

Depressiooni ravijuhend perearstidele

Anne Kleinberg¹, Peeter Jaanson¹, Andres Lehtmets¹, Anu Aluoja¹,
Veiko Vasar¹, Kadri Suija², Pille Ööpik²

¹ Eesti Psühhiaatrite Selts,
² Eesti Perearstide Selts

Juhendi on läbi arutanud ja heaks kiitnud Eesti Perearstide Selts ja Eesti Psühhiaatrite Selts.

SISUKORD*

1. Eesmärgid
2. Põhiseisukohad
3. Kliiniline taust
 - 3.1. Etioloogia ja levimus
 - 3.2. Ravikorralduslikud probleemid
 - 3.3. Depressiooni diagnoosimine
 - 3.4. Diferentsiaaldiagnostika
4. Ravi
 - 4.1. Toetavad ravisekkumised
 - 4.2. Farmakoteraapia
 - 4.3. Psühhoterapia
 - 4.4. Seisundi regulaarne hindamine
 - 4.5. Raske või ravile allumatu depressiooni ravi
5. Kirjandus

Lisa 1. Kaasuva häirega depressioon

Lisa 2. Depressioon lastel ja noorukitel

Lisa 3. Depressiooni enesehinnangulised küsimustikud

Lisa 4. Patsiendiinfo depressiooni kohta

1. EESMÄRGID

- 1.1. Parandada depressiooni varast äratundmist ja ravi.
- 1.2. Teavitada arste sobivatest ravivalikutest, ravimite kõrvaltoimetest ja koostoitmetest.
- 1.3. Suurendada patsientide arusaamist depressioonist kui ravitavast häirest.
- 1.4. Näidata, millal on vajalik teiste spetsialistide kaasamine.

2. PÕHISEISUKOHAD

2.1. Epidemioloogia

- Depressioon on **sageli** esinev aladiagnoositud ja alaravitud tervisehäire.
- Depressioon on **korduv/krooniline** häire. Iga eelnev episood suurendab selle kordumise riski.

- **Ravi osutaja** on perearst, psühhiaater ja psühhoterapeut**. Enamasti on piisav haiglaväline abi. Hospitaliseerimist vajavad kindlasti suitsiidohtlikud ja psühhootiliste sümptomitega patsiendid.

2.2. Diagnoos

Depressiooni diagnoosimine on sageli keerukas ja aeganõudev, kuna depressiooniga patsiendid esitavad perearstile kaebusi pigem oma muude vaevuste kui alanenud meeoleu kohta. Depressiooni diagnoos põhineb juhendis Rahvusvaheliste Haiguste Klassifikatsiooni (RHK-10) kriteeriumitel.

2.3. Ravi

Kerget depressiooni saab tõhusalt ravida kas ravimite või psühhoterapiaga. Mõõduka ja raske depressiooni ravi võib vajalikuks osutada ravimite ja psühhoterapia kombineerimine.

- **Ravimid.** Ravi alustamiseks kasutada esmavaliku preparaate. 50–60% patsientidest reageerivad esimesele neile määratud antidepressandile. Ükski antidepressant pole teistest oluliselt parem. Ravimi valikul võiks arvestada patsiendi sümptomeid koos ravimi kõrvaltoimetega, kaasuvaid somaatilisi või psüühilisi häireid, varasemat ravivastust ja ravi maksumust. Antidepressante saavad patsiendid vajavad hoolikat jälgimist depressiooni süvenemise ja suitsidaalsuse suhtes, eriti ravi alguses ja siis, kui annust suurendatakse või vähendatakse.
- **Sagedased visiidid ravi alguses.** Ravi alguses on patsiendil vaja sageli arsti külastada, selleks et hinnata ravi tõhusust, suitsiidimõtteid, ravimi kõrvaltoimeid ja psühhosotsiaalset toetust.
- **Ravi kestus.** Ravi eesmärgiks on patsiendi seisundi paranemine ja depressiooni

* Siinses trüki versioonis on esitatud juhendi põhitekst ning lisad 1 ja 2. Kõik lisad koos põhitekstiga on kättesaadavad ajakirja veebiversioonis.

** Psühhoterapeudina käsitletakse tunnustatud psühhoterapiakoolkonna psühhoterapeudi koolituse läbinud kliinilist psühholoogi või psühhiaatrit.

ägenemise (relapsi) vältimine sama haigusepisoodi piires. Selle tõttu peaks ravi kestma 6–12 kuud pärast ägeda sümptomaatika taandumist.

- **Säilitusravi** rakendatakse korduvate ja raskete depressiooniepisoodide korral eesmärgiga vältida uute haigusepisoodide kordumist. Säilitusravi on pikaajaline ja võib kesta mitu aastat.
- **Patsientide teavitamine ja toetamine** on hädavajalikud, kuna jätkuvalt on psüühikahäirete korral probleemiks sotsiaalne märgistatus ja vähene arusaam depressiooni olemusest.

3. KLIINILINE TAUST

3.1. Etioloogia ja levimus

Depressioon on kompleksne mitmeteguriline psüühikahäire, mille tekkes on oluline roll geneetilistel, biokeemilistel, sotsiaal-demograafilistel ja psühho-sotsiaalsetel teguritel. Depressioon on levinud, märkimisväärse haigestumuse ja suitsiidiohuga häire. Umbes 5% Eesti rahvastikust kannatab igal ajahetkel depressiivse häire all, meeste eluaegne risk on 7–12%, naistel 20–25%. Eesti perearsti külastavatel patsientidel esineb hetkedepressiooni igal kuuendal patsiendil ja eelneva kuue kuu jooksul on depressiooniepisood esinenud igal neljandal patsiendil. Depressiooniga on seotud olulised otsesed ja kaudsed kulud,

nii otsene ravikulu, kaotatud tööaeg kui ka potentsiaalne sissetulekukaotus kaotatud töövõime ja suitsiidide tõttu. Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) andmetel tõuseb depressioon 2020. aastaks 2. kohale töövõimekaotuse põhjustajana mõõdetuna DALYdes (*disability adjusted life years* ehk puudele kohandatud eluaastad).

3.2. Ravikorralduslikud probleemid

Depressiooni diagnoosimisel ja ravimisel esmatasandi arstiabis võib esineda mitmeid takistusi. Esmane arsti ja patsiendi kohtumisaeg on lühike, seepärast on arstil raske depressiooni sümptomite esinemist patsiendil täielikult hinnata. Depressiooniga patsiendid esitavad perearstile pigem kehalisi kaebusi ega tunnista depressiivse meeleolu olemasolu ning räägivad depressioonist vastumeelselt.

Depressiooni õigeaegset ja mitmekülgset ravi võib takistada psühhiaatrite ja psühhoterapeutide vähesus. Raviviisidest on psühhoteraapia Eestis raskesti kättesaadav. Sageli katkestavad patsiendid ravi ega täida arsti ettekirjutusi.

3.3. Depressiooni diagnoosimine

Ravijuhendis on keskendunud depressiooni ravile perearstiabis. Depressiooni diagnostilised kriteeriumid RHK-10 järgi (F32-F33) on toodud tabelis 1 ja 2. Tabelis 3 on esitatud kaks küsimust kiire esmase sõeldiagnostika jaoks.

Tabel 1. Depressiooni sümptomid ja depressiivsete häirete diagnostilised kriteeriumid

Depressiooni diagnoosimisel lähtutakse häirele iseloomulike haigussümptomite tuvastamisest, mis RHK-10-s jagatakse põhi- ja lisasümptomiteks.		
	Põhisümptomid	Lisasümptomid
	<p>Meeleolu alanemine on subjektiivne elamus, mis väljendub negatiivsete emotsioonide domineerimises pikema aja vältel.</p> <p>Huvide ja elurõõmu kadumine väljendub vähenenud või kadunud võimes tunda positiivseid emotsioone.</p> <p>Energia vähenemine väljendub kiirenenud väsitatavusena või püsiva väsimustunde ja kurnatusena. Iga tegevus nõuab tavalisest suuremat pingutamist, eriti tegevuse alustamine.</p>	<p>Tähelepanu ja kontsentratsioonivõime alanemine.</p> <p>Alanenud enesehinnang ja eneseusaldus.</p> <p>Süü- ja väärtusetustunne (ka kerge vormi korral).</p> <p>Trööstitu ja pessimistlik suhtumine tulevikku.</p> <p>Enesekahjustuse või suitsiidimõtted või -teod.</p> <p>Häiritud uni.</p> <p>Isumuutus.</p>
Depressiooni diagnoosimiseks peab esinema vähemalt kaks põhi- ja kaks lisasümptomit valdava osa ajast ning seda vähemalt kahe nädala vältel.		
Depressiooni raskusastmed		
Raskusaste	Sümptomite arv	Psühho-sotsiaalne toimetulek
Kerge	Vähemalt 2 depressiooni põhisümptomit ja 2 lisasümptomit.	On teatud raskusi igapäevases töös ja sotsiaalses suhtlemises, kuid tegutsemisvõime säilib.
Mõõdukas	Vähemalt 2–3 depressiooni põhisümptomit ja 3–4 lisasümptomit, neist osa tugevasti väljendunud.	Harilikult on märgatavaid raskusi sotsiaalses, tööalases ja koduses tegevuses.
Raske	3 depressiooni põhisümptomit ja vähemalt 4 lisasümptomit; + märgatav kurbus või ärevus, välja arvatud ilmse pidurduse korral.	Ei ole tavaliselt suuteline jätkama sotsiaalset, tööalast ja kodust tegevust, välja arvatud väga osaliselt või piiratud ulatuses.
Psühhootiline	+ psühhootilised sümptomid (luul, hallutsinatsioonid, stuupor).	On ohtlik iseendale ega ole suuteline iseseisvalt oma elu korraldama.

Suure depressiooniriskiga isikud on

- ebaselgete kehaliste vaevuste ja krooniliste haigustega patsiendid;
- erinevate kehapiirkondade valu kaebavad patsiendid;
- unehäiretega patsiendid;
- alkoholiprobleemidega patsiendid;
- hiljuti sünnitanud naised;
- teiste psühhiaatriliste haigustega patsiendid;
- varem depressiooni põdenud või need, kelle pereanamneesis esineb depressioon;
- pikka aega töötud või tööstressi all kannatajad;
- sotsiaal-majanduslike probleemidega isikud;
- palju negatiivseid elusündmusi kogenud isikud;
- oluliste eluvaldkondadega rahulolematud isikud;
- etnilised vähemusrühmad.

Depressiooni leitakse sageli patsientidel, kel on erinevad kaebused: ärritatud soole sündroom, fibromüalgia, kroonilise väsimuse sündroom, krooniline valu, ka peavalu, seljavalu, vaagnapiirkonna valu ja unehäired. Ärevushäire või depressiooniga patsiendid eitavad sageli meeoleolu või psühhiaatrilisi sümptomeid kas sotsiaalse halvaksapanu tõttu või seepärast, et nad tõepoolest ei koge neid. Kokkusobimatute sümptomite ilmumine (palju pealtnäha raskeid sümptomeid, haiguslike kõrvalekallete puudumine ja kasvav pikk nimekirj referentsväärtustes laboratoorsetest analüüsides) viitab depres-

siooni või ärevushäire esinemise suurele tõenäosusele. Depressioonile võiks mõelda ka keskmisest sagedasemate arstikülastuste korral.

3.3.1. Anamnees

Vajalik on täpsustada haiguse kestus, varasem tervislik seisund, perekonna ja eluanamnees, eelnenud maniakaalsed või hüpomaniakaalsed episoodid, ainete kuritarvitamise ja teiste kaasuvate haiguste olemasolu. Iga patsienti, kel on depressiooni sümptomeid, on vaja küsitleda bipolaarse häire suhtes, kuna 30–50%-l bipolaarse häirega patsientidest areneb äge mania, kui nad alustavad antidepressantravi. Rohkem kui 50%-l depressiooniga patsientidest kaasneb ärevushäire.

3.3.2. Hindamine

Hinnata tuleb raskusastet, psühhootilisi tunnuseid, suitsiidile kalduvust. Suitsiidiriski suurendavad selle varasemad katsed, sõltuvusprobleemid, isiksusehäire ja/või kehaline haigus, suitsiid pereanamneesis, paarisuhte puudumine, lähedase hiljutine surm, lahusus, paanikahood või raske ärevusseisund, alanenud keskendumisvõime, unetus. Riski suurendavad suitsiidi sooritamiseks vajalike vahendite käepärasus, konkreetse plaani olemasolu ja reaalsed ettevalmistused suitsiidiks. Kõige selle kohta tuleb esitada selgeid ja järjekindlaid küsimusi. Küsides otse suitsiidimõtete, plaanide ja -kavatsuste kohta, on patsient tavaliselt väga aus. Lisaks on depressiooni

Tabel 2. Somaatilist ehk melanhoolset tüüpi depressioon

Somaatilist tüüpi depressiooni diagnoosimiseks peab esinema vähemalt neli depressiooni somaatilist sümptomit. RHK-10-s eristatakse mittesomaatilist tüüpi depressiooni ainult kerge ja mõõduka depressiooni korral, kuna raske depressioon kuulub alati somaatilist tüüpi depressiooni alla.

Melanhoolset tüüpi depressiooni sümptomid

- Huvi ja rahuldustunde kadumine tegevusest, mis varem oli meeldiv.
- Emotsionaalse reaktsiooni puudumine tavaliselt meeldivatele olukordadele ja sündmustele.
- Liiga varajane ärkamine hommikul (kaks või rohkem tundi enne tavalist aega).
- Depressioon hommikul sügavam.
- Psühhomotoorne pidurdus või rahutus (peab olema selgelt märgatav käitumises ja ka teiste inimeste poolt täheldatud või kirjeldatud).
- Ilmne isu alanemine (vahel harva söögiisu suurenemine).
- Kehakaalu langus (kaalukaotusena 5% või rohkem viimase kuu vältel).
- Libiido alanemine.

Tabel 3. Depressiooni sõelküsimused

Kiire võimalus depressiooniga patsientide sõelumiseks on esitada patsiendile kaks küsimust:

1. Kas olete viimase kuu jooksul tundnud vähem huvi enamiku asjade vastu või olete vähem võimeline tundma rõõmu asjade üle, mis Teid tavaliselt on rõõmustanud?
2. Kas olete viimase kuu jooksul tundnud masendust, depressiooni või lootusetust?

Kui patsient vastab mõlemale küsimusele „ei“, siis on depressiooni esinemine vähetõenäoline. Kui patsient vastab „jah“ ühele või mõlemale küsimustele, tuleks kaaluda sõelküsimustike (EEK-2, EMS) kasutamist ja põhjalikumat uurimist.

hindamiseks kasutusel erinevad enesehinangulised küsimustikud. Eestis näiteks EEK-2 ja EMS, mis ära toodud ravijuhendi lisas 3.

3.3.3. Füüsiline läbivaatus

Otsida viiteid kroonilisele haigusele, hüpoteeroidismile ja teistele haigustele. Väsimus on tavaline kaebus depressiooniga patsientidel. Välistada tuleb aneemia, maksa/neeru düsfunktsioon ja kilpnäärmehaigus. Depressiooni diagnoosimine võib olla esimesel visiidil keeruline. Siis võib patsiendi tagasi kutsuda, et arutada depressiooni diagnoosi ja ravi.

3.3.4. Laboratoorsed testid ja instrumentaalsed uuringud

Depressiooni diagnoosimiseks ei kasutata rutiinseid laboratoorseid teste ega instrumentaalseid uuringuid, v.a samade sümptomitega haiguste kaalutletud välistamiseks. Siiski peaksid arstid olema valvsad, et vältida somaatilise haiguse aladiagnoosimist.

3.4. Diferentsiaaldiagnostika

3.4.1. Düstüümia

Düstüümia tähendab kroonilist meeleolu alanemist, mis ei vasta kerge või mõõduka depressiooni kirjeldusele, samas kui isiku toimetulekuvõime alanemine võib olla samasugune nagu depressiooni korral. Antidepressandid on düstüümia ravis mõnevõrra vähem efektiivsed kui depressiooni ravis, kuigi suur osa düstüümia patsientidest kasutab raviks antidepressante või psühhoterapiat. Düstüümia patsiendil võib olla perioode, kus ta vastab depressiooni kriteeriumitele.

3.4.2. Kohanemishäire

Kohanemishäire puhul võivad esineda depressiooniga sarnased sümptomid, nagu alanenud meeleolu, nutusus, lootusetus tunne. Erinevalt depressioonist on kohanemishäire puhul eristatav eelneva kolme kuu jooksul esinenud selge stressor. Kui aga näiteks töö kaotanud patsiendil on täidetud depressiooni diagnoosikriteeriumid, ei saa diagnoosida kohanemishäiret.

3.4.3. Bipolaarne häire

Bipolaarse häire depressiooniepisoodid ei erine tavapäraest depressiooniepisoodi-

dest, küll on nende kestus mõnevõrra lühem ja nende puhul esineb sagedamini psühhootilisi sümptomeid, psühhomotoorset pidurdatust või atüüpilisele depressioonile iseloomulikke sümptomeid. Diferentsiaal-diagnostiliselt on oluline, et bipolaarse häire korral esineb anamneesis vähemalt üks maniakaalne või hüpomaniakaalne episood. Bipolaarse häire depressiooniepisoodide ravi erineb tavapärasest depressiooniravist. Bipolaarse häirega patsienti peaks ravima psühhiaater.

3.4.4. Depressioon ja kehaline haigus

Depressioon võib esineda koos kehalise haigusega, tekkida sellesse haigestumise tagajärjel või kehalise haiguse raviks kasutatavate ravimite kasutamise tulemusena. Tihti on raske eristada, kas depressioon on mõne teise haiguse ilming või sekundaarne reaktsioon sellele haigusele, kuid tõenäoliselt pole see ka kliiniliselt oluline. Depressiooni tuleb ravida kooskõlas tema diagnostiliste kriteeriumitega ja toimetulekuhäirega, sõltumata somaatilise haiguse olemasolust. Depressioon võib segada teise haiguse efektiivset ravi, lükates edasi taastumist ja suurendades oluliselt suremust.

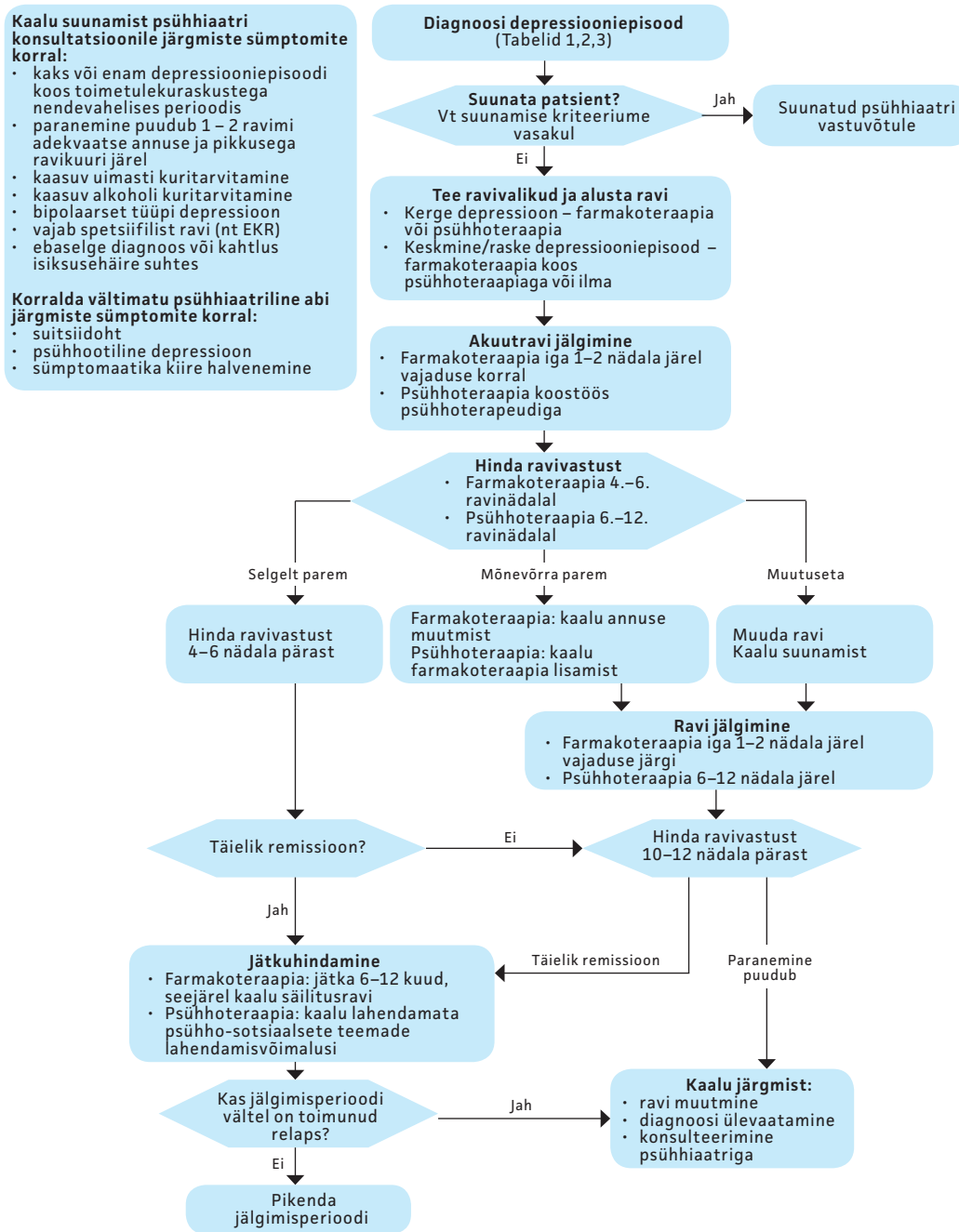
Depressioon võib esineda kaasuvana või tagajärjena selliste raskete haiguste korral nagu müokardiinfarkt, ajuinsult, trauma, *sclerosis multiplex*, vähk, Huntingtoni või Alzheimeri tõbi. Ravimid, mis võivad olla depressiooni põhjustajaks, on näiteks tretinoidid, interferoon, kombineeritud rasestumisvastased preparaadid või mõned vererõhku alandavad ravimid.

3.4.5. Raske kaotus

Leinamine on normaalne reaktsioon kaotusele nagu lähedase inimese surm. Patsiendil võivad pärast kaotust ilmned mitmed depressiooni sümptomid. Tavaliselt ei kaasne leinaga siiski alaväärsus- või süütunne ega esine suitsiidimõtteid. Sümptomite kestus varieerub, kuid enamik neist kaob või väheneb mõne kuuga. Soovitav on toetav nõustamine, vajaduse korral koos lühiajaliselt sümptomeid kontrolliva ravimiga.

4. RAVI

Joonisel 1 ja tabelis 4 on kokku võetud ravi puudutav operatiivinfo. Ravi mõjutavad kaasuvad haigused. Depressioonipatsiendid kannatavad sageli ka muude psüühikahäirete all. Ravijuhendi lisas 1 on toodud



Joonis 1. Depressioonihaike kliinilise käsitluse algoritm.

põhilised kaasuvad psühhiaatrilised häired. Joonisel 1 on esitatud sammud patsiendi jälgimiseks, ravivastuse hindamiseks ja ravi võimalikuks korrigeerimiseks.

Põhilised raviprotsessi osad on

- toetavad ravisekkumised,
- farmakoteraapia,
- psühhoterapia,
- seisundi regulaarne hindamine,
- raske või ravile allumatu depressiooni ravi.

4.1. Toetavad ravisekkumised

Kõiki depressiooniga patsiente tuleks nõustada ja teavitada erinevatest ravi toetatavatest sekkumistest.

4.1.1. Patsiendi informeerimine (vt ka lisa 4)

Depressioon on tavainimesele raskesti mõistetav seisund. Sageli on patsient depressiooni diagnoosile vastu, kuna peab seda halvamaiguliseks, alahindab selle

Tabel 4. Sobiva antidepressandi valik: annustamine, ravimi kõrval- ning koostoimed

Toimeaine	Olulisemad kõrvaltoimed	Rasedus/imetamine	Koostoimed teiste ravimitega	Algannus ja annuse suurendamine	Harilik annus
Selektiivsed serotoniini tagasihaarde inhibiitorid (SSRI-d)					
fluoksetiin	Seksuaaldüsfunctioon +, iiveldus ++, insomni/agiteeritus +	Rasedale määrata vaid siis, kui saadav kasu patsiendile õigustab riski lootele. Imetamise ajal ohutud	Võimalikud koostoimed karbamasepiini, MAO-inhibiitorite, metadooni, teofüllüüni, tramadooli, triptaanide, tritsükliliste antidepressantide, naistepuna, greipfruudimahla ja mõnede mittesteroidsete põletikuvastaste vahenditega.	20 mg; 10–20 mg nelja nädala järel	20–40 mg/päev
paroksetiin	Seksuaaldüsfunctioon ++, iiveldus ++, insomni/agiteeritus ++, kehakaalu tõus +		Tsitalopraami, estsitalopraami ja sertraliini koostoimed kliiniliselt vähem olulised	20 mg; 10–20 mg kahe nädala järel	20–40 mg/päev
tsitalopraam	Seksuaaldüsfunctioon ++, iiveldus ++, insomni/agiteeritus ++			20 mg; 10 mg kahe nädala järel	20–40 mg/päev
estsitalopraam	Seksuaaldüsfunctioon ++, iiveldus ++, insomni/agiteeritus ++			10 mg; 10 mg kahe nädala järel	10–20 mg/päev
sertraliin	Seksuaaldüsfunctioon ++, iiveldus ++, insomni/agiteeritus ++			50 mg; 50–100 mg kahe nädala järel	50–150 mg/päev
Serotoniini ja noradrenaliini tagasihaarde inhibiitorid (SNRI-d)					
duloksetiin	Seksuaaldüsfunctioon +, iiveldus ++, insomni/agiteeritus ++	Rasedale määrata vaid siis, kui saadav kasu patsiendile õigustab riski lootele. Imetamise kohta andmed puuduvad	Võimalikud koostoimed MAO-inhibiitorite, tramadooli, triptaanide, alkoholi ja naistepunaga.	30 mg; 30 mg kahe nädala järel	60 mg/päev
venlafaksiin	Seksuaaldüsfunctioon ++, iiveldus ++, insomni/agiteeritus ++, vererõhu tõus (annusest lineaarselt sõltuv)	Rasedale määrata vaid siis, kui saadav kasu patsiendile õigustab riski lootele. Imetamise ajal mõõdukalt ohutu		75 mg; 75 mg nädalas	75–150 mg/päev
milnatsipraan	liveldus ++, insomni/ärevus ++, seksuaaldüsfunctioon ++	Ei ole soovitatav raseduse ega imetamise ajal.		50–100 mg	100 mg/päev
Noradrenaliini ja dopamiini tagasihaarde inhibiitor					
bupropioon	liveldus +, insomni/agiteeritus +	Kontrollitud uuringud rasedatel puuduvad, kuid riski lootele ei ole näidatud. Imetamise ajal mõõdukalt ohutu	Võimalikud koostoimed MAO-inhibiitorite, karbamasepiini, levodopa, naistepuna, tramadooli ja triptaanidega	150 mg; mõne päeva järel	300 mg/päev
Serotoniini ja alfa-2 retseptori blokaator (suurendab serotoniini ja noradrenaliini vabanemist)					
mirtasapiin	Sedatsioon ++, kehakaalu tõus ++	Rasedale määrata vaid siis, kui saadav kasu patsiendile õigustab riski lootele. Imetamise ajal mõõdukalt ohutu	Võimalikud koostoimed MAO-inhibiitorite, karbamasepiini, levodopa, naistepuna, tramadooli ja triptaanidega	15 mg; 15 mg 1–2 nädala järel	15–30 mg/päev
Presünaptilise serotoniini tagasihaarde suurendaja					
tianeptiin	liveldus +, insomni +	Andmed puuduvad	Koostoimed väheolulised, võimalikud MAO-inhibiitorite, karbamasepiini, levodopa, naistepuna, tramadooli ja triptaanidega	37,5 mg	37,5 mg; max annus 37,5 mg/päev
Väga selektiivne noradrenaliini tagasihaarde inhibiitor					
reboksetiin	liveldus +, insomni/ärevus ++, seksuaaldüsfunctioon +	Ei ole soovitatav raseduse ega imetamise ajal	Võimalikud koostoimed MAO-inhibiitorite, karbamasepiini, levodopa, naistepuna, tramadooli, triptaanide, ketokonasooli ja erütromütsiiniga	4–8 mg; (neeru- või maksa- puudulikkusega haigetel 2 mg kaks korda päevas)	8 mg (4 mg kaks korda päevas)
Melatonini MT1 ja MT2 retseptorite agonist ja 5-HT2c antagonist					
agomelatiin	liveldus +	Andmed puuduvad	Vastunäidustatud maksa- haiguste korral. Soovitatav on transaminaaside kontroll enne ravi alustamist ja 6, 12, 24 nädala möödudes. Koostoimed võimalikud tsiprofloksatsiini, norfloksatsiini	25 mg enne magamaminekut	25 mg/päev; max annus 50 mg enne magamaminekut

++ mõõdukalt väljendunud kõrvaltoime, + kergelt väljendunud kõrvaltoime

raskust või on veendunud, et depressioon on normaalne reaktsioon teatud elulistele olukordadele. Paljud püüavad sümptomitega üksinda toime tulla või otsivad abi kirikust, sõpradelt või sugulastelt. Ka ravi ettekirjutustest kinnipidamine on eeltoodud põhjustel sageli kehvapoolne. Sellise suhtumise ja hoiakutega peab arvestama iga arst, kes püüab selgitada haiguse raskusastet ja selle ravi vajalikkust. Patsiendile tuleb tihti korduvalt selgitada, et

- depressioon on sage ja korduv tervisehäire, kuid ravitav nagu enamik teisi kroonilisi haigusi;
- vajalikud on sagedased arstikülastused, ravimite regulaarne kasutamine ja raviannuste korrigeerimine, enne kui saavutatakse täielik paranemine;
- kerged kõrvaltoimed on tavalised ning enamasti need mööduvad;
- kõiki antidepressante tuleb kasutada mitu nädalat, enne kui saavutatakse täielik ravivastus;
- ravimiga tuleb jätkata ka siis, kui patsient tunneb esimesi paranemismärke;
- rahustid ja uinutid ei ole antidepressandid ega ravi depressiooni;
- antidepressandid ei põhjusta sõltuvust, vaid kaitsevad aju stressi kahjuliku toime eest;
- depressioon ei ole elustiilihaigus ega laiskuse tunnus ning on loomulik kasutada spetsialistide abi;
- kui patsient tunneb ennast halvasti, ei peaks ta ootama järgmist visiiti, vaid võtma kohe ühendust oma arstiga.

4.1.2. Füüsiline aktiivsus

Sarnaselt teistele haigustega on füüsiline aktiivsus depressiooni ennetamise ja raviplaani loomulik osa. Maailma Terviseorganisatsiooni soovitusel alusel peaks täiskasvanud inimene tegelema mõõduka kehalise tegevusega vähemalt 30 minutit iga päev (150 minutit nädalas). Regulaarne füüsiline aktiivsus (2–3 korda nädalas, aeroobne või anaeroobne treening) on efektiivne depressioonisümptomite leevendaja.

4.1.3. Patsientide tugirühmad

Patsiendile võib soovitada liituda depressioonipatsientide tugirühmaga.

4.2. Farmakoteraapia

Tabelis 4 on praktilisi soovitusi sobiva

antidepressandi valikuks ning infot nende doseerimise kohta.

4.2.1. Farmakoteraapia planeerimisel arvestatavad asjaolud

4.2.1.1. Ei ole teistest paremat ravimit. Ükski ravim pole osutunud teistest paremaks ei efektiivsuse ega ravivastuse saabumise kiiruse poolest.

4.2.1.2. Varasem edukas ravi. Kasuta ravimit, mis on patsienti varem aidanud.

4.2.1.3. Esmane valik. Selektiivsed serotoniini tagasihaarde inhibiitorid (SSRI-d), serotoniini-noradrenaliini tagasihaarde inhibiitorid (SNRI-d) ja noradrenaliini-dopamiini tagasihaarde inhibiitorid (NDRI-d) on esmavalikuks kasutusmugavuse, enamasti talutavate kõrvaltoimete ja ohutuse poolest üleannustamise korral.

4.2.1.4. Krambid. Kui anamneesis on krambid, tuleks eelistada SSRI-sid. Bupropioon alandab krambiläve.

4.2.1.5. Valu. Kroonilise valu korral on soovitatav kasutada duloksetiini. Serotonergilise ja noradrenalinergilise ülekande mõjutamise tõttu võivad teoreetiliselt analoogselt mõjuda ka mirtasapiin ja venlafaksiin.

4.2.1.6. Rasedus. Antidepressantide kasutamine raseduse või imetamise ajal ei ole üheselt vastunäidustatud. Nõustades depressiooniga patsienti, kes soovib viljastuda, tuleb kaaluda farmakoteraapia võimalikke riske ja eeliseid. Raseduseks valmistuv naine võib ravimite asemel eelistada jätkamist psühhoterapiaga. Raseda või vastsündinu eest hoolitseva naise puhul tuleb kaaluda, kas ohtlikum on ravimite kasutamine või ravimata raske depressioon. Antidepressantide teratogeensuse oht on suurim raseduse I trimestril. Raseda või imetava naise ravi antidepressandiga peab toimuma minimaalses remissiooni tagavas terapeutilises annuses ning ema-lapse seisundit regulaarselt jälgides. Korduva sünnitusjärgse depressiooniepisoodi profülaktikat tuleks patsiendiga tõsiselt kaaluda nii riskide kui ka kasu aspektist. Profülaktiline antidepressantravi peaks algama raseduse kolmandal trimestril (vähemalt neli kuni kuus nädalat enne sünnitust).

4.2.1.7. Serotoniinisündroom. On üksikuid harvu juhtumikirjeldusi, mis viitavad võimalusele, et SSRI-d võtval patsiendil võib tekkida serotoniinisündroom (teadvuse hägunemine, rahutus, müokloonus, hüperrefleksia), kui lisaks kasutada mirtasapiini, dekstrometorfaani, tramadooli, naistepuna või triptaane. Siiski on selliste koostoimete riski kliiniline tähendus ebaselge ja risk ilmselt väga väike.

4.2.1.8. Ravile mittereageerimine. Kui patsient ei reageeri kahele erinevale järjestikusele antidepressandile, tuleks konsulteerida psühhiaatriga. Vajalikuks võib osutuda ravi korrigeerimine.

4.2.2. Antidepressantide kasutamine

4.2.2.1. Antidepressandi valik. Mõõduka või raske depressiooniga patsientidele tuleks määrata antidepressantravi. Antidepressante võib kasutada ka kerge depressiooni raviks. Esmavalikuna võiks kasutada uuemaid antidepressante: SSRI-d, SNRI-d või NDRI-d, mis on eelistatud, sest nende ohutus ja talutavus on paremad võrreldes teiste antidepressantidega. Nende ravimite rühmades on palju erinevaid ravimeid, kuid olulisi erinevusi nende toime tõhususes ei ole leitud. Siiski võib depressiooni täieliku paranemise saavutamiseks olla vajalik mitme antidepressandi järjestikune kasutamine. Seetõttu on soovituslik viia end kurssi igast klassist 2–3 ravimi kõrvaltoimete, koostoimete ning annustamisega, et valida patsiendi vajadustele sobiv ravim. Monoteraapia bensodiasepiinidega ei ole depressiooni raviks soovitatav.

4.2.2.2. Antidepressantide ohutus ja taluvus. Kõikide antidepressantide kasutamise korral esineb risk kõrvaltoimete nagu iiveldus, sedatsioon, insomniat, seksuaaldüsfunktsioon ning kehakaalu tõus tekkeks. Patsiente, kes saavad ravi antidepressantidega, tuleb hoolikalt jälgida depressiooni võimaliku süvenemise ja suitsidaalsuse ilmnemise tõttu eriti ravikuuri alguses ning siis, kui ravimi annust suurendatakse või vähendatakse. Arst peaks hindama suitsiidimõtete süvenemise tendentsi antidepressantravi käigus eeskätt patsientidel, kes on nooremad kui 25 eluaastat. Ravimite kõrvaltoimed võivad patsiente heidutada, kuid ravimata depressioon

kujutab endast aga oluliselt suuremat riski, kui ravimite kõrvaltoimed ja riskid, mis on seotud ravimitega. Arstid peaksid soovutama rutiinselt antidepressantravi mõõduka või raske depressiooniga patsientidele ning ravi alguses jälgima patsiente teraselt võimalike ravi kõrvaltoimete ning suitsiidimõtete süvenemise suhtes. Taluvuse parandamiseks võib ravi alustada subterapeutilises annuses ja siis järk-järgult suurendada annust terapeutilise annuseni. Kui kõrvaltoimed ei ole talutavad, siis võib kaaluda annuse vähendamist (kui annus on juba terapeutilise vahemikus) ja siis hinnata taas kõrvaltoimeid kahe nädala möödudes. Kui talumatud kõrvaltoimed püsivad, tuleks kaaluda ravimi vahetamist ja saata patsient võimaluse korral psühhiaatri konsultatsioonile.

4.2.2.3. Antidepressantravi optimeerimine. Peale antidepressandi valikut tuleb valida annustamise strateegia. Tuleks saavutada minimaalne toimiv annus, pidades silmas taluvust. Mitme alalävises annuses antidepressandi kombineerimine ei ole mõttekas. Kui minimaalne terapeutiline annus on saavutatud, tuleks oodata 2–4 nädalat, et hinnata sümptomaatika taandumist ja taluvust enne, kui annust suurendada (juhtudel kui paranemine on vähene ja taluvus hea). Annust tuleks säilitada, kui ravivastus on adekvaatne ja taluvus hea. Annust tuleks vähendada, kui ravivastus on adekvaatne ja taluvus halb. Ravim tuleks välja vahetada, kui paranemist ei ole ja taluvus on halb. Sümptomaatika taandumist ja taluvust tuleks hinnata vajaduse järgi, keskmiselt iga paari nädala järel. Igal hindamisel tuleks otsustada, kas annust muuta, määrata teine ravim või rakendada kombineerimist/augmenteerimist. Kui remissioon on saavutatud, siis tuleks ravi jätkata toimivas annuses 6–12 kuu vältel patsienti jälgides.

4.2.2.4. Antidepressantravi lõpetamine. Vältida tuleb ravi järsku lõpetamist, sest see võib põhjustada ärajäämanähtude ilmnemist. Annust võiks vähendada 50% võrra nädalaste intervallide järel ning lõpetada ravi paari nädala kuni kuu jooksul. Sõltuvalt patsiendi seisundist võib ravi lõpetamine olla ka pikem. Kui peale annuse vähendamist või ravi lõpetamist ilmnevad uuesti depressiooni sümptomid, siis võib kaaluda eelnevalt kasutatud annuse uuesti

kasutusele võtmist. Ärajäämanähud võivad ilmnedagi väga erineval kujul, need on tavaliselt kergekujulised, ilmnevad esimestel päevadel pärast ravi lõpetamist ja taanduvad iseeneslikult paari nädala jooksul. Nende püsimise või depressiooni sümptomite taastekke korral pärast ravi lõpetamist on otstarbekas konsulteerida psühhiaatriga.

4.3. Psühhoterapia

Psühhoterapia iseseisva ravimeetodina on antidepressantidega võrdse efektiivsusega kerge kuni mõõduka raskusega depressiooniepisoodi ravis ja võib osutada efektiivseks ka raske depressiooni ravis. Siiski tuleks enamiku spetsialistide arvates raske depressiooni korral psühhoterapiat kombineerida farmakoteraapiaga.

Millal võiks patsiendile soovitada pöörduda psühhoterapeudi poole? Kerge depressiooni korral on psühhoterapia tõhus ka ilma ravimiteta. Psühhoterapiat tuleks eelistada, kui psühholoogilistel ja psühhosotsiaalsetel põhjustel näib patsiendi depressiooni tekkes/püsimisel olevat oluline osa. Kerge/mõõduka depressiooni korral eelistada psühhoterapiat ka siis, kui patsient seda soovib või kui ravimid on mingil põhjusel vastunäidustatud (nt rasedus).

Depressiooni ravis kasutatakse erinevaid psühhoterapiaviise. Kõige rohkem on uuringuid, mis näitavad kognitiiv-käitumisterapia tõhusust depressiooni ravis. Seepärast võiks see teraapia olla esimese valiku psühhoterapia. Paariterapiat võiks soovitada inimestele, kellel on püsipartner ja võib arvata, et suhte probleemid soodustavad depressiooni tekkimist või püsimist, või siis, kui partneri kaasamine võiks anda mingit muud terapeutilist kasu. Psühhanalüütilist terapiat depressiooni ravis on vähem uuritud, mõned uuringud näitavad lühiajalise psühhodünaamilise teraapia tõhusust. Lühiajalist psühhodünaamilist psühhoterapiat võiks soovitada siis, kui patsient teisi teraapiaid ei soovi või kui psühhanalüütiline teraapia on tema enda eelistus. Samuti võib psühhanalüütilisest teraapiast olla abi keerulistel komorbiidsetel juhtudel, eriti kaasuvate isiksusehäirete korral.

Enamasti pole perearstil endal aega ega spetsiifilisi oskusi ise psühhoterapia tegemiseks. Kui patsient vajab psühhoterapiat, peaks pakkuma talle teavet psühhoterapia olemuse, liikide ja kättesaadavuse kohta

ning võimaluse korral suunama psühhoterapeudi konsultatsioonile. Ühtseid juhiseid, kuidas patsienti psühhoterapeudi juurde suunata, ei saa anda, sest psühhoterapia on Eestis raskesti kättesaadav. Enamikus psühhiaatria haiglates on võimalik saada psühhoterapeutilist abi. Üks võimalus on saata patsient otse psühhiaatri vastuvõtule, kes aitab otsustada, kas psühhoterapia on näidustatud. Teine võimalus on suunata patsient otse psühhoterapeudi vastuvõtule koos diagnoosi ja suunamise näidustust sisaldava saatekirjaga. Kindlasti tuleks suunamisel kaaluda patsiendi võimalusi ja eelistusi.

Ravimeid ja psühhoterapiat tuleb võimaluse korral kombineerida, kui

- esineb mõõdukas või raske depressioon;
- esinevad psühhosotsiaalsed probleemid, mis mõjutavad raviprotsessi;
- depressioonipatsient pole reageerinud ainult ravimitele või ainult psühhoterapiale;
- tagasilanguse (relapsi) oht on suur (vt seisundi jälgimine);
- psühholoogilistel ja psühhosotsiaalsetel põhjustel näib patsiendi depressiooni tekkes/püsimisel olevat oluline osa.

4.3.1. Kognitiiv-käitumisteraapia

Kognitiiv-käitumisteraapia (KKT) on lühiajaline psühhoterapia, kus tunnetus- ja käitumismustrite muutmise kaudu mõjutatakse emotsionaalseid häireid ja soodustatakse toimetulekuvõimet. Kognitiivteraapia nimetus viitab sellele, et keskseks nähtuseks selles teraapias on kognitsioonid: mõtted, kujutlused, tähelepanu- ja mäluksalded ning nende aluseks olevad püsivad hoiakud ja veendumused. Depressioonile on iseloomulik tõlgendada iseennast, elu ja tulevikku negatiivselt, samuti märgata ja meenutada rohkem negatiivse tähendusega sündmusi.

Depressiooni kognitiiv-käitumisteraapias õpetatakse patsiendile, kuidas leida, testida ja muuta enesekriitilisi mõtteid ja negatiivseid hinnanguid endale ja maailmale ning kuidas mõjutada tähelepanu ja tõlgenduskindlust. Samuti aidatakse näha ja ümber hinnata äärmuslikke veendumusi, mis teevad inimese emotsionaalsete probleemide suhtes haavatavaks. Käitumuslikke meetodeid kasutatakse nii kognitsioonide vaidlustamiseks kui ka säilitavate käitumiste muutmiseks. Patsiendil aidatakse üle

saada depressiooniga kaasaskäivast tegutsemise ja suhtlemise vältimisest. Samuti õpetatakse nägema seost oma tegevuse ja meeleolu vahel ning kavandatakse rohkem rahuldust ja saavutustunnet pakkuvaid tegevusi. Teraapia käigus õpitud psühholoogilisi oskusi on võimalik pärast teraapia lõppu iseseisvalt kasutada.

4.3.2. Psühhodünaamiline teraapia

Psühhodünaamiline teraapia (PDT) põhineb psüühikahäirete psühhoanalüütilisel seletusel. Eeldatakse, et teadvustatud ja teadvustamata sisekonfliktid ning nendega seotud tunded ja kaitsemehhanismid aitavad kaasa emotsionaalsete häirete tekkimisele. Ravi käigus uurivad terapeut ja patsient süvakonflikte ning nende ilminguid patsiendi elus ja suhetes, sealhulgas teraapia suhtes (ülekanne ja vastuülekanne). See aitab patsiendil paremini näha ja mõista minevikust pärit tundeid ning konflikte. Põhitehnikateks on tõlgendamine ja konfliktide läbitöötamine. Psühhodünaamiline teraapia ei ole direktiivne: patsiendile ei õpetata spetsiifilisi oskusi.

4.3.3. Paariteraapia

Raskused läheduse saavutamisel ja konfliktidega toimetulekul ennustavad depressiooni teket nii naistel kui ka meestel. On kliinilisi tähelepanekuid, et depressiooniepisoodi võib vallandada partneri kriitiseeriv käitumine. Süsteemse paariteraapia eesmärgiks on anda paarile uus vaatenurk esitatavale probleemile (näiteks depressiivsele käitumisele), samuti leida uusi suhetes olemise viise. Käitumusliku suuna paariteraapia eesmärgiks on suurendada paari vastastikust positiivset käitumist, õpetada suhtlemis- ja probleemilahendusoskusi. Seega on paariteraapia lühiajaline psühholoogiline sekkumine, kus aidatakse osalistel aru saada, kuidas nende vastastikune käitumine mõjutab sümptomite ja probleemide teket ja püsimist, ning muuta selle põhjal omavahelist suhtlemist.

4.4. Seisundi regulaarne hindamine

Ravi alguses tuleks patsiendiga kohtuda sageli (igal nädalal või üle kahe nädala), et hinnata patsiendi vastet sekkumisele, tuvastada kõrvaltoimete olemasolu ja julgustada patsienti nendega toime tulema, hinnata suitsidaalsust ja välistada võimalikud kaasuvad haigused. Mõned patsiendid võivad

ravi algfaasis kogeda rahutuse suurenemist, ärevust, aga ka vaenulikkust – need kõik suurendavad suitsiidiriski.

50–65% patsientidest reageerib farmakoteraapiale 4–8 nädalaga. Ravi tuleks jätkata toimivas annuses 6–12 kuu vältel. Ravi liiga varane lõpetamine või raviannuse vähendamine allapoole raviefekti saavutamiseks vajalikku taset suurendab oluliselt tagasilanguse riski. Ravi jätkufaasis võivad kohtumised arstiga aset leida vajaduse järgi. Meeles peaks pidama vajadust hinnata patsiente depressiooni taastekke suhtes ja kaaluda eluaegset antidepressantravi (säilitusravina) neil, kellel tagasilanguse oht on suur. Stabiilse seisundi korral piisab säilitusravi ajal keskmiselt 3 kuu tagant toimuvatest kohtumistest. Pearingstis on soovitatav jälgida patsiendi ravi edenemist ka psühhoteraapia ajal.

Ravi tuleb mõtestada tervikprotsessina, kus võib eristada akuut- ja jätkuravi:

- **akuutravi** – ravi kestab, kuni kõik depressiooni sümptomid on taandunud;
- **jätkuravi** – ravi kestab kuni 12 kuud pärast täielikku sümptomite taandumist, et hoida ära relaps;
- **säilitusravi** – soovitatav patsientidele, kellel on kolm või enam depressiooniepisoodi, psühhootiline depressioon anamneesis või esimene depressiooniepisood vanuses üle 55 eluaasta, depressioon pereanamneesis.

Toimetulek kõrvaltoimetega. Unetus, kaalutõus ja seksuaaldüsfunktsioon on kõrvaltoimed, mida seostatakse antidepressantidega kõige enam. Nendega toimetulekuks võiks kaaluda järgmisi strateegiaid:

- **unetus** – depressiooniga kaasnevate unehäirete tõttu võib lühiajaliselt (kuni neli nädalat) kasutada hüpnootikume: tsolpideemi 5–10 mg või tsopiklooni 3,75–7,5 mg. Unehäirete taandudes tuleks nende kasutamine lõpetada. Rahustite (alprasolaam, diasepaam, klonasepaam, bromasepaam jt) kasutamine unehäirete raviks depressiooni korral ei ole otstarbekas. Enamikul rahustitest on aktiivsed metaboliidid või on neil liiga pikk poolväärtusaeg, mis pikendavad asjatult sedatiivset toimet järgmisel päeval. Kui hüpnootikumidega unehäired ei leevene või nende tarvitamine nihkub pikemale perioodile kui neli nädalat, siis on

soovitat kasutada kvetiapiini 25–50 mg, amitriptüliini 10–75 mg. Kui ka nende ravimitega unehäire ei taandu, on mõttekas konsulteerida psühhiaatriga. Rahustite kasutamine lühiajaliselt (kuni neli nädalat) on näidustatud siis, kui depressiooniga kaasnevad ärevuse sümptomid. Sel juhul tuleks neid kasutada päevasel ajal, mitte unehäirete raviks;

- **kaalutõus** – kindlat leevendust ei ole. Üks kindlamaid valikuid on toitumise korrigeerimine ja kehalise aktiivsuse suurendamine;
- **seksuaaldüsfunksioon** – sage kõrvaltoime kõikide antidepressantide kasutamisel. Bupropioon põhjustab seda kõrvaltoimet kõige vähem. Teised vähem tõendatud strateegiad on sildenafili ja tsüproheptadiini kasutamine.

4.5. Raske või ravile allumatu depressiooni ravi

Depressiooni võib pidada ravi suhtes resistentseks, kui seda on püütud ravida kahe järjestikuse erineva toimemehhanismiga antidepressandiga küllaldases doosis ja piisava aja vältel (4–6 nädalat). Umbes 10–15% depressioonipatsientidest ei reageeri kahe antidepressandiga ravile. Patsiendid, kelle depressiooni võib pidada ravimiresistentseks, tuleks suunata psühhiaatri vastuvõtule seisundi hindamiseks ja raviks.

Psühhiaatrid püüavad enamasti uuesti hinnata diagnoosi kriteeriume, et leida tegureid, mis põhjustavad ravivastuse puudumise, nagu kaasuvad haigused, alkoholi või uimastite kuritarvitamine, kaasuvad psühhiaatrilised haigused või jätkuvad ebasoodsad psühholoogilised tegurid. Täiendav ravistrateegia võib tähendada intensiivsemat või spetsiifilist psühhoterapiat, alkoholi kuritarvitamise ravi, alternatiivseid toetavaid sekkumisi, nagu sotsiaalprobleemide juhtumikorraldus või antidepressandi toime augmenteerimine erinevate ravimite abil. Lisaks hõlmab täiendav ravi ka

- elekterkrampravi (EKR) – efektiivne ravi viis, mis võib olla valikraviks nõrgenenud vanemaealiste ja ägedalt suitsidaalsete patsientide raviks;
- teise põlvkonna antipsühhootikumide kombineerimist antidepressandiga;

- antidepressandi tavalisest suuremaid annuseid;
- mitme antidepressandi üheaegset kasutamist, eriti selliste, millel on erinevad mõjud neurotransmitteritele.

Depressiooniga patsiendi suunamist psühhiaatri konsultatsioonile tuleks kaaluda järgmistel juhtudel:

- anamneesis on kaks või enam depressiooniepisoodi koos toimetulekuraskustega nendevahelises perioodis,
- paranemine puudub 1–2 ravimi adekvaatses annuses adekvaatse pikkusega ravikuuri järel,
- kaasneb uimasti kuritarvitamine,
- kaasneb alkoholi kuritarvitamine,
- esineb bipolaarset tüüpi depressioon,
- vajab spetsiifilist ravi (nt EKR),
- diagnoos on ebaselge või on kahtlus isiksusehäire suhtes.

Vältimatut psühhiaatrilist abi vajavad seisundid on

- suitsiidoht,
- psühhootiline depressioon,
- sümptomaatika kiire halvenemine.

5. KIRJANDUS

- Aluoja A, Ööpik P, Kalda R, Maaros H-I. Depressiooni esinemine perearsti patsientidel. Eesti Arst 2006;85:811–16.
- Kleinberg A, Aluoja A, Vasar V. Point prevalence of major depression in Estonia. Results from the 2006 Estonian Health Survey. Europ Psychiatry 2010;25:485–90.
- Ööpik P, Aluoja A, Kalda R, Maaros H-I. Screening for depression in primary care. Family Practice 2006;23:693–698.
- Nutt DJ, Davidson J, Higuchi T, Kanba S, Karamustafalioglu O, Papakostas G, et al. International Consensus Statement on Major Depressive Disorder. J Clin Psychiatry 2010;71(suppl E1):e08.
- Zuckerbrot RA, Maxon L, Pagar D, Davies M, Fisher PW, Shaffer D. Adolescent depression screening in primary care: feasibility and acceptability. Pediatrics 2007;119:101–8.
- Depressio käypä hoito. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50023.pdf>.
- Depression in Children and Young People. Identification and management in primary, community and secondary care. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg028fullguideline.pdf>.
- Depression: the treatment and management of depression in adults. http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/Depression_Update_FULL_GUIDELINE.pdf.
- Guidelines for health system clinical care. Depression. http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/.
- WHO Global recommendations on physical activity for health. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf.
- Tähepõld H, Veskimägi M, Kalda R, Maaros H-I, Oona M, Saame I. Alkoholi liigtarvitava patsiendi varajane avastamine ja nõustamine perearstipraksises. <http://www.terviseinfo.ee/et/truekised>.
- Ravimite koostoimete andmebaasid: <http://drug-interaction.com>; <http://hanstenandhorn.com>; <http://medicine.iupui.edu/flockhart/>.

LISA 1. KAASUVA HÄIREGA DEPRESSIOON

Komorbiidsus	Epidemioloogia	Kaasuva haiguse diagnoosimine	Mida on ravimisel vaja arvestada?
Depressioon koos alkoholi kuritarvitamisega	Umbes 15–30%-l depressioonipatsientidest on alkoholiprobleeme. 10–30%-l alkoholiprobleemidega patsientidest on kaasuv depressioon.	Alkoholi kuritarvitamise hindamisel peaks lähtuma AUDITi küsimustikust ja juhendmaterjalist „Alkoholi liigtarvitava patsiendi varajane avastamine ja nõustamine perearstipraksises” http://www.terviseinfo.ee/et/truekised (13). AUDITi skoor 0–7 on madala riskiga tarvitamine ehk tervisekahjustuse tekke oht on väike, 8–19 tervist kahjustav tarbimine ja 20 või rohkem võimalik alkoholisõltuvus.	Kui on korraga nii alkoholi kuritarvitamine kui ka depressioon, tasub püüda saavutada alkoholist loobumine või selle tarvitamise vähendamine kuni madala riskini. Depressioonisümptomid võivad taanduda. Vajaduse korral tuleb samal ajal alkoholi kuritarvitamise ja depressiooni ravis kasutada SSRI-sid. Patsiendid, kellel depressiooniga kaasneb alkoholi kuritarvitamine, on suitsiidaltimad. Hinda tähelepanelikult suitsiidiriski.
Depressioon koos ärevusega: - paanikahäirega - üldistunud ärevushäirega	45% depressioonipatsientidest kogeb ärevuse sümptomeid. Umbes 40–60%-l ärevushäirega patsientidest tekib elu jooksul depressioon.	Küsimused paanikahäire selgitamiseks: Kas Teid häirivad korduvad, ootamatud hood, mil muutute eriti hirmunuks ilma olulise põhjuseta? Kas Teil esineb südame kiire löögisageduse episood, higistamist, pearinglust, värisemist, reaalsustunde kadumist, õhupuudust või lämbumistunnet, kartust hulluksmineku või suremise ees, valu südames, tundlikkuse kadumist või kihelust, külma- ja kuumahooge? Küsimused ärevushäire selgitamiseks: Kas Teid vaevab pingetunne või võimetus lõdvestuda? Kas Teid vaevab liigne muretsemine paljude väikeste asjade pärast?	Depressioon koos ärevushäirega on kehvema prognoosiga kui depressioon üksinda. Patsiendid, kel on lisaks depressioonile ärevus, vajavad ravi algfaasis väiksemaid antidepressandianneid ja doosi aeglasemat suurendamist kui need, kellel on depressioon ilma ärevuseta. SSRI-d on tõhusad paanikahäire ravis. Buroprioion on vähem efektiivne.
Depressioon koos sundhäirega	10%-l depressiooniga patsientidest on eluaegsed sundhäire nähud. 10–30% sundhäirega patsientidest kannatab depressiooni all.	Küsimused sundhäire selgitamiseks: Kas Teil esineb soovimatu sisuga mõtteid, kujutusi või tegevustunge, mis korduvad? Kas Te peate kordama teatud tegevusi, et end mugavalt tunda?	Patsiente, kel esineb ühel ajal sundhäire ja depressioon, tuleks ravida SSRI-dega ja nad vajavad enamasti suuremaid raviannuseid kui patsiendid, kellel on ainult depressioon. Kognitiiv-käitumisteraapia on sundhäirega patsientide ravis tõhus ja tuleks kaaluda selle rakendamist.
Depressioon koos söömishäirega	Isegi kuni 5–6%-l noortel naistel, kellel on diagnoositud depressioon, on söömishäire. 30–50%-l söömishäirega patsientidest on depressioon.	Ole tähelepanelik söömishäire äratundmiseks depressiivsetel naistel, kes peavad dieeti, olemata ülekaalus, kelle kehakaal kõigub või kellel esineb amenorröa.	Depressioonipatsiendid, kellel on anoreksia, võivad olla raviresistentsed kuni normkaalu saavutamiseni. Antidepressantidest kaalu SSRI kasutamist. Kaalu kognitiiv-käitumisteraapia rakendamist.
Depressioon koos dementsusega	Umbes 20–30%-l dementsetest patsientidest on depressiooni sümptomid ja 10–20%-l on depressiooni diagnoos.	Ole tähelepanelik väärtusetunde, nutuvalmiduse, vähenenud huvi ja tegevusest rõõmu tundmise suhtes.	On leitud kasu depressiooni ravimisest Alzheimeri tõve puhuse dementsusega patsientidel, kuid vastavaid uuringuid on vähe.

LISA 2. DEPRESSIOON LASTEL JA NOORUKITEL

Lisa sisaldab perearstidele mõeldud juhiseid tegutsemiseks laste ja noorukite depressiooni korral. Kuna depressiooni ravi alaealistel eeldab spetsiifilisi lisateadmisi ning suuremat ajakulu, siis toimub ravi peamiselt lastepsühhiaatrilises meeskonnas. Seetõttu on rõhk eelkõige depressiooni äratundmisel, riskirühmade ja tegurite teadvustamisel ning depressiooni kliinilise pildi iseärasustel. Depressiivse lapse ravis on loomulik, et tema perearst on raviprotsessist teadlik, toetab seda ning jagab perele vajalikke lisaselgitusi. Seepärast on lisa lühidalt kirjeldatud ka laste ja noorukite depressiooni ravi. Kuna Eestis ei ole eraldi laste ja noorukite psühhiaatri eriala, kasutatakse väljendeid lastepsühhiaater ja/või lastepsühhiaatriline meeskond (lastepsühhiaater, kliiniline (lapse-) psühholoog, logopeed, vaimse tervise õde).

KLIINILINE PILT

Laste depressiooni diagnoositakse samade kriteeriumide alusel kui täiskasvanutel, kuid sõltuvalt vanusest ja kaasnevatest probleemidest võib depressiooni kliiniline pilt olla raskesti ära tuntav. Laste ja noorukite depressioon avaldub tihti korduvate ja raskesti seletatavate somaatiliste kaebustega. Ka lastel esineb depressiooni korral kurvameelsus, mis on võrdlemisi püsiv, sõltumata ajast ja kohast, ning häirib tõsiselt igapäevast toimetulekut. Mõned lapsed eitavad kurvameelsust, kuid nõustuvad, et on tujust ära; mõned tunnistavad, et on ärritunud või pahurad. Tüüpiline on madal enesehinnang, võimetus nimetada oma häid omadusi. Depressioonis lapsed-noorukid võivad kaevata keskendumishäirete, alanenud tähelepanu ja otsustusvõimetus üle. Rasketel juhtudel võib laps tunda end süüdlasena ja väita, et väärib karistust. Ebaõnnestumine ülesannete sooritamisel võib süütunnet ja ebakindlust veelgi suurendada. Korduval ebaõnnestumisel võivad esineda enesetapumõtted.

Sagedased on kaebused energia vähesuse, apaatia, väsimuse ja alanenud tahteaktiivsuse või madala motiivatsiooni üle. Isu võib olla alanenud või suurenenud (tulemuseks kas kaalulangus või -tõus), unerütm on tihti häiritud (tulemuseks uinumisraskused, vähene öine uni ja/või päevane liigunisus).

Mõnede depressiivsete laste puhul esinevad käitumise muutused: tahtlik enesevigastamine, hooletus oma välimuse suhtes, eemaletõmbumine ja huvide puudumine. Depressioon on eriti tõenäoline, kui loetletud muutused esinevad samal ajal. Muud mittespetsiifilised ilmingud võivad olla valikuta seksuaalkäitumine; ootamatu, seletamatu ja püsiv ärrituvus ning agressiivsus ja ilma ilmse põhjusega kõrvalejäämine õppetööst.

Väga harva kirjeldavad lapsed luulumõtteid või meelepetteid, kuid lastel võib esineda psühhootilist depressiooni. Prepuberteedis lastel esineb eelkõige

kuulmishallutsinatsioonid. Noorukitel võib esineda nii hallutsinatsioonid kui ka luulumõtteid. Psühhootiline depressioon on enam seotud raske depressiooniga, haigestumise pikema kestusega, suurema kordumiskoriga, bipolaarse häire ja suitsidaalsusega.

Laste ja noorukite puhul varieerub depressiooni kliiniline pilt sõltuvalt vanusest. Depressiivsetel nooremaealistel lastel on enam somaatilisi kaebusi kui teismelistel ja nad pigem ei näi depressiivsed. Teismelised kaebavad suurema tõenäosusega alanenud meeleolu, neil on enam enesetapumõtteid ja enesesüüdistust. Kognitiivsed häired väärtusetunde, enesekriitika ja halva tähelepanuvõime näol on sagedasemad noorukieas. Mõnede noorukite puhul esineb klassikaline, täiskasvanutega väga sarnane tujutus, väljendunud varane ärkamine, alanenud isu ja alanenud seksuaaltung, füüsilise inaktiivsus ja madal emotsionaalne reageerivus.

Laste ja noorukite depressioon esineb tihti koos teiste vaimse tervise probleemidega. Samaaegsed ärevuse ja käitumishäire sümptomid esinevad peaaegu iga depressioonijuhuga korral. Olulised kaasuvad häired on ka lähedastest lahutamise kartus, obsessiiv-kompulsiivne häire, söömishäire ning aktiivsus- ja tähelepanuhäire.

SKRIINING JA JÄLGIMINE

Depressiivsete laste ja noorukite väljaselgitamiseks on oluline teadvustada peamisi riskitegureid ja -rühmi (vt tabel 1).

Väga suure riskiga on hoolekandel olevad lapsed, põgenikud, kodutud, alaealised kurjategijad, eriti need, kes on paigutatud kinnistesse asutustesse. Viimastel on eriti suur ka suitsiidirisk. Samuti on suure riskiga avalikult või varjatult hooletusse jäetud lapsed, kellel esineb seletamatuid meeleoluhäireid, kuid ei ole

Tabel 1. Depressioonist sagedamini ohustatud laste- ja noorukite rühmad

Depressiooni esineb enam	Tuleb välja selgitada
<ul style="list-style-type: none"> teismelistel (prepuberteedis lastel on levimus u 1% ja postpuberteedis u 3%); teismelistel tüdrukutel kui poistel; koolist keeldujate hulgas; käitumishäirete avaldumise ja nendega seotud korralekutsumistega lastel-noorukitel; väärkoheldud või väga traumaatiliste üleelamistega lastel; laste ja noorukite hulgas, kes ennast korduvalt vigastavad; lastel, kes on haaratud kroonilistesse pereprobleemidesse; püsivate alkoholi- ja narkootikumiprobleemidega noortel. 	<ul style="list-style-type: none"> vanus, sugu; pereprobleemid (vanemate häiritud paarisuhe, lahutus või lahkumine, koduvägivald); kehalise, seksuaalse või emotsionaalse väärkohtlemise võimalikkus; kaasuvad tervisehäired, sh narkootikumide ja alkoholi tarvitamine; kooliraskused (õpiraskused, kiusamine, sotsiaalne isolatsioon); vanemate depressioon anamneesis; olulised kaotused elus (nt purunenud sõprusuhted, lemmiklooma surm); ethnilised ja kultuurilised riskitegurid; kodutus, põgenikustaatus ja elamine hoolekandaasutuses; mitmete riskitegurite koosmõju.

pereanamneesis depressiooni ja avalikke sotsiaalseid kõrvalekaldeid.

Erilise riskirühma moodustavad füüsilise puude või õpivilumushäiretega lapsed. Samamoodi on suurem risk depressiooniks teismelistel, kel esinevad endokriinsüsteemi häired; ning lastel, kel ilmnevad ravimite kõrvaltoimed, autism ja Aspergeri sündroom. Depressiivset häiret võib kahtlustada sotsiaalselt irdunud ja/või ärrituvate noorukite puhul, obsessiivse käitumismustri või maneersuse püsival võimendumisel.

Kuna enam kui 95% depressiooniepisoodidest esineb krooniliste psühho-sotsiaalsete probleemidega lastel ja noorukitel, on soovitatav, et perearst jälgiks rutiinselt oma noorukieas patsientide psühho-sotsiaalset toimetulekut, mis on näitajaks mitmete häirete, sh depressiooni ilmnemise korral. Siin võib abiks olla toimetulekut hindava skaala kasutamine (vt veebiversioonis lisa 3, laste üldise toimetuleku küsimustik). Lapsi ja noorukeid, keda on depressiooni või enesetapukatse tõttu ravitud, peab jätkuvalt jälgima tavapärase arstikülastuste korral ka depressiooniilmingute suhtes. Järjepidev hindamine võiks toimuda vähemalt üks kord aasta jooksul, kuid sagedaste kehaliste kaebustega noorukite puhul sagedamini.

Umbes 10% depressiivsetest lastest ja noorukitest paraneb iseeneslikult umbes kolme kuuga. Ülejäänud 40% paraneb esimese aasta jooksul, kuid 12 kuu pärast on 50% neist endiselt depressiooniilmingutega. Raskeim tüsistus on suitsiid. Muudeks tüsistusteks on õppedukuse püsiv halvenemine ning pidevad raskused sõprusuhete leidmisel ja hoidmisel. Umbes 30%-l juhtudest kordub depressiooniepisood viie aasta jooksul.

ÜLDISED NÕUANDED DEPRESSIOONI VÕI DEPRESSIOONIKAHTLUSE KORRAL

Kurva või häiritud käitumisega lapse või noorukiga kontakti saamisel on kõige olulisem varuda piisavalt aega ja leida eakohane suhtlemistasand. See eeldab head suhtlemisoskust, mille puhul on abiks suhtlemistehnikate koolitus (nt aktiivne kuulamine ja vestlustehnikad).

Laste depressiooni diagnoosimisel on küsimustike ja diagnostiliste intervjuude tähtsus teisejärguline ega asenda kliinilist intervjuud. Prepuberteedis laste küsitlemisel ei ole enesehinnangulised küsimustikud soovitatavad. Diagnoosini jõudmisel on olulisem põhjalik **anamnees**, mis lisaks põhisümptomite hindamiseks peaks sisaldama lapselt/noorukilt endalt ja/või vanematelt saadud infot

- kaasuvate häirete, lapse/nooruki perekondliku, haridusliku ja sotsiaalse olukorra, sh inimsuhete kvaliteedi kohta;
- lapse/nooruki alkoholi ja narkootikumide tarvitamise, kiusamise või kuritarvitamise ohvriks olemise, enesevigastuste või suitsiidmõtete kohta. Noorukile peaks pakkuma esmalt võimaluse rääkida nendel teemadel privaatselt;

- võimaliku akuutse ennast vigastava käitumise kohta;
- vanemate võimaliku depressiooni, narkootikumide kuritarvitamise, muu vaimse tervise probleemi, elukorralduslike probleemide ja nende mõju kohta lapsele.

Kuidas rääkida noorukiga depressioonist?

- Loo usalduslik ja rahulik õhkkond ning julgusta noorukit rääkima.
- Küsi otse depressiooni sümptomite kohta ja kuula, mida nooruk räägib.
- Surma ja suitsiidi puudutavate mõtete kohta peab noorukilt alati küsima otsekoheselt.

Depressiooniga lastele ja nende peredele peaks pakkuma nõuandeid

- eneseabiks ja vastavate tugirühmade leidmiseks;
- regulaarse kehalise treeningu kasulikkusest;
- unehügieenist ja ärevusega toimetulekust;
- tasakaalustatud toitumisest;
- pere toetamiseks ja vanemate informeerimiseks.

Laste depressiooni hindamisel ja ravis peab erilist tähelepanu pöörama

- konfidentsiaalsusele,
- patsiendi nõusolekule lasta end uurida ja ravida,
- vanemate nõusolekule lapsega tegelemiseks,
- lastekaitse põhimõtetele,
- psühhiaatrilise abi seadusele,
- lastekaitse seadusele.

ÜLDISED RAVIPÕHIMÕTTED

Märkimisväärsel osal lastel vanuses 6–18 aastat ilmnevad depressiooni sümptomid tagasihoidlikuna, kuid üldise psühho-sotsiaalse toimetuleku häire korral on ravi vajalik. Ravi peab keskenduma kogu lapse probleemistikule (mitte ainult konkreetsetele sümptomitele) ning kaasuvale häirele. Kaasuvate häirete, arenguliste, sotsiaalsete ja hariduslike probleemide hindamine peaks toimuma raviga paralleelselt ning koostöös laiema sotsiaalhoolekande (lastekaitse) ja haridusliku võrgustikuga. Tähelepanu peaks pöörama lapsevanema enda vaimse tervise probleemide (eriti depressiooni) samaaegsele ravile.

Kokkuvõttes peab ravima depressiooni, vähendama kaasuvaid häireid, edendama normaalset sotsiaalset ja emotsionaalset arengut ning õppedukust, kergendama pere stressi ning ennetama või vähendama depressiooni kordumise riski.

Tähelepanelik ootamine

Kerge depressiooniga lastele ja noorukitele, kes ei soovi sekkumist ega ravi ja/või kes spetsialisti arvates võivad paraneda ilma sekkumiseta, peaks järgmise hindamise korraldama kahe nädala jooksul. Laste ja noorukitega, kes ei ilmu kokkulepitud vastuvõttudele, peab kontakti võtma.

Psühhoterapeutiline ravi

Kasutatakse järgmisi psühhoteraapia vorme: indivi-duaalne ja rühma kognitiiv-käitumuslik teraapia (KKT), pereteraapia ja psühhoanalüütiline laste psühhoteraapia, ka lõdvestumistehnikad, kunstiteraapia jms.

Psühhoteraapia kerge depressiooni korral. Kuni 4nädalase tähelepaneliku jälgimise järel peaks kõikidele kerge depressiooniga (sh ilma oluliste kaasnevate häireteta, suitsiidmõtete ja -tunnusteta) lastele ja noorukitele pakkuma psühhoteraapiat piiratud ajaks (u 2–3 kuud). Kerge depressiooniga lapsed ja noorukid, kes psühhoteraapia rakendamisel 2–3 kuuga ei parane, peaks suunama lastepsühhiaatri vastuvõtule.

Psühhoteraapia mõõduka või raske depressiooni korral. Mõõduka või raske depressiooniga lapsi peab hindama ja ravima lastepsühhiaatriline meeskond.

Farmakoloogiline ravi

Laste depressiooni farmakoloogiline ravi järgib põhimõtteliselt täiskasvanute ravi põhimõtteid, vaatamata sellele et tõendus põhiseid andmeid ei ole piisavalt. Alaealistele ordneeritakse antidepressanti ainult lastepsühhiaatrilise hindamise ja diagnoosimise järel ning soovitatavalt teeb seda lastepsühhiaater. Antidepressante ei peaks kasutama esmaseks raviks kerge depressiooniga lastel ja noorukitel. Psühhoatiliste sümptomite olemasolu korral on näidustatud antidepressantide varane kasutamine. Antidepressante kasutatakse ka depressiooni relapsi ennetamiseks.

Laste ja noorukite depressiooni raviks ei peaks kasutama tritsüklilisi antidepressante, paroksetiini ja venlafaksiini nende kõrvaltoimete tõttu. Naistepuna-preparaate ei ole soovitatav kasutada, kuna need ei ole registreeritud ravimina ja puudub info võimalike koostoimete kohta teiste ravimitega. Ainult fluoksetiinil on tõestatud piisav riskide ja tõhususe suhe. SSRI-sid ja SNRI-sid soovitatatakse lastel ja noorukitel

üldiselt mitte kasutada, kuid kliinilises praktikas kasutatakse neid laste ja noorukite depressiooni ravimisel siiski. Nende tarvitamisel peab olema väga tähelepanelik lisanduva agiteerituse, ärrituvuse, suitsidaalse käitumise, enesevigastuste ja ebatavalise käitumise ilmingute suhtes, seda eriti ravi alguses ja ravimi annuste muutmisel.

Kliiniline praktika järgib täiskasvanute depressiooni ravisoovitust. Kui lapse puhul saavutatakse antidepressandiga raviefekt, peab ravi jätkuma 6–12 kuud, lõpetades ravi siis, kui laps on paranenud. Vaatamata selgete tõendite puudumisele, soovitatatakse ravi järkjärgult lõpetada 4–6 nädala jooksul.

Remissioonis olevad lapsed-noorukid (vähem kui kaks sümptomit ja täielikult taastunud toimetulek vähemalt 8 nädalat) peavad olema lastepsühhiaatrilisel jälgimisel 12 kuud. Kui remissioon on püsiv, võib selle perioodi lõpuks suunata lapse perearsti jälgimisele. Lapsi ja noorukeid, keda on lastepsühhiaater edukalt ravinud, kuid kes pöörduvad tagasi seisundi halvenemise tõttu, peaks psühhiaater vastu võtma võimalikult kiiresti, mitte jätma tavapärasesse ootejärjekorda.

Suure relapsiriskiga laste (kaks eelnevat episoodi, kõrge alaläise depressiooni sümptomite tase, korraga mitmete riskidele allutatud) puhul soovitatatakse psühhoteraapiat jälgimisperiodiks. Kui korduva depressiooniga laps on remissioonis, peaks teda 24 kuu jooksul regulaarselt jälgima lastepsühhiaater. Kui remissioon on püsiv, võib selle perioodi lõpus suunata patsiendi perearsti jälgimisele.

Lastepsühhiaatriline meeskond peaks kokkuleppel lapse vanematega hoidma perearsti kursis lapsega toimuvast ja teavitama edasise jälgimise vajadusest. Lastepsühhiaatriliselt meeskonnalt peaks info lapse ravi lõpetamise kohta jõudma perearstini kahe nädala jooksul. Ühtlasi tuleb kokku leppida, kellega ja kuidas kontakteeruda depressiooni kordumise korral.