehokkuudesta huolimatta niihin liittyy paljon ennakkoluuloja ja kielteisiä asenteita. Yleisiä pelonaiheita ovat lääkkeiden mahdolliset sivuvaikutukset sekä riippuvuuden syntyminen (Melartin, 2004). Melartin (2004) havaitsi tutkimuksessaan, että negatiivisia asenteita lääkkeitä kohtaan selitti potilaan nuori ikä, lievä masennus sekä masennuksen pitkä kesto. Masennuslääkkeiden on raportoitu tasoittavan mielialaa, rauhoittavan, ja pitävän pelot kurissa. Lääkehoidon myötä myös masennukseen liittyvät synkät ajatukset, ärtymys ja ahdistus vähenevät, minkä vuoksi mielialan koetaan kohenevan. Lisäksi lääkehoidolla on raportoitu olevan muistia ja keskittymiskykyä parantavista vaikutuksista, tosin joillakin on ollut kokemuksia myös tajunnan hämärtymisestä (Enäkoski, 2002). Yleinen ongelma sekä kliinisessä työssä että tutkimusten toteuttamisessa on lääkityksestä kieltäytyminen tai lääkehoidon lopettaminen liian aikaisessa vaiheessa (esim. Pampallona ym., 2004; Mundt ym., 2001; Jonghe et al., 2001). On viitteitä siitä, että lievä masennus sekä se, että potilas ei ennen ole käyttänyt masennuslääkkeitä, ovat riskitekijöitä lääkehoidon ennenaikaiselle lopettamiselle. Lääkehoidon ennenaikainen lopettamisen taas on havaittu olevan yhteydessä negatiiviseen hoitoasenteeseen myöhemmin (Melartin, 2004). Lääkityksen ennenaikainen lopettaminen tai pitkittyneet tauot lääkityksessä johtavat myös kohonneisiin hoitokustannuksiin (Cantrell ym., 2006). Melartin (2004) havaitsi tutkimuksessaan, että hoidon ennenaikaisesti lopettaneilla masennuksesta toipuminen oli harvinaisempaa verrattuna hoitoa jatkaneisiin. Heillä toipuminen myös kesti kauemmin ja täysin oireeton ajanjakso oli lyhyempi verrattuna hoidon loppuun asti käyneisiin.

1.3 Masennuksen psykologiset hoidot

Psykologisissa hoidoissa pyritään yleensä vaikuttamaan masentuneen potilaan ajattelumalleihin, tunne-elämään, minäkäsitykseen, toimintatapoihin tai masennusta ylläpitäviin mielikuviin (Käypä hoito, 2009). Tällöin hoidosta ei aiheudu fyysisiä sivuvaikutuksia, ja se saattaa olla tehokas hoitomuoto myös potilaille, jotka eivät ole hyötynet lääkehoidosta. Psykologiset hoitomuodot saattavat ehkäistä masennuksen uusiutumista, sillä potilaat oppivat käsittelemään

tai välttämään masennuksen puhkeamiseen liittyviä tekijöitä (The Agency for Health Care Policy and Research, 1993). Psykoterapeuttisten hoitojen saatavuus kuitenkin vaihtelee alueittain, joten mahdollisuudet terapiaan osallistumiseen eivät ole kaikille samat (Enäkoski, 2002). Suomessa ainoastaan viidesosa masennuksesta kärsivistä saa psykologista hoitoa (Hämäläinen, 2008a).

Yleisiä masennuksen hoidossa käytettäviä psykoterapiamuotoja ovat kognitiivis-behavioraalinen, interpersoonallinen ja psykodynaaminen psykoterapia. Myös pariterapian suosio masennuksen hoitomuotona on viime vuosina ollut kasvussa. Suosion kasvu perustuu havaintoihin siitä, että masennuksella näyttää olevan voimakas yhteys parisuhteen ongelmiin (Whisman, 2001; Cordova & Gee, 2001). Pariterapian onkin todettu olevan tehokas masennuksen hoitomuoto etenkin tilanteissa, joissa masennuksen kanssa yhtä aikaa esiintyy parisuhteen ongelmia (Mead, 2002; Beach, Whisman, & O’Leary, 1994). Masennuksen hoidossa pariterapian on todettu olevan yhtä tehokasta kuin yksilöterapia, mutta sillä on lisäksi ollut myönteisiä vaikutuksia puolisoiden parisuhdetyytyväisyyteen (Cordova & Gee, 2001; Barbato & D’Avanzo, 2008). Systeemisen pariterapian on myös havaittu olevan lääkehoitoa tehokkaampaa masennuksen hoidossa (Leff ym., 2001). Tuore meta-analyysi kuitenkin osoittaa, että näiden tulosten perusteella ei voida tehdä johtopäätöksiä pariterapian paremmuudesta yksilöterapiaan tai lääkehoitoon nähden (Barbato & Avanzo, 2008). Täten sekä pariterapiatutkimuksen että kliinisen pariterapiatyön kehittäminen on tärkeää.

1.4 Psykoterapian ja lääkehoidon yhdistäminen

Yhdistetty psykoterapia ja lääkehoito on todettu hyödylliseksi masennuksen hoitomuodoksi. Useissa tutkimuksissa on havaittu, että yhdistämällä psykoterapiaa masennuksen lääkehoitoon saavutetaan parempia tuloksia, kuin pelkällä lääkityksellä (Pampallona ym., 2004; Jonghe, 2001; Conte, Plutchik, Wild, & Karasu, 1984). Yhdistetty hoitomuoto vaikuttaa myös olevan lääkehoitoa tehokkaampaa masennukseen liittyvän sosiaalisen toimintakyvyn ongelmien parantamisessa (Molenaar ym., 2007). Sen sijaan yhdistetyn psykoterapian ja lääkehoidon paremmuudesta pelkkään psykoterapiaan nähden on saatu ristiriitaisia tuloksia. On viitteitä siitä, että yhdistetty hoito on pelkkää psykoterapiaa tehokkaampaa lyhyellä aikavälillä, mutta yhdistelmähoiton paremmuudesta pitkällä aikavälillä ei ole todisteita (Cuijpers, Van Straten, Warmerdam, & Andersson, 2009). On kuitenkin löydetty viitteitä siitä, että etenkin pitkällä aikavälillä psykoterapian lisääminen masennuksen lääkehoitoon auttaisi potilasta sitoutumaan hoitoon paremmin, ja siten noudattamaan hoitoa pidempään (Pampallona ym., 2004).

Yhdistetyn psykologisen ja farmakologisen hoidon tehokkuus masennuksen hoidossa on kiistatta osoitettu, vaikka tarkat prosessit, joiden kautta yhdistetty hoito tehoaa, eivät ole selvillä. Conten, Plutchikin, Wildin ja Karasun (1984) mukaan on mahdollista, että osa masennuksesta kärsivistä hyötyy toisenlaisesta hoidosta, osa taas toisenlaisesta. Kun potilaalle tarjotaan kahdenlaista hoitoa yhtä aikaa, kasvaa todennäköisyys sille, että hoito tehoaa. Toinen vaihtoehto on psykoterapian ja lääkehoidon keskinäinen synenerginen vaikutus. On mahdollista, että toinen hoitomuoto lisää jotain oleellista toiseen hoitomuotoon, jolloin ne yhdessä saavat aikaan parempia tuloksia. Toisaalta hoitomuodoilla voi olla jonkinlainen vastavuoroinen vaikutus toisiinsa nähden, eli ollessaan vuorovaikutuksessa keskenään hoitomuodot tehoavat paremmin kuin kumpikaan yksinään (Conte, Plutchik, Wild, & Karasu, 1984).

Thasen (1997) mukaan yhdistelmähoitoa voidaan suositella etenkin potilaille, jotka eivät hyödy kummastakaan hoitomuodosta yksinään. Tällaisia voivat olla esimerkiksi persoonallisuushäiriöistä kärsivät ja ahdistushäiriöiset. Myös kroonisesta tai hyvin vakavasta masennuksesta kärsivät voivat hyötyä yhdistetystä hoitomuodosta samoin kuin he, jotka eivät ole hyötynneet pelkästä psykoterapiasta kahden kuukauden aikana (Thase, 1997). Yhdistelmähoitoa suositellaan myös tilanteessa, jossa halutaan oireiden vähentämisen lisäksi keskittyä myös asiakkaan psykologisiin tai sosiaalisiin ongelmiin (The Agency for Health Care Policy and Research, 1993). Cuijpers (2009) on jopa sitä mieltä, että yhdistelmähoitoa tulisi tarjota masennuspotilaille ensisijaisena hoitomuotona, ennen kuin edes harkitaan pelkkää psykologista hoitoa. Thasen (1997) mukaan yhdistelmähoitoa ei kuitenkaan ole järkevää tarjota ensisijaisena hoitomuotona kaikille masennuksesta kärsiville. Hän toteaa yhdistetyn lääke- ja psykologisen hoidon olevan sekä kallein että työläin tapa hoitaa masennusta, sillä se vaatii usein sekä psykiatrin että psykoterapeutin työpanosta. Heillä usein on taustalla erilainen koulutus, ja he tarkastelevat asioita eri näkökulmista. Tämä voi rikastuttaa yhteistyötä ja hoitoa, mutta myös aiheuttaa konflikteja ja hämmentää potilasta. Lisäksi joillekin potilasryhmille yhdistelmähoito ei ole pelkkää psykoterapiaa tehokkaampi hoitomuoto, eikä toisaalta terapian lisääminen rutiininomaisesti lääkehoitoon sovi kaikille (Thase, 1997). Yhdistetty lääke- ja psykologinen hoito ei siis tarjoa yksiselitteistä, helppoa ratkaisua masennuksen hoitoon, vaan kunkin asiakkaan kohdalla on pohdittava erikseen, millaisesta hoidosta juuri hän hyötyy eniten.

Läákehoidon ja pariterapian yhdistämistä ei juuri ole tutkittu, mutta koska yksilöterapian ja lääkehoidon on havaittu olevan tehokas masennuksen hoitomuoto, pätee sama luultavasti myös pariterapiaan. Tieto siitä, että monet masennuksesta kärsivät joko kieltäytyvät lääkehoidosta, eivät hyödy siitä tai lopettavat sen kesken yhdistettynä havaintoihin, että

parisuhteen ongelmat ovat yhteydessä huonompaan hoitovasteeseen lääkehoidossa, puoltavat pariterapian lisäämistä lääkehoitoon masennuksen hoidossa (Whisman & Uebelacker, 1999). Toisaalta tällainen yhdistelmähoito voi olla pelkkää pariterapiaa tehokkaampaa tilanteissa, joissa kyseessä on hyvin vakava tai krooninen masennus (Thase, 1997) samoin kuin tilanteissa, joissa asiakkaalla on itsetuhoisia ajatuksia (Whisman & Uebelacker, 1999). Lääkehoidolla voidaan vähentää itsetuhoisuutta, mikä taas vähentää stressiä parisuhteessa, ja voi siten helpottaa parisuhteen ongelmien työstämistä. Lääkityksen lisäämistä pariterapiaan voidaan suositella myös tilanteissa, joissa puolison on vaikea hallita tunteitaan, sillä masennuslääkkeillä voidaan tasoittaa asiakkaan mielialaa (Whisman & Uebelacker, 1999). Pariterapian ja lääkehoidon yhdistäminen voi olla hyödyllistä myös tilanteissa, joissa toinen puolisoista käyttäytyy vihamielisesti: lääkehoidon vaikutusten on todettu näkyvän selvästi hoidon alkuvaiheessa vähentyneenä aggressiivisuutena, kun taas pariterapian tulokset alkavat näkyä vasta myöhemmin. Pariterapian vaikutukset väkivaltaiselle käyttäytymiselle saattavat kuitenkin olla pitempiaikaisia verrattuna lääkehoidolla saavutettuihin tuloksiin (Friedman, 1975). Friedman (1975) havaitsi varhaisessa tutkimuksessaan, että pariterapian ja lääkehoidon yhdistäminen masennuksen hoidossa oli tehokkaampaa, kuin kumpikaan hoitomuoto yksinään. Hän totesi lääkehoidon helpottavan masennuksen oireita nopeammin ja tehokkaammin, kun taas pariterapia oli tehokkaampaa parisuhteen laadun parantamisessa. Yhdistämällä pariterapia ja lääkehoito voidaan siis vaikuttaa sekä asiakkaan masennukseen että pariskunnan parisuhdetyytyväisyyteen.

Masennuksen hoidossa suositaan nykyään SSRI-lääkkeitä niiden helpon käytön, vähäisten sivuvaikutusten ja turvallisuuden vuoksi (esim. Käypä hoito, 2009; Isometsä, 2007). SSRI-lääkkeisiin liittyy kuitenkin yksi vakava sivuvaikutus, joka on huomioitava yhdistettäessä kyseisiä lääkkeitä pariterapiaan: lääkkeet usein vähentävät seksuaalista ja halua ja lisäävät seksuaalisuuden ongelmia (Motejo-González ym., 1997). Tämä on erityisen ongelmallista pariskunnille, joilla on jo ennestään ongelmia parisuhteessaan. Sivuvaikutuksia voidaan yrittää välttää alentamalla lääkemannosta, vaihtamalla lääketyyppiä tai määrämällä lisäksi lääkettä, joka poistaa kyseiset ongelmat (esim. Brill, 2004). Pariterapia on ihanteellinen paikka seksuaalisuuteen liittyvistä ongelmista keskustelemiseen, ja voisi siten auttaa pitäytymään lääkityksessä sivuvaikutuksista huolimatta (Denton, Golden, & Walsh, 2003).

1.5 Masennuksen hoito Suomessa

Suomessa masennuksen hoito perustuu pitkälti masennuksen Käypä hoito – suositukseen. Suosituksen mukaan psykoterapian ja lääkehoidon yhtäaikainen käyttö on masennuksen hoidossa

tehokkaampaa kuin kumpikaan yksinään. Näin ollen masennuslääkityksen ja psykoterapian yhdistämisestä on Suomessa muodostunut yleinen masennuksen hoitomuoto. Hämäläisen (2008) tutkimuksen mukaan mielenterveyspalveluja käyttäneillä asiakkailla masennuslääkkeet ja psykologiset hoidot olivatkin yleisimpiä masennuksen hoitomuotoja, kun taas terveyskeskuksissa lääkehoito ainoana hoitomuotona oli yleisempää. Mielenterveyspalveluja käyttävistä noin 75 % sai lääkehoitoa, psykologista hoitoa tai molempia. Hämäläisen (2008) mukaan Suomessa noin kolmasosa vakavasta masennuksesta kärsivistä käyttää masennuslääkkeitä, ja vain alle viidesosa saa psykologista hoitoa. Suositusten mukaista hoitoa masennukseen saa ainoastaan noin 30 % masennuksesta kärsivistä.

Masennuslääkkeiden suosio masennuksen hoitomuotona on yleistynyt viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana huimasti, kun SSRI-lääkkeet tulivat markkinoille (Voipio & Paakkari, 2007). Masennuksen lääkehoidon suosio onkin viime vuosina kasvanut jo siinä määrin, että on alettu puhua medikalisaatiosta. Masennuslääkkeiden kulutus Suomessa on kasvanut viime vuosina noin 10 %:n vuosivauhdilla ja vuonna 2008 lääkehoidon kustannukset olivat lähes sata miljoonaa euroa (Suomen Lääkelaitos, 2008). Masennuslääkkeiden kulutuksen lisääntyminen on ollut samansuuntaista myös muissa Pohjoismaissa (Voipio & Paakkari, 2007). Lääkkeiden käytön kasvua on arvosteltu muun muassa mahdollisten haittavaikutusten vuoksi sekä kustannussyistä (Partonen, 2007). Masennuslääkkeiden kulutus vaihtelee kuitenkin suuresti sairaanhoitopiireittäin. Kulutus on suurinta Pohjois-Savon, Uudenmaan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiireissä, ja vähäisintä Lapin, Länsi-Pohjan ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiireissä (Suomen Lääkelaitos, 2008). Naiset käyttävät masennuslääkkeitä miehiä enemmän kaikissa ikäryhmissä (Voipio & Paakkari, 2007). Masennuslääkkeiden käytön on havaittu olevan yhteydessä myös masennuksen vakavuuteen, samanaikaiseen ahdistuneisuushäiriöön sekä parisuhteettomuuteen (Hämäläinen, 2008).

Masennuslääkityksen lisäksi myös psykoterapian tarjonnassa on suuria alueellisia eroja. Suurien kaupunkien ulkopuolella asuvat ovat muita huonomassa asemassa, ja esimerkiksi Länsi-Pohjan ja Itä-Savon sairaanhoitopiireissä psykoterapeuttiseen kuntoutukseen osallistuvien määrä on erityisen alhainen. Erot selittyvät osin alueellisilla eroilla mielenterveyspalvelujen rekryointivaikeuksissa (Wahlbeck, 2005). Perusterveydenhuollossa psykoterapeuttisen hoidon tarjoamista rajoittaa sekä koulutuksen että ajan puute (Käypä hoito, 2009).

1.6 Tutkimuksen pääkysymykset

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää,

1. Onko masennuslääkkeiden käytössä havaittavissa eroja eri sairaanhoitopiirien välillä, ja onko mahdollisilla eroilla havaittavissa yhteyttä masennuksesta toipumiseen?
2. Eroaako ryhmä, jossa masennusoireet lisääntyvät tai pysyvät ennallaan, kahden vuoden aikana toipuneista masennuslääkkeiden käytön suhteen?
3. Onko masennuslääkkeiden käyttö yhteydessä toipumisen nopeuteen?

2. Tutkimuksen toteuttaminen

2.1 Tutkittavat

Tutkimuksen aineisto on osa Dialogiset ja narratiiviset prosessit masennuksen pariterapiassa (DINADEP) –tutkimushanketta, jonka tavoitteena on pariterapian kehittäminen masennuksen hoitomuotona. Tutkimuksen aineisto kerättiin tammikuun 2006 ja toukokuun 2009 välisenä aikana kolmessa eri sairaanhoitopiirissä: Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä Kemissä ja Torniossa (n=14), Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä Kuopiossa ja Siilinjärvellä (n=23) sekä HUS/Jorvin sairaalan psykiatrisella poliklinikalla Espoossa (n=8). Tutkittavat koostuivat masennuksen vuoksi hoitoon hakeutuneista asiakkaista, joilta pyydettiin suostumusta tutkimushankkeeseen osallistumiseen. Tutkittavat olivat alle 65-vuotiaita heteroseksuaalisessa suhteessa eläviä henkilöitä, joiden summapistemäärä Hamilton Depression Rating Scale – masennuskyselyssä (Hamilton, 1960) oli vähintään 14. Tutkimukseen ei hyväksytty mukaan asiakkaita, joilla oli aiempia psykoottisia oireita, itsetuhoista käyttäytymistä tai orgaanisia aivovaurioita, tai jotka olivat osallistuneet masennuksen pari- tai perheterapiaan viimeisen kahden vuoden sisällä. Näiden kriteerien myötä aineiston kooksi muodostui 51. Naisia tutkittavista oli 24 (47,1 %) ja miehiä 27 (52,9 %). Tutkittavien ikä vaihteli 18:sta 63 vuoteen keski-ikä ollessa 42,5 vuotta ja keskihajonnan 11,009. Asiakkaat jaettiin koe- ja kontrolliryhmiin sen mukaan, halusivatko he saada pari- vai yksilöterapiaa. Koeryhmän asiakkailla (n=29) hoitomuotona oli pariterapia ja kontrolliryhmän asiakkaat (n=22) saivat yksilöterapiaa.

Tutkittavista 61 % (n=31) käytti masennuslääkkeitä terapian alussa, ja kahden vuoden seurannassa masennuslääkkeitä käytti 47 % (n=24) tutkittavista. Taulukossa 1 on esitetty tunnusluvut masennuslääkkeiden käytölle ja käytön pituudelle.

Taulukko 1. Masennuslääkkeiden käyttöön liittyviä tunnuslukuja

	<i>Masennuslää- kitys alku (%)</i>	<i>ka (vko)</i>	<i>kh</i>	<i>vv</i>	<i>Masennuslää- kitys 2v (%)</i>	<i>ka (vko)</i>	<i>kh</i>	<i>vv</i>
Koeryhmä	55,2	26,5	71.79	0- 338	41,4	86,6	90.89	0- 390
Kontrolliryhmä	68,2	29,1	71.72	0- 338	54,5	98,8	95.84	0- 442
Kaikki	60,8	27,6	71.05	0- 338	47,1	91,8	92.20	0- 442

2.2 Menetelmät ja muuttujat

Asiakkaiden masentuneisuutta mitattiin Beckin depressiokyselyn (BDI - Beck Depression Inventory) avulla. Kyseessä on itsearviointilomake, jossa on 21 masennusoireita ja niiden voimakkuutta kartoittavaa kysymystä. Masennuksen rajana pidetään tässä tutkimuksessa pistemäärää 10: mikäli asiakkaan BDI-arvo on 10 tai yli, luokitellaan hänet masentuneeksi. Tämän lisäksi asiakkaita arvioitiin myös SCL-90 (Symptom Checklist) ja GAF (Global Assessment of Functioning) -lomakkeiden avulla, jotka ovat myös itsearviointilomakkeita. SCL-90 -lomake sisältää 90 kysymystä, joiden avulla pyritään kartoittamaan erilaisia psyykkisiä ongelmia BDI-kyselyä kokonaisvaltaisemmin. Kyselyllä voidaan arvioida masentuneisuuden lisäksi ahdistusta, somaattisia oireita, pakko-oireita, interpersoonallista herkkyyttä, väkivaltaisuutta, pelkotiloja, paranoidisuutta ja psykoottisuutta. GAF-kyselyllä voidaan arvioida asiakkaan yleistä psykologista hyvinvointia asteikolla 0-100, jossa korkeat arvot tarkoittavat hyvää psykologista hyvinvointia.

Tutkimuksessa keskeisimpiä muuttujia oli asiakkaiden BDI-, GAF- ja SCL-90 arvot sekä masennuslääkkeiden käytön pituus ennen terapian alkua ja kahden vuoden seurannassa. Toipumisen nopeutta tarkastelin järjestysasteikollisella muuttujalla. Asiakkaan katsottiin toipuneen masennuksesta, kun tämän BDI-arvot laskivat alle kymmeneen. Tein muuttujasta kaksi eri versiota, jossa toisessa asiakkaat, joilla masennus uusiutui kahden vuoden aikana, jätettiin muuttujan ulkopuolelle. Muodostin masennuslääkkeiden käytön pituudelle myös luokittelevan muuttujan, sillä halusin erotella toisistaan asiakkaat, joilla lääkkeidenkäyttö oli pitkäaikaista ja asiakkaat, jotka käyttivät lääkkeitä lyhyen ajan. Pitkäaikaisen lääkkeidenkäytön ryhmään luokiteltiin asiakkaat, jotka olivat aloittaneet masennuslääkkeiden käytön ennen

tutkimuksen alkua, ja jatkoivat sitä vielä kahden vuoden seurannan jälkeen. Lyhytaikaisen lääkityksen ryhmään kuuluivat asiakkaat, jotka aloittivat ja lopettivat masennuslääkkeiden käytön kahden vuoden sisällä.

2.3 Aineiston analysointi

Aineiston tilastolliseen analysointiin käytettiin SPSS 15.0 for Windows sekä SPSS 16.0 for Windows – ohjelmia. Aluksi tarkasteltiin muuttujien tunnuslukuja ja jakaumia kuvaavien menetelmien ja ristiintaulukointien avulla. Muuttujien normaalisuutta tarkasteltiin Kolmogorov-Smirnoff–testillä. Ryhmien välisiä keskiarvoeroja vertailtiin parametrittömällä Mann Whitney U- testillä, kun normaalisuusoletukset eivät olleet voimassa. Oletusten ollessa voimassa käytettiin ryhmien välisissä vertailuissa F-testiä. Muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin sekä Pearsonin että Spearmanin korrelaatiokertoimilla, riippuen oletusten voimassaolosta. Toipumisen nopeutta selittäviä tekijöitä tarkasteltiin myös lineaarisen regressioanalyysin avulla. Regressioanalyysissä käytettiin backward-menetelmää, jolloin selittävien muuttujien joukosta valitaan yksi kerrallaan selitysvoimaltaan heikoin tekijä, ja jätetään se mallin ulkopuolelle. P-arvon raja-arvona analyysissä oli .10.

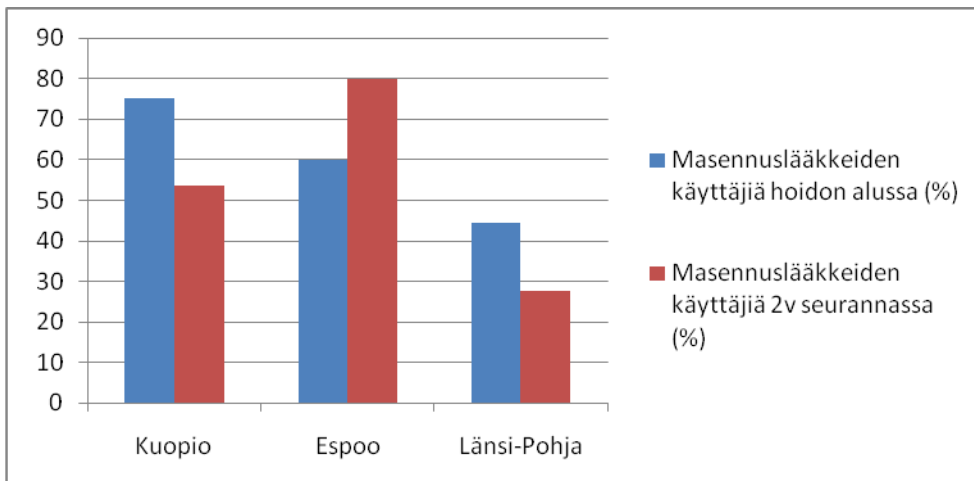
2.4 Ulkopuoliset havainnot

Jakaumien ja hajontakuvioiden tarkasteluissa ilmeni, että aineistossa oli kolme ulkopuolista havaintoa, joilla oli voimakas vaikutus tilastollisiin analyyseihin. Kyseiset havainnot olivat asiakkaita, jotka olivat käyttäneet masennuslääkkeitä useita vuosia ennen terapian aloittamista. Nämä havainnot on jätetty pois tilastollisista analyyseistä, sillä niillä oli huomattava vaikutus jakaumien vinokkuuteen. Kunkin tutkimuskysymyksen yhteydessä on kuitenkin raportoitu, miten kyseisten havaintojen mukaan ottaminen olisi vaikuttanut tuloksiin. Kyseisistä havainnoista kaksi tuli Länsi-Pohjan ja yksi Pohjois-Savon sairaanhoitopiiristä, ja kaksi heistä kuului koe- ja yksi kontrolliryhmään. Asiakkaiden ikä vaihteli 51 ja 59 vuoden välillä, ja he kaikki olivat sairauslomalla tai kuntoutuksessa. Kaikilla heillä oli myös somaattisia oireita. Heidän BDI-arvonsa vaihtelivat 10 ja 28 välillä, ja nykyisten masennusoireiden kesto 11 kuukauden ja 260 kuukauden välillä.

3. Tulokset

3.1 Onko masennuslääkkeiden käytössä havaittavissa eroja eri sairaanhoitopiirien välillä, ja onko mahdollisilla eroilla havaittavissa yhteyttä masennuksesta toipumiseen?

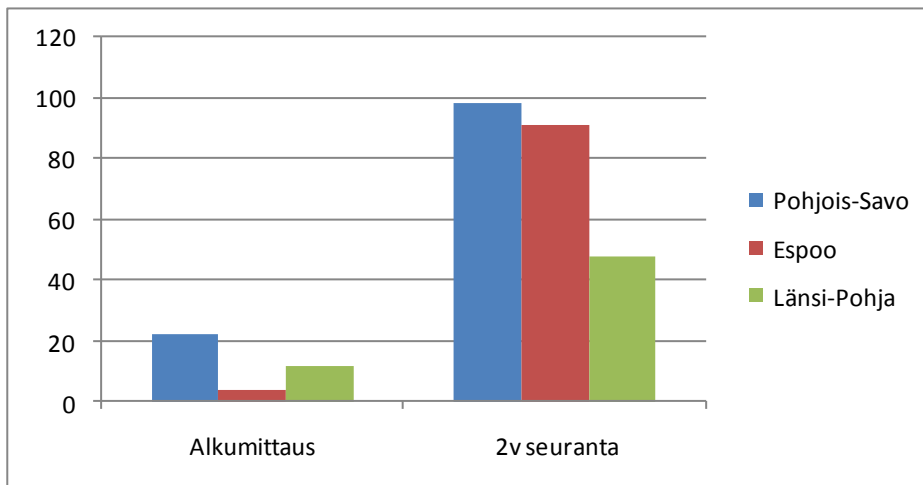
Ensimmäinen tutkimuskysymykseni koski paikkakuntien välisiä eroja masennuslääkkeiden käytön suhteen. Paikkakuntien välisiä eroja tarkastelin erityisesti Länsi-Pohjan ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirien välillä, sillä suurin osa havainnoista tuli kyseisiltä paikkakunnilta. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä 75 % (n=21) ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä 44,4 % (n=8) asiakkaista käytti masennuslääkkeitä ennen terapian alkua. Espoossa vastaava luku oli 60 % (n=3). Kahden vuoden seurannassa Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä 53,6 % (n=15) ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä 27,8 % (n=5) asiakkaista käytti masennuslääkkeitä. Espoossa vastaava luku oli 80,0 % (n=4).



Kuva 1. Masennuslääkkeiden käyttäjien osuus prosentteina (%) paikkakunnittain terapian alussa ja kahden vuoden seurannassa

Masennuslääkkeitä käyttävillä asiakkailla lääkityksen kesto ennen terapian alkua oli Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä (n=20) keskimäärin 22 viikkoa (kh=21.35) ja Länsipohjan sairaanhoitopiirissä (n=6) 11,7 viikkoa (kh=6.12). Espoossa (n=3) keskiarvo masennuslääkkeiden käytön pituudelle hoidon alussa oli 4 viikkoa (kh=3.46). Erot masennuslääkkeiden käytön pituudessa eri sairaanhoitopiirien välillä eivät olleet tilastollisesti merkitsevä terapian alussa. Kahden vuoden seurannassa keskiarvo masennuslääkityksen kestolle oli Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä (n=24) 98,3 viikkoa (kh=42,23) ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä 47,5 viikkoa (kh=37.87). Espoon sairaanhoitopiirissä (n=4) masennuslääkityksen pituus oli keskimäärin 91,3 viikkoa (kh=22.94). Ero masennuslääkityksen pituudessa Pohjois-Savon ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirien välillä oli tilastollisesti merkitsevä

kahden vuoden seurannassa ($U=46.5$, $p<.01$). Ero säilyi tilastollisesti merkitsevänä myös ulkopuolisten havaintojen tullessa analyysiin mukaan ($U=95.5$, $p<.05$).



Kuva 2. Masennuslääkityksen kesto viikoissa sairaanhoitopiireittäin terapian alussa ja kahden vuoden seurannassa

Masennuksen taso BDI-arvolla mitattuna ennen ei eronnut tilastollisesti merkitsevästi eri sairaanhoitopiirien välillä ennen terapian alkua. Myöskään alkumittauksen SCL-90 – arvot eivät eronneet eri sairaanhoitopiirien välillä. Sen sijaan GAF-lomakkeen arvot erosivat Pohjois-Savon ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirien välillä ($F(2,44)=8.46$, $p<.01$) siten, että Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin asiakkaiden ($n=17$, $ka=58.5$, $kh=6.98$) psykologinen hyvinvointi oli merkitsevästi Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin asiakkaita ($n=25$, $ka=48.1$, $kh=9.20$) parempaa (Bonferonni, $p<.05$).

Taulukko 2. BDI-arvot sairaanhoitopiireittäin tutkimuksen alussa ja kahden vuoden seurannassa.

Yksikkö	N	BDI alku (ka)	kh	BDI 2v (ka)	kh
Pohjois-Savo	28	24,0	5.09	13,6	11.71
HUS/Jorvi	5	27,8	4.21	20,3	12.82
Länsi-Pohja	18	23,4	5.95	4,7	6.35
Yhteensä	51	24,2	5.38	10,9	11.18

Seuraavaksi pyrin tarkastelemaan, onko havaituilla eroilla masennuslääkkeiden käytössä yhteyttä toipumiseen. Kahden vuoden seurannassa toipuneiden asiakkaiden osuus oli Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä 46,4 % ($n=13$), Espoossa 20 % ($n=1$) ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä 72,2 % ($n=13$). Keskiarvoerot asiakkaiden BDI-arvoissa eri sairaanhoitopiirien välillä kahden vuoden seurannassa (Taulukko 2) osoittautuivat tilastollisesti

merkitseviksi ($U=134.5$, $p<.01$) siten, että Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä asiakkaat olivat vähemmän masentuneita Pohjois-Savon ja Espoon sairaanhoitopiireihin verrattuna.

Toipumisen nopeutta tarkasteltaessa (Taulukko 3) ilmeni, että Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä yli puolet asiakkaista oli toipunut vuoden seurantaan mennessä, kun Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä toipuneiden osuus vuoden seurannassa oli alle 30 % asiakkaista. Asiakkaita, jotka eivät toipuneet masennuksesta, oli Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä alle 20 % ($n=3$) ja Pohjois-Savossa lähes 40 % ($n=11$).

Taulukko 3. Toipumisen nopeus Pohjois-Savon ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiireissä.

Yksikkö	N	Validi %	Kumulatiivinen %	
Pohjois-Savo	6kk mennessä	5	17,9	17,9
	1v mennessä	3	10,7	28,6
	18kk mennessä	5	17,9	46,4
	ei toipunut	11	39,3	85,7
	masennus uusiutui	4	14,3	100,0
	Total	28	100,0	
Länsi-Pohja	6kk mennessä	6	33,3	33,3
	1v mennessä	4	22,2	55,6
	18kk mennessä	1	5,6	61,1
	2v mennessä	1	5,6	66,7
	ei toipunut	3	16,7	83,3
	masennus uusiutui	3	16,7	100,0
	Total	18	100,0	

Vähäisemmästä masennuslääkkeiden käytöstä huolimatta Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä suurempi osa asiakkaista toipui masennuksesta muihin sairaanhoitopiireihin verrattuna. Lisäksi masennuksesta toipuminen oli Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä hieman nopeampaa, ja masennuksen taso oli asiakkailla alhaisempi hoidon päätyttyä. Erot toipumisen nopeudessa eri sairaanhoitopiirien välillä eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä.

3.2 Eroaako ryhmä, jossa masennusoireet lisääntyvät tai pysyvät ennallaan, kahden vuoden aikana toipuneista masennuslääkkeiden käytön suhteen?

Toinen tutkimuskysymykseni oli, eroaako ryhmä, jossa masennusoireet lisääntyivät tai pysyivät ennallaan ryhmästä, joka toipui kahden vuoden aikana, masennuslääkkeiden käytön suhteen. Mittarina tässä tutkimuskysymyksessä käytettiin Beck Depression Inventory –testin arvoja. BDI-

arvojen mukaan masennuksesta toipuneita oli kahden vuoden seurannassa 52,9 % (n=27) asiakkaita. Asiakkaita, joilla masennusoireet olivat lisääntyneet tai pysyneet ennallaan, oli kahden vuoden seurannassa 19,6 % (n=10). Ryhmät eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi masennuksen tason suhteen terapian alussa.

Taulukossa 4 on esitetty kuvailevia tietoja masennuslääkkeiden käytöstä ryhmien välillä. Kaksi ulkopuolista havaintoa on jätetty analyysien ulkopuolelle, sillä ne olisivat vääristäneet keskiarvoeroja huomattavasti. Molemmat havainnot kuuluivat toipuneiden ryhmään. Taulukosta nähdään, että huonontuneiden ryhmässä huomattavasti suuremmalla osalla oli masennuslääkitys ennen terapian alkua, ja he olivat myös käyttäneet masennuslääkkeitä hieman pidempään toipuneisiin verrattuna. Kahden vuoden seurannassa 20 % toipuneista käytti enää masennuslääkkeitä, kun taas huonontuneiden ryhmässä 70 %:lla oli vielä lääkitys.

Taulukko 4. Erot masennuslääkkeiden käytössä toipuneiden ja huonontuneiden välillä tutkimuksen alussa ja kahden vuoden seurannassa.

Ryhmä	N (alku)	Lääkitys alku (%)	ka (vko)	kh	N (2v)	Lääkitys 2v (%)	ka (vko)	kh
Toipuneet	25	48	8,4	13.99	23	20	54,2	49.43
Huonontuneet	10	80	21,5	27.91	9	70	92,2	63.38

Erot ryhmien välillä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä masennuslääkityksen keston suhteen terapian alussa, mutta kahden vuoden seurannassa erot olivat merkitseviä ($U=48$, $p<.05$) siten, että huonontuneiden ryhmässä masennuslääkityksen kesto oli toipuneiden ryhmää pitempi. Toipuneiden ryhmässä 51,9 %:lla (n=14) ja huonontuneiden ryhmässä 22,2 %:lla (n=2) masennuslääkitys oli lyhytaikaista, eli se oli alkanut ja päättynyt tutkimuksen toteuttamisen aikana, tai lääkitystä ei ollut lainkaan. Toipuneiden ryhmässä 29,6 %:lla (n=8) ja huonontuneiden ryhmässä 55,6 %:lla (n=5) masennuslääkitys oli pitkäkestoista, eli lääkitys oli alkanut ennen terapian aloittamista ja jatkui vielä kahden vuoden seurannan jälkeen.

Seuraavaksi tarkastelin lääkevaihdoista ja useamman masennuslääkkeen samanaikaista käyttöä ryhmien välillä. Masennuslääkkeidenkäyttäjistä oli koko aineistossa 45, ja heistä 68,9 % (n=31) pitäytyi samassa lääkkeessä koko hoidon ajan. 24,4 %:lla (n=11) asiakkaita oli kahden vuoden aikana yksi lääkevaihdos ja 6,7 %:lla (n=3) kaksi lääkevaihdosta. Lääkkeen vaihtamista sen rinnakkaistuotteeseen ei ole huomioitu näissä luvuissa.

Masennuslääkkeitä käyttävistä asiakkaista 20 % (n=9) käytti kahta eri masennuslääkettä samanaikaisesti.

Taulukko 5. Lääkevaihdot ja lääkkeiden samanaikainen käyttö toipuneilla ja huonontuneilla, joilla on ollut masennuslääkitys

Ryhmä	Ei lääkevaihtoja (%)	1 lääkevaihto (%)	2 lääkevaihtoa (%)	Yksi masennuslääke kerrallaan	Kaksi masennuslääkettä samanaikaisesti
Toipuneet	72,7	22,7	4,5	90,9	9,1
Huonontuneet	75	12,5	12,5	50	50

Suurin osa sekä toipuneiden että huonontuneiden ryhmän asiakkaista pitäytyi samassa masennuslääkkeessä koko hoidon ajan (Taulukko 5). Ryhmät eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi lääkevaihtojen määrän suhteen. Yhtäaikaislääkityksen suhteen ryhmät erosivat tilastollisesti merkitsevästi ($U=64$, $p<.05$) siten, että huonontuneiden ryhmässä yhtäaikaislääkitys oli toipuneiden ryhmää yleisempää. Tutkiessani lääkevaihtoihin ja yhtäaikaislääkitykseen vaikuttavia tekijöitä ilmeni, että useamman masennuslääkkeen yhtäaikainen käyttö korreloi tilastollisesti merkitsevästi somaattisten oireiden kanssa ($r=.247$, $p<.05$) ja lääkevaihdot lähes tilastollisesti merkitsevästi masennusoireiden keston kanssa ($r=.246$, $p=.052$).

3.3 Onko masennuslääkkeiden käyttö yhteydessä toipumisen nopeuteen?

Kolmas tutkimuskysymykseni koski masennuslääkkeiden käytön yhteyttä toipumisen nopeuteen. 68 % (n=34) asiakkaista toipui BDI-arvojen mukaan masennuksesta kahden vuoden aikana, mutta 14 %:lla (n=7) masennus uusiutui. Niistä asiakkaista, jotka toipuivat kahden vuoden aikana masennuksen uusiutumatta (n=27) 40,7 %:lla (n=11) toipuminen tapahtui ensimmäisen puolen vuoden aikana, ja vuoden seurantaan mennessä toipuminen oli tapahtunut jo yli 70 %:lla (n=19). Taulukossa 6 on esitetty toipumisen nopeus suhteessa lääkityksen keston. Lääkkeettömien asiakkaiden ryhmässä noin 50 % ja lyhykestoisen lääkityksen ryhmässä lähes 70 % asiakkaista toipui ensimmäisen vuoden aikana, kun taas pitkän lääkityksen ryhmässä vastaava luku oli alle 20 %. Lyhyen ja pitkän lääkityksen ryhmien väliset erot toipumisen nopeudessa olivat tilastollisesti merkitseviä ($U=52$, $p<.05$) siten, että mikäli toipuminen tapahtuu, on se lyhyen lääkityksen ryhmässä nopeampaa. Tässä ei ole huomioitu asiakkaita,

joilla masennus uusiutui myöhemmin. Mikäli tarkastellaan vain asiakkaita, jotka toipuivat masennuksesta kahden vuoden aikana, eivät erot toipumisen nopeudessa eri lääkitysryhmien välillä olleet tilastollisesti merkitseviä. Myöskään erot asiakkaiden GAF-, BDI- ja SCL-90 -arvoissa terapian alussa eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi eri lääkitysryhmien välillä. Kuitenkin alkumittauksen SCL-90 –arvot erosivat eri aikoina toipuneiden välillä tilastollisesti merkitsevästi ($F(5,38)=4.018$, $p<.01$) siten, että vuoden seurantaan mennessä toipuneiden ($ka=256.2$, $kh=44.54$) sekä ei-toipuneiden ($ka=214.2$, $kh=34.65$) psyykinen hyvinvointi oli ensimmäisen puolen vuoden aikana toipuneita ($ka=184.4$, $kh=26.58$) huonompaa.

Taulukko 6. Toipumisen nopeus suhteessa lääkityksen pituuteen

Lääkitys	N	Toipumisen nopeus (%)					
		6kk mennessä	6kk-1v	1v-18kk	18kk-2v	Ei toipuneet	Masennus uusiutui
Ei lääkitystä	7	42,9	14,3	14,3	14,3	16,7	0
Lyhytkestoinen lääkitys	11	45,5	18,2	9,1	0	27,3	0
Pitkäkestoinen lääkitys	22	9,1	9,1	13,6	0	40,9	27,3
Koko aineisto	50	22	16	12	4	32	14

Seuraavaksi tarkastelin lääkityksen ja toipumisen välistä yhteyttä korrelaatiokertoimin. Analyysissä ei ole huomioitu asiakkaita, joilla masennus uusiutui. Toipumisen nopeuteen yhteydessä olevat tekijät on esitetty taulukossa 7. Alkumittauksen GAF- ja SCL-90 –arvot sekä muutamat lääkitykseen liittyvät tekijät olivat yhteydessä toipumisen nopeuteen.

Taulukko 7. Toipumisen nopeuteen yhteydessä olevat tekijät.

Muuttuja	Toipumisen nopeus	
	r	p
SCL-90 alku	.377	<.05
GAF alku	-.381	<.05
Yhtäaikaissääditys	.329	<.05
Lääkityksen kesto terapian alussa ¹	.252	.056
Lääkityksen kokonaiskesto ¹	.311	<.05

¹ Ulkopuolisia havaintoja ei ole otettu mukaan analyysiin.

Seuraavaksi tarkastelin tarkemmin toipumisen nopeuteen liittyviä tekijöitä regressioanalyysin avulla. Analyysissä käytettiin backward-menetelmää ja p-arvon raja-arvona oli .10.

Alkumittauksen GAF- ja SCL-90-arvot sekä yhtäaikaishoidus selittivät toipumisen nopeuden vaihtelusta 28 %. Psykkiseen hyvinvointiin liittyvien tekijöiden selitysosuus oli merkitsevä: korkeat GAF-arvot ($\beta = -311$, $p = .067$) ja matalat SCL-90-arvot ($\beta = .362$, $p < .05$) olivat yhteydessä nopeaan toipumiseen. Lääkitykseen liittyvistä tekijöistä malliin jäi ainoastaan yhtäaikaishoidus ($\beta = .314$, $p = .063$).

4. Pohdinta

Tämän tutkielman tarkoituksena oli tarkastella masentuneiden asiakkaiden masennuslääkkeiden käyttöä ja lääkityksen yhteyttä masennuksesta toipumiseen. Tavoitteena oli selvittää masennuslääkityksen yleisyyttä sekä alueellisia eroja masennuslääkkeiden käytössä. Tutkimuksessa pyrittiin myös tarkastelemaan mahdollisia eroja masennuslääkityksessä toipuneiden ja niiden asiakkaiden välillä, joilla masennusoireet pahenevat.

Tutkimuksessa havaittiin, että suurimmalla osalla asiakkaista oli masennuslääkitys ennen terapian alkua, ja kahden vuoden seurannassa lähes puolet tutkittavista käytti vielä masennuslääkkeitä. Asiakkaita, jotka eivät kahden vuoden aikana käyttäneet masennuslääkkeitä lainkaan, oli koko aineistossa ainoastaan seitsemän. Lääkehoito osoittautui siis hyvin yleiseksi masennuksen hoitomuodoksi. Alueelliset erot masennuslääkkeiden käytössä ja lääkehoidon kestossa olivat kuitenkin suuria. Tutkimuksessa havaittiin, että Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä masennuslääkkeiden käyttö oli Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiriä huomattavasti yleisempää, ja lääkityksen kesto vastaavasti pidempää. Erot ovat yhteneväisiä Suomen Lääkelaitoksen (2008) tilastojen kanssa. Vähäisemmästä masennuslääkkeiden käytöstä huolimatta suurempi osa Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin asiakkaita toipui masennuksesta kahden vuoden aikana Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin asiakkaita verrattuna. Pohjois-Savossa asiakkaiden BDI-arvojen keskiarvo kahden vuoden seurannassa oli hieman yli 13, kun vastaava luku Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä oli alle 5. Alkumittauksessa keskiarvoissa ei ollut suurta eroa. Toipuminen Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä oli myös Pohjois-Savo hieman nopeampaa: yli 55 % Länsi-Pohjan asiakkaita oli toipunut ensimmäisen vuoden aikana, kun vastaava luku Pohjois-Savossa oli vain hieman yli 35 %. Alueelliset erot toipumisen nopeudessa heijastuvat luultavasti eroihin lääkehoidon pituudessa. Masennuksen Käypä hoito –suosituksen (2009) mukaan masennuksen lääkehoitoa tulisi jatkaa vielä noin puoli vuotta toipumisen jälkeen masennuksen uusiutumisen ehkäisemiseksi. Länsi-Lapin sairaanhoitopiirissä lääkehoidon keskipituus oli hieman yli 10 kuukautta, vaikka vuoden seurantaan mennessä lähes 40 % asiakkaita oli vielä masentuneita. Tämän tutkimuksen perusteella vaikuttaa siltä, että Länsi-

Lapin sairaanhoitopiirissä ei täysin noudateta masennuksen Käypä hoito – periaatteita, sillä masennuslääkityksen kesto on huomattavasti suositeltua lyhyempää. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin osalta lyhyellä lääkehoidolla ei kuitenkaan tämän tutkimuksen perusteella voida sanoa olevan negatiivisia vaikutuksia toipumiseen. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä masennuslääkityksen keskipituus oli lähes kaksi vuotta, ja suurimmalla osalla lääkitys jatkui vielä tutkimuksen lopettamisen jälkeen. Tämä on kuitenkin luonnollista ottaen huomioon, että kahden vuoden seurannassa yli 40 % asiakkaista oli yhä masentuneita. Lääkityksen kesto oli Pohjois-Savossa kuitenkin jopa pidempää kuin masennuksen vuoksi psykiatrisessa hoidossa olevilla suomalaisilla keskimäärin (Melartin, 2005).

Alueelliset erot psykiatrisen hoidon käytössä ovat viime aikoina olleet paljon esillä myös mediassa. Syitä alueellisiin eroihin on etsitty muun muassa psykiatrien ja psykoterapeuttien määrästä, alueellisista eroista sairastuvuudessa sekä eroista hoitokäytännöissä (Helsingin Sanomat, 4.12.2009). Länsi-Lapin sairaanhoitopiirissä toteutetaan niin sanottua Keroputaan hoitomallia, jossa keskeistä on hoidon perhe- ja verkostokeskeisyys. Yksi mallin periaatteista on hoidon nopea aloittaminen, jonka on todettu olevan yhteydessä paranemisen todennäköisyyteen (Haarakangas, 2002). Hoidon nopean aloittamisen vaikutusten voidaan nähdä heijastuvan myös tähän tutkimukseen, sillä Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin asiakkailta yleinen psykologinen hyvinvointi terapian alussa oli merkitsevästi korkeampi verrattuna Pohjois-Savon asiakkaisiin, ja nämä erot säilyivät kahden vuoden seurantaan asti. Tutkimuksessa myös havaittiin yleisen psykologisen hyvinvoinnin olevan yhteydessä toipumisen nopeuteen. Toisin sanoen hoidon aloittaminen siinä vaiheessa, kun asiakkaan yleinen psykologinen hyvinvointi on vielä suhteellisen hyvä, parantaa hoidon onnistumisen todennäköisyyttä ja nopeuttaa toipumista. Keroputaan hoitomallin ja mielenterveyden vähemmän biologispohjaisen viitekehyksen myötä esimerkiksi skitsofrenian hoidossa lääkehoitoa on voitu vähentää huomattavasti (Seikkula ym., 2003). Näiden tulosten voidaan katsoa heijastuvan myös tähän tutkimukseen, sillä sen lisäksi, että masennuslääkitys on Länsi-Pohjassa Pohjois-Savoa harvinaisempaa, on se myös kestoltaan lyhyempää. Viime vuosina myös Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä hoitokäytäntöjä on pyritty kehittämään (Saarinen ym., 2007). Hoitomalli perustuu vahvasti Käypä hoito –suositukseen, joissa lääkehoito yleensä nähdään keskeisenä osana hoitoa. Voidaankin ehkä sanoa, että kyseisillä sairaanhoitopiireillä on erilaiset viitekehykset, joiden kautta psyykkisiä häiriöitä ja niiden hoitoa tarkastellaan, mikä saattaa näkyä eroina psykiatrisen hoidon käytössä. Tämän tutkimuksen perusteella on kuitenkin mahdotonta osoittaa, missä määrin erilaisilla hoitokäytännöillä loppujen lopuksi on vaikutusta lääkehoidon suosioon.

Tutkimuksessa havaittiin, että hieman yli puolet asiakkaista oli toipunut masennuksesta kahden vuoden seurannassa, kun noin viidesosalla oireet olivat pahentuneet tai pysyneet ennallaan. Tässä ryhmässä masennuslääkkeiden käyttö oli toipuneiden ryhmää yleisempää ja pitempikestoista, vaikka masennuksen taso ei eronnut ryhmien välillä terapian alussa. Kuitenkin erot lääkkeidenkäytön kestossa ennen terapiaa kertovat siitä, että huonontuneiden ryhmä oli ollut hoidon piirissä toipuneiden ryhmää kauemmin jo ennen terapian alkua. Tutkimuksessa havaittiin myös, että pitkä masennuslääkitys ennen terapiaa oli yhteydessä korkeampiin BDI- ja SCL-90-arvoihin kahden vuoden seurannassa. Voidaankin ajatella, että asiakkailla, jotka ovat käyttäneet masennuslääkkeitä ja siten olleet hoidon piirissä pidempään, on huonommat lähtökohdat masennuksesta toipumiseen. Tämä saattaa selittyä sillä, että huonontuneiden ryhmässä masennuksen taso oli ehkä lähtökohtaisesti toipuneiden ryhmää korkeampi, mutta alkumittaukseen mennessä erot olivat tasoittuneet. Tähän ei kuitenkaan tämän tutkimuksen perusteella saada varmuutta. On huomionarvoista, että huonontuneiden ryhmässä peräti 75 % asiakkaista pitäytyi samassa masennuslääkityksessä koko hoidon ajan, vaikka masennuksen oireet eivät helpottuneet. Kuitenkin yleinen periaate masennuksen lääkehoidossa on lääkkeen vaihtaminen toiseen, mikäli viitteitä lääkkeen tehosta ei ilmene 4-6 viikon aikana. Lääkehoidon jatkamisen edellytys tulisi olla, että lääke osoittautuu tehokkaaksi, jolloin potilaan oireet lievenevät selvästi koko ajan (Isometsä, 2007). Huonontuneiden ryhmästä yhdellä asiakkaalla lääkevaihtoja oli yksi ja yhdellä kaksi. Näiden asiakkaiden kohdalla voidaan jo puhua lääkeresistentistä depressiosta. Huomionarvoista on myös se, että huonontuneiden ryhmässä puolet asiakkaista käytti kahta eri masennuslääkettä samanaikaisesti, kun toipuneiden ryhmässä vastaava luku oli alle 10 %. Kahden masennuslääkkeen yhtäaikaisessa käytössä ajatuksena on yhdistää eri tavoin vaikuttavia lääkkeitä lääkevästean tehostamiseksi, ja sitä suositellaan etenkin lääkeresistentin depression hoidossa (Isometsä, 2007). Tutkimuksen perusteella vaikuttaa siltä, että toisen masennuslääkkeen lisääminen hoitoon on lääkevaihtoa yleisempi tapa hoitaa masennusta tilanteessa, jossa jokin tietty masennuslääke ei ole tuottanut tulosta. Yhtäaikaislääkityksen aloittamisella voi olla muutamia etuja lääkevaihtoon verrattuna, sillä siinä vältetään mahdolliset lopetusoireet, joita masennuslääkityksen lopettamisesta voi seurata (Isometsä, 2007). Toisella masennuslääkkeellä voidaan myös hoitaa edellisen lääkkeen aiheuttamia sivuvaikutuksia, mikä saattaa osittain selittää sitä, miksi myös toipuneiden ryhmässä käytettiin kahta masennuslääkettä samanaikaisesti. Tähän viittaisi myös tulokset siitä, että eri masennuslääkkeiden yhtäaikainen käyttö oli yhteydessä asiakkaan somaattisiin oireisiin. Kuitenkin masennuksen lääkehoidossa olisi hyvä suosia yksinkertaisinta mahdollista hoitoa, sillä kahden masennuslääkkeen yhdistämiseen liittyy myös ongelmia. Lisäksi masennuksen Käypä hoito –

suosituksessa (2009) todetaan, että mikäli minkäänlaisia viitteitä hoitovasteesta ei ilmene neljän viikon kuluttua, on jo tässä vaiheessa syytä vaihtaa lääkitys toiseen. Tutkimuksen perusteella vaikuttaa siis siltä, että edes lääkehoidon ja psykoterapian yhdistämisestä ei ole kaikille apua masennuksesta toipumisessa. Syytä hoidon tehottomuuteen voidaan etsiä mahdollisista puutteista toisessa hoitomuodossa tai ongelmista tiedonkulussa eri hoitotahojen välillä. Tämä kaikki on kuitenkin vain spekulatiota, johon tämän tutkimuksen perusteella on mahdotonta saada vastauksia.

Tutkimuksessa havaittiin, että suurimmalla osalla asiakkaista, jotka toipuivat masennuksesta kahden vuoden aikana, toipuminen tapahtui ensimmäisen vuoden aikana. Tutkimuksessa havaittiin myös, että ei-lääkityksen sekä lyhytkestoisen lääkityksen ryhmissä toipuminen oli pitkäkestoisen lääkityksen ryhmää nopeampaa. Tämän perusteella vaikuttaakin siltä, että mitä pitempään masennus on kestänyt, sitä epätodennäköisempää on siitä toipuminen. Havainto on yhdenmukainen esimerkiksi Kellerin ym. (1992) tutkimustulosten kanssa. On myös todettu, että keskeisin ennustaja masennuksesta toipumisessa on masennustilan vaikeusaste (Isometsä, 2007). Voidaan ajatella, että pitkän lääkitysryhmän asiakkailla masennustila on lähtökohtaisesti vaikeampi, mikä heijastuu toipumisen nopeuteen. Tähän viittaavat myös tulokset siitä, että ensimmäisen puolen vuoden aikana toipuneet olivat vähemmän masentuneita myöhemmin toipuneisiin verrattuna. Tutkimuksissa on myös havaittu nopean hoitovasteen olevan yhteydessä parempaan masennuksesta toipumiseen (Szádoczky, Rózsa, Zámboi ja Füredi, 2004; Mulder ym., 2006). Toisin sanoen pitkittyneet masennusjaksot hidastavat toipumista ja heikentävät toipumisen todennäköisyyttä. Tässä tutkimuksessa saadut havainnot siitä, että asiakkaan psyykkiseen hyvinvointiin liittyvät tekijät vaikuttavat eniten toipumisen nopeuteen, ovat yhdenmukaisia näiden tulosten kanssa. Voidaan olettaa, että psyykinen hyvinvointi ja masennustilan vaikeusaste vaikuttavat mahdolliseen lääkitykseen ja sen pituuteen, mutta lääkityksellä sinänsä ei ole suurta vaikutusta toipumisen nopeuteen. Tästä syystä hoidon nopean aloituksen merkitys korostuu: jos hoito aloitetaan oireiden ollessa vielä suhteellisen lieviä, kasvaa hoidon onnistumisen ja nopean toipumisen todennäköisyys. Tästä syystä lääkehoidon merkitys korostuu etenkin akuuttivaiheen hoidossa, sillä sen avulla oireita voidaan lievittää nopeasti ja tehokkaasti (Käypä hoito, 2009).

4.1 Tutkimuksen vahvuudet, rajoitukset ja jatkotutkimushaasteet

Tässä tutkimuksessa tutkimusasetelma oli pitkittäistutkimus, jossa tietoa tutkimukseen osallistuneilta kerättiin kahden vuoden ajan. Seuranta tapahtui puolen vuoden välein, ja kaiken kaikkiaan mittauksia oli viisi. Näin ollen tietoa tutkimukseen osallistuneiden masennuslääkkeiden käytöstä on saatu suhteellisen pitkältä ajanjaksolta, mikä antaa

poikkileikkaustutkimusta paremman kuvan lääkityksen yleisyydestä ja sen pituudesta. Pitkittäistutkimus mahdollisti myös toipumisen nopeuden tarkastelun. Tämä tutkimus antaa ajankohtaista tietoa masennuslääkkeiden käytöstä ja käytön pituudesta asiakkailla, jotka hakeutuvat psykoterapiaan masennuksen vuoksi.

BDI on paljon käytetty mittari masennuksen tunnistamisessa, ja sen reliabiliteetti on useissa tutkimuksissa osoitettu hyväksi (Beck ym., 1999; Canals ym., 2001). SCL-90 –mittarin validiteettia ja toimivuutta on tutkittu Suomessa, ja myös se on todettu hyväksi (Holi, Sammallahti & Aalberg, 1998). Myös GAF on todettu reliaabeliksi ja validiksi psyykkisen hyvinvoinnin mittariksi (Jones, Thornicroft, Coffey & Dunn, 1995). Nämä kaikki ovat kuitenkin itsearviointilomakkeita, jolloin arviointi on vain yksilön oma, subjektiivinen kokemus asiasta. Ongelmia voi aiheutua myös kysymysten ymmärtämisen sekä yksilöllisen vastaustyylin suhteen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2005).

Tutkimuksessa ongelmaksi muodostui aineiston pieni koko ja se, että monet muuttajat eivät olleet normaalisti jakautuneita. Tästä johtuen tutkimuksessa käytettiin suurimmaksi osaksi parametrittomia testejä, jotka eivät ole yhtä voimakkaita ja tehokkaita parametrisiin testeihin verrattuna (Metsämuuronen, 2004). Pieni aineisto ja parametrittomat menetelmät lisäävät sattuman mahdollisuutta, joten tulosten yleistettävyydessä tulee olla varovainen. Etenkin sairaanhoitopiirien välisiä vertailuja vaikeutti se, että Espoosta oli mukana vain muutama tapaus. Näin ollen sairaanhoitopiirien väliset vertailut jouduttiin toteuttamaan lähinnä Länsi-Pohjan ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirien välillä. Tämän tutkimuksen perusteella ei siis voida tehdä minkäänlaisia päätelmiä koskien masennuslääkkeiden käyttöä Espoossa. Myös aineistossa mukana olleet kolme ulkopuolista havaintoa vaikeuttivat tutkimustulosten analysointia ja tulkintaa, joten ne jäivät useista analyyseista ulkopuolelle. Pienen aineiston vuoksi näillä havainnoilla oli suuri vaikutus analyyseihin, ja analyyseiden tulokset vaihtelivat riippuen näiden havaintojen mukanaolosta.

Tutkimuksen aineisto on valikoitunut siinä mielessä, että kyseessä on masennuksen vuoksi psykoterapiaan hakeutuneita asiakkaita. Tämän tutkimuksen perusteella ei siis voida tehdä johtopäätöksiä siitä, kuinka paljon masentuneet todellisuudessa käyttävät masennuslääkkeitä, sillä vähemmistö masentuneista hakeutuu oireidensa vuoksi psykoterapiaan (Hämäläinen ym., 2008b). Saattaa olla, että tutkimukseen on valikoitunut masentuneita, joille lääkitys ei ole tuonut helpotusta oireisiin, tai joilla masennuksen taso on erityisen korkea. Ongelmaksi muodostui myös se, että tähän tutkimukseen osallistuneista asiakkaista lähes kaikki käyttivät masennuslääkkeitä jossain tutkimuksen toteuttamisen vaiheessa. Tämän vuoksi

mahdollisia eroja pelkän terapian ja yhdistelmähoidon välillä ei juuri voitu tarkastella. Myöskään pelkän masennuslääkityksen vaikutuksista ei tämän tutkimuksen perusteella voida tehdä johtopäätöksiä, sillä kaikki tutkimukseen osallistuneet saivat lääkityksen lisäksi myös psykoterapiaa. Tässä tutkimuksessa onkin enemmän kyse psykoterapian ja lääkehoidon yhdistämisestä masennuksen hoitomuotona.

Tutkimuksen perusteella nousi esiin muutamia jatkotutkimushaasteita. Tässä tutkimuksessa masennuslääkkeiden käyttöä tarkasteltiin lähinnä lääkityksen olemassaolon ja sen pituuden suhteen. Olisi kuitenkin mielenkiintoista vertailla myös masennuslääkkeiden annosmääriä sairaanhoitopiirien sekä masennuksesta toipuneiden ja ryhmän, jossa masennusoireet lisääntyivät, välillä. Tutkimuksessa havaittiin, että suuri osa pitäytyi samassa masennuslääkkeessä koko tutkimuksen ajan, vaikka masennusoireet eivät helpottaneet. Voi kuitenkin olla, että tähän reagoitiin muuttamalla lääkityksen annoskokoa, mutta näitä muutoksia ei tarkasteltu tässä tutkimuksessa. Kiinnostavaa olisi myös tarkastella, mitkä tekijät ovat yhteydessä siihen, että asiakas ei hyödy edes yhdistetystä lääkehoidosta ja psykoterapiasta. Samoin olisi mielenkiintoista verrata BDI-arvojen muutoksen suuruutta masennuslääkkeiden käyttöön. Tässä tutkimuksessa asiakkaan katsottiin toipuneen masennuksesta BDI-arvojen ollessa alle 10, ja esimerkiksi masennuksen uusiutumista tarkasteltiin vain BDI-arvojen perusteella. Yhteen mittariin tukeutuminen voi kuitenkin antaa liian yksipuolisen kuvan tilanteesta. Saattaa olla, että yksittäisten asiakkaiden BDI-arvoissa on tapahtunut hyvinkin suurta muutosta tutkimuksen toteuttamisen aikana, mutta pisteiden jäädessä yli kymmeneen ei näitä havaintoja ole luokiteltu toipuneisiin. Tämän aineiston ulkopuolelle jäävät masentuneet, jotka käyttävät masennuslääkkeitä, mutta eivät hakeudu oireidensa vuoksi terapiaan. Myös tämän ryhmän masennuslääkkeiden käytöstä olisi mielenkiintoista saada tietoa. Voi olla, että heille masennuslääkitys tarjoaa riittävästi apua oireiden helpottamiseen, eivätkä he siksi katso muuta hoitoa tarpeelliseksi.

4.2 Tutkimuksen yhteenveto ja sovellettavuus

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa masennuslääkityksen yleisyyttä, siihen liittyviä alueellisia eroja sekä masennuslääkityksen yhteyttä toipumisen nopeuteen. Masennuslääkityksen havaittiin olevan yleinen masennuksen hoitomuoto, sillä lähes kaikki tutkimukseen osallistuneista asiakkaista käyttivät masennuslääkkeitä tutkimuksen toteuttamisen aikana. Masennuslääkityksessä havaittiin kuitenkin olevan suuria alueellisia eroja. Tämän tutkimuksen perusteella vaikuttaa siltä, että Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä masennuslääkitys oli Länsi-

Pohjan sairaanhoitopiiriä yleisempi masennuksen hoitomuoto. Pohjois-Savossa myös masennuslääkityksen kesto oli vastaavasti pidempi Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiriin verrattuna. Kuitenkin keskimääräinen masennuksen tason lasku BDI-arvoilla mitattuna oli Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä Pohjois-Savoaa suurempi. Tutkimuksessa havaittiin myös, että masennuksesta toipuneet ja ryhmä, jossa masennuksen taso nousi tutkimuksen aikana, erosivat toisistaan masennuslääkkeiden käytön suhteen. Ryhmässä, jossa masennusoireet lisääntyivät, masennuslääkitys oli toipuneiden ryhmää yleisempää sekä kestoaltaan pidempää. Heillä oli myös enemmän lääkevaihtoja, ja etenkin yhtäaikaishoito oli tässä ryhmässä yleistä. Tutkimuksessa ilmeni myös, että psyykkiseen hyvinvointiin liittyvät tekijät selittivät masennuslääkitystä paremmin toipumisen nopeutta. Ainoa lääkitykseen liittyvä tekijä, jonka havaittiin olevan yhteydessä toipumisen nopeuteen, oli yhtäaikaishoito.

Tämän tutkimuksen tulokset antavat viitteitä siitä, että medikalisaation käsite ei välttämättä koske kaikkia sairaanhoitopiirejä. Tulokset osoittavat, että masennusta on mahdollista hoitaa myös ilman lääkitystä, sekä lyhentämällä masennuslääkityksen pituutta. Tämä edellyttää kuitenkin sitä, että masentuneen psyykinen hyvinvointi ei ole vielä ehtinyt romahtaa liian huonoksi ennen hoidon aloittamista. Käytännössä huomiota tulisikin kiinnittää hoidon nopeaan aloittamiseen, jolloin myös toipumisen todennäköisyys on suurempi ja toipumisen kesto vastaavasti lyhempi. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä toteutettava kriisiperustainen hoitomuoto on hyvä esimerkki siitä, kuinka suuri merkitys hoidon nopealla aloittamisella voi olla toipumisen kannalta. Tärkeää on myös pyrkiä ajoissa tunnistamaan henkilöt, joille edes yhdistetty psykologinen ja lääkehoito ei tuo helpotusta masennukseen. Heidän kohdallaan hoitoa tulisi tarkastella kriittisesti ja mahdollisesti pyrkiä räätälöimään sitä uudelleen esimerkiksi masennuslääkitystä muuttamalla.

Käypä hoito (2009) suosituksen perusteella vaikuttaa siltä, että lääkeresistenttiä depressiota pyritään hoitamaan hyvin lääkepainotteisesti lääketyyppejä vaihtamalla tai lääkkeitä yhdistelemällä. Tämän suosituksen voidaan katsoa heijastuvan myös tähän tutkimukseen, sillä masennuksen hoito osoittautui hyvin lääkepainotteiseksi. Kuitenkin samaisessa suosituksessa todetaan, että eri lääkeryhmien välillä ei ole suuria eroja tehokkuudessa. Voidaankin kysyä, kuinka mielekästä on hoitaa lääkeresistenttiä depressiota lääkkeillä. Tulevaisuuden haasteeksi jääkin sellaisten hoitomuotojen kehittäminen, joista olisi apua myös asiakkaille, joille lääkehoito ei ole osoittautunut hyödylliseksi. Mikäli lääkitys ei tuota haluttua tulosta eikä psykoterapiastakaan ole hyötyä masennuksen hoidossa, voitaisiin ratkaisua lähteä etsimään esimerkiksi neuropsykologian alueelta.

5. Lähteet

Achté, K. ja Tamminen, T. (1993). Depressio ja sen hoito. Recallmed Oy.

Barbato, A. ja D'Avanzo, B. (2008). Efficacy of Couple Therapy as a Treatment for Depression: A Meta- Analysis. *Psychiatric Quarterly*, Vol. 79 (2), 121-132.

Beach, S. R. H., Whisman, M. A., ja O'Leary, K. D. (1994). Marital therapy for depression: Theoretical foundation, current status, and future directions. *Behavior Therapy*, 25, 345-371.

Beck, A. T , Steer, R. A., Ball, R. ja Ranieri, W. F. (1999). Comparison of Beck Depression Inventories- IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67, 588–597.

Brill, M. (2004). Antidepressants and Sexual Dysfunction. *Sexuality, Reproduction and Menopause*, 2, 35-40.

Canals J., Blade J., Carbajo G., & Domènech-Llaberia E. (2001). The Beck Depression Inventory: Psychometric Characteristics and Usefulness in Nonclinical Adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 63–68.

Cantrell, C., Eaddy, M., Shah, M., Regan, T. ja Sokol, M. (2006). Methods for Evaluating Patient Adherence to Antidepressant Therapy. A Real-World Comparison of Adherence and Economic Outcomes. *Medical Care*, 44, 300-303.

Chilvers, C. (2001). Antidepressant drugs and generic counselling for treatment of major depression in primary care: randomised trial with patient preference arms. *British Medical Journal*, 322, 1-5.

Conte, H.R., Plutchik, R., Wild, K. ja Karasu, T.B. (1986). Combined Psychotherapy and Pharmacotherapy for Depression. A Systematic Analysis of the Evidence. *Archives of General Psychiatry*, 43, 471-479.

Cordova, J. V. ja Gee, C. B. (2001). Couples therapy for depression: using healthy relationships to treat depression. Teoksessa Beach, S. R. H. (2001) (ed.). *Marital and Family Processes in Depression: A Scientific Foundation for Clinical Practice*, (pp. 185-204). Washington DC: American Psychological Association.

Cuijpers, P., van Straten, A., Warmerdam, L. ja Andersson, G. (2009). Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 26, 279-288.

Denton, W.H., Golden, R. N. ja Walsh, S. R. (2003). Depression, marital discord, and couple therapy. *Current Opinion in Psychiatry*, 16, 29-34.

Enäkoski, M. (2002). "Kun elämä satuttaa" Kokemuksia masennuksesta ja masennuslääkkeistä. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.

Friedman, A.S. (1975). Interaction of Drug Therapy with Marital Therapy in Depressive Patients. *Archives of General Psychiatry*, 32, 619-637.

Gotlib I.H., & Hammen C. L. (1992) *Psychological Aspects of Depression: Toward a Cognitive-Interpersonal Integration. The Wiley Series In Clinical Psychology*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd .

Haarakangas, K. (2002). Keroputaan malli: avoimen dialogin avulla, perheen ja verkoston kanssa. Teoksessa Haarakangas, K. Mielisairaala muuttuu. Keroputaan sairaalan kokemuksia psykiatrisen hoidon kehittämisessä: avoimen dialogin malli. Suomen Kuntaliitto.

Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. (2005). *Tutki ja kirjoita*, Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Holi, M. M., Sammallahti, P. R. ja Aalberg, V. A. (1998). A Finnish validation study of the SCL-90. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 42-46.

Hämäläinen, J., Isometsä, E., Sihvo, S., Kiviruusu, O., Pirkola, S. ja Lönnqvist, J. (2008a). Treatment of Major Depressive Disorder in the Finnish General Population. Research Article. *Depression and anxiety, 0 : 1-11.*

Hämäläinen, J., Isometsä, E., Sihvo, S., Pirkola, S. ja Kiviruusu, O. (2008b). Use of health services for major depressive and anxiety disorders in Finland. *Depression and Anxiety, 25, 27-37.*

Isometsä, E. (2007). Masennushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist J., Heikkinen M., Henrikson M., Marttunen M. & Partonen T. (toim.) *Psykiatria*. 5. uud. painos. s. 157-195. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Jones, S. H., Graham, T., Coffey, M. ja Dunn, G. (1995). A Brief Mental Health Outcome Scale. Reliability and Validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *British Journal of Psychiatry, 166, 654-659.*

Jonghe, F., Kool, S., van Aalst, G., Dekker, J. ja Peen, J. (2001). Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. *Journal of Affective Disorders, 64, 217-229.*

Kendrick, T., Peveler, R., Longworth, L., Baldwin, D., Moore, M., Chatwin, J., Thornett, A., Goddard, J., Campbell, M., Smith, H., Buxton, M. ja Thompson, C. (2006). Cost-effectiveness and cost-utility of tricyclic antidepressants, selective serotonin reuptake inhibitors and lofepramine. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 188, 337-345.*

Kramer, P. (1995). *Mielen muuttajat: miten masennuslääkkeet vaikuttavat.* Suom. Leena Nivala. WSOY, Helsinki.

Käypä hoito – suositus (2009). *Depressio*, lääkärisseura Duodecim, verkkolähde

Leff, J., Vearnals, S., Wolff, G. ja Alexander, B. (2000). The London Depression Intervention Trial. Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. *The British Journal of Psychiatry, 177, 95-100.*

Mead, D. E. (2002). Marital Distress, Co-occurring Depression, and Marital Therapy: a review. *Journal of Marital and Family Therapy*, Vol. 28, No. 3, 299-314.

Melartin, Tarja. (2004). Comorbidity, outcome and treatment of DSM-IV major depressive disorder in psychiatric care. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.

Metsämuuronen, Jari. (2004). *Pienten aineistojen analyysi, parametrittomien menetelmien perusteet ihmistieteissä*. Metodologia-sarja 9. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Molenaar, P.J., Dekker, J., Van, R., Hendriksen, M., Vink, A. ja Schoevers, R.A. (2007). Does Adding Psychotherapy to Pharmacotherapy Improve Social Functioning in the Treatment of Outpatient Depression? *Depression and Anxiety*, 24, 553-567.

Motejo-González, A.L., Llorca, G., Izquierdo, J.A., Ledesma, A., Bousoño, M., Calcedo, A., Carrasco, J.L., Ciudad, J., Daniel, E., De La Gandara, J., Derecho, J., Franco, M., Gomez, M.J., Macias, J.A., Martin, T., Perez, V., Sanchez, J.M, Sanchez, S. ja Vicens, E. (1997). SSRI-induced sexual dysfunction: fluoxetine, paroxetine, sertraline, and fluvoxamine in a prospective, multicenter, and descriptive clinical study of 344 patients. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 23, 176-194.

Mundt, J., Clarke, G.N., Burroughs, D., Brennen, D.O. ja Griest, J.H. (2001). Effectiveness of Antidepressant Pharmacotherapy: The Impact of Medication Compliance and Patient Education. *Depression and anxiety*, 13, 1-10.

NICE (2007). Depression. Management of Depression in Primary and Secondary Care. National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical Guideline.

Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., Kupelnick, B. ja Munizza, C. (2004). Combined Pharmacotherapy and Psychological Treatment for Depression. A systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 61, 714-719.

Partonen, T. (2007). Biologiset hoidot. Teoksessa Lönnqvist J., Heikkinen M., Henrikson M., Marttunen M. ja Partonen T. (toim.) *Psykiatria*. 5. uud. painos. s. 703-740. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Reseland S, Bray I, ja Gunnell D. (2006). Relationship between antidepressant sales and secular trends in suicides in the Nordic countries. *British Journal of Psychiatry*, 188:354–358.

Saarinen, P., Viinamäki, H., Helminen, A., Kaitokari, P., Pajula, J., Penttinen, J., Savolainen, K. ja Lehtonen, J. (2007). Parantaako prosessiorganisaatio mielenterveyspalveluja? Kuopion kokemukset ovat myönteisiä. *Suomen Lääkärilehti*, 45 (62), 4237-41.

Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holma, J., Rasinkangas, A. ja Lehtinen, V. (2003). Open Dialogue Approach: Treatment Principles and Preliminary Results of a Two-year Follow-up on First Episode Schizophrenia. *Ethical and Human Sciences and Services*, 5(3), 163-182.

Suomen Lääkelaitos (2008). Lääkemyyntirekisteri.

Thase, M. E. (1997). Integrating Psychotherapy and Pharmacotherapy for Treatment of Major Depressive Disorder. Current Status and Future Considerations. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6, 300-306.

The Agency for Health Care Policy and Research. (1993). Treatment of Major Depression, Volume 2. Clinical Practice Guideline Number 5.

Wahlbeck, K. (2005). Mielenterveyspalvelut. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Stakes, 2005.

Whisman, M. A. (2001). The association between depression and marital dissatisfaction. Teoksessa S. R. H. Beach (toim.), *Marital and family processes in depression*, (s.3–23).

Whisman, M.A. ja O’Leary, K.D. (1994). Marital Therapy for Depression. *Behavior Therapy*, 25, 345-371.

Whisman, M. A ja Uebelacker, L. A. (1999). Integrating Couple Therapy With Individual Therapies and Antidepressant Medications in the Treatment of Depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 415-429.

Voipio, T., & Paakkari, P. (2007). Masennuslääkkeiden kulutuksesta. *Tabu*, 6, 31-33.

LIITTEET

LIITE 1: Beck Depression Inventory (BDI)

NIMI:	PÄIVÄYS:	BDI
-------	----------	------------

OHJE: Alla on joukko väittämiä, jotka käsittelevät mielialan erilaisia piirteitä. Lue ensin kaikki yhden lauseryhmän väittämät. Valitse jokaisesta ryhmästä (1-21) se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa sitä, millaiseksi tunnet itsesi tällä hetkellä. Rengasta valitsemasi vaihtoehdon edessä oleva numero. Valitse vain yksi väittämä joka ryhmästä. Varmista, että olet vastannut jokaiseen kohtaan.

1. 0 En ole surullinen.
1 Olen surullinen.
2 Olen aina alakuloinen ja surullinen, enkä pääse tästä mielialasta eroon.
3 Olen niin onneton, että en enää kestä.
2. 0 Tulevaisuus ei erityisesti pelota minua.
1 Tulevaisuus pelottaa minua.
2 Tunnen, että tulevaisuudella ei ole minulle mitään tarjottavana.
3 Tunnen, että tulevaisuus on toivoton, enkä usko asioiden tästä paranevan.
3. 0 En tunne epäonnistuneeni.
1 Uskon epäonnistuneeni useammin kuin muut ihmiset.
2 Menneisytydessä näen vain sarjan epäonnistumisia.
3 Tunnen olevani täysin epäonnistunut ihmisenä.
4. 0 Asiat tuottavat minulle tyydytystä kuten ennenkin.
1 En osaa nauttia asioista samalla tavalla kuin ennen.
2 En saa todellista tyydytystä enää mistään.
3 Olen tyytymätön ja kyllästynyt kaikkeen.
5. 0 Minulle ei ole erityisiä syyllisyyden tunteita.
1 Minulla on usein syyllinen olo.
2 Tunnen melkoista syyllisyyttä suurimman osan ajasta.
3 Tunnen jatkuvasti syyllisyyttä.
6. 0 En koe, että minua rangaistaan.
1 Uskon, että minua saatetaan rangaista.
2 Odotan, että minua rangaistaan.
3 Tunnen, että minua rangaistaan.
7. 0 En ole pettynyt itseäni.
1 Olen pettynyt itseäni.
2 Inhoan itseäni.
3 Vihaan itseäni.
8. 0 Tunnen olevani yhtä hyvä kuin kuka tahansa muu.
1 Arvostelen heikkouksiani ja virheitäni.
2 Moitin itseäni virheistä.
3 Moitin itseäni kaikesta, mikä menee pieleen.
9. 0 En ole ajatellut tappaa itseäni.
1 Olen ajatellut itseni tappamista, mutten kuitenkaan tee niin.
2 Haluaisin tappaa itseni.
3 Tappaisin itseni, jos siihen olisi tilaisuus.
10. 0 En itke tavallista enempää.
1 Itken nykyisin enemmän kuin ennen.
2 Itken nykyisin aina.
3 Kykenin ennen itkemään, mutta nyt en pysty, vaikka haluaisinkin.

11. 0 En ole sen ärtyneempi kuin yleensäkkään.
1 Ärsynnyn nykyään helpommin kuin ennen.
2 Tunnen itseni ärtyneeksi koko ajan.
3 Asiat, jotka ennen raivostuttivat minua, eivät liikuta minua enää lainkaan.
12. 0 Olen kiinnostunut muista ihmisistä.
1 Muut ihmiset kiinnostavat minua nykyään vähemmän kuin aikaisemmin.
2 Kiinnostukseni ja tunteeni muita ihmisiä kohtaan ovat miltei kadonneet.
3 Olen menettänyt kaiken kiinnostukseni muihin ihmisiin.
13. 0 Pystyn tekemään päätöksiä kuten aina ennenkin.
1 Lykkään päätösten tekoa useammin kuin ennen.
2 Minun on hyvin vaikea tehdä päätöksiä.
3 En pysty enää lainkaan tekemään päätöksiä.
14. 0 Mielestäni ulkonäköni ei ole muuttunut.
1 Pelkään, että näytän vanhalta ja vähemmän viehättävältä.
2 Ulkonäkössäni on tapahtunut pysyviä muutoksia ja niiden takia näytän epämiellyttävältä.
3 Uskon olevani ruma.
15. 0 Työkykyäni on pysynyt suunnilleen ennallaan.
1 Työn aloittaminen vaatii minulta ylimääräisiä ponnistuksia.
2 Voidakseni tehdä jotakin minun on suorastaan pakotettava itseni siihen.
3 En kykene lainkaan tekemään työtä.
16. 0 Nukun yhtä hyvin kuin ennenkin.
1 En nuku yhtä hyvin kuin ennen.
2 Herään nykyisin 1-2 tuntia liian aikaisin, ja minun on vaikea päästä uudelleen uneen.
3 Herään useita tunteja aikaisemmin kuin ennen, enkä pääse uudelleen uneen.
17. 0 En väsy sen nopeammin kuin tavallisesti.
1 Väsyn nopeammin kuin tavallisesti.
2 Väsyn lähes tyhjästä.
3 Olen liian väsynyt tehdäkseen mitään.
18. 0 Ruokahaluni on ennallaan.
1 Ruokahaluni ei ole niin hyvä kuin ennen.
2 Ruokahaluni on nyt paljon huonompi.
3 Minulla ei ole enää lainkaan ruokahalua.
19. 0 Painoni on pysynyt viime aikoina ennallaan.
1 Olen laihtunut yli 3 kiloa.
2 Olen laihtunut yli 5 kiloa.
3 Olen laihtunut yli 8 kiloa.
- Yritän tarkoituksellisesti pudottaa painoani syömällä vähemmän.
Kyllä Ei
20. 0 En ole huolissani terveydestäni sen enempää kuin tavallisestikaan.
1 Olen huolissani ruumiini vaivoista: särystä, kivusta, vatsavaivoista tai ummetuksesta.
2 Olen huolissani ruumiini vaivoista ja minun on vaikea ajatella muita asioita.
3 Olen niin huolissani ruumiini vaivoista, etten pysty ajattelemaan mitään muuta.
21. 0 Kiinnostukseni seksiin on pysynyt ennallaan.
1 Kiinnostukseni seksiin on vähentynyt.
2 Kiinnostukseni seksiin on huomattavasti väheisempää kuin ennen.
3 Olen kokonaan menettänyt kiinnostukseni seksiin.

BDI

LIITE 2: Global Assessment of Functioning (GAF) –asteikko

AIKUISPOTILAAN, YLI 18-VUOTIAAN PSYKKISEN TILAN ARVIOINTI GAF -ASTEIKKOLA

Arviointi kohdistuu psykologiseen, sosiaaliseen ja ammatilliseen toimintaan mielenterveyden häiriön oletetun keston aikana. Älä sisällytä arvioon fyysisten tai ympäristön asettamien rajoitusten aiheuttamaa vajavaisuutta. Kaikkia lukuja 0 -100 voidaan käyttää.

- 100 -91** Erinomainen toimintakyky monilla elämänalueilla, elämä on aina hallinnassa, yksilö on suosittu monien myönteisten ominaisuuksiensa vuoksi. Ei oireita.
- 90 -81** Ei oireita tai aivan vähäisiä oireita (esim. koejännitys), hyvä toimintakyky kaikilla elämän alueilla, harrastaa useita asioita, toimii sosiaalisesti, on yleensä tyytyväinen elämään, ei muita kuin tavallisia ongelmia ja huolia (esim. satunnaisia riitoja perheen kanssa).
- 80 -71** Mikäli oireita esiintyy, ne ovat lyhytaikaisia ja odotettavissa olevia reaktioita psykososiaalisiin stressitekijöihin (esim. keskittymisvaikeudet perheidän jälkeen); vain vähäistä huononemista sosiaalisessa toiminnassa, työelämässä tai opiskelussa (esim. väliaikainen jälkeen jääminen koulutyössä).
- 70 -61** Joitakin lieviä oireita (esim. masentuneisuus tai lievä unettomuus) tai jonkin verran vaikeuksia sosiaalisessa toiminnassa, työelämässä tai opiskelussa (esim. satunnainen pinnaaminen tai näpistys kotona), mutta yleensä yksilö toimii melko hyvin ja hänellä on joitain tärkeitä ihmissuhteita.
- 60 -51** Keski vaikeita oireita (esim. laimeat tunnereaktiot tai puheen seikkaperäisyys, satunnaiset paniikkikohtaukset) tai keskitasoisia vaikeuksia sosiaalisessa toiminnassa, työelämässä tai opiskelussa (esim. vähän ystäviä, ristiriitoja työtovereiden kanssa).
- 50 -41** Vakavia oireita (esim. itsemurha-ajatukset, vakavat pakonomaiset rituaalit, toistuva näpistely) tai jonkinlainen vakava huononeminen sosiaalisessa toiminnassa, työelämässä tai opiskelussa (esim. ei ystäviä, kykenemätön pitämään työpaikkaa).
- 40 -31** Huonontunut todellisuudentaju tai kommunikointi (esim. puhe ajoittain epäloogista, outoa tai tilanteeseen sopimatonta) tai vakavaa huononemista useilla elämänalueilla, kuten koulussa tai työssä, perhesuhteissa, arvostelukyvyssä, ajattelussa tai mielialassa (esim. masentunut mies välttelee ystäviä, laiminlyö perhettään eikä kykene työhön; lapsi lyö usein nuorempiaan, on uhmakas kotona ja epäonnistuu koulussa).
- 30 -21** Aistiharhat tai harhaluulot vaikuttavat selvästi käyttäytymiseen tai kommunikaatio tai arviointikyky on vakavasti huonontunut (esim. joskus sekava, käyttäytyy tilanteisiin hyvin huonosti sopivalla tavalla, itsemurhahakuinen) tai on toimintakyvytön lähes kaikilla elämänalueilla (esim. koko päivän vuoteessa, ei työtä, kotia tai ystäviä).
- 20 -11** Aiheuttaa jonkin verran vaaraa itselleen tai muille (esim. ei kovin määrätietoisia itsemurhayrityksiä; usein väkivaltainen; maanisesti jännittynyt) tai ei ajoittain huolehdi vähimmäishygieniastaan (esim. törrii ulosteilla) tai hyvin vakavasti huonontunut kommunikointi (esim. hyvin sekava tai puhumaton).
- 10 -1** Jatkuvasti vaarallinen itselleen tai muille (esim. toistuva väkivalta) tai jatkuva kyvyttömyys huolehtia vähimmäishygieniasta tai hyvin määrätietoinen itsemurhayritys.
- 0** Tiedot riittämättömät

LIITE 3: Symptom Checklist-90 (SCL-90)

1

SCL – LOMAKE

Seuraavilla sivuilla on esitetty luettelo ongelmista ja vaivoista, joita ihmisillä esiintyy ajoittain. Luettuanne kunkin kysymyksen huolellisesti, merkitkää ympäröimällä vastausvaihtoehto, joka parhaiten kuvaa sitä, kuinka paljon kyseinen asia on viimeisen kuukauden aikana vaivannut tai ahdistanut teitä.

MISSÄ MÄÄRIN TEITÄ ON VIIMEISEN KUUKAUDEN AIKANA VAIVANNUT?

	Ei lainkaan	Melko vähän	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
1. Päänsärky.....	1	2	3	4	5
2. Hermostuneisuus tai sisäinen rauhattomuus	1	2	3	4	5
3. Ajatukset, sanat tai mielikuvat, joita ette saa mielestänne.....	1	2	3	4	5
4. Heikotuksen ja huimauksen tunne.....	1	2	3	4	5
5. Seksuaalisen mielenkiinnon tai nautinnon tunteen väheneminen.....	1	2	3	4	5
6. Toisia kohtaan tuntemanne arvostelunhalu	1	2	3	4	5
7. Ajatus, että joku voi säädellä ajatuksianne	1	2	3	4	5
8. Tunne siitä, että muut ovat syyppäitä useimpiin vaikeuksiinne.....	1	2	3	4	5
9. Vaikeus muistaa asioita.....	1	2	3	4	5
10. Pelko, että olette huolimaton ja piittaamaton	1	2	3	4	5
11. Tunne, että ärsyynnytte tai suututte helposti	1	2	3	4	5
12. Sydän- tai rintakivut.....	1	2	3	4	5
13. Pelon tunne avoimilla paikoilla tai kadulla	1	2	3	4	5
14. Tarmokkuuden puuttuminen tai väheneminen	1	2	3	4	5
15. Ajatukset elämänne lopettamisesta.....	1	2	3	4	5
16. Se, että kuulette ääniä, joita muut eivät kuule	1	2	3	4	5
17. Vapina.....	1	2	3	4	5

12

	Ei lainkaan	Melko vähän	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
18. Tunne, ettei useimpiin ihmisiin voi luottaa	1	2	3	4	5
19. Huono ruokahalu.....	1	2	3	4	5
20. Itkuherkkyys.....	1	2	3	4	5
21. Ujous tai vaivautuneisuus vastakkaisen sukupuolen seurassa.....	1	2	3	4	5
22. Tunne, että olette umpikujassa tai loukussa	1	2	3	4	5
23. Pelästyminen äkillisesti ilman mitään syytä	1	2	3	4	5
24. Tunteenpurkaukset, joita ette pysty hillitsemään	1	2	3	4	5
25. Se, että pelkäätte lähteä yksin ulos kotoa	1	2	3	4	5
26. Itsesyytökset.....	1	2	3	4	5
27. Kivut ristiselässä.....	1	2	3	4	5
28. Tunne, että olette lukossa ettekä saa asioita hoidetuksi.....	1	2	3	4	5
29. Yksinäisyys.....	1	2	3	4	5
30. Alakuloisuus.....	1	2	3	4	5
31. Liika asioiden murehtiminen.....	1	2	3	4	5
32. Kiinnostuksen puute lähes kaikkeen.....	1	2	3	4	5
33. Pelokkuus.....	1	2	3	4	5
34. Se, että loukkaannutte helposti.....	1	2	3	4	5
35. Se, että toiset ihmiset ovat tietoisia yksityisistä ajatuksistanne	1	2	3	4	5
36. Tunne, että muut ihmiset eivät ymmärrä Teitä tai eivät tunne myötätuntoa Teitä kohtaan.....	1	2	3	4	5
37. Tunne, että ihmiset ovat epäystävällisiä tai eivät pidä Teistä.....	1	2	3	4	5

	Ei lainkaan	Melko vähän	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
38. Se, että joudutte tekemään asiat hyvin hitaasti välttääksenne virheitä.....	1	2	3	4	5
39. Sydämentykytykset tai -jyskytykset.....	1	2	3	4	5
40. Pahoinvointi ja vatsavaivat.....	1	2	3	4	5
41. Huonommuudentunne.....	1	2	3	4	5
42. Lihassäryt.....	1	2	3	4	5
43. Tunne, että teitä tarkkaillaan tai Teistä puhutaan	1	2	3	4	5
44. Unensaantivaikeudet.....	1	2	3	4	5
45. Tarve tarkistaa kerran tai useammin se mitä teette	1	2	3	4	5
46. Vaikeus tehdä päätöksiä.....	1	2	3	4	5
47. Se, että pelkäätte matkustaa bussissa, metrossa tai junassa.....	1	2	3	4	5
48. Hengenahdistus.....	1	2	3	4	5
49. Kuumat tai kylmät aallot.....	1	2	3	4	5
50. Se, että joudutte välttelemään tiettyjä asioita, paikkoja tai toimintoja, koska ne pelottavat teitä	1	2	3	4	5
51. Muisti- tai ajatuskatkokset.....	1	2	3	4	5
52. Puutumisen tai pistelyn jossakin ruumiinosassa..	1	2	3	4	5
53. Palantunne kurkussa.....	1	2	3	4	5
54. Toivottomuus tulevaisuuden suhteen.....	1	2	3	4	5
55. Keskittymisvaikeudet.....	1	2	3	4	5
56. Heikkouden tunne jossakin ruumiinosassa.....	1	2	3	4	5
57. Jännittyneisyys tai kiihtyneisyys.....	1	2	3	4	5
58. Painon tunne käsissä tai jaloissa.....	1	2	3	4	5
59. Ajatukset kuolemasta tai kuolemisenesta.....	1	2	3	4	5

	Ei lainkaan	Melko vähän	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
60. Ylensyöminen.....	1	2	3	4	5
61. Vaivautuneisuus toisten puhuessa Teistä tai katsellessa Teitä.....	1	2	3	4	5
62. Tunne ajatuksista, jotka eivät ole omianne.....	1	2	3	4	5
63. Halu lyödä tai muuten vahingoittaa jotakuta.....	1	2	3	4	5
64. Se, että heräätte aikaisin aamulla ettekä enää saa unta.....	1	2	3	4	5
65. Sisäinen pakko toistaa jotain toimintaa..... (esim. koskettaminen, laskeminen, peseminen)	1	2	3	4	5
66. Levoton ja katkonainen uni.....	1	2	3	4	5
67. Pakonomainen halu rikkoa tai paiskoa esineitä	1	2	3	4	5
68. Ajatukset tai uskomukset, joita muut eivät ymmärrä.....	1	2	3	4	5
69. Häiritsevä tietoisuus omasta olemisesta toisten ihmisten seurassa.....	1	2	3	4	5
70. Epämukavuuden tunne ollessanne ihmisten keskellä esim. kaupoissa, elokuvissa tms.....	1	2	3	4	5
71. Tunne, että koko elämä on jatkuvaa ponnistelua	1	2	3	4	5
72. Pelon tai pakokauhun puuskat	1	2	3	4	5
73. Epämukavuuden tunne ollessanne aterioimassa tai kahvilla julkisilla paikoilla.....	1	2	3	4	5
74. Joutuminen usein väittelyihin.....	1	2	3	4	5
75. Hermostuneisuus jäädessänne yksin.....	1	2	3	4	5
76. Tunne, etteivät toiset anna tarpeeksi arvoa saavutuksillenne.....	1	2	3	4	5
77. Yksinäisyyden tunne silloinkin, kun olette toisten seurassa.....	1	2	3	4	5

	Ei lainkaan	Melko vähän	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
78. Levottomuuden tunne, joka estää rauhassa istumisenkin.....	1	2	3	4	5
79. Arvottomuuden tunteet.....	1	2	3	4	5
80. Tunne, että tutut asiat ovat outoja tai epätodellisia	1	2	3	4	5
81. Halu huutaa tai heitellä esineitä.....	1	2	3	4	5
82. Pelko, että pyörtyisitte yleisellä paikalla.....	1	2	3	4	5
83. Tunne, että ihmiset yrittävät hyötyä kustannuksellanne, jos annatte siihen tilaisuuden	1	2	3	4	5
84. Seksuaalisuutta koskevat häiritsevät ajatukset	1	2	3	4	5
85. Ajatus, että Teitä pitäisi rangaista synneistä.....	1	2	3	4	5
86. Tunne, että Teitä painostetaan tekemään tehtävänne.....	1	2	3	4	5
87. Tunne, että jotakin on vakavasti vialla ruumiissanne.....	1	2	3	4	5
88. Tunne, ettette ole koskaan ollut läheinen kenenkään kanssa.....	1	2	3	4	5
89. Syyllisyydentunteet.....	1	2	3	4	5
90. Tunne, että ”päässäni on jotain vikaa”.....	1	2	3	4	5

Tarkistaisitteko vielä ystävällisesti, että olette muistanut vastata jokaiseen kysymykseen.

KIITOS VAIVANNÄÖESTÄNNE!