



Ikäihmisen masennuksen monet kasvot

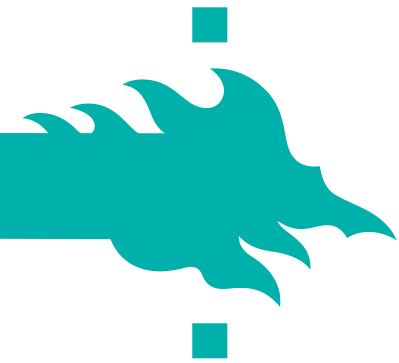
Vanhuspsykiatrian professori Hannu Koponen
HY ja HUS, Gero-, neuro- ja riippuvuuspsykiatrian linja

Yleislääkäripäivät
Helsinki 30.11.2018



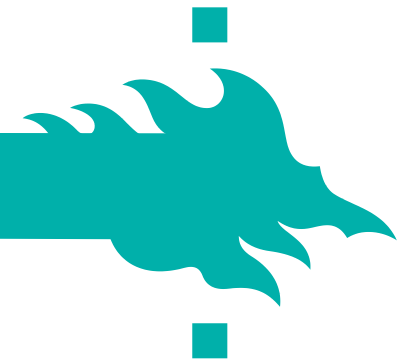
Sidonnaisuudet kahden viimeisen vuoden ajalta

- **Hannu Koponen, LKT, psykiatrian ja hallinnon erikoislääkäri**
 - vanhuspsykiatrian professori, Helsingin yliopisto
- **Sivutoimet**
 - ylilääkäri, HUS psykiatria, gero- neuro- ja riippuvuuspsykiatrian linja
 - ammatinharjoittaja: Terveystalo, Mehiläinen
- **Tutkimus ja kehitystyö**
 - jäsen Muistisairaudet, Skitsofrenia ja Depressio Käypä hoito –työryhmissä
 - puheenjohtaja Ahdistuneisuushäiriöt Käypä hoito -työryhmässä
- **Koulutustoiminta**
 - yksittäisiä luentoja eri lääkealan yritysten ja muiden toimijoiden tilaisuuksissa (Oy H. Lundbeck Ab, Medi-Uutiset, Servier, Professio, Farmasian oppimiskeskus, Helsingin kaupunki, Helsingin pelastuslaitos)
 - Osallistunut lääkealan yrityksen koulutusten suunnitteluun (Oy H. Lundbeck Ab)
 - Suomen Psykiatriyhdistys: koulutustoimikunnan jäsen
- **Toiminta terveydenhuollon ohjaukseen pyrkivissä hankkeissa**
 - Valvira, psykiatrian asiantuntija vv. 1996-2016
 - asiantuntija: Fimea, Kela



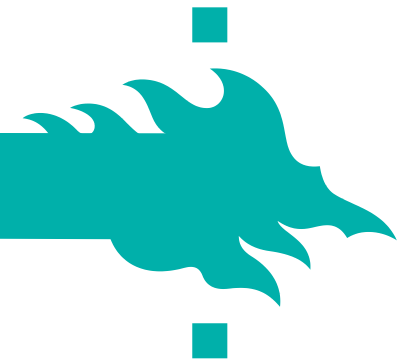
Kirjallisuutta

- Markkula N, Suvisaari J: Masennushäiriöiden esiintyvyys, riskitekijät ja ennuste. Duodecim 2017; 133: 275-82
- Buchtermann D ym: Incidence of late-life depression: a systematic review. J Affect Dis 2012; 142: 172-179
- Jeuring HW ym.: A six-year prospective study of the prognosis and predictors in patients with late-life depression. Am J Geriatr Psychiatry 2018; 26: 985-997.

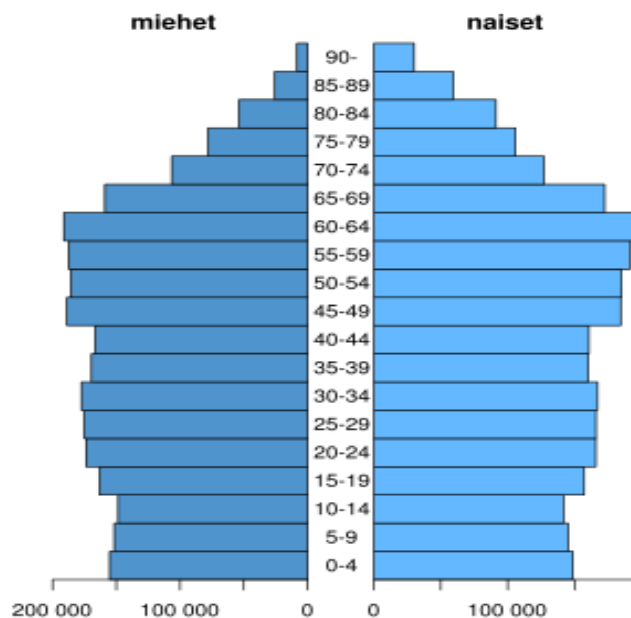


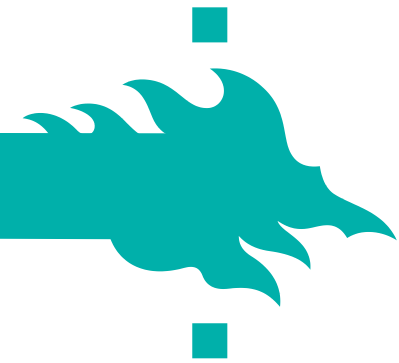
Väestönkehitys Suomessa

Vuosi	Väkiluku	Väestönkasvu (%)
1912	3 015 500	1,2
1917	3 134 300	0,6
1950	4 029 803	1,0
1991	5 029 002	0,6
2006	5 276 955	0,4
2015	5 487 303	Kasvu n. 19 000 hlö/vuosi = 0,34 % suomenkielisten osuus laski 4 000, vieraskielisten nousi 19 000



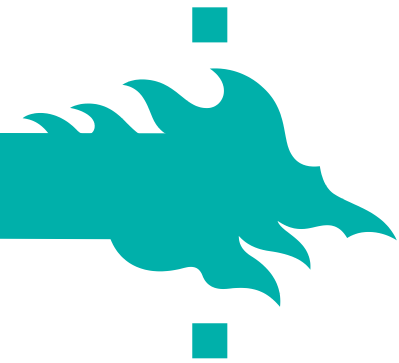
Väestön ikärakenne 2012





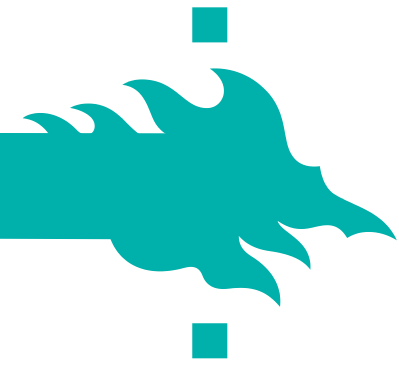
Suomalainen masennus

- Terveys 2011: yhdellä kymmenestä suomalaisesta aikuisesta oli masennushäiriö v. 2011: 9,6 % 30-44-vuotiaista; 4,5 %:lla 65-74-vuotiailla
- Uusien masennusjaksojen riskitekijöitä olivat nuori ikä, naissukupuoli, lapsuuden vastoinkäymiset sekä lievät masennusoireet
- Yhdessä masennustila ja dystymia aiheuttavat 9,4 % sairaana eletyistä elinvuosista
- Masennusjakso kestää keskimäärin 3-4 kk, mutta kroonistuu 10-15 %:lla
- 11 vuoden seurannassa (Terveys 2001 ja Terveys 2011) kolme neljästä oli toipunut masennuksesta
- Masennus ei ilmeisesti ole Suomessa yleisempää kuin muissa länsimaissa



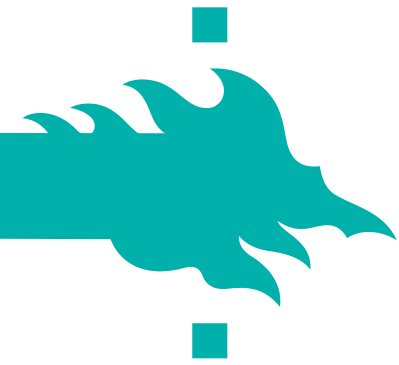
Suomalainen masennus II

- sukupuolten välinen esiintyvyysero häviää 40. ikävuoden jälkeen
- masennuksen ilmaantuvuus vähenee 20. ikävuoden jälkeen mutta lisääntyy taas 75. ikävuoden jälkeen



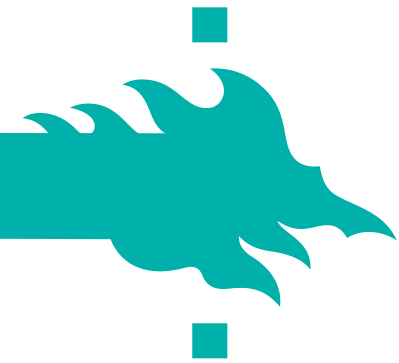
lökkään depressio

- ilmaantuvuus yli 70-vuotiailla 6,8/100 henkilövuotta
- vakavan masennustilan esiintyvyys n. 2 %, ilmaantuvuus ei yleisempää kuin nuoremmissa ikäluokissa (?)
- lievemmät masennusoireistot yleisempiä, esiintyvyys n. 10-15 %
- kliinisesti merkittäviä depressio-oireita jopa 36 %:lla



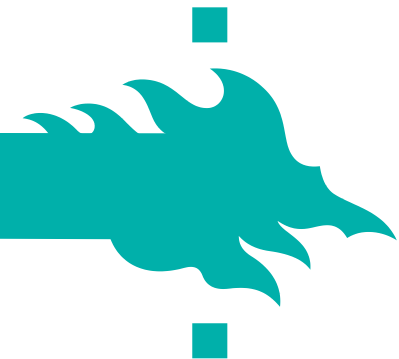
lökkään depressio II

- Vanhuusiällä ilmenevien depressioiden diagnostiikka, arviointi ja hoito ovat yleensä samankaltaista kuin nuoremmissa ikäryhmissä, ainakin alle 75-vuotiailla.
- Vanhusten depression seulonnassa voidaan käyttää erilaisia arviointiasteikkoja (esim. Geriatriinen depressioasteikko, Geriatric Depression Scale, löytyy Googlesta haulla GDS).
- Beck'n masennusasteikko: www.mielenterveystalo.fi
- Jos ensimmäinen depressioepisodi tulee vanhalla iällä, on erityisen tarkkaan arvioitava somaattisen sairauden mahdollisuus aiheuttavana tai myötävaikuttavana tekijänä.



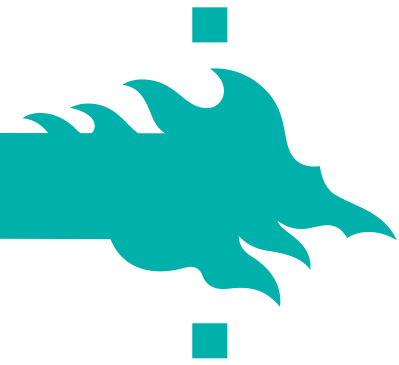
Tavallisimmat vanhuusiän depressiot

- vakava masennustila
- pitkäkestoinen masennus
- epätyypilliset ja piilevät depressiot
- pseudodementia
- sekundaariset depressiot
 - elimellinen depressio
 - somaattisen sairauden aiheuttama
 - lääkkeiden aiheuttama



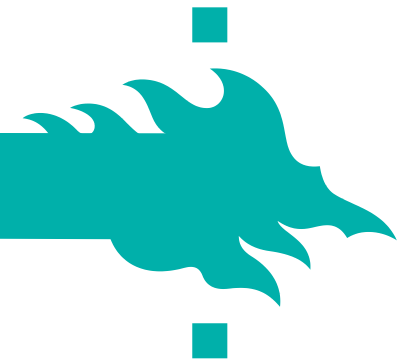
Vanhuksen depression seurannaisvaikutuksia

- samanaikaissairastaminen fyysisten sairauksien muodossa
- Lisääntynyt kuolleisuus mukaanlukien Itsemurhakuolleisuus
- Elämän laadun heikkeneminen
- Toimintakyvyn heikkeneminen
- Kognitiiviset ongelmat, erityisesti toiminnanohjauksen häiriöt
- Keskushermostomuutokset



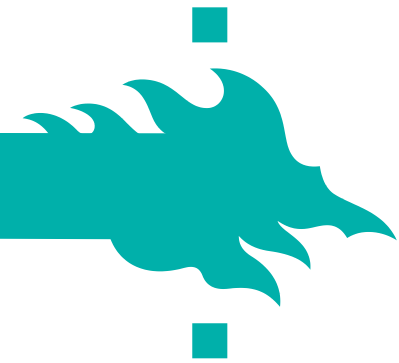
lökkään depression ennuste (Jeuring ym. 2018)

- 378 depressiopotilasta, 132 ei-depressiivistä verrokia, baseline 2007-2010
- depressio 6 vuoden kuluttua:
 - 46,8 % hävinnyt seurannasta
 - 12,7 % täysin toipunut
 - 24,6 % osittainen remissio
 - 15,9 % krooninen
 - mortaliteettiriski 2,5-kertainen (1,2-4,8), kuolleisuus 13,7%
 - huono ennuste assosioitui nuorempaan alkuikään, vaikeampaan oireistoon, krooniseen kipukokemukseen, neuroottisuuteen ja yksinäisyyteen



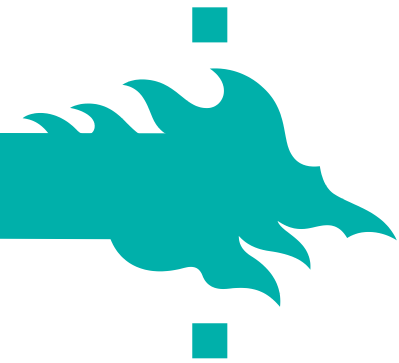
Depression oireet vanhuksella

- tunneoireet
- kognitiiviset (muisti- ja päättelytoimintoja sekä tiedonkäsittelyä koskevat) oireet
- fyysiset oireet
- itsetuhoinen käyttäytyminen



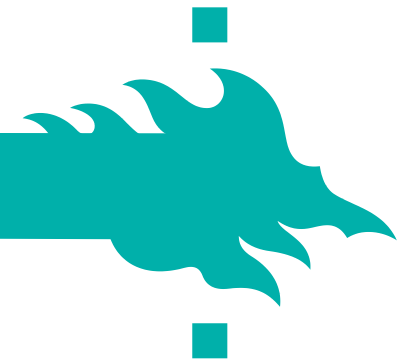
Itsemurhavaara

- Toivottomuutta ja itsetuhoajatuksia kriteereistä riippuen 0,7-17 prosentilla
- Itsemurhariski lisääntyy iän myötä:
 - 15-24-v: 19,2/100 000
 - Yli 75-vuotiailla 55,7/100 000
- Miehet/naiset 3-4:1
- 71-95 prosentilla itsemurhaan päätyneistä iäkkäistä oli psykiatrinen häiriö, tavallisimmin masennus



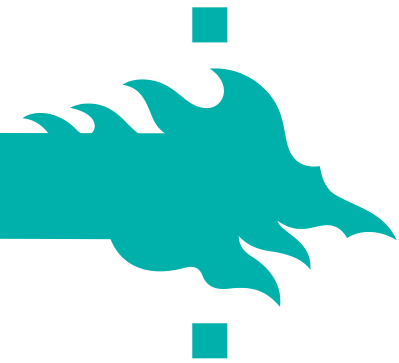
Itsemurhavaara II

- Itsemurhayritysten määrä suhteessa itsemurhiin on vanhuksilla alhaisempi kuin nuorilla:
 - 200:1 nuorilla
 - 8:1-33:1 yleisväestössä
 - 4:1 vanhuksilla
- Käytetyt keinot vanhuksilla väkivaltaisempia



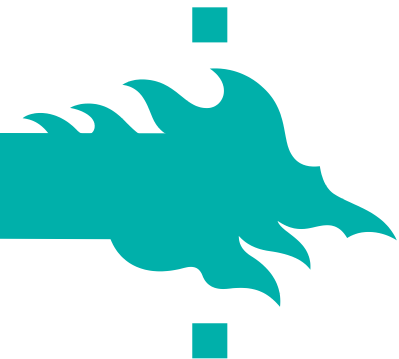
Itsemurhariskiä ennustaa

- Itsearvioitu masennusoireiden vaikeusaste voimakkain itsemurhaa ennustava tekijä: vaikeimmat masennusoireet ilmoittaneilla 23-kertainen itsemurhavaara
- Yli 3:n annoksen alkoholinkäyttö/pv
- Unta yli 9 tuntia/yö
- Sosiaalisen tuen puute



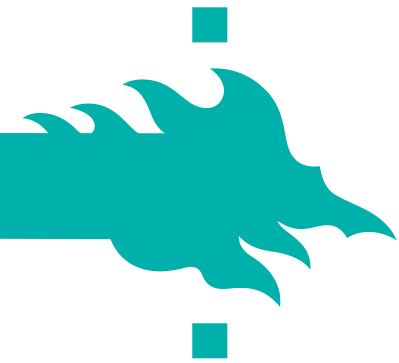
Itsemurhariskiä ennustaa II

- Alkoholiongelma masennuksen jälkeen tavallisin riskiä lisäävä häiriö
- Alkoholiriippuvuus 35 prosentilla itsemurhaan päätyneistä vanhoista miehistä ja 18 %:lla naisista vs. kontroleilla 2 ja 1 %:lla
- Myös ahdistuneisuushäiriöt ja psykoosit lisäävät vanhuksilla itsemurhavaaraa, tosin masennusta vähemmän



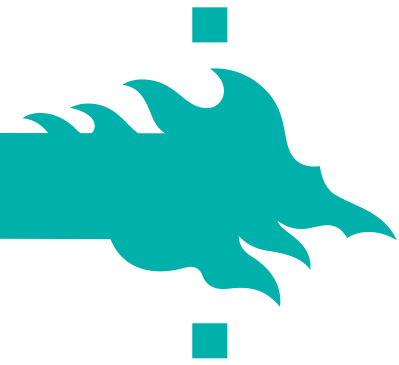
Psykiatrinen sairaus ja itsemurhavaara

- Ahdistuneisuushäiriö (OR 4.65)
- Depressio (6.44)
- Psykoosi (5.09)
- Kaksisuuntainen mielialahäiriö (9.20)
- Vaikea kipuoireyhtymä (7.22)
- Alkoholin väärinkäyttö (jopa 8.4; Waern 2003)



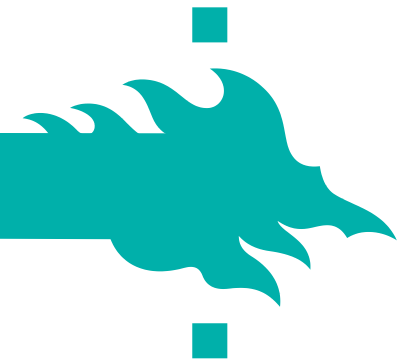
Itsemurhariskiä ennustaa III

- Dementiaryhmässä ristiriitaisia tuloksia
- Frontaalialueen infarkti voi lisätä impulsiivisuutta ja itsemurhavaaraa
- Deliriumissa potilailla voi olla itsetuhoajatuksia, mutta ei kykyä päämäärähakuiseen toimintaan



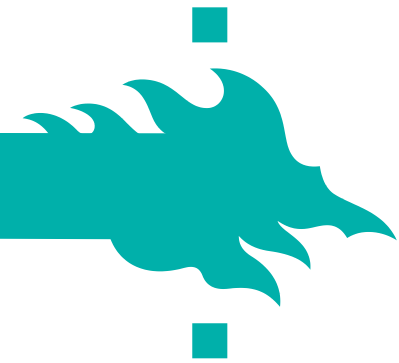
Itsemurhariskiä ennustaa IV

- Muiden somaattisten sairauksien vaikutus välittyy pääosin psykiatristen häiriöiden, erityisesti depression, kautta
- Itsemurhavaara lisääntyy kumulatiivisesti somaattisten sairauksien määrän lisääntyessä.
- Vaikea somaattinen sairaus lisää itsemurhavaaraa erityisesti miehillä
- Merkittävän somaattisen sairauden ja masennuksen samanaikainen esiintyminen tavallista



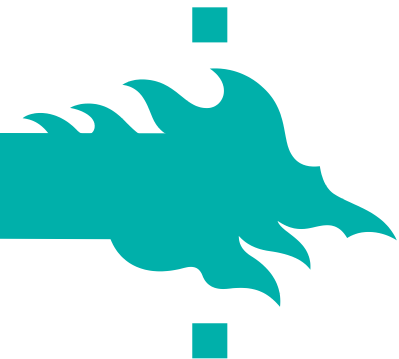
Somaattinen sairaus ja itsemurhavaara:

- Sydämen vajaatoiminta (OR 1.73)
- COPD (1.62)
- Epilepsia (2.95)
- Virtsa-inkontinenssi (2.02)
- Näön oleellinen heikkeneminen (7.0)
- Avh (2.8)
- Syöpä (3.4)



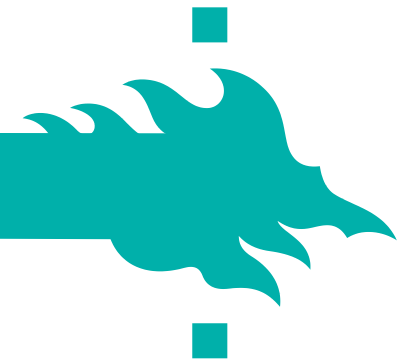
Itsemurhariskiä ennustaa V

- Ihmissuhderistiriidat voivat lisätä itsemurhavaaraa
- Leskeytyminen, yksinäisyys ja sosiaalinen eristäytyneisyys lisää itsemurhavaaraa
- Uskonnollinen vakaumus ja tyytyväisyys elämään suojaavia tekijöitä



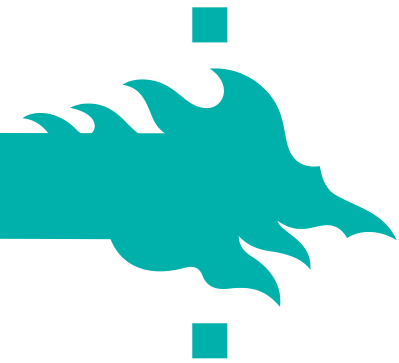
Itsemurhavaaran tunnistaminen

- Ei yleistä seulontaa
- Kohdennetusti riskiryhmiin:
 - Depressiopotilaat
 - Aiemmin itsemurhaa yrittäneet
 - Äskettäin leskeytyneet ja/tai somaattisesti sairastuneet
 - Alkoholiongelmaiset, joilla äskettäinen menetys ihmissuhteissa



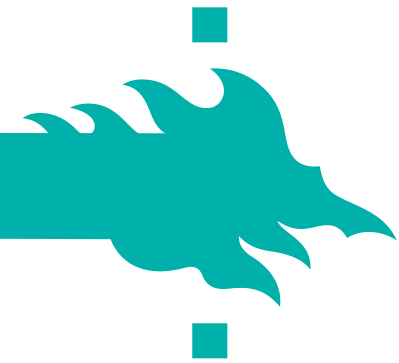
Kirjallisuutta

- Goodarzi ZS ym: Depression case finding in individuals with dementia: A systematic review and meta-analysis. J Am Geriatr Soc 2017; 65: 937-948



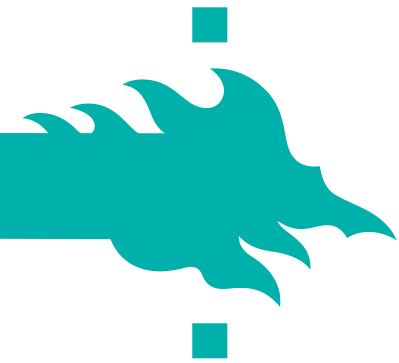
Muistisairauspotilaan depressio

- Yleisempää kuin ei-muistisairailla (heilläkin depressiota 15 %:lla)
- Voi esiintyä missä muistisairauden vaiheessa tahansa
- Kohorttitutkimuksessa, jossa 27 776 osallistujaa liittyi muistisairauteen yli kaksinkertainen depressioriski (OR 2,64) adjustoitunakin
- Yleisempää laitososuhteissa
- Alihoidettu: diagnoosin saaneistakin vain 18 % sai hoitoa



Muistisairauspotilaan depressioni II: depressioni assosioituu

- Huonompaan kognitioon
- Suurempaan omaishoitajan kuormittuneisuuteen
- Huonompaan fyysiseen toimintakykyyn
- Suurempaan kuolleisuuteen
- Laitoshoitoon joutumiseen
- Huonompaan elämänlaatuun

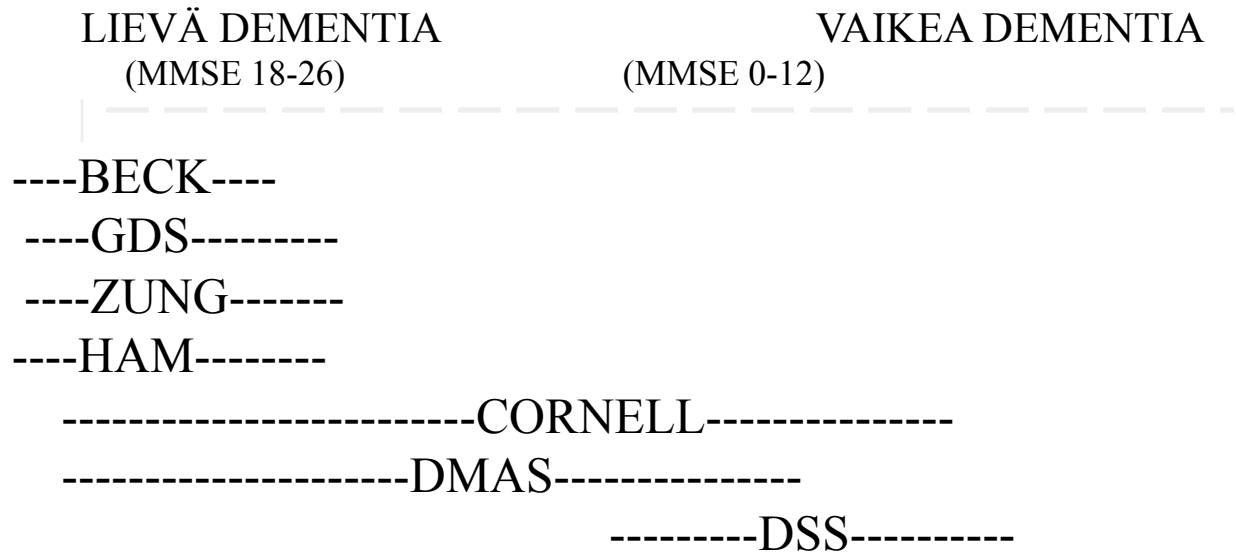


DIAGNOSTISET VAIKEUDET

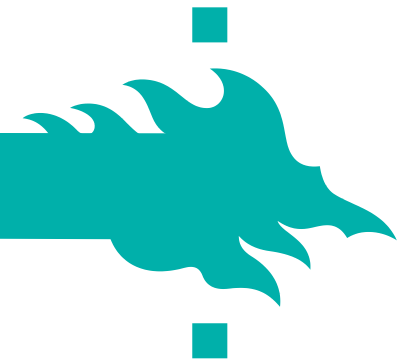
- Apatia
- Diagnostiikkaa haittaavat muisti- ja keskittymisvaikeudet
- Keskittymisvaikeudet niin yleisiä että se korvattu kriteereissä ärtyneisyydellä tai sosiaalisella vetäytymisellä
- Vaikeammassa muistisairauden muodoissa läheisten antama informaatio yhä tärkeämpää
- Omaiset raportoivat usein enemmän masennusoireita, voi liittyä omaisen omaan masennukseen tai potilaan aliraportointiin



Depressiomittarit dementiassa

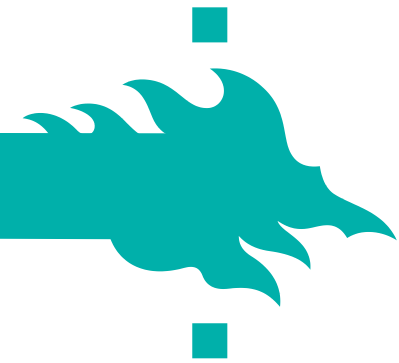


GDS=Geriatric Depression Scale; DMAS=Dementia Mood Assessment Scale;
DSS=Depressive Signs Scale



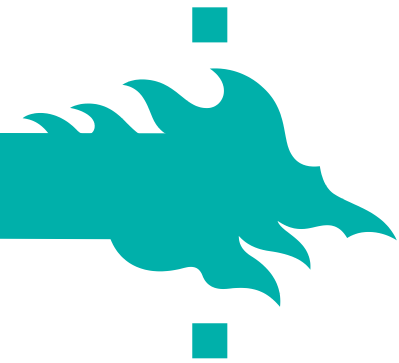
Meta-analyysi

- N = 3035 potilasta, avohoito- ja hoitokotipotilaita, keski-ikä 75 v., depression esiintyvyyys dementiapotilailla 30,3 % eli 504:lla oli masennus
- Depression esiintymistäajuus vaihteli 5-76 prosenttiin
- 20 tutkimusta (15 mukana meta-analyysissä)
- Välineet: MADRS, Cornell, GDS (4, 15 ja 30-item versio), CES-D (Center for epidemiologic studies Depression Scale), Hamilton, Single Question, Nijmegen Observer-Rated Depression Scale, Even Briefer Assessment Scale – Depression
- Vain Cornell'ista, Hamiltonista ja GDS-30:sta riittävästi dataa meta-analyysiin



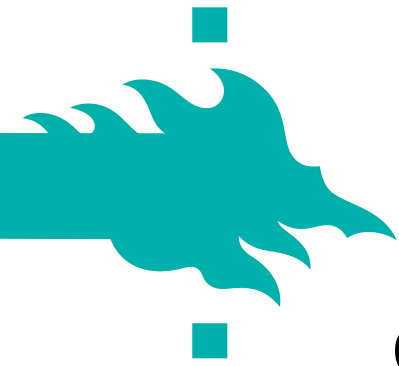
Meta-analyysi II

- Poissuljettiin pois tutkimukset joista ei saanut riittävästi informaatiota sensitiivisyyden ja spesifisyyden laskemiseksi
- Vain englanninkieliset ja muita muistisairauksia kuin Parkinsonin taudin muistisairautta käsittelevät tutkimukset hyväksyttiin
- Kovariaatit: tutkimuksen suoritusmaa, muistisairauden tyyppi ja vaikeusaste, MMSE-pisteet, laitos/avohoitoympäristö ja depression arvioija (psykiatri/muu) otettiin mukaan adjustointiin
- Dg DSM:n tai ICD:n mukaisesti



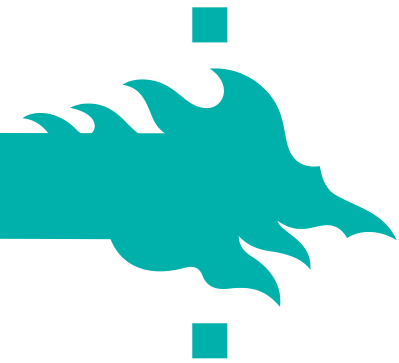
Meta-analyysi III

- Tutkimusten laatu oli kohtalainen, eniten huolta tutkimuspotilaiden valinnasta
- Tutkimusten tulokset olivat huomattavan heterogeenisiä
- Tutkimusten koko vaihteli 34 ja 1239:n välillä, MMSE-vaihteluväli oli 11-24
- Cornell ja Hamiltonin masennusasteikko omasivat parhaan sensitiivisyyden (86 ja 84 %) ja näillä vähiten vääriä negatiivisia
- Lyhyillä asteikoilla matala sensitiivisyys



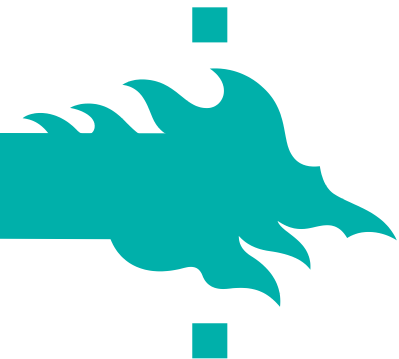
Hamiltonin depressioasteikko, HAMD

- julkaistu 1960
- validoitu
- käytetty runsaasti kliinisissä tutkimuksissa
- mittaa depression vaikeusastetta
 - hoidon alussa
 - hoidon tehoa depressio-oireisiin
 - somaattisten sairauksien yhteydessä somaattiset pistearvot voivat korostua



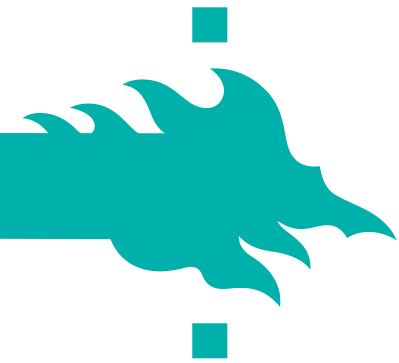
HAMD

- 17 osiota
- pisteväli **0-2 tai 0-4, summa: 0-52**
- tulkinta:
 - **0 - 7:** ei masennusta
 - **8-12:** lievä masennus (minor depression)
 - **13-17:** keskivaikea masennus (less than major depression)
 - **18-29:** vaikea-asteinen masennus (major depression)
 - **30-52:** erittäin vaikea-asteinen masennus (more than major depression)



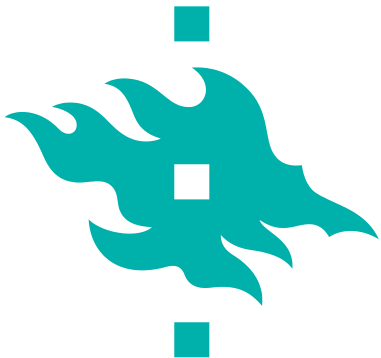
HAMD: kohdeoireet I

- Masentunut mieliala **0-4**
- syyllisyydentunne **0-4**
- itsetuhoajatukset **0-4**
- alkuyön unettomuus **0-2**
- keskiyön unettomuus **0-2**
- aamuyön unettomuus **0-2**
- työ- ja toimintakyky **0-4**
- psykomotorinen hidastuneisuus **0-4**
- psykomotorinen levottomuus **0-4**



HAMD: kohdeoireet II

- psyykkinen ahdistuneisuus **0-4**
- somaattinen ahdistuneisuus **0-4**
- ruokahalu **0-2**
- somaattiset oireet yleisesti **0-2**
- seksuaalinen haluttomuus **0-2**
- hypokondrisuus **0-4**
- painon lasku **0-2**
- näkemys omasta masennuksesta **0-2**



Cornellin masennusasteikko - Dementoituneiden depression mittari

Nimi: _____ Syntymäaika: _____

Tutkija: _____ Päivämäärä: _____

Pisteytys

a	ei voida arvioida
0	ei esiinny
1	lievä tai satunnainen
2	vakava

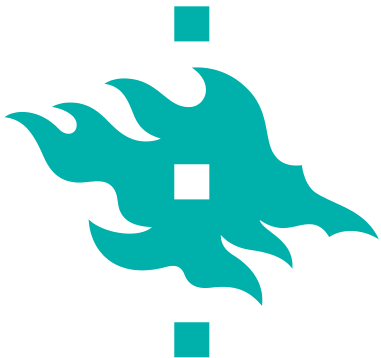
Pisteytyksen tulee pohjautua oireisiin ja löydöksiin, jotka ovat esiintyneet haastattelua edeltäneen viikon aikana. Pisteytystä ei tehdä niistä oireista, jotka johtuvat fysisestä kyvyttömyydestä tai sairaudesta.

A. MIELIALAAN LIITTYVÄT OIREET

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. AHDISTUNEISUUS
vaikuttaa ahdistuneelta, hautoo asioita, huolestunut | a | 0 | 1 | 2 |
| 2. SURULLISUUS
vaikuttaa surulliselta, surullinen ääni, itkuihin | a | 0 | 1 | 2 |
| 3. EI REAGOI MIELLYTTÄVIIN TAPAHTUMIIN | a | 0 | 1 | 2 |
| 4. ÄRTYISYYS | a | 0 | 1 | 2 |

B. KÄYTTÄYTYMISEN OIREET

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 5. LEVOTTOMUUS
vaikuttaa kiihtyneeltä, väänтелеe käsiään, repii hiuksiaan | a | 0 | 1 | 2 |
| 6. HIDASTUMINEN
hitaat liikkeet, hidas puhe, hitaat reaktiot | a | 0 | 1 | 2 |
| 7. MONINAISTEN RUUMILLISTEN OIREIDEN VALITTAMINEN
(pisteytys 0, jos vain vatsavaivoja) | a | 0 | 1 | 2 |
| 8. MIELENKIINNON MENETYS
osallistuu vähemmän tavanomaisiin toimintoihinsa
(pisteytetään vain, jos muutos tapahtunut alle kuukauden aikana) | a | 0 | 1 | 2 |



C. RUUMILLISET OIREET

9. **RUOKAHALUTTOMUUS** a 0 1 2
syö tavallista vähemmän
10. **LAIHTUMINEN** a 0 1 2
(pisteytys 2, jos paino pudonnut yli 2 kg kuukauden aikana)
11. **ENERGIAN PUUTE** a 0 1 2
uupuu helposti, ei jaksaa ylläpitää aktiviteetteja
(pisteytetään vain, jos muutos tapahtunut alle kuukauden aikana)

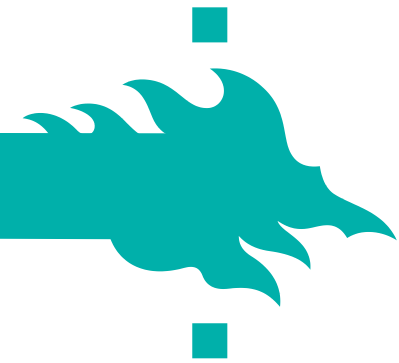
D. VUOROKAUDEN RYTMIIIN LIITTYVÄT OIREET

12. **MIELIALAOIREET PAHEMPIA AAMUISIN** a 0 1 2
13. **NUKAHTAA MYÖHEMMIN KUIN TAVALLISESTI** a 0 1 2
14. **HERÄILEE TAVALLISTA USEAMMIN YÖN AIKANA** a 0 1 2
15. **HERÄÄ AIKAISEMMIN KUIN TAVALLISESTI** a 0 1 2

E. VÄÄRISTYNEET MIELIKUVAT

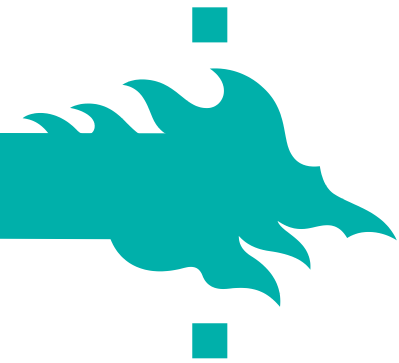
16. **ITSETUHOISUUS** a 0 1 2
ei koe elämänsä elämisen arvoiseksi, itsemurha-ajatuksia tai
itsemurhayritys
17. **ITSETUNNON MENETYS** a 0 1 2
moitiskelee itseään, huono omanarvontunne, epäonnistumisen
tunteita
18. **PESSIMISMI** a 0 1 2
odottaa pahinta
19. **MASENTUNUTTA MIELIALAA ILMAISEVAT HARHALUULOT** a 0 1 2
köyhyydestä, sairaudesta tai menetyksestä

PISTEET YHTEENSÄ _____



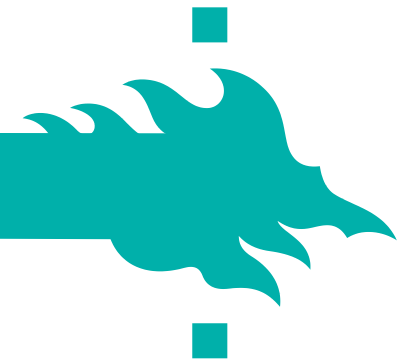
Kirjallisuutta

- Holvast F ym.: Non-pharmacological treatment for depressed older patients in primary care: A systematic review and meta-analysis. PLOS One, 2017, doi/10.1371/journal.pone.0184666



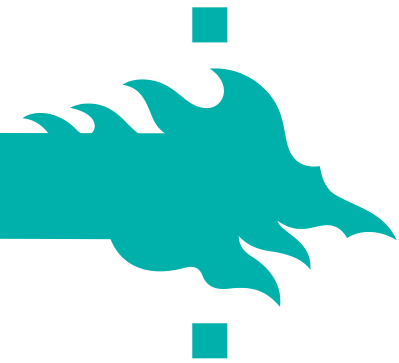
Kirjallisuutta II

- Simon SS, Cordas TA, Bottino CMC: Cognitive behavioral therapies in older adults with depression and cognitive deficits: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2015; 30: 223-233.
- Goodkind MS ym. The impact of executive function on response to cognitive behavioral therapy in late-life depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 2016; 31: 334-9.
- Kirkham JG, Choi N, Seitz DP: Meta-analysis of problem-solving therapy for the treatment of major depressive disorder in older adults. *Int J Geriatr Psychiatry* 2015; DOI 10.1002/gps.4358



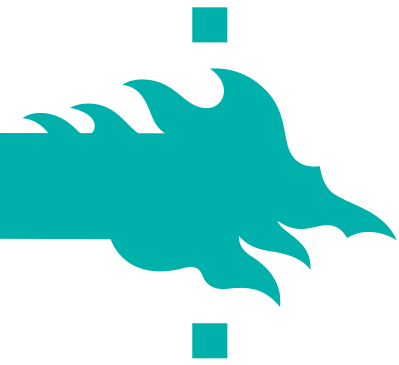
Kirjallisuutta III

- Krishna M ym.: A systematic review and meta-analysis of group psychotherapy for sub-clinical depression in older adults. *Int J Geriatr Psychiatry* 2013; 28: 881-8
- Huang AX ym.: A systematic review and meta-analysis of psychotherapy for late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2015; 23: 261-73
- Gould RL ym.: Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in older people: A meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *JAGS* 2012; 60: 218-229



CBT potilailla joilla on depressio ja kognitiivisia häiriöitä (Simon ym. 2015)

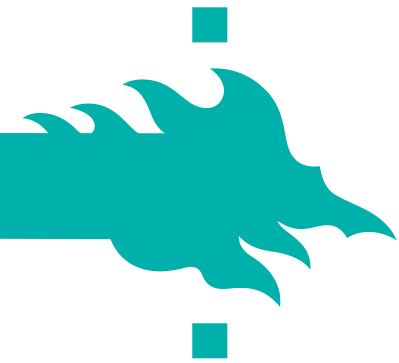
- systemoitu katsaus vv. 1994-2014 julkaistuista tutkimuksista: 7 kpl joista yhdessä oli puutteellinen tilastoanalyysi. Neljässä tutkimuksessa selvitettiin myös potilaiden kognitio ja kolmessa sen muutoksia
- aiemmissa tutkimuksissa kognitiiviset häiriöt eivät ennustaneet hoitovastetta
- CBT:ta verrattiin yleensä tukea-antavaan terapiaan, yhdessä tutkimuksessa tavanomaiseen hoitoon
- viikoittaiset käynnit, yhdessä 6 kpl, muissa 12 kpl
- CBT noin 50 prosenttia tehokkaampaa verrattuna kontroleihin, ero alkoi näkyä 9 hoitokerran jälkeen



CBT potilailla joilla on depressio ja kognitiivisia häiriöitä (Simon ym. 2015)

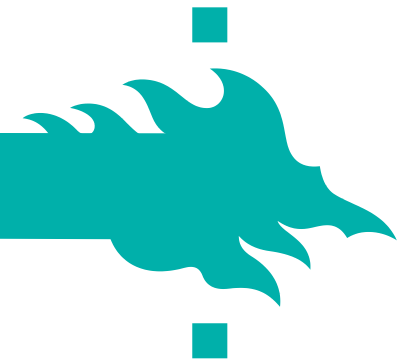
II

- CBT:lla osoitettu teho mielialaoireisiin ja oireiden aiheuttamaan haittaan, kognitiovaikutukset heterogeenisempia
- kuitenkin toiminnanohjeuksessa, prosessointinopeudessa ja ongelmanratkaisutaidoissa todettiin korjautumista
- kirjoittajien mukaan iäkkäät potilaat joilla sekä depressio että kognitiivisia ongelmia hyötyivät CBT:sta.



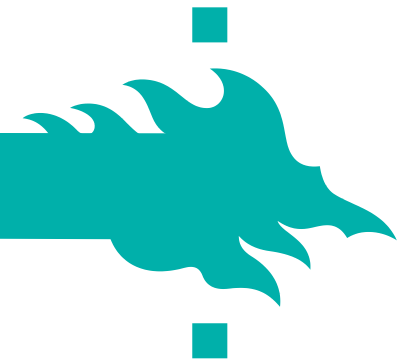
CBT potilailla joilla on depressio ja kognitiivisia häiriöitä III (Goodkind ym. 2016)

- 156 yli 60-vuotiaan potilaan tutkimusjoukko, jolle tehtiin kliinisen arvion lisäksi neuropsykologinen tutkimus ennen CBT:n alkua
- toiminnanohjausta kuvaavista testeistä vain WCST assosioitui masennusoireiden lievittymiseen: huonompi tulos WCST:ssa lähtötilanteessa assosioitui parempaan hoitovasteeseen:
 - sattuma?
 - runsaat toiminnanohjauksen häiriöt antavat tilaa paremmalle hoitovasteelle?
 - vaikeus kuvata kognitiota yksittäisellä testillä (tutkittiin myös Stroop, verbaalinen fluenssi yms.)



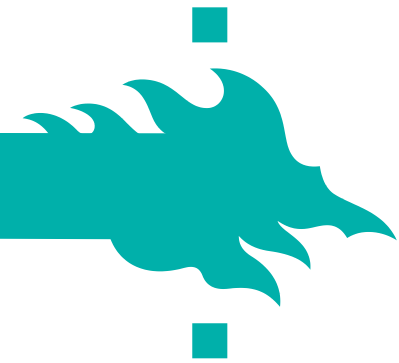
Ratkaisukeskeinen terapia (PST) vanhusten masennuksessa (Kirkham ym. 2015)

- 9 tutkimuksen meta-analyysi, 569 yli 60-vuotiasta potilasta (290 hoitoryhmässä, 279 kontrollia), ikä 65-80 v. Kontrolliryhmä sai tavanomaista hoitoa, tukea-antavaa terapiaa tai oli jonotuslistalla
- hoito yleensä 6-12 viikkoa
- 6 viikon kuluttua hoidon alusta hoitoryhmässä merkittävä oirelievittyminen (HDRS – 6,94, 95%CI -10,91 - -2,97). PST lievitti myös depressio-oireiston aiheuttamaa haittaa. Hoidon keskeyttäneiden määrissä ei ollut eroja hoitoryhmien välillä.
- kirjoittajien mukaan PST on tehokas hoitomuoto, mutta lisätutkimuksia hoitotuloksen pysyvyydestä tarvitaan. Hoitotulos voi iäkkäillä olla parempi kuin nuoremmilla.



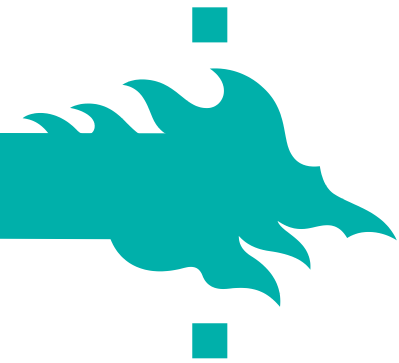
Psykoterapia lievässä depressiossa (Krishna ym. 2013)

- aiemmissa tutkimuksissa teho on ollut vaihteleva potilailla, joilla merkittäviä depressio-oireita, mutta ei kuitenkaan varsinaista depressiohäiriötä
- 4 tutkimuksen meta-analyysi, jossa vertailuryhmänä jonotuslista tai tavanomaisen hoidon saaneet potilaat
 - 150 potilasta hoitoryhmissä, 159 kontrollia
 - terapia kontrollihoitoa tehokkaampaa ($Z=3,29$; $p=0,001$); ryhmä-CBT ja netti-CBP yhtä tehokkaita
 - ryhmä-CBT:n vaste ei säilynyt seurannassa eikä vähentänyt tulevien depressiojaksojen riskiä



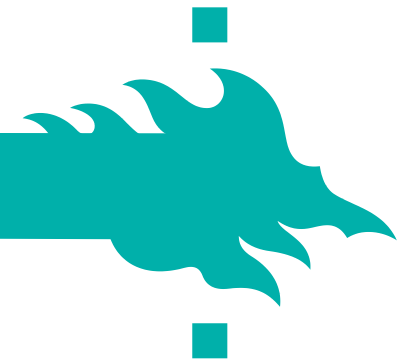
Vanhusten depressiot: meta-analyysi (Huang ym. 2015)

- 27 tutkimusta joissa 2245 yli 55-vuotiasta osallistujaa
- terapiamuotoina olivat CBT, IPT, kognitiivinen terapia, ratkaisukeskeinen terapia, dynaminen lyhytterapia, biblioterapia, muisteluterapia, depressiokoulu yksilö- tai ryhmäterapihana
- kontrollihoitona jonotuslista, tavanomainen hoito, tukea-antava terapia, lume)
- psykoterapia oli tehokasta (SMD 0,73), mutta teho vaihteli huomattavasti tutkimuksesta toiseen verrokkiryhmän saaman hoidon mukaan (SMD 0,05-1,36)



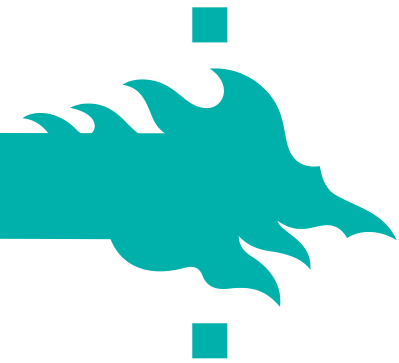
CBT ahdistuneisuushäiriöissä (Gould ym. 2012)

- 12 tutkimusta (348 potilasta CBT:lla), joissa yli 55-vuotiailla (keski-ikä 68,2 v) potilailla diagnosoitu ahdistuneisuushäiriö (7 tutkimuksessa GAD, komorbideja tiloja 41 %:lla)
- CBT- ja verrokkiryhmät (jonotuslista, muu aktiivi hoito)
- CBT-kertoja keskimäärin 12, yleensä yksilöhoito
- vaste kohtalainen (- 0,20 jos verrokeilla aktiivihoido; - 0,66 jos ei aktiivia hoitoa), vaste pienempi kuin työikäisillä muissa tutkimuksissa



Lääkkeettömät hoidot perusterveydenhuollossa (Holvast ym 2017)

- 11 tutkimuksen meta-analyysi: 11 perusterveydenhuollossa tehtyä tutkimusta, yhteensä 1543 potilasta, seuranta-aika 1 vko-12 kk
- hoitomenetelmät: CBT, liikunta, käyttäytymisaktivaatio, valohoito ja ratkaisukeskeinen terapia
- CBT:lla tehoa, samoin valohoidolla yksittäisessä tutkimuksessa
- liikunnan, käyttäytymisaktivaation tai muiden terapioiden tehosta ei tullut selvää näyttöä (tutkimuksissa laatuongelmia)



Lääkkeettömät hoidot perusterveydenhuollossa II (Holvast ym 2017)

- 11 tutkimuksen meta-analyysi: 18 avohoitotutkimusta, yhteensä 11063 potilasta, seuranta-aika 4 vko-24 kk
- hoitomenetelmät: CBT, liikunta, kirjallisuusterapia, muisteluterapia (life review) ja postikorttien vastaanottaminen (receiving postcards)
- CBT:lla tehoa joskin teho ei tullut esille kaikissa yksittäisissä tutkimuksissa. Myös liikunta, kirjallisuusterapia ja muisteluterapia olivat tehokkaita