

MASENNUKSEN PSYKOTERAPEUTTINEN HOITO

Joonas Turunen

Tutkielma

Lääketieteen koulutusohjelma

Itä-Suomen yliopisto

Terveystieteiden tiedekunta

Lääketieteen laitos / Psykiatria

Elokuu 2014

Kiehi hyväksytty 2.10.2014

Pekka Järvelin

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO

Terveystieteiden tiedekunta

Lääketieteen koulutusohjelma

TURUNEN, JOONAS J.: Masennuksen psykoterapeuttinen hoito

Opinnäytetutkielma, 37 sivua

Opinnäytetyön ohjaaja: dosentti Soili Lehto

Elokuu 2014

Avainsanat: kognitiivinen psykoterapia, interpersonaalinen psykoterapia, psykodynaaminen psykoterapia, supportiivinen psykoterapia, perhe- ja pariterapia, masennus

Tässä kirjallisuuskatsauksessa käsitellään erilaisia psykoterapian muotoja masennuksen hoitokeinoina. Tutkimusjulkaisujen kohteina olevia psykoterapiamuotoja ovat kognitiivis-behavioraalinen, interpersonaalinen, ratkaisukeskeinen, perhe- ja pari sekä psykodynaaminen ja supportiivinen psykoterapia.

Psykoterapiat ovat tehokkaita masennuksen hoitomuotoja. Erityisesti lieväoireisesta masennuksesta kärsivän potilaan hoidoksi voi riittää pelkkä psykoterapia ilman lääkehoitoa. Kuitenkin erityisesti keskivaikeasta ja vaikeasta masennuksesta kärsivät potilaat tarvitsevat psykoterapian ohella lääkehoitoa. Psykoterapiat ovat tehokkaita masennuksen hoitoja kaikissa ikäryhmissä, ja erityisesti kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian on havaittu olevan hyvään näyttöön perustuva masennuksen hoitomuoto.

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND

Faculty of health sciences

School of medicine

TURUNEN, JOONAS: Psychotherapeutic treatment of depression

Thesis, 37 pages

Tutors: Docent Soili Lehto

August 2014

Key words: cognitive psychotherapy, interpersonal psychotherapy, psychodynamic psychotherapy, supportive psychotherapy, family- and couples therapy, depression.

This literature review focuses on psychotherapies as a treatment for depression. The reviewed psychotherapy approaches are cognitive psychotherapy, interpersonal psychotherapy, problem solving psychotherapy, family- and couples therapy, psychodynamic psychotherapy and supportive psychotherapy.

Psychotherapies are effective treatments for depression. For example patients suffering from mild depression may be successfully treated only by psychotherapy. However, patients suffering from moderate to severe depression need medical treatment and psychotherapy at the same time. Psychotherapies are effective treatments for depression in all age groups. In particular cognitive-behavioral psychotherapy has been shown to be a good evidence-based treatment for depression.

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO	5
2. MASENNUS	7
2.1 Masennuksen oirekuva	7
2.2 Masennuksen epidemiologia	8
2.3 Masennuksen diagnostiikka	8
2.3 Lääkkeellinen hoito	9
2.4 Lääkkeetön hoito	12
3. PSYKOTERAPIAT	14
3.1 Kognitiivis-behavioraalinen terapia.....	14
3.2 Interpersonaalinen terapia.....	15
3.3 Ratkaisukeskeinen terapia	16
3.4 Perhe- ja pariterapia.....	17
3.5 Psykodynaaminen psykoterapia	18
3.6 Supporttiivinen psykoterapia	19
4. PSYKOTERAPIA ERITYISRYHMILLÄ.....	21
4.1 Psykoterapia ikääntyneillä.....	21
4.2 Psykoterapia nuorilla	22
5. MIKÄ PSYKOTERAPIASSA AUTTAA?.....	24
6. POHDINTA.....	26
LÄHTEET	28

1. JOHDANTO

Masennus on merkittävä kansanterveydellinen ongelma, jonka hyvä hoito on tärkeää niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin (Käypä hoito 2013). Masennustiloja on eriasteisia. Ne ovat oirekuvaltaan erityyppisiä, ja vuosittain niistä kärsii noin 5 % väestöstä (Käypä hoito 2013). Masennus heikentää elämänlaatua, mutta yleensä toiminta- ja työkyky palautuu toipumisen jälkeen. Nykyään yhä useammat ihmiset joutuvat jäämään sairauseläkkeelle erilaisten masennustilojen vuoksi (Käypä hoito 2013). Potilaan sukupuolen, perimän, lapsuudenkokemusten, persoonaan liittyvien tekijöiden ja sosiaalisten olosuhteiden on havaittu liittyvän potilaan riskiin sairastua masennukseen (Nuechterlein ja Dawson 1984; The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010). Erotusdiagnoosiikka esimerkiksi kaksisuuntaisen mielialahäiriön kanssa on tärkeää (Käypä hoito 2013).

Yleisimmin masennusta hoidetaan psykoterapioilla ja lääkkeillä. Joidenkin potilaiden on havaittu hyötyvän myös elämäntapamuutoksista, kuten liikunnan lisäämisestä. Liikunnallisten harjoitteiden on todettu lieventävän masennuksen oireita (Mead ym. 2009). Lääkehoidon merkityksen masennuksen hoidossa on todettu korostuvan, mitä vakavammasta masennuksesta potilas kärsii (Käypä hoito 2013).

Masennuslääkkeiden ja psykoterapioiden lisäksi on olemassa myös muita hoitomuotoja, kuten sähköhoito tai kirkasvalohoito (etenkin kaamosmasennuksessa) (Käypä hoito 2013). Transkraniaalinen magneettistimulaatiohoito vaikuttaa nykyisen tutkimustiedon valossa tehokkaalta hoitokeinolta masennusoireiden lievittämisessä (Martin ym. 2002). Erilaisten varsinaisten hoitomuotojen ohella masennuksen hoitoon kuuluu myös sairastuneen henkilökohtaisen elämäntilanteen selvittäminen ja psykososiaalisen tuen antaminen (Käypä hoito 2013).

Masennuksen hoidossa on tärkeää selvittää potilaan mahdolliset itsetuhoiset ajatukset ja niistä tulisi aina kysyä potilaalta (Käypä hoito 2013). Tärkeää on huomata myös masennukseen liittyvä monihäiriöisyys. Esimerkiksi monet ahdistuneisuushäiriöt esiintyvät usein yhtä aikaa masennuksen kanssa (Aina ja Susman 2006). Tässä tutkielmassa käsitellään masennuksen hoitoa painottuen erilaisiin psykoterapian muotoihin. Lisäksi käsitellään hieman masennuksen lääkehoitoa sekä psykoterapioiden vaikutuksen neurokemiallista taustaa.

Lähteenä käytetyt artikkelit on kerätty PubMed-tietokannasta, Cochrane-kirjastosta, englantilaisesta NICE-hoitosuosituksesta sekä suomalaisesta masennuksen Käypä hoito -

suosituksesta. Tutkimukset käsitelivät masennuksen psykoterapeuttista hoitoa nuorilla, aikuispotilailla ja vanhuspotilailla.

2. MASENNUS

2.1 Masennuksen oirekuva

Masennus on sairaus, jonka oireita ovat esimerkiksi väsymys, aloitekyvyttömyys, mielihyvän menetys ja liiallinen huolehtiminen (Gupta 2009). Ahdistuneisuuden oireita on usein myös liitännäisinä varsinaisiin mielialaoireisiin (Gupta 2009). Yleisesti ottaen masennuksesta kärsivillä ihmisillä mieliala säilyy matalana läpi päivän ja on matala aamulla herätessä. Joillakin ihmisillä masennukseen kuuluu mielialan heittäly päivän aikana (Andrew ja Jenkins 1999; The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010). Masennuksen oireita ovat itkuherkkyys, ärtyisyys, sosiaalinen vetäytyneisyys ja erilaiset epämääräiset kivut (Gerber ym. 1992; The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010). Masennuspotilailla esiintyy usein seksuaalista haluttomuutta. Psykomotorinen kiihtyneisyys on myös yleistä. Masennuspotilailla esiintyy lisäksi unihäiriöitä ja muutoksia ruokahalussa. Keskittymis- ja huomiokyky alenevat ja pessimistiset ja kielteiset ajatukset hallitsevat ajattelua.

Masentunut kärsii usein perusteettomista syyllisyydentunteista ja toivoo itselleen rangaistusta. Itsetunto ja itseluottamus ovat monesti alentuneet ja mielessä voi olla kuolemaan liittyviä ajatuksia (Cassano ja Fava 2002; The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010).

Epätyypillisen masennuksen oirekuva on päinvastainen verrattain tyyppillisen masennuksen oirekuvaan. Epätyypillisen masennuksen oireita ovat esimerkiksi lisääntynyt ruokahalu, painonnousu ja lisääntynyt unentarve. Joissakin tapauksissa epätyypillisestä masennuksesta kärsivät myös korostuneesta hylätyksi tulemisen pelosta ihmissuhteissaan (Quitkin ym.1991; The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010).

Masennukseen liittyy myös vuorokausirytmien häiriöitä, kuten liian aikaiset aamuhäämöt. Lisäksi unen rakenteessa ja ruumiinlämmönvaihtelussa on havaittu muutoksia (Boyce ja Barriball 2010).

2.2 Masennuksen epidemiologia

Masennus on yleinen mielenterveyden häiriö. Maailmanlaajuisesti yli 350 miljoonaa kaikenikäistä ihmistä kärsii masennuksesta (World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. 10th revision, edition 2010. Geneva). Tutkimusarviot sen elinaikaisesta vallitsevuudesta vaihtelevat jonkin verran maittain. Sosioekonomisen aseman on myös havaittu korreloivan masennuksen esiintyvyyden kanssa (Kessler ja Bromet 2013). Masennuksella on korkea maailmanlaajuinen vallitsevuus sekä kehittyneissä maissa että kehitysmaissa. Masennus vaikuttaa syvästi potilaiden elämänlaatuun, mutta sillä on vaikutusta myös itsemurhariskiä sekä sydän- ja verisuonisairauksien riskiin (Lépine ja Briley 2011). On havaittu myös, että eri maiden välisillä kulttuurieroilla on merkitystä siinä, millä tavalla masennus ilmenee (Myrna ym. 1996). On huomattu, että tietyistä ruumiillisista sairauksista, kuten diabeteksesta, kärsivillä henkilöillä on muita suurempi riski sairastua masennukseen. Samanaikaissairastavuuden mekanismeja ei kuitenkaan vielä tunneta täsmällisesti (Tapash ja Cathy 2012). Masennuksen on katsottu olevan riskitekijä kroonisten sairauksien, kuten diabeteksen ja sydän- ja verisuonisairauksien, kehittymisen kannalta, ja sen on todettu vaikuttavan haitallisesti kroonisten sairauksien komplikaatioiden etenemiseen. Näyttöön perustuvien masennuksen hoidossa käytettävien terapioiden ja masennuksen lääkehoidon on kuitenkin havaittu olevan tehokkaita niillä potilailla, jotka kärsivät sekä masennuksesta että ruumiillisista liittännäissairauksista (Wayne 2011). On havaittu, että unettomuudesta kärsivillä ei-masentuneilla henkilöillä on kaksinkertainen riski sairastua masennukseen verrattuna ihmisiin, jotka eivät kärsi uniongelmista. Aikaisessa vaiheessa aloitettu unettomuuden hoito saattaa siis vähentää masennukseen sairastumisen riskiä yleisväestössä (Baglioni ym. 2011).

2.3 Masennuksen diagnostiikka

ICD-10-tautiluokituksessa masennus jaotellaan kolmeen eri ryhmään, jotka ovat lievä masennus, keskivaikea masennus ja vaikea masennus. Masennuksen tyypillisiä tai keskeisiä oireita

ovat madaltunut mieliala, mielihyvän ja nautinnon puute ja lisääntynyt väsyneisyys. Muita oireita ovat painon ja ruokahalun muutokset, uniongelmat, arvottomuuden tunteet, keskittymiskyvyn vaikeudet, itsetuhoiset ajatukset, itseluottamuksen puute, oman itsensä mitätöiminen ja psykomotorinen kiihtymys tai lamaannus. Diagnoosia tehtäessä oireiden tulee yleensä olla kestoaltaan vähintään 2 viikkoa (World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. 10th revision, edition 2010. Geneva).

Lievän masennuksen diagnoosiin tarvitaan kaksi pääkriteereistä ja ainakin kaksi lisäkriteeriä. Keskeistä oireita ja lisäksi liitännäisoireita niin, että oireita on yhteensä vähintään kuusi. Vaikeassa masennuksen diagnoosiin tarvitaan kaikki kolme keskeistä/tyypillistä masennusoiretta ja niiden lisäksi vähintään neljä muuta liitännäisoiretta, joista osa on vakavia (World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. 10th revision, edition 2010. Geneva).

2.3 Lääkkeellinen hoito

Katsausartikkelissa tarkasteltiin hoitosuosituksia, jotka käsittelevät masennuksen pitkäaikaista hoitoa masennuslääkkeillä. Tutkimukseen kerättiin yhteensä 13 masennuksen erilaista hoitolinjausta, joissa suositeltiin remission saavuttamisen jälkeistä jatkohoitoa masennuslääkityksillä kaikilla potilailla, myös perusterveydenhuollon potilailla. Ylläpitohoitoa suositeltiin niille potilaille, joiden masennus hoidon jälkeen oli jo kerran uusiutunut. Tutkimuksessa tarkasteltiin hoitosuosituksen lisäksi myös 804 erilaista artikkelitiivistelmää ja 27 täyttä artikkelia. Vain kaksi artikkelia puolsi sitä, että pitkäaikainen masennuslääkehoito on tehokasta perusterveydenhuollon potilailla, joilla on uusiutuva pitkäaikainen masennus (Piek ym. 2010).

Lääkehoito on tavallisin masennuksen hoitomuoto. Lääkehoidon teho lumeeseen verrattuna on kuitenkin kyseenalaistettu lievemmistä masennuksen muodoista kärsivillä potilailla (Fournier ym. 2010). Satunnaistetussa lume-kontrolloidussa tutkimuksessa arvioitiin masennuslääkityksen suhteellista etua lumeeseen verrattuna. Potilaat käyttivät kuuden viikon ajan joko masennuslääkettä tai lumelääkettä. Masennusoireiden arviointiin käytettiin Hamiltonin masennusasteikkoa (Hamilton Depression Rating Scale, HRDS). Masennuslääkkeen ja lume-

lääkkeen tehon todettiin vaihtelevan masennuksen vaikeusasteen mukaan. Niillä potilailla, joiden HRDS-pisteet jäivät alle kahdenkymmenenkolmen, todettiin lumelääkkeen ja masennuslääkkeen välisen tehoeron olevan merkityksettömän pieni. Masennuslääkityksen todettiin olevan lumelääkettä merkittävästi tehokkaampaa potilaan HRDS-pisteiden ollessa kaksikymmentäviisi tai enemmän. Masennuksen lääkehoidon merkitys siis korostuu vaikeampiasteisesta masennuksesta kärsivillä potilailla (Fournier ym. 2010).

Arviolta kaksi kolmesta masennuksen eri muodoista kärsivästä potilaasta saa jonkinlaisen vasteen masennuslääkehoidolle (Mottram ym. 2006). Vanhusten on todettu olevan erityisen herkkiä masennuslääkitysten haittavaikutuksille. Mottramin ja kumppaneiden (2006) tutkimuksessa tarkasteltiin eri masennuslääkkeiden luokkia ja niiden haittavaikutuksia erityisesti vanhuspotilailla ja iältään yli 55-vuotiailla potilailla. Tutkimuksessa vertailtiin vähintään kahden eri luokkiin kuuluvaa masennuslääkettä. Trisyklisen masennuslääkkeiden havaittiin olevan vähemmän tehokkaita verrattuna selektiivisiin serotoniinin takaisinoton estäjiin. Maha-suolikanavan haittavaikutusten riskin havaittiin olevan niillä suurempi. Trisyklisen masennuslääkkeiden ja selektiivisten serotoniinin takaisinoton estäjien huomattiin olevan yhtä tehokkaita masennuspotilaiden hoidossa, mutta haittavaikutusten vuoksi trisyklisen masennuslääkkeiden käyttö joudutaan keskeyttämään useammin kuin selektiivisten serotoniinin takaisinoton estäjien käyttö (Mottram ym. 2006).

Masennuslääkkeitä on myös verrattu lääkkeisiin, jotka sisältävät masennuslääkkeiden sivuvaikutuksia matkivia ainesosia. Kun tätä aihetta käsittelevät CCDANCTR (Cochrane Collaboration Depression, Anxiety and Neurosis Controlled Trials Register) -tutkimukset kerättiin, selvisi, että masennuslääkkeiden vaikutuksia voidaan yleisesti yliarvioida ja niiden lumevaikutuksia aliarvioida (Moncrieff ym. 2004).

Masennuspotilaat kärsivät usein myös ahdistuneisuushäiriöistä. Kun tarkasteltiin bentsodiatsepiinilääkityksen lisäämistä varsinaiseen masennuslääkehoitoon aikuispotilailla ja käytettiin verrokkihoitona pelkkää masennuslääkehoitoa, havaittiin, että merkittävästä ahdistuneisuudesta kärsivät potilaat saattavat hyötyä masennuslääkityksen ohella käytettävästä bentsodiatsepiinihoidosta. Samalla pitäisi kuitenkin myös pyrkiä minimoimaan bentsodiatsepiiniriippuvuusriski (Furukawa ym. 2001).

Masennuspotilaat ovat yleinen perusterveydenhuollon potilasryhmä. Tutkimuksessa vertailtiin perusterveydenhuollon masennuspotilaita, jotka saivat masennuslääkitystä (trisykliset masen-

nuslääkkeet ja selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät), potilaisiin, jotka saivat lumetta. Lopputuloksena voitiin todeta, että sekä trisykliset lääkkeet että selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät ovat tehokkaita masennuksen hoidossa perusterveydenhuollon potilailla. Trisyklisillä lääkkeillä todettiin tosin olevan enemmän haittavaikutuksia verrattuna selektiivisiin serotoniinin takaisinoton estäjiin (Arrol ym. 2009).

Satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa vertailtiin essitalopraamia muihin selektiivisesti serotoniinin takaisinottoa estäviin lääkkeisiin, trisyklisiin lääkkeisiin ja uudempiin masennuslääkkeisiin, kuten venlafaksiiniin, buprobioniin ja duloksetiiniin. Essitalopraamin todettiin olevan sitaloopraamia tehokkaampi akuutin hoitovasteen saavuttamisessa, kuin myös remission saavuttamisessa. Essitalopraamia käyttävät potilaat myös lopettivat hoidon epätodennäköisemmin kuin duloksetiinia käyttävät potilaat. Essitalopraamilla todettiin olevan tehoa masennuksen akuutin vaiheen hoidossa (Cipriani ym. 2009).

Agomelatiini on melatoniinianalogi, jolla on lyhytaikaistutkimuksissa osoitettu olevan tehoa masennuksen hoidossa päiväannoksella 25–50 mg. Agomelatiinin on havaittu olevan tehokkaan verrannollinen venlafaksiiniin, ja joissain tapauksissa sen on havaittu olevan tehokkaampi kuin sertraliini. Pitkäaikaistutkimukset ovat osoittaneet agomelatiinin olevan lumelääkettä tehokkaampi relapsien estäjä kymmenen kuukauden aikana. Agomelatiinilla on melko vähän haittavaikutuksia, ja sen on todettu myös parantavan unenlaatua ja vähentävän ahdistuneisuutta (Owen 2009).

Mäkikuisman (*hypericum perforatum*) käyttöä masennuspotilaiden hoidossa on myös tutkittu. Tietoa kerättiin yhteensä 29 eri tutkimuksesta, joissa oli yhteensä 5489 masennuspotilasta. Hoito kesti 4–12 viikkoa ja vertailtiin mäkikuismaalääkitystä joko lumeeseen tai vakiintuneeseen masennuslääkitykseen. Tutkimuksen yhteenvedona todettiin, että mäkikuisma-avalmisteet ovat masennuksen hoidossa tehokkaampia kuin lume ja vähintään yhtä tehokkaita kuin varsinaiset masennuslääkkeet (Linde ym. 2008).

Masennuspotilailla on todettu olevan paljon sydän- ja verisuonisairauksia. On saatu viitteitä siitä, että erityisesti kalasta peräisin olevilla omega-3-rasvahapoilla on paitsi sydämeen ja verisuonistoon vaikuttavia terveysetuja, myös mahdollista tehoa masennuksen hoidossa (Freeman 2009).

2.4 Lääkkeetön hoito

Toinen masennuksen vakiintuneista hoidoista lääkehoidon ohella on psykoterapia. Interpersonaalisen psykoterapian on havaittu olevan tehokas masennuksen hoitokeino (Huchzermeier ym. 2002). Myös kognitiivisen psykoterapian on todettu olevan vahvasti näyttöön perustuva masennuksen hoitovaihtoehto (Kuyken ym. 2007). Psykoterapioita käsitellään tarkemmin luvussa 3.

Transkraniaalisen magneettistimulaation on havaittu olevan tämänhetkisen tiedon valossa lupaava masennuksen hoitomuoto ja teholtaan lääkehoitoa vastaavaa, mutta se on yleensä vaikeasti saatavissa (Käypä hoito 2013). Hoitoon reagoimattomassa masennuksessa lääkehoidon on mahdollista yhdistää myös vagus-hermon stimulaatiohoito (Bottai 2008). Kirkasvalo-hoito on havaittu tehokkaaksi erityisesti kaamosmasennuksen hoidossa (Käypä hoito 2013).

Meta-analyysillä selviteltiin musiikkiterapian tehoa masennuksen hoitokeinona. Neljä viidestä tutkimuksesta puolsi sitä, että musiikkiterapia vähensi masennuksen oireita enemmän kuin masennuksen hoidossa käytettävät muut psykologiset terapiamuodot ja lääkkeellinen hoito. Viidennessä tutkimuksessa musiikkiterapiaa käytettiin aktiivisena kontrollina. Siinä musiikkiterapialla ei havaittu olevan merkittävämpää tehoeroa mielialaoireiden vähenemisessä kuin perinteisillä muilla psykologisilla terapiamuodoilla ja masennuksen lääkkeellisellä hoidolla (Maratos ym. 2008).

Liikunnan vaikutusta masennuksen hoitokeinona on tutkittu meta-analyysillä, joka vertaili sitä masennuksen hoidossa käytettäviin psykoterapioihin sekä lumelääkkeeseen. Käytettävissä olevan tiedon valossa todettiin, että liikunta saattaa parantaa masennuksen oireita, mutta sen todellisesta tehokkuudesta ei saatu täyttä varmuutta. Näytön mukaan vasta pidempiaikaisella liikunnalla on merkittävää tehoa masennusoireiden hoidossa (Mead ym. 2009). Masennuksen lääkkeettömänä hoitomenetelmänä on tutkittu erityisesti liikunnan aerobisia muotoja, kuten juoksua ja hölkkää (Biddle ym. 1994; The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010). On todettu, että ihmiset, jotka harrastavat liikuntaa säännöllisesti, saavat myös positiivista palautetta toisilta ihmisiltä ja näin ollen vahvistusta omanarvontunnon (Lepore 1997; The NICE guideline on the treatment and management

of depression in adults 2010). Liikunnan sosiaalinen ulottuvuus on tärkeää masennuspotilaille. Lisäksi liikunnan seurauksena elimistön endorfiini- ja monoamiinipitoisuudet nousevat ja hyvänolon tunne korostuu (Thoren ym. 1990; Leith 1994; TheNICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010).

Akupunktuuria on myös tutkittu masennuksen hoitomuotona. Vain harvoissa tapauksissa akupunktuurista todettiin olevan merkittävää hyötyä masennuksen hoidossa ja tällöinkin vain yhdistettynä masennuslääkitykseen. Pieni ryhmä masennuspotilaita, joilla masennus esiintyi yhtä aikaa jonkin toisen mielenterveyden häiriön kanssa, koki hyötyvänsä erityisesti manuaalisesta akupunktuurista verrattuna selektiivisiin serotoniinin takaisinoton estäjiin. Tutkimuksessa vertailtiin sähköistä akupunktuuria ja manuaalista akupunktuuria lääkehoitoon. Akupunktuurin eri muodoilla ei havaittu olevan merkittävää tehoa masennuksen hoidossa (Smith ym. 2010).

3. PSYKOTERAPIAT

3.1 Kognitiivis-behavioraalinen terapia

Kognitiivinen psykoterapia kehitettiin masennuksen hoitomuodoksi 1950-luvun aikana ja hyväksyttiin varsinaiseksi viralliseksi hoitokeinoksi 1970-luvun loppupuoliskolla (Beck 1997; The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010). Kognitiivinen malli havainnollistaa, kuinka masennuksesta kärsivät ihmiset kohdistavat itseensä omat negatiiviset ajatuksensa. Masentuneen mielessä koko ympäröivä maailma näyttyy negatiivissävyyteisesti. Kognitiivisen psykoterapian tavoitteena on antaa potilaille parempia työkaluja oman ajattelunsa tarkkailemiseen ja masennusta ylläpitävien kielteisten ajattelumallien tunnistamiseen. Terapiassa potilaat saavat myös ”kotitehtäviä”, joiden tarkoituksena on pyrkiä parantamaan potilaiden omaa käyttäytymistä ja ajattelumalleja (Beck 1997; The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010).

Kognitiivis-behavioraalinen ryhmäterapia on yksi kognitiivisen psykoterapian muoto. Se koostuu kahdestatoista noin kahden tunnin mittaisesta ryhmäistunnosta, joita on kahdeksan viikon aikana noin kaksi kertaa viikossa. Terapiamuoto pyrkii opettamaan potilaille keinoja selviytyä masennusoireilun taustalla olevien ongelmien kanssa. Se sisältää esimerkiksi sosiaalisten taitojen kohentamisen harjoittelua, kielteisten ajatusten tunnistamisen harjoittelua sekä rentoutumisharjoituksia (Lewinsohn ym. 1984 ja 1986; The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010).

Yksi kognitiivisen psykoterapian muoto on rationaalis-emotionaalinen terapia. Se on luonteeltaan lyhytaikaista ja potilaan nykyhetkeen kohdistettua, ja se pyrkii paljastamaan potilaan ajatusten välisiä suhteita sekä tunteita ja potilaan käyttäytymistä erilaisissa tilanteissa. Se antaa potilaille keinoja tulkita omaa ”vääristynyttä” ajattelua sekä tarkastella ja ratkaista oman tunne-elämän sekä käyttäytymisen ongelmia (Lewinsohn 1984 ja 1986; The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010).

Kognitiivis-behavioraalisen terapian tehoa on selvitelty muun muassa meta-analyysillä, jossa kysymyksenasetteluna oli, onko kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian tehoa yliarvioitu. Otokoko oli 117 ihmistä ja verrokkeina 175 ihmistä. Tutkimuksen yhteenvetona todettiin,

että kognitiivisen psykoterapian merkitystä masennuksen hoidossa on mahdollisesti yliarvioitu johtuen tutkimustulosten julkaisuun liittyvästä harhasta (Cuijpers ym. 2010).

Kirjallisuuskatsaus tarkasteli avainasioita kognitiivisen psykoterapian kehittämisessä kliiniseen käyttöön. Erityisesti akuutin masennuksen hoitomuotona kognitiivisen psykoterapian todettiin olevan tehokas. Suurimpia haasteita on räätälöidä terapia kunkin yksilöllisten tarpeiden mukaiseksi. Sen nopea saatavuus tulisi myös pystyä varmistamaan (Kuyken ym. 2007).

Informaatioteknologian käyttöä psykologisten hoitomuotojen apuvälineenä on tutkittu paljon, esimerkkinä informaatioteknologisista sovelluksista on auttava puhelin, jonka numeroon ihmiset voivat soittaa voidakseen keskustella henkilökohtaiseen elämäntilanteeseensa liittyvistä asioista ja ongelmista (Osgood-Hynes ym. 1998; The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010). Muihin psykoterapioihin verrattuna kognitiivisessa psykoterapiassa käytetään kaikista eniten apuvälineinä tietokoneita. Tietokoneiden avulla toteutettujen psykoterapiainterventioiden avulla on saatu samankaltaisia tuloksia kuin kasvokkain tapahtuvassa terapiassa (Selmi ym. 1990; The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010).

3.2 Interpersonaalinen terapia

Interpersonaalinen psykoterapia kehitettiin alun perin masennuksen hoitomuodoksi, mutta sitä on alettu soveltaa myös muiden mielenterveyden häiriöiden hoitamiseen (Weissman ym. 2000; The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010).

Interpersonaalinen psykoterapia on hyvä esimerkki näyttöön perustuvasta psykoterapiasta. Se on kehitetty 30 vuotta sitten ja sen on useissa tutkimuksissa havaittu olevan tehokas masennuksen hoitomuoto (Huchzermeier ym. 2002). Interpersonaalinen psykoterapiamuoto keskittyy potilaan menneisyyden sijasta potilaan nykyisiin ihmissuhteisiin. Verrattuna kognitiiviseen psykoterapiaan tarkastelun kohteina ovat kahdenväliset ihmissuhteet eivätkä potilaan omat mielensisäiset prosessit. Käytännön kannalta merkittävää terapiassa on auttaa potilasta tunnistamaan oma kulloinenkin mielialansa suhteessa toisiin. Tämä parhaimmillaan kehittää ihmissuhteita parempaan suuntaan ja helpottaa masennuksen oireita. Terapian alkuvaiheessa terapeutti ja asiakas sopivat tietyn avainalueen koskien potilaan ihmissuhteita ja mikäli tä-

mänkaltaista avainaluetta ei löydetä, on terapiaa mahdotonta toteuttaa. Interpersonaalista terapiaa voidaan toteuttaa sekä yksilö- että ryhmäterapiana (Wilfley ym. 2000; The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010).

Katsauksessa käytiin läpi interpersonaalisesta psykoterapiasta saatuja tutkimustuloksia ja yksi meta-analyysi. Tutkimuksessa vertailtiin interpersonaalista terapiaa kognitiiviseen terapiaan sekä tutkimuksiin, jotka vertailevat kognitiivista terapiaa yhdistettynä lääkehoitoon. Tämän tutkimuksen perusteella interpersonaalinen psykoterapia on masennuksen hoitomuotona todennäköisesti teholtaan samaa tasoa kuin muut masennuksen hoitomuodot (Parker ym. 2006).

Kontrolloitu kaksitoista viikkoa kestävä kliininen tutkimus kohdistui 48:aan iältään 12–18-vuotiaaseen nuoreen, jotka täyttivät DSM-III-R:n mukaiset vaikea-asteisen masennuksen kriteerit. Heidät satunnaistettiin joko viikoittaiseen interpersonaaliseen psykoterapiaan tai seurantaan. Tutkijat tapasivat potilaita joka toinen viikko. Tapaamisten aikana riippumaton asiantuntija arvioi nuorten oireita, sosiaalista toimintakykyä sekä sosiaalisten ongelmien ratkaisukeinoja. Masennusoireiden havaittiin vähenevän nopeammin interpersonaalista psykoterapiaa saaneilla potilailla. Heidän sosiaalinen toimintakykynsä myös koheni huomattavasti paremmin kuin verrokeilla. Yhteenvetona todettiin kahdentoista viikon jakson interpersonaalista psykoterapiaa olevan tehokas masennusoireiden vähentämisessä akuutista masennuksesta kärsivillä nuorilla. Tutkimuksen heikkoudeksi todettiin tutkittavien alhainen taloudellinen asema yhteiskunnassa, ja tämän vuoksi tutkimuksen katsottiin olevan huonosti yleistettävissä kaikkiin väestöryhmiin (Laura ym. 1999).

3.3 Ratkaisukeskeinen terapia

Ratkaisukeskeinen psykoterapia on aikarajoitettu terapiamuoto, jonka pääasiallinen tarkoitus on auttaa potilasta selviytymään tiettyjen ongelma-alueiden kanssa. Terapeutti ja asiakas yhdessä etsivät juuri näitä tiettyjä ongelma-alueita. Isompia ongelma-alueita pyritään pilkkomaan pienemmiksi helpommin käsiteltäviksi palasiksi. Ratkaisukeskeinen terapiamuoto soveltuu erityisesti perusterveydenhuollon tarpeisiin (Nezu 1987; Barrett ym. 1999; Dowrick ym. 2000; The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010).

Satunnaistettu, kontrolloitu tutkimus vertaili ratkaisukeskeistä psykoterapiaa masennuksen lääkehoitoon. Tutkimuksessa ei kyetty havaitsemaan merkitseviä eroja tehossa. Merkittävää eroa ei todettu myöskään, kun vertailtiin ratkaisukeskeisen terapian ja lääkehoidon yhdistelmää pelkkään lääkehoitoon (Mynors-Wallis ym. 2000). Muutaman vuoden takaisessa meta-analyysissä ratkaisukeskeisen psykoterapian todettiin kuitenkin olevan yhtä tehokas kuin muut psykoterapiat tai lääkkeellinen hoito sekä merkittävästi tehokkaampaa kuin hoidotta jättäminen taikka pelkkä sosiaalisen tuen tarjoaminen. Ratkaisukeskeisen terapian todettiin olevan entistä tehokkaampaa silloin, kun hoito-ohjelma sisälsi ratkaisuvaihtoehtojen havainnoimista, päätöksentekoa, ratkaisun toimeenpanoa ja vahvistusta eli kaikkien neljän suurimman ongelmanratkaisutaidon harjoittelemista (Bell ja D’Zurilla 2009).

Eryityisesti ikääntyneiden ihmisten masennusoireiden hoidossa ratkaisukeskeinen psykoterapia on todettu hyväksi. Ratkaisukeskeinen terapia on potilaille helpompi ymmärtää, koska se keskittyy konkreettisiin käsiteltävissä oleviin ongelmiin. Todettiin myös, että sopivalla tavalla muotoiltu ratkaisukeskeinen terapia kehittää ikääntyneiden potilaiden ongelmanratkaisutaitoja ja vähentää masennuksen oireita ja toiminnan vajavuuksia. Ratkaisukeskeisestä terapiasta onkin muodostumassa tärkeä ikääntyneiden potilaiden masennuksen hoitomuoto (Alexopoulos ym. 2008).

3.4 Perhe- ja pariterapia

Kumppanin kriittinen käyttäytyminen voi laukaista masennuksen ja ylläpitää sen oireita (Holley ja Teasdale 1989; The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010). Erilaiset ongelmien ratkaisun vaikeudet sekä vaikeudet luoda läheisiä ihmissuhteita ennakoivat masennuksen kehittymistä sekä miehillä että naisilla (Christian ym. 1994; The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010). Muiden psykoterapiamuotojen ohella myös perhe- ja pariterapia on kehittynyt paljon viime vuosina. Sen tarkoituksena on tarjota pariskunnille ja perheille uusia keinoja jo olemassa olevan ongelman ratkaisemiseksi (Jones ja Asen 1999; The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010). Pariterapia on luonteeltaan aikarajoitettua ja sen tarkoituksena on auttaa pareja ja perheitä ymmärtämään heidän toisiinsa kohdistuvien tekojen vaikutukset ongelmia aikaansaavina tekijöinä. Terapian tavoitteena on käyttäytymisen ja tekojen

luonteen muuttaminen siten, että suhteet olisivat mahdollisimman vähän alttiita yhteenotoille (The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010).

Satunnaistetussa ja kontrolloidussa tutkimuksessa vertailtiin perhe- ja pariterapian tehoa yksilöpsykoterapiaan, lääkehoitoon ja hoidotta jättämiseen. Tutkimuksessa ei havaittu merkittävää eroa perhe- ja pariterapian ja yksilöpsykoterapian välillä, mutta havaittiin, että perhe- ja pariterapia on hoitamatta jättämistä tehokkaampaa (Barbato ja D'Avanzo 2006).

Masennuksesta kärsivillä ihmisillä on yleensä ongelmia vuorovaikutussuhteissaan. Myös katsausartikkelissa vertailtiin perhe- ja pariterapiaa hoidotta jättämiseen. Katsauksessa käytiin läpi sähköisistä tietokannoista kerätyjä artikkeleita. Tutkimus käsitti kolme korkealaatuista ja kolme heikkolaatuista tutkimusta, joissa oli yhteensä 519 masennuspotilasta. Näyttö perhe- ja pariterapian tehokkuuden puolesta ei yltänyt korkeimmalle tasolle, mutta kuitenkin perhe- ja pariterapia on tehokkaampi masennuksen hoitomuoto kuin kokonaan hoidotta jättäminen (Henken ym. 2007).

3.5 Psykodynaaminen psykoterapia

Psykodynaaminen psykoterapia on luonteeltaan joko pitkäkestoista tai lyhytkestoista. Tutkimukset ovat kohdistuneet pääodien lyhytkestoiseen terapiamuotoon (The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010).

Suomalaisessa Helsingin psykoterapiatutkimuksessa 326 tutkimuspotilasta satunnaistettiin kolmeen eri hoitoryhmään, joita olivat lyhytkestoinen psykodynaaminen terapia, pitkäkestoinen psykodynaaminen terapia ja ratkaisukeskeinen terapia. Tutkimuksessa havaittiin lyhytkestoisen terapian olevan pitkäkestoista terapiaa tehokkaampaa ensimmäisen vuoden aikana (Knekt ym. 2008). Havaittiin, että lyhytkestoiset terapiat tuottavat tulosta nopeammin kuin pitkäkestoiset terapiat. Seurannassa pitkäkestoisten psykodynaamisten terapioiden on kuitenkin havaittu olevan parempia verrattuna lyhytkestoisiin terapioihin (Knekt ym. 2008).

Psykodynaamisessa terapiassa potilas ja terapeutti yhteistuumin pyrkivät oivaltamaan ja käsittelemään elämän erilaisia konfliktitilanteita ja havainnoimaan, kuinka ongelmat ovat läsnä potilaan elämässä sillä hetkellä. Terapia antaa potilaalle tilaisuuden tarkastella omia tunteitaan sekä tiedostettuja ja tiedostamattomia konflikteja. Terapian pääpainona on tunteiden tulkinta

ja konfliktien ratkaiseminen. Potilaille ei opeteta erityisiä taitoja tai anneta tietynlaisia toimintaohjeita (The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010).

Psykodynaaminen terapia pyrkii tunnistamaan potilaan erilaisia mielensisäisiä ristiriitoja sekä tarkastelemaan niiden vaikutusta potilaan mielialaan, käyttäytymiseen ja itsetuntoon. Terapiassa pyritään tuomaan esille ihmissuhteiden terveitä puolia ja ihmisen normaaleja henkisiä toimintoja konfliktipohjaisten toimintamallien tilalle. Psykodynaamisen terapian tehoa voidaan tutkimusten nojalla tarkastella etenevämpänä oppimisena eikä pelkästään potilaan oman itsen tarkasteluna. Työskentelymuoto edellyttää terapeutilta riittävän aktiivista vuorovaikutustapaa. Tutkimusten perusteella psykodynaaminen terapia on masennuksen hoitomuotona lähes yhtä tehokas kuin kognitiivinen ja interpersonaalinen terapia (Reck ja Mundt 2002).

Psykodynaaminen terapia joko yksinään tai liitettynä lääkehoitoon on yhteydessä masennusoireiden vähenemiseen (Bond 2006). Psykodynaamista psykoterapiaa saavat potilaat näyttävät tutkimusten valossa saavuttavan hoidolliset tavoitteet, ja paranemisprosessi jatkuu myös hoidon päättämisen jälkeen (Shedler 2010).

Viime vuosikymmenen aikana on julkaistu monia tutkimuksia, jotka ovat kaikki tukeneet psykodynaamista psykoterapiaa tiettyjen mielenterveyden häiriöiden hoitomuotona. Se on mahdollisesti tehokas paniikkihäiriön ja rajatilatyyppisen persoonallisuushäiriön hoitona. Tutkimusnäytön perusteella psykodynaamisesta terapiasta voisi olla hyötyä myös alkoholi-riippuvuuden hoidossa (Gibbons ym. 2008).

Psykodynaamista psykoterapiaa on kritisoitu systemaattisuuden puutteesta. Käsikirjamuotoon tehtyjen terapiaprotokollien puute on vaikeuttanut tämän terapiamuodon tutkimusta. Nykyään psykodynaamisesta psykoterapiasta on kuitenkin alettu saada tutkimustietoa ja sen tehokkuudesta verrattuna muihin psykoterapiamuotoihin on myös saatu enemmän näyttöä (Cortina 2010).

3.6 Supportiivinen psykoterapia

Supportiivisen psykoterapian menetelmät jaetaan kahteen muotoon, joita ovat ”selkeyttäminen” (clarification) ja ”vastakkainasettelu” (confrontation). Selkeyttämistekniikka pyrkii tuo-

maan potilaalle esille potilaan omasta mielestä vaille selitystä jäävät seikat. Terapeutti pyrkii seurailemaan ja tarkastelemaan potilaan mielipiteitä seikoista, jotka ovat potilaan mielestä epäselviä tai ristiriitaisia ja vaille selitystä (Steinberg 1989).

Vastakkainasettelutekniikan tarkoitus on auttaa potilasta tarkastelemaan hänen elämäntilanteeseensa tai kokemuksiinsa liittyviä tosiasioita, jotka ovat terapeutin mielestä ristiriitaisia tai hämmentäviä. Terapeutti kehottaa potilasta havainnoimaan samaan aikaan erilaisia näkemyksiä, jotka ovat potilaan mielessä erillisinä ajatuksina. Potilaan omat huomiot ja ajatukset pyritään ristiriitauttamaan (Steinberg 1989).

Edellä mainitut kaksi supportiivisen psykoterapian tekniikkaa auttavat potilasta aktiivisesti nostamaan esiin kysymyksiä ja etsimään niihin erilaisia ratkaisumalleja. Pelkästään potilaan suullinen neuvonta ei anna potilaille keinoja käsitellä heidän mielessään olevia asioita siten, että potilas tulisi paremmin toimeen ympäröivän maailman kanssa (Steinberg 1989).

Supportiivisessa terapiassa on selkeä päämäärä ja tekniikkoja, joilla pyritään kohentamaan potilaan oman minän tai arkielämän erilaisia toimintoja, kuten oman itsensä ymmärtämistä, muistia, arviointikykyä, päätöksentekokykyä ja käyttäytymistä. Tärkeää on parantaa interpersonaalista toimintakykyä (Steinberg 1989).

Tutkimus tarkasteli ratkaisukeskeisen terapian ja supportiivisen terapian eroja ikääntyneiden potilaiden masennuksen hoidossa, keskittyen erityisesti toiminnallisista ongelmista kärsiviin potilaisiin. Lääkehoidon vasteen epäiltiin olevan heikoin potilailla, joilla on masennuksesta paljon toiminnallista haittaa. 25 vanhuspotilasta satunnaistettiin saamaan viikoittain joko ratkaisukeskeistä terapiaa tai supportiivista terapiaa. Terapiajakso kesti 12 viikon ajan. Ratkaisukeskeinen terapia osoittautui supportiivista terapiaa tehokkaammaksi remission saavuttamisessa. Sen todettiin olevan tehokkaampi myös vähentämään toimintakyvyn laskua ja masennuksen hoidon jälkeisiä oireita. Yhteenvetona voitiin sanoa ratkaisukeskeisen terapian olevan tehokas vanhojen ihmisten masennuksen hoitomuoto, etenkin niiden, joiden toimintakyky on laskenut merkittävästi (Alexopoulos ym. 2003).

4. PSYKOTERAPIA ERITYISRYHMILLÄ

4.1 Psykoterapia ikääntyneillä

Meta-analyysissä tarkasteltiin kognitiivis-behavioraalista terapiaa, muisteluterapiaa, psykodynaamista terapiaa, interpersonaalista terapiaa, interventioita, liikuntaa sekä psykoedukaatiota ikääntyneillä masennuspotilailla. Suurin vaikutus havaittiin kognitiivis-behavioraalisella terapialla ja muisteluterapialla. Kohtalainen vaikutus oli psykodynaamisella terapialla. Kognitiivisen psykoterapian ja muisteluterapian pääteltiin olevan erityisen hyviä ja vakiintuneita masennuksen hoitomuotoja (Pinquart ym. 2007).

Toisessa meta-analyysissä vertailtiin kognitiivis-behavioraalista ja psykodynaamista psykoterapiaa. Hoitomuotojen välillä ei todettu vaikuttavuuseroa. Yhteenvetona todettiin, että psykoterapiaa ei voi varauksetta tukea ikääntyneiden masennuksen hoitomuotona, koska tutkimuksia oli liian vähän. Ikääntyneiden masennuksen hoidossa kognitiivis-behavioraalisen terapian havaittiin olevan mahdollisesti hyödyllistä (Wilson ym. 2008).

Vanhuspotilaiden hoidosta on vähän tutkimustietoa. Vuonna 2010 joukko ikääntyneiden psykoterapeuttisen hoidon asiantuntijoita pohti katsausartikkelissaan sitä, mitä hoitomuotoja tulisi suosia vanhusten masennuksen hoidossa. Ratkaisukeskeisen terapian todettiin lisäävän toimintakykyä ja vähentävän masennuksen oireita ikääntyneillä ihmisillä (Alexopoulos 2010).

Useiden psykoterapiamuotojen todettiin olevan tehokkaita ikääntyneiden masennuksen hoidossa, vaikka psykoterapioiden ei todettu lisäävän masennuslääkityksen tehoa (Peng ym. 2009).

Transkraniaalisella magneettistimulaatiolla, dialektisella käyttäytymisterapialla, interpersonaalisella terapialla ja kirkasvalohoidolla on katsottu olevan ainoastaan rajoittunutta näyttöä (Frazer ym. 2005).

Meta-analyysi tarkasteli psykoterapian ja lääkehoidon suhteellista tehokkuutta vanhuspotilaiden masennuksen hoidossa. Tutkimuksessa käytettiin vuosina 1980–2004 julkaistuja artikkeleita ja havaittiin, että masennuslääkitys on tehokas vähentämään masennuksen oireita akuutivaiheessa. Varsinaista uuden masennusjakson riskiä sen todettiin vähentävän heikosti. Kognitiivinen terapia ja interpersonaalinen terapia havaittiin masennuksen ensivaiheen hoitona yhtä tehokkaiksi kuin lääkehoito. Lisäksi havaittiin, että lääkehoito yhdistettynä joko kogni-

tiiviseen- tai interpersonaaliseen terapiaan säilyttää kullekin hoidolle tyypilliset ominaisuudet sekä voi lisätä hoidon vastetta monoterapiaa enemmän, etenkin pitkäaikaisesta masennuksesta kärsivillä vanhuksilla (Hollon ym. 2005). Kognitiivisen psykoterapian on havaittu voivan vähentää masennuksen uusiutumisen riskiä myös sen lopettamisen jälkeen. Kognitiivisella terapialla ja masennuksen lääkehoidolla on arveltu olevan joitakin yhteisiä hermostollisia mekanismeja (Robert ym. 2008).

4.2 Psykoterapia nuorilla

Kognitiivis-behavioraalista terapiaa käytetään laajalti aikuispotilailta, mutta nykyään on yhä enemmän tutkimusnäyttöä sen käyttämisestä myös lasten ja nuorten masennuksen hoitomuotona (Scott 2009).

Nuorten masennuksen tunnistaminen on monesti puutteellista ja alihoidettua huolimatta masennuksen vakavista pitkäaikaisvaikutuksista ja siihen liittyvästä itsemurhan riskistä. Nuoria masennuspotilaita voidaan kuitenkin hoitaa perusterveydenhuollossa myös psykoterapioiden keinoin. Lyhyenkin psykoterapeuttisen tuen yhdistettynä lääkitykseen tai yksinään havaittiin olevan masennuksen hoitotulosta parantavaa (Stein ym. 2006).

Satunnaistettu kliininen tutkimus vertaili kognitiivis-behavioraalista terapiaa, yksilöterapiaa, supportiivista yksilöterapiaa sekä systeemistä perheterapiaa nuorilla. Tutkimuksessa kohteena oli yhteensä 107 iältään 13–18-vuotiasta vakavasta masennustilasta kärsivää avohoitopotilasta. Havaittiin, että kognitiivis-behavioraalista psykoterapiaa saaneista 64,7 % saavutti remission hoidon päättyessä. Supportiivista yksilöterapiaa saaneista vastaava prosenttiluku oli 39,4. Supportiivisen yksilöterapian ja systeemisen perheterapian tehokkuudessa ei havaittu olevan tilastollisesti merkitsevää eroa (Brent ym. 1997).

Satunnaistettu kliininen koe vertaili yhdeksän käyntiä sisältänyttä kognitiivis-behavioraalista terapiaa supportiiviseen terapiaan 8–17-vuotiaiden avohoitopotilaiden masennuksen hoidossa. Terapiamuotojen tehokkuudessa ei havaittu olevan merkitsevää eroa. Potilaiden vanhempien havaintojen mukaan masennusoireet vähenivät viitteellisesti enemmän kognitiivis-behavioraalista terapiaa saaneiden ryhmässä (Vostanis ym. 1996).

Lasten ja nuorten masennusoireita käsittelevässä meta-analyysissä havaittiin, että supportiivisen ryhmäintervention teho ei eronnut merkittävästi hoidotta jäämisestä. Supportiivisesta psy-

koterapiasta on kuitenkin saatu suhteellisen hyviä hoitotuloksia nuorten lievien masennusoireiden hoitomuotona. Siksi esimerkiksi brittiläinen NICE-hoitosuositus suosittelee supportiivista psykoterapiaa yhdeksi nuorten lievien masennustilojen hoitovaihtoehdoksi (Watanabe ym. 2007).

Kognitiivis-behavioraalisen terapian on havaittu olevan erityisen tehokas nuorten masennuksen hoitomuoto. Sen on todettu vähentävän masennuksen oireita kolmessa kuukaudessa. Sen avulla potilas kykenee muuttamaan omia ajatusmallejaan, kehittämään ongelmanratkaisukykyään sekä oppimaan uusia selviytymiskeinoja. Interpersonaalinen psykoterapia taas opettaa nuorille ihmissuhteisiin liittyviä vuorovaikutustaitoja, ongelmanratkaisutaitoja sekä kykyä havainnoida ja seurata omia tunteitaan. Lääkkeellisillä hoitomuodoilla on nuorten masennuksen hoidossa todettu olevan ainoastaan keskivahvaa näyttöä (Hamrin ja Pachler 2005).

5. MIKÄ PSYKOTERAPIASSA AUTTAA?

Psykoterapiassa potilas oppii tarkastelemaan itseään sekä omia kielteisiä ajatuksiaan, joiden avulla on helpompi päästä eroon erilaisista masennusoireita ylläpitävistä haitallisista ajattelumalleista. Kognitiivis-behavioraaliosassa psykoterapiassa potilas pyrkii yhdessä terapeutin kanssa tunnistamaan omassa ajattelussaan kielteisiä ajatusmalleja ja pääsemään niistä aktiivisesti eroon (Beck 1997; The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010).

Interpersonaalisen psykoterapian päämääränä on yksilöiden välisten suhteiden kehittäminen keskittymällä potilaan senhetkiseen elämäntilanteeseen. Ihmissuhteet ovat yksi elämän välttämätön osa-alue ja on havaittu, että monet mielenterveydenhäiriöt, kuten masennus, liittyvät niihin läheisesti. Psykoterapian teho masennuksen hoidossa perustuu osin myös masentuneen ihmissuhdetaitojen ja ihmissuhteiden kehittymiseen (Wilfley ym. 2000; The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010). Yksi psykoterapioiden vaikutuksen osa-alue on etenevä oppiminen ja uudelleen oppiminen. Mielen sisäisiä ristiriitoja tarkastelemalla tulisi pyrkiä parantamaan kykyä havainnoida niiden vaikutusta käyttäytymiseen ja mielialaan (Reck ja Mundt 2002).

Tutkimukset ovat osoittaneet psykoterapian olevan masennuksen hoitomuotona tehokas, mutta eri masennuksen alatyypin kyseessäollessa ei ole pystytty osoittamaan eroja psykoterapeuttisen hoidon vasteessa. Seurantatutkimuksessa 19 masennuspotilasta sai psykodynaamista psykoterapiaa yhteensä vuoden ajan. Kaikki tutkimuspotilaat täyttivät DSM-IV-luokituksen masennuksen kriteerit ja kahdeksalla potilaalla oli todettu olevan epätyypillinen masennus. Yhteenvetona havaittiin keskiaivojen serotoniinikuljettajaproteiinien merkkiaineen sitomiskyvyn lisääntyvän psykoterapian jälkeen epätyypillisestä masennuksesta kärsivillä potilailla. Löydöksen arveltiin johtuvan nimenomaan epätyypilliseen masennukseen liittyvästä paranemismekanismista (Lehto ym. 2008).

Lääkehoidon ja psykoterapian on molempien todettu olevan tehokkaita masennuksen hoitomuotoja. Satunnaistettu verrokkitutkimus tarkasteli fluoksetiini-lääkehoidon ja lyhytkestoisen psykodynaamisen psykoterapian vaikutusta masennuspotilaiden dopamiinireseptoreiden kykyyn sitoa merkkiainetta. Hoidon kokonaiskesto oli neljä kuukautta. Yhteenvetona fluoksetiinin todettiin lisäävän aivojen dopaminergista aktiiviteettia lateraaliosassa talamuksessa, mutta

muutoksen ei todettu korreloivan kliinisen oirekuvan kanssa. Tutkimus ei tukenut näkemystä siitä, että ventraalisen talamuksen dopaminergisen neurotransmission lisääntyminen olisi yhteydessä fluoksetiin ja psykodynaamisen terapian masennusta lieventävissä vaikutuksissa. Todettiin, että fluoksetiinin vaikutusta talaamisiin dopamiinireseptoreihin on syytä tutkia enemmän (Hirvonen ym. 2010).

6. POHDINTA

Masennus on yleinen sairaus, johon monessa tapauksessa liittyy työkyvyn alenemista sekä myös työkyvyn menettämistä. Suurin osa masennuspotilaista hoidetaan perusterveydenhuollossa ja suuri osa potilaista toivoo lääkehoidon sijaan enemmän psykologisia hoitomuotoja (Bosmans ym. 2008).

Psykoterapiat vaikuttavat tutkimusten valossa tehokkaalle masennuksen hoitomuodolle. Psykoterapioissa on kuitenkin havaittu olevan vielä kehitettävää. Esimerkiksi kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian haasteeksi on havaittu yksilöiden erilaiset tarpeet ja tavat käsitellä asioita. Terapian toteuttamistapoja tulisi mahdollisesti olla yhtä monta kuin on potilaitakin. Kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian on havaittu olevan näyttöön perustuvaa hoitoa masennukseen. Olisi kuitenkin tärkeää varmistaa sen nopea saatavuus (Kuyken ym. 2007). Esimerkiksi perusterveydenhuollossa, jossa suurin osa masennuspotilaista käy, voi kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian nopea saatavuus voi olla mahdotonta. Ongelmana on varmasti myös psykoterapeutin koulutuksen saaneiden henkilöiden niukka saatavuus erityisesti pienimmillä paikkakunnilla. Psykoterapioiden käytön haasteena ovat myös niiden lääkehoitoa korkeammat kustannukset (Bosmans ym. 2008).

Mielestäni huomionarvoista olisi myös muistaa, että terapeutin ja terapotavan suhteen tulisi potilas-lääkärisuhteen tavoin olla tiivis ja luottamuksellinen. Terapeutin tulisi olla riittävällä tavalla aktiivinen, jotta potilas hyötyisi terapiasta odotetulla tavalla (Reck ja Mundt 2002).

Nykyään on kehitetty myös psykoterapiasovelluksia, joissa käytetään apuna esimerkiksi matkapuhelimia. Matkapuhelinavusteisen terapian on havaittu vähentävän esimerkiksi itsetuhoisten ajatusten ja muidenkin masennusoireiden vähenemistä verrattuna muunlaisia masennushoitoja saaneisiin potilaisiin (Marasinghe ym. 2012). Nykyään myös internet-pohjaisten psykodynaamisten itsehoito-oppaiden on havaittu olevan tehokas masennuksen hoitomuoto (Johansson ym. 2012). Internetin välityksellä potilaan itsensä suorittaman interpersonaalisen psykoterapian on myös havaittu olevan tehokasta masennuksen oireiden vähentämisessä (Donker ym. 2013). Internetin välityksellä annettavan psykoterapian on myös havaittu olevan tehokasta riippumatta siitä, onko terapia jonkun toisen henkilön potilaille opastamaa vai tekekö potilas sitä itsenäisesti kenenkään toisen opastamatta (Berger ym. 2011). Informaatio-

teknologia on muuttamassa psykoterapian kenttää tietokonepohjaisten terapiamuotojen sekä virtuaaliterapioiden välityksellä (Wolf 2011).

Tulisi huomioida, että kaikilla psykoterapeuttisen avun tarpeessa olevilla potilailla ei välttämättä ole varaa maksaa kalliita käyntejä esimerkiksi yksityisillä psykoterapeuteilla. Masennuksen on arveltu olevan tulevien vuosikymmenten aikana lisääntyvä kansanterveydellinen ongelma. Väestön ikääntymisen myötä masennuksen tunnistaminen ja hoito korostuu erityisesti ikääntyneiden kyseessäollessa. Tulevaisuudessa tulisikin kehittää hoitomuotoja, joilla on hyvä näyttö ikääntyneiden masennuspotilaiden hoidossa. Tällaisia hoitoja ovat esimerkiksi kognitiivis-behavioraalinen terapia, ratkaisukeskeinen terapia sekä psykodynaaminen terapia (Frazer ym. 2005).

Nuorten mielenterveysongelmat ovat viime vuosina herättäneet paljon keskustelua. Erityisesti juuri nuorten masennus on liian vähän tunnistettua ja vähän hoidettua huolimatta sen pitkän aikavälin vaikutuksista ja riskeistä (Stein ym. 2006). Tulevaisuudessa tulisi kehittää enemmän myös nuorten masennuksen hoidossa tehokkaaksi havaittuja psykoterapian muotoja, kuten kognitiivis-behavioraalista terapiaa ja interpersonaalista terapiaa (Hamrin ja Pachler 2005). Kognitiivis-behavioraalisen terapian etuna on, että sillä kyetään hoitamaan masennuksen ohella myös muita monesti nuorilla esiintyviä mielenterveyden häiriöitä, kuten ahdistuneisuushäiriöitä, syömishäiriöitä, pakko-oireisia häiriöitä sekä koulupelkoa (Scott 2009).

LÄHTEET

Alexopoulos GS, Raue P, Areán P. Problem-solving therapy versus supportive therapy in geriatric major depression with executive dysfunction. Cornell Institute of Geriatric Psychiatry, White Plains, NY 10605, USA. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2003 Jan-Feb;11(1):46-52. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12527539>).

Alexopoulos GS, Raue PJ, Kanellopoulos D, Mackin S, Arean PA. Problem solving therapy for the depression-executive dysfunction syndrome of late life. Department of Psychiatry, Weill Cornell Medical College, White Plains, NY 10605, USA. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008 Aug;23(8):782-8. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18213605>).

Alexopoulos GS. Psychotherapy for late-life depression. Department of Psychiatry, Weill Medical College of Cornell University and New York Presbyterian Hospital, New York, USA. *J Clin Psychiatry*. 2010 Jun;71(6):e13. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20573323>).

Aina Y, Susman JL. Understanding comorbidity with depression and anxiety disorders. Combined Family Medicine-Psychiatry Program, College of Medicine, University of Cincinnati, Cincinnati, Ohio 45267-0582, USA. *J Am Osteopath Assoc*. 2006 May;106(5 Suppl 2):S9-14. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16738013>).

Andrews, G. & Jenkins, R. (eds) (1999). *Management of Mental Disorders* (UK edn, vol. 1). Sydney: WHO Collaborating Centre for Mental Health and Substance Misuse. The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45896/45896.pdf> (sivu 18).

Arroll B, Elley CR, Fishman T, Goodyear-Smith FA, Kenealy T, Blashki G, Kerse N, MacGillivray S. Antidepressants versus placebo for depression in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3. Art. No.: CD007954. DOI: 10.1002/14651858.CD007954. (<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab007954.html>).

Baglioni C, Battagliese G, Feige B, Spiegelhalter K, Nissen C, Voderholzer U, Lombardo C, Riemann D. Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. Department of Psychiatry & Psychotherapy, University of Freiburg Medical Center, Hauptstrasse 5, 79104 Freiburg, Germany. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21300408>. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21300408>).

Barbato A, D'Avanzo B. Marital therapy for depression. Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Unit of Epidemiology and Social Psychiatry, Via Eritrea 62, Milano, Italy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Apr 19;(2):CD004188. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16625597>).

Barrett JE¹, Williams JW Jr, Oxman TE, Katon W, Frank E, Hegel MT, Sullivan M, Schulberg HC. The treatment effectiveness project. A comparison of the effectiveness of paroxetine, problem-solving therapy, and placebo in the treatment of minor depression and dysthymia in primary care patients: background and research plan. Department of Community and

Family Medicine, Dartmouth Medical School, Hanover, NH 03755, USA. *Gen Hosp Psychiatry*. 1999 Jul-Aug;21(4):260-73. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10514950>). The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. 2010. s. 242 (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45896/45896.pdf>).

Beck, A. T. (1997). The past and future of cognitive therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6, 276–284. The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010. s.215 – 217. (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45896/45896.pdf>).

Bell AC, D'Zurilla TJ. Problem-solving therapy for depression: a meta-analysis. Stony Brook University, USA. *Clin Psychol Rev*. 2009 Jun;29(4):348-53. Epub 2009 Feb 26. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19299058>).

Berger T, Hämmerli K, Gubser N, Andersson G, Caspar F. Internet-based treatment of depression: a randomized controlled trial comparing guided with unguided self-help. Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, University of Bern, Bern, Switzerland. *Cogn Behav Ther*. 2011;40(4):251-66. doi: 10.1080/16506073.2011.616531 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22060248>).

Biddle, S., Fox, K. & Edmund, L. (1994). *Physical Activity in Primary Care in England*. London. The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010. s.190-191 (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45896/45896.pdf>).

Bond M. Psychodynamic psychotherapy in the treatment of mood disorders. Department of Psychiatry, McGill University and The Sir Mortimer B. Davis--Jewish General Hospital, Montreal, Canada. *Curr Opin Psychiatry*. 2006 Jan;19(1):40-3. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16612177>).

Bosmans JE, van Schaik DJ, de Bruijne MC, van Hout HP, van Marwijk HW, van Tulder MW, Stalman WA. Are psychological treatments for depression in primary care cost-effective? Institute for Research in Extramural Medicine, VU University Medical Center, Amsterdam, The Netherlands. *J Ment Health Policy Econ*. 2008 Mar;11(1):3-15. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18424872>).

Bottai T. Non-drug treatment for depression. Service de psychiatrie générale de Martigues 13G24, Hôpital du Vallon, F-13698 Martigues, France. *Presse Med*. 2008 May;37(5 Pt 2):877-82. Epub 2008 Mar 19. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18356013>).

Boyce P, Barriball E. Circadian rhythms and depression. Discipline of Psychiatry, University of Sydney and Department of Psychiatry, Westmead Hospital, Sydney, New South Wales, Australia. *Aust Fam Physician*. 2010 May;39(5):307-10. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20485718>)(<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>).

Brent DA, Holder D, Kolko D, Birmaher B, Baugher M, Roth C, Iyengar S, Johnson BA. A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. Western Psychiatric Institute and Clinic, Pittsburgh, Pa, USA. *Arch Gen Psychiatry*. 1997 Sep;54(9):877-85. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9294380>).

Cassano, P. & Fava, M. (2002). Depression and public health: an overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 849–857. The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45896/45896.pdf> (sivut 17-19).

Christian, J. L., O’Leary, K. D. & Vivian, D. (1994). Depressive symptomatology in maritally discordant women and men: the role of individual and relationship variables. *Journal of Family Psychiatry*, 8, 32–42. The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010. s.246 (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45896/45896.pdf>).

Cipriani A, Santilli C, Furukawa TA, Signoretti A, Nakagawa A, McGuire H, Churchill R, Barbui C. Escitalopram versus other antidepressive agents for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD006532. DOI: 10.1002/14651858.CD006532.pub2 (<http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab006532.html>).

Cortina M. The future of psychodynamic psychotherapy. Attachment and Human Development Center, Washington School of Psychiatry, Institute of Contemporary Psychotherapy and Psychoanalysis, Washington, DC, USA. *Psychiatry*. 2010 Spring;73(1):43-56. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20235617>).

Cuijpers P, Smit F, Bohlmeijer E, Hollon SD, Andersson G. Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: meta-analytic study of publication bias. Department of Clinical Psychology, VU University Amsterdam, Van der Boechorststraat 1, Amsterdam, The Netherlands. *Br J Psychiatry*. 2010 Mar;196:173-8. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20194536>).

Depressio. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys ry 2013. (Päivitetty 11.10.2013). www.kaypahoito.fi.

Donker T, Bennett K, Bennett A, Mackinnon A, van Straten A, Cuijpers P, Christensen H, Griffiths KM. Internet-delivered interpersonal psychotherapy versus internet-delivered cognitive behavioral therapy for adults with depressive symptoms: randomized controlled noninferiority trial. Black Dog Institute, University of New South Wales, Sydney, Australia. *J Med Internet Res*. 2013 May 13;15(5):e82. doi: 10.2196/jmir.2307. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23669884>).

Dowrick C, Dunn G, Ayuso-Mateos JT, et al. Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomised controlled trial. ¹Department of Primary Care, University of Liverpool, Liverpool L69 3GB. *BMJ*. 2000 Dec 9;321(7274):1450-4. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11110739>). The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. 2010. s. 242 (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45896/45896.pdf>).

Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, Fawcett J. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. Department of Psychology, University of Pennsylvania, 3720 Walnut St, Philadelphia, PA 19104, USA. *JAMA*. 2010 Jan 6;303(1):47-53. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20051569>).

Frazer CJ, Christensen H, Griffiths KM. Effectiveness of treatments for depression in older people. Centre for Mental Health Research, Australian National University, Canberra, ACT 0200, Australia. *Med J Aust.* 2005 Jun 20;182(12):627-32. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15963019>).

Freeman MP. Omega-3 fatty acids in major depressive disorder. Center for Women's Mental Health, Massachusetts General Hospital, Simches Research Building, 185 Cambridge St, Boston, MA 02114, USA. *J Clin Psychiatry.* 2009;70 Suppl 5:7-11. doi: 10.4088/JCP.8157su1c.02. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19909687>).

Furukawa TA, Streiner D, Young LT, Kinoshita Y. Antidepressants plus benzodiazepines for major depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 2. Art. No.: CD001026. DOI: 10.1002/14651858.CD001026 (<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001026.html>).

Gerber, P. D., Barrett, J. E., Barrett, J. A., et al. (1992) The relationship of presenting physical complaints to depressive symptoms in primary care patients. *Journal of General Internal Medicine*, 7, 170–173. The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45896/45896.pdf> (sivut 17-19).

Gibbons MB, Crits-Christoph P, Hearon B. The empirical status of psychodynamic therapies. Department of Psychiatry, University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania 19104, USA. *Annu Rev Clin Psychol.* 2008;4:93-108. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17716035>).

Gupta RK. Major depression: an illness with objective physical signs. Consultation and Liaison Psychiatry Unit, The Canberra Hospital, Canberra, Australia. *World J Biol Psychiatry.* 2009;10(3):196-201. doi: 10.1080/15622970902812072. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19396703>).

Hamrin V, Pachler MC. Child & adolescent depression: review of the latest evidence-based treatments. Yale University School of Nursing, New Haven, Connecticut 06536-0740, USA. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2005 Jan;43(1):54-63. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15685845>).

Henken HT, Huibers MJ, Churchill R, Restifo K, Roelofs J. Family therapy for depression. Maastricht University, Department of Medical, Clinical & Experimental Psychology, Duitse Poort 15, 6221 VA, Maastricht, Netherlands. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jul 18;(3):CD006728. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17636850>).

Hirvonen J, Hietala J, Kajander J, Markkula J, Rasi-Hakala H, Salminen J, Nägren K, Aalto S, Karlsson H. Effects of antidepressant drug treatment and psychotherapy on striatal and thalamic dopamine D2/3 receptors in major depressive disorder studied with [¹¹C]raclopride PET. Department of Psychiatry, University of Turku and Turku University Hospital, Turku, Finland. *J Psychopharmacol.* 2010 Sep 9. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20829308>).

Hollon SD, Jarrett RB, Nierenberg AA, Thase ME, Trivedi M, Rush AJ. Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: which monotherapy or combined treatment? Department of Psychology, Vanderbilt University, Nashville, TN 37203,

USA. *J Clin Psychiatry*. 2005 Apr;66(4):455-68. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15816788>).

Hooley, J. M. & Teasdale, J. D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: expressed emotion, marital distress and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 229–235. The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010. s.246 (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45896/45896.pdf>).

Huchzermeier C, Grüttert T, Aldenhoff JB. Interpersonal psychotherapy (IPT) in depressions. *Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der CAU, Kiel, Germany. Psychother Psychosom Med Psychol*. 2002 Mar-Apr;52(3-4):151-8. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11941522>).

Jean-Pierre Lépine and Mike Briley The increasing burden of depression Hôpital Lariboisière Fernand Widal, Assistance Publique Hôpitaux de Paris Unité INSERM 705 CNRS UMR 8206, Université Paris Diderot, Paris, France; NeuroBiz Consulting and Communication, Castres, France Correspondence: Jean-Pierre Lépine, Hôpital Lariboisière Fernand Widal, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, 200, rue du Faubourg Saint-Denis, 75010 Paris. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2011; 7(Suppl 1): 3–7. Published online May 31, 2011. doi: 10.2147/NDT.S19617 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3131101/>).

Johansson R, Ekbladh S, Hebert A, Lindström M, Möller S, Petitt E, Poysti S, Larsson MH, Rousseau A, Carlbring P, Cuijpers P, Andersson G. Psychodynamic guided self-help for adult depression through the internet: a randomised controlled trial.

Department of Behavioural Sciences and Learning, Linköping University, Sweden. *PLoS One*. 2012;7(5):e38021. doi: 10.1371/journal.pone.0038021. Epub 2012 May 29. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22741027>).

Jones, E. & Asen, E. (1999). *Systemic Couple Therapy and Depression*. London: Karnac. The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010. s.246 (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45896/45896.pdf>).

Kessler RC¹, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, USA. *Annu Rev Public Health*. 2013;34:119-38. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031912-114409. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23514317>).

Knekt P, Lindfors O, Härkänen T, Välikoski M, Virtala E, Laaksonen MA, Marttunen M, Kaipainen M, Renlund C; Helsinki Psychotherapy Study Group. Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. Social Insurance Institution, Helsinki, Finland. *Psychol Med*. 2008 May;38(5):689-703. Epub 2007 Nov 16.

Kuyken W, Dalgleish T, Holden ER. Advances in cognitive-behavioural therapy for unipolar depression. Mood Disorders Centre, School of Psychology, Washington Singer Laboratories, University of Exeter, United Kingdom. *Can J Psychiatry*. 2007 Jan;52(1):5-13. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17444073>).

Laura Mufson, PhD; Myrna M. Weissman, PhD; Donna Moreau, MD; Robin Garfinkel, PhD. Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:573-579. (<http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/abstract/56/6/573>).

Lehto SM, Tolmunen T, Joensuu M, Saarinen PI, Valkonen-Korhonen M, Vanninen R, Ahola P, Tiihonen J, Kuikka J, Lehtonen J. Changes in midbrain serotonin transporter availability in atypically depressed subjects after one year of psychotherapy. Department of Psychiatry, Kuopio University Hospital, 70210 Kuopio, Finland. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2008 Jan 1;32(1):229-37. Epub 2007 Aug 19. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17884269>).

Leith, L. M. (1994). *Foundations of Exercise and Mental Health*. Morgantown, West Virginia: Fitness Information Technology. The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010. s.190-191 (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45896/45896.pdf>).

Lepore, S. J. (1997). Expressive writing moderates the relation between intrusive thoughts and depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1030–1037. The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010. s.190-191 (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45896/45896.pdf>).

Lewinsohn, P. M., Antonuccio, D. O., Steinmetz-Breckenridge, J. L., et al. (1984). *The Coping with Depression Course: A Psychoeducational Intervention for Unipolar Depression*. Eugene, Oregon: Castalia Publishing. The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010. s.215 – 217. (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45896/45896.pdf>).

Lewinsohn, P. M., Munoz, R. F., Youngren, M. A., et al. (1986). *Control Your Depression* (2nd edn). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall. The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010. s.215 – 217. (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45896/45896.pdf>).

Linde K, Berner MM, Kriston L. St John's wort for major depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD000448. DOI: 10.1002/14651858.CD000448.pub3. (<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000448.html>).

Marasinghe RB, Edirippulige S, Kavanagh D, Smith A, Jiffry MT. Effect of mobile phone-based psychotherapy in suicide prevention: a randomized controlled trial in Sri Lanka. Department of Medical Education and Health Sciences, University of Sri Jayewardenepura, Nugegoda, Colombo, Sri Lanka. *J Telemed Telecare*. 2012 Apr;18(3):151-5. doi: 10.1258/jtt.2012.SFT107. Epub 2012 Feb 23. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22362830>).

Maratos AS¹, Gold C, Wang X, Crawford MJ. Music therapy for depression.

Central and Northwest London Foundation NHS Trust, Arts Therapies, Greater London House, Hampstead Road, London, UK. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Jan 23;(1):CD004517. doi: 10.1002/14651858.CD004517.pub2 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18254052>).

Martin JL, Barbanoj MJ, Schlaepfer TE, Clos S, Perez V, Kulisevsky J, Gironell A. Transcranial magnetic stimulation for treating depression. Iberoamerican Cochrane Centre, Department of Epidemiology, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Sant Antoni M feminine Claret, 171, Barcelona, Catalunya, Spain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(2):CD003493. (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12076483).

Mead GE, Morley W, Campbell P, Greig CA, McMurdo M, Lawlor DA. Exercise for depression. School of Clinical Sciences and Community Health, University of Edinburgh, Room F1424, Royal Infirmary, Little France Crescent, Edinburgh, UK, EH16 4SA. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Jul 8;(3):CD004366. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19588354>).

Moncrieff J, Wessely S, Hardy R. Active placebos versus antidepressants for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1. Art. No.: CD003012. DOI: 10.1002/14651858.CD003012.pub2 (<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003012.html>).

Mottram PG, Wilson K, Strobl JJ. Antidepressants for depressed elderly. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD003491. DOI: 10.1002/14651858.CD003491.pub2. <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003491.html>.

Mynors-Wallis LM, Gath DH, Day A, Baker F. Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. Oxford University Department of Psychiatry, Warneford Hospital, Oxford. *BMJ.* 2000 Jan 1;320(7226):26-30. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10617523>).

Myrna M. Weissman, PhD; Roger C. Bland, MB; Glorisa J. Canino, PhD; Carlo Faravelli, MD; Steven Greenwald, MA; Hai-Gwo Hwu, MD; Peter R. Joyce, PhD; Eile G. Karam, MD; Chung-Kyoon Lee, MD; Joseph Lellouch, PhD; Jean-Pierre Lépine, MD; Stephen C. Newman, MD; Maritza Rubio-Stipec, MA; J. Elisabeth Wells, PhD; Priya J. Wickramaratne, PhD; Hans-Ulrich Wittchen, PhD; Eng-Kung Yeh, MD. Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder. *JAMA.* 1996;276(4):293-299. doi:10.1001/jama.1996.03540040037030. (<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=405806>).

Nezu, A. M. (1987). A problem-solving formulation of depression: a literature review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review*, 7, 121–144. The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. 2010. s. 242 (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45896/45896.pdf>).

Nuechterlein, K. H. & Dawson, M. E. (1984) A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 300–312. The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45896/45896.pdf> (sivu 25).

Osgood-Hynes, D. J., Greist, D. H., Marks, I. M., et al. (1998). Self-administered psychotherapy for depression using a telephone-accessed computer system plus booklets: an open US–UK study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 358–365. The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010. s.170. (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45896/45896.pdf>).

Owen RT. Agomelatine: a novel pharmacological approach to treating depression. Medical Information Department, Prous Science, Barcelona, Spain. *Drugs Today (Barc)*. 2009 Aug;45(8):599-608. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19927226>).

Parker G, Parker I, Brotchie H, Stuart S. Interpersonal psychotherapy for depression? The need to define its ecological niche. School of Psychiatry, University of New South Wales, Black Dog Institute, Australia. *J Affect Disord*. 2006 Oct;95(1-3):1-11. Epub 2006 May 19. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16712944>).

Peng XD, Huang CQ, Chen LJ, Lu ZC. Cognitive behavioural therapy and reminiscence techniques for the treatment of depression in the elderly: a systematic review. State Key Laboratory of Biotherapy and Cancer Centre, West China Hospital, West China Medical School, Sichuan University, Chengdu, Sichuan, China. *J Int Med Res*. 2009 Jul-Aug;37(4):975-82. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19761679>).

Piek E, van der Meer K, Nolen WA. Guideline recommendations for long-term treatment of depression with antidepressants in primary care--a critical review. Department of General Practice, University Medical Center Groningen, University of Groningen, Groningen, The Netherlands. *Eur J Gen Pract*. 2010 Jun;16(2):106-12. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20297924>).

Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM. Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: a meta-analysis. Department of Psychology, Philipps University Marburg, Germany. *Aging Ment Health*. 2007 Nov;11(6):645-57. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18074252>).

Quitkin, F. M., Harrison, W., Stewart, J. W., et al. (1991). Response to phenelzine and imipramine in placebo non-responders with atypical depression. A new application of the crossover design. *Archives of General Psychiatry*, 48, 319-323. The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45896/45896.pdf> (sivut 17-19).

Reck C, Mundt C. Psychodynamic therapy approaches in depressive disorders. Pathogenesis models and empirical principles. *Psychiatrische Klinik, Universität Heidelberg, Vossstrasse 2, 69115 Heidelberg. Nervenarzt*. 2002 Jul;73(7):613-9. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12212523>).

Robert J. DeRubeis, Greg J. Siegle, and Steven D. Hollon. Cognitive therapy vs. medications for depression: Treatment outcomes and neural mechanisms. Robert J. DeRubeis, University of Pennsylvania. Published online Sep 11, 2008. doi: 10.1038/nrn2345 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2748674>).

Scott A. Cognitive behavioural therapy and young people: an introduction. Barnet, Enfield and Haringey Mental Health NHS Trust. *J Fam Health Care*. 2009;19(3):80-2. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19645152>).

Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. University of Colorado Denver School of Medicine, Aurora, 80045, USA. *Am Psychol.* 2010 Feb-Mar;65(2):98-109. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20141265>).

Selmi, P. M., Klein, M. H., Greist, J. H., et al. (1990). Computer-administered cognitive-behavioural therapy for depression. *American Journal of Psychiatry*, 147, 51–56. The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010.s.170 (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45896/45896.pdf>).

Smith CA¹, Hay PP, Macpherson H. Acupuncture for depression. Centre for Complementary Medicine Research, The University of Western Sydney, Locked Bag 1797, Penrith South DC, New South Wales, Australia, 1797. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Jan 20;(1):CD004046. doi: 10.1002/14651858.CD004046.pub3.

Stein RE, Zitner LE, Jensen PS. Interventions for adolescent depression in primary care. Department of Pediatrics, Albert Einstein College of Medicine/Children's Hospital at Montefiore, 111 E. 210 St, New York, New York, USA. *Pediatrics.* 2006 Aug;118(2):669-82. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16882822>).

Steinberg PI. Can Fam Physician 1989;35:1139-1143. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2280366/pdf/canfamphys00159-0167.pdf>).

Tapash Roy, Cathy E. Lloyd. Epidemiology of depression and diabetes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders* Volume 142 , Pages S8-S21 , october 2012. ([http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327\(12\)70004-6/references](http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327(12)70004-6/references)) ([http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327\(12\)70004-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(12)70004-6)).

The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010. s.267-268 (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45896/45896.pdf>).

Thoren, P., Floras, J. S., Hoffmann, P., et al. (1990). Endorphins and exercise: physiological mechanisms and clinical implications. *Medical Science, Sports and Exercise*, 22, 417–428. The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010. s.190-191 (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45896/45896.pdf>).

Vostanis P, Feehan C, Grattan E, Bickerton WL. A randomised controlled out-patient trial of cognitive-behavioural treatment for children and adolescents with depression: 9-month follow-up. University of Birmingham, Parkview Clinic, UK. *J Affect Disord.* 1996 Sep 9;40(1-2):105-16. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8882920>).

Watanabe N, Hunot V, Omori IM, Churchill R, Furukawa TA. Psychotherapy for depression among children and adolescents: a systematic review. Department of Psychiatry and Cognitive-Behavioral Medicine, Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences, Nagoya, Japan. *Acta Psychiatr Scand.* 2007 Aug;116(2):84-95. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17650269>).

Wayne. J. Katon. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. Wayne. J. Katon, Professor and Vice-Chair, Department of Psychiatry & Behavioral Sciences, University of Washington School of Medicine, Seattle, Washington, USA. Dia-

logues Clin Neurosci. Mar 2011; 13(1): 7–23

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181964/>).

Weissman, M. M., Markowitz, J. C. & Klerman, G. L. (2000). Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy. New York: Basic Books. The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. 2010. s. 249-250 (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45896/45896.pdf>).

Wilfley, D. E, MacKenzie, K. R., Welch, R. R., et al. (2000). Interpersonal Psychotherapy for Group. New York: Basic Books. The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults 2010. s.215. (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45896/45896.pdf>).

Wilson KC, Mottram PG, Vassilas CA. Psychotherapeutic treatments for older depressed people. Psychiatry, EMI Academic Unit, Univ of Liverpool, St Catherine's Hospital, Church Road, Birkenhead, Wirral, UK. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jan 23;(1):CD004853. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18254062>).

Wolf AW. Internet and video technology in psychotherapy supervision and training. Department of Psychiatry, MetroHealth Medical Center, Cleveland, OH 44109-1998, USA. Psychotherapy (Chic). 2011 Jun;48(2):179-81. doi: 10.1037/a0023532. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21639661>).

World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. 10th revision, edition 2010. Geneva.