

Unettomuuden lääkkeettömän CBT-I-hoidon vaikutus masennusoireisiin

Yleislääketieteen oppiaine
Syventävien opintojen kirjallinen työ

Tekijä:
Nelli Ojainmaa

Ohjaajat:
LT Ansa Rantanen
LT Elina Bergman

29.01.2026

Turku

Syventävien opintojen kirjallinen työ

Oppiaine: Yleislääketiede

Tekijä: Nelli Ojainmaa

Otsikko: Unettomuuden lääkkeettömän CBT-I-hoidon vaikutus masennusoireisiin

Ohjaaja: LT Ansa Rantanen ja LT Elina Bergman

Sivumäärä: 19

Päivämäärä: 29.01.2026

Unettomuus ja depressio ovat tiiviisti yhteydessä toisiinsa. Ne esiintyvät usein samanaikaisesti sekä voivat pahentaa toistensa oireita. Unettomuuden kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan perustuvien menetelmien (CBT-I) on osoitettu lievittävän myös masennusoireita.

Tämän työn tarkoituksena on koota tietoa CBT-I:n vaikutuksesta unettomuudesta kärsivien potilaiden masennusoireisiin sekä selvittää Unikoulun, strukturoidun CBT-I-hoidon, vaikutusta masennusoireisiin perusterveydenhuollon potilailla. Analyysit perustuvat TIP-tutkimuksen (Treatment of Insomnia in Primary Care) ensimmäisiltä tutkittavilta kerättyyn aineistoon.

Tulokset osoittivat Unikoulun lievittävän masennusoireita enemmän unettomuuden tavanomaiseen hoitoon verrattuna potilailla, jotka kärsivät samanaikaisesta unettomuudesta ja masennusoireista. Pilottitutkimus perustui kuitenkin pieneen aineistoon sekä melko lyhyeen seurantajaksoon, minkä vuoksi tarvitaan jatkotutkimuksia.

Avainsanat: masennusoire, unettomuus, unettomuushäiriö, kognitiivis-behavioraaliset menetelmät, CBT-I

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO

2 KIRJALLISUUSKATSAUS

2.1 Depressio

2.1.1 Depression yleisyys

2.1.2 Depression etiologia

2.1.3 Depression diagnostiikka

2.1.4 Depressiosta kärsivien unettomuus

2.2 CBT-I

2.3 CBT-I ja masennusoireiden hoito

3 TUTKIMUS

3.1 Aineisto ja menetelmät

3.2 Tulokset

4 JOHTOPÄÄTÖKSET

4.1 Keskeiset tulokset

4.2 Tulosten tulkinta ja vertailu aiempiin tutkimuksiin

4.3 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet

4.4 Johtopäätökset

LÄHTEET

1 JOHDANTO

Depressio on oireyhtymä, jonka ydinoireita ovat yli kaksi viikkoa kestänyt masentunut mieliala suurimman osan ajasta, vähentyneet voimavarat sekä kadonnut mielihyvä ja kiinnostus asioihin. Myös lievemmat masennusoireet ovat yleisiä, mutta eivät täytä kliinisen depression kriteereitä. Hyvin toteutetun yksilöllisen hoidon avulla depressioiden ennuste on hyvä. (1)

Aiempien tutkimusten mukaan unettomuus ja masennusoireet ovat tiiviisti yhteydessä toisiinsa. Tilapäinen unettomuus on osa tavanomaista elämää, mutta pitkittyessään se vaikuttaa haitallisesti elämänlaatuun, heikentää toimintakykyä ja suurentaa monien sairauksien sekä tapaturmien riskiä. Unettomuus on yksi depression oireista, mutta toisaalta se kuuluu myös sen riskitekijöihin sekä voi pahentaa depressiota. Unettomuuden ensisijaiseksi hoidoksi suositellaankin kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä (CBT-I), joiden on todettu lieventävän myös masennusoireita. Ymmärtämällä unettomuuden ja depression välistä yhteyttä voidaan parantaa sekä diagnostiikkaa että hoitoa. (2–5)

Tämä työ sisältää kirjallisuuskatsauksen sekä tutkimusosion. Tavoitteena on koota tietoa CBT-I:n vaikutuksesta masennusoireisiin potilailla, jotka kärsivät samanaikaisesta unettomuudesta ja masennusoireista. Kirjallisuuskatsauksessa käsitellään depressiota, unettomuutta depressiopotilailla sekä CBT-I:tä ja sen vaikutusta masennusoireisiin. Tutkimusosion aineisto kerätään TIP-tutkimuksen (Treatment of Insomnia in Primary Care Study) puitteissa. Tarkoituksena on selvittää CBT-I-hoidon vaikutusta masennusoireisiin perusterveydenhuollon potilailla.

2 KIRJALLISUUSKATSAUS

2.1 Depressio

2.1.1 Depression yleisyys

Suomalaisten väestötutkimusten perusteella noin 5–7 % suomalaisista aikuisista ja nuorista kärsii vuosittain kliinisesti merkittävästä depressiosta. Naisilla depressio on noin 1,5–2 kertaa yleisempää kuin miehillä. (6,7) Kliinisen depression lisäksi myös lievemmat masennusoireet ovat yleisiä väestössä. Potilas ei aina itse tunnista depressiota, eikä oirekuvassa välttämättä korostu poikkeava mieliala. (1)

Perusterveydenhuollon potilaista noin 10 %:lla arvioidaan olevan depressio, mutta sen tunnistaminen on usein vaativaa, sillä ainoastaan vähemmistö depressiosta kärsivistä hakee aktiivisesti apua terveydenhuollosta (8–10).

2.1.2 Depression etiologia

Depression etiologia on monitekijäinen ja yksilöllinen. Taustalla esiintyy yksilöllisessä suhteessa biologisia, psykologisia ja sosiaalisia vaaratekijöitä, jotka voivat olla luonteeltaan laukaisevia tai liitoksissa pitkäaikaiseen depressioalttiuteen. Keskeisiä vaaratekijöitä ovat perinnöllinen taipumus, kaltoinkohtelu, altistavat persoonallisuuden piirteet ja kielteiset elämäntapahtumat. Perinnöllisen alttiuden uskotaan olevan sitä merkittävämpi, mitä vaikeampia ja toistuvampia depressiojaksot ovat. (11–13)

Patogeneesissä on useita merkittäviä biologisia mekanismeja, kuten geneettiset, neurokemialliset, neurofysiologiset, neuroendokrinologiset ja kronobiologiset mekanismit. Myös psykologiset ja sosiaaliset masentunutta mielialaa synnyttävät, ylläpitävät ja vahvistavat mekanismit ovat oleellisia depression patogeneesissä. (13,14)

2.1.3. Depression diagnostiikka

Depressio on oireyhtymä, joten sen diagnoosissa on keskeistä todeta itse oireyhtymä yksittäisten masennusoireiden tunnistamisen lisäksi. Seulonnassa voidaan hyödyntää erilaisia kyselylomakkeita, kuten PHQ-9-kyselyä (The Patient Health Questionnaire-9). Diagnoosia ei kuitenkaan voi tehdä kyselylomakkeella, vaan se perustuu aina haastattelussa todettuihin oireisiin sekä niiden lukumäärään, vaikeusasteeseen, keston ja ajalliseen vallitsevuuteen. (15)

Depression ICD-10:n mukaiset oirekriteerit esitetään Taulukossa 1. Depressiolle on määritetty 10 kriteerioiretta, joista vähintään neljän on täytyttävä, jotta diagnoosi voidaan asettaa. Ydinoireita ovat masentunut mieliala, kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka tavallisesti kiinnostavat tai tuottavat mielihyvää sekä vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys. Lisäksi on oleellista, että havaitut oireet ovat vaikeusasteeltaan kliinisesti merkittäviä sekä niitä on esiintynyt päivittäin ja yhtäjaksoisesti vähintään kahden viikon ajan.

Depression vaikeusastetta arvioidaan oireiden lukumäärän, toimintakyvyn heikkenemisen sekä erilaisten oireittareiden, kuten PHQ-9 kyselyn, perusteella. Lievässä depressiossa on 4–5 oiretta, keskivaikeassa 6–7 ja vaikeassa 8–10 oiretta sisältäen kaikki ydinoireet. Psykoottisessa depressiossa esiintyy muiden oireiden lisäksi harhaluuloja tai -elämyksiä sekä joskus aistiharhoja. (1)

Taulukko 1. Depression ICD-10:n mukaiset oirekriteerit (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2025)

Oirekriteerit	Oirekuva
A. Masennusjakso on kestänyt vähintään 2 viikon ajan.	
B. Todetaan vähintään 2 seuraavista oireista.	1. Masentunut mieliala suurimman osan aikaa
	2. Kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat tavallisesti kiinnostaneet tai tuottaneet mielihyvää
	3. Vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys
C. Todetaan jokin tai jotkin seuraavista oireista niin, että oireita on yhteensä (B ja C yhteen laskettuina) vähintään 4.	4. Itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen
	5. Perusteettomat tai kohtuuttomat itsetsyytökset
	6. Toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen
	7. Subjektiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä myös päättämättömytenä tai jakkailuna
	8. Psykomotorinen muutos (kiihtymys tai hidastuneisuus), joka voi olla subjektiivinen tai havaittu
	9. Unihäiriöt
	10. Ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos
Lievässä masennustilassa oireita on 4–5, keskivaikeassa 6–7 ja vaikeassa 8–10 sekä kaikki kohdasta B. Psykoottisessa esiintyy myös harhaluuloja tai -elämyksiä.	

2.1.4. Depressiosta kärsivien unettomuus

Unettomuus

Unettomuudella tarkoitetaan toistuvaa vaikeutta nukahtaa tai pysyä unessa, liian varhaista heräämistä aamulla tai huonolaatuista yöunta tilanteessa, jossa henkilöllä on mahdollisuus nukkua (16). Unettomuus esiintyy usein muiden sairauksien yhteydessä. Suomessa noin puolet perusterveydenhuollon potilaista kuvaavat vastaanotolla unettomuusoireita (17).

Unettomuuden syntyyn vaikuttavat tekijät

Unettomuus alkaa tyypillisesti luonnollisena seurauksena elämäntilanteen muutoksesta ja kehittyy monien tekijöiden vuorovaikutuksesta. Lyhytkestoinen unettomuus on yleensä oiretasoista, mutta pitkittyessään aivojen uni-valverytmin säätely voi häiriintyä,

jolloin kehittyy unettomuushäiriö. (18) Unettomuushäiriöllä tarkoitetaan sairausasteista unettomuutta, johon liittyy valveenaikaisen toimintakyvyn heikkenemistä. Sen diagnostisia kriteereitä ovat unettomuusoireiden ilmeneminen vähintään kolme kertaa viikossa vähintään yhden kuukauden ajan, univaikeuden aiheuttama huoli tai vaikutus arkielämän toimiin sekä se, ettei häiriön aiheuttaja ole elimellinen, sisätautiperäinen tai lääkitykseen liittyvä syy. (2,19)

Vireystila on yksi keskeisistä unen ja valveen säätelijöistä. Ylivireystila voi kehittyä esimerkiksi liiallisen iltaan ajoittuvan psyykkisen tai fyysisen aktiivisuuden, öisen ongelmien pohtimisen, unesta huolehtimisen tai uni-valverytmin rikkoutumisen seurauksena ja estää nukahtamista. Näyttää siltä, että tunteiden käsittelyn ja säätelyn kyvyttömyydellä on keskeinen merkitys unettomuushäiriön kehittymisessä. (20) Tämä voi osaltaan selittää myös depression ja unettomuuden samanaikaista esiintymistä, sillä depressiosta kärsivillä potilailla tunteiden säätely on usein heikentynyttä (21).

Perimän osuus unettomuuden synnyssä on toistaiseksi epäselvä, mutta nykytutkimuksen perusteella geneettinen alttius lisää merkittävästi unettomuuden kehittymisen riskiä. Myös yksilöllinen kyky käsitellä ja sietää stressiä liitetään herkkyyteen sairastua unettomuushäiriöön. (22)

Depression ja unettomuuden yhteys

Mielialan ja unen säätely ovat tiiviissä vuorovaikutuksessa keskenään, minkä seurauksena myös depression ja unettomuuden välillä on vahva yhteys. Unettomuus on sekä depression riskitekijä että oire, joten depression ja unettomuuden syy-seuraussuhde on mahdollinen molemmin päin. (23) Pitkäkestoinen unettomuus voi jopa kaksinkertaistaa riskin sairastua depression, mutta toisaalta unettomuus on myös yksi depression tavallisista oireista (3). Yli 40 %:lla unettomuuspotilaista esiintyy samanaikaisesti mielenterveyden häiriö tai alkoholin tai lääkkeiden väärinkäyttöä (24). Mielenterveysongelmista kärsivistä potilaista jopa 70 % kertoo univaikeuksista ja 30%:lla heistä täyttyvät unettomuushäiriön kriteerit (25).

Unen muutokset depressiopotilailla

Nukahtamisvaikeuksien lisäksi depressiopotilailla esiintyy unen laadun heikkenemistä. Maailmanlaajuisesti arviolta jopa 90 % depressiopotilaista kokee unenlaatunsa huonoksi (26). Heillä on havaittu unen rakenteellisia muutoksia, kuten REM-unen määrän muutoksia sekä unen katkonaisuutta tai varhaista aamuyön heräilyä. (27,28) REM-unen tiedetään olevan tärkeää tunnesäätelyn ja muistitoimintojen kannalta, mutta sen tarkempi merkitys tunnetaan toistaiseksi huonosti. Depressiopotilailla REM-unen määrä on usein lisääntynyt, mutta toisaalta monet masennuslääkkeet korjaavat muutosta eli vähentävät REM-unen määrää. Osa masennuslääkkeistä voi kuitenkin aiheuttaa unen laadun heikkenemistä, esimerkiksi lisäämällä yöllisiä jalkaliikkeitä. (29)

Myös liikaunisuutta voi ilmetä niin kutsutussa epätyypillisessä depressiossa. On havaittu, että liian vähäisen unen lisäksi myös liian pitkillä yönillä on merkittävä yhteys aikuisten depression. (30)

Unettomuuden hoito depressiopotilailla

Unettomuuden hoidolla on havaittu depression hoitotuloksia ja elämänlaatua parantavia vaikutuksia. Parhaimmillaan unettomuuden hyvä hoito saattaa ehkäistä sairastumisalttiin potilaan sairastumista tai uuden sairausjakson kehittymistä. Unettomuushäiriö voi esiintyä myös itsenäisenä sairautena depression yhteydessä, mutta tällöinkin unettomuuden hoito parantaa myös depression hoitotuloksia. (2)

2.2 CBT-I

CBT-I on kognitiivis-behavioraalisiin menetelmiin perustuva unettomuuden hoitomenetelmä. Sillä pyritään vaikuttamaan unettomuutta aiheuttaviin ja ylläpitäviin taustatekijöihin, jotta noidankehä saataisiin katkaistua ja vaikutukset säilyisivät myös hoidon päättymisen jälkeen. CBT-I:ssä pyritään selvittämään potilaan mielen toimintamallien ja niistä johtuvien toimintatapojen vaikutusta unettomuuteen sekä muuttamaan potilaan tapaa kokea ja toimia siten, että ne edistäisivät nukkumista ja

hyvinvointia. (31) Parhaassa tapauksessa riittävän aikaisessa vaiheessa toteutetulla CBT-I-hoidolla voitaisiin myös ehkäistä masennusoireiden kehittymistä (32).

CBT-I-hoidolla pyritään luomaan nukahtamisen ja unen kannalta otolliset ajatus- ja toimintamallit psykofysiologiseen kokonaisuuteen vaikuttamalla. Interventiot tähtäävät unirytmien säännöllistämiseen, elämäntapamuutoksiin sekä nukkumista helpottavien ulkoisten olosuhteiden luomiseen. Tällaisia interventioita ovat esimerkiksi uniärsykkeiden hallinta, vuoteessa olon rajoittaminen sekä päiväsaikaan ajoittuva huolihetki. (31)

Tavoitteena on etsiä ja muokata juuri kyseisen potilaan unettomuutta ylläpitäviä mekanismeja. Yleensä unettomuuden CBT-I-hoito on manualisoitu, jolloin hoidossa sovelletaan tietyssä järjestyksessä tiettyjä unettomuutta lievittäviä keinoja. Manualisoitu CBT-I toteutetaan pääsääntöisesti kasvokkain ryhmämuotoisena ja on kestoltaan tyypillisesti 4–6 hoitotapahtuman pituinen. Hoitavalta henkilöltä edellytetään unen ilmiöiden tuntemusta sekä ohjekirjoissa käsiteltävien tekniikoiden hallintaa. (33,34)

Sekä suomalaiset että kansainväliset hoitosuosituksukset suosittelevat unettomuushäiriön ensisijaiseksi hoitomuodoksi CBT-I:tä, sillä hoito-ohjelmat ovat tehokkaita, perusterveydenhuoltoon soveltuvia ja niiden tulokset vaikuttavat pysyviltä (2). Lisäksi CBT-I-hoidolla ei ole merkittäviä haittavaikutuksia, eikä siihen liity toleranssin tai riippuvuuden kehittymistä, kuten pidempiaikaisen lääkehoidon käytössä on mahdollista (35).

2.3 CBT-I ja masennusoireiden hoito

CBT-I näyttäisi soveltuvan myös tilanteisiin, joissa potilaalla on jokin muu samanaikainen sairaus (36). Julkaistujen meta-analyysien mukaan useissa satunnaistetuissa kontrolloiduissa tutkimuksissa CBT-I:llä on unettomuuden lisäksi ollut merkittäviä vaikutuksia masennusoireisiin aikuisilla, jotka kärsivät samanaikaisesti

unettomuudesta ja vakavasta depressiosta (5,37). Sekä kasvokkain että digitaalisesti toteutetulla CBT-I-hoidolla on saatu lupaavia lyhyen ja pitkän aikavälin tuloksia molempien, unettomuuden sekä depression, vaikeusasteen muutoksessa (38). Nykytutkimusten mukaan vaikuttaa siltä, että CBT-I:stä tehokkaimman hyödyn saavat nuoremmat ja lievemmästä depressiosta kärsivät potilaat (39). Myös iäkkäämmät potilaat hyötyvät CBT-I:stä, mutta he vaativat pidempikestoisen hoitojakson pysyvien tuloksien saavuttamiseksi (40).

Vaikka CBT-I on nykyisten suositusten mukaan unettomuuden ensisijainen hoitomuoto, erityisesti mielenterveysongelmista kärsivillä potilailla unettomuutta hoidetaan usein ainoastaan farmakologisesti (25). Depressiopotilaiden kohdalla haasteena on motivoiminen CBT-I-hoitoon sitoutumiseen. Vaikka CBT-I:n tiedetään olevan tehokas hoitomuoto samanaikaisesta unettomuudesta kärsivien potilaiden masennusoireisiin, on havaittu, että hoidon keskeyttämisprosentti on suurempi kontrolliryhmiin verrattuna. (37)

Tutkimusten perusteella CBT-I:tä voidaan kuitenkin pitää hyödyllisenä osana depressiopotilaiden mielenterveyden kohentamisessa. CBT-I:tä tulisi harkita jopa ensilinjan hoitomuotona samanaikaisesta depressiosta ja unettomuudesta kärsivillä potilailla, joilla esiintyy monia lääkehoidon sivuvaikutuksia. (25) Lisäksi on tärkeää huomioida, että unettomuus on yksi depression yleisimmistä jäännösoireista. Jäännösoireilla on merkittävä vaikutus depression uusiutumisen todennäköisyyteen. Unettomuuden asianmukaisella hoidolla, esimerkiksi CBT-I:n avulla, on siis suuri vaikutus depression hoidon onnistumiseen. (41) Koska CBT-I soveltuu hyvin perusterveydenhuoltoon, sen uskotaan myös mahdollisesti parantavan masennusoireisten potilaiden hoidon saatavuutta (42).

3 TUTKIMUS

3.1 Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen päätavoitteena on selvittää, lievittääkö Unikoulu, strukturoitu CBT-I-menetelmä, masennusoireita ja voitaisiinko sitä siten hyödyntää osana depression hoitoa niillä potilailla, jotka kärsivät myös unettomuudesta. Lisäksi pyritään selvittämään, kuinka yleisiä masennusoireet ovat Unikoulu-tutkimusjoukossa ja minkälaisia potilaslähtöisiä tekijöitä niiden esiintymiseen liittyy.

Tutkimusaineisto kerätään TIP-tutkimuksen (Treatment of Insomnia in Primary Care Study) puitteissa. TIP-tutkimus on avoin, satunnaistettu kliininen hoitotutkimus, jonka ensisijainen tavoite on verrata Unikoulun tehoa tavanomaisen unettomuuden hoidon (lyhyt kirjallinen ja suullinen ohje unen huollosta) tehoon unettomuuden hoidossa. TIP-tutkimukseen otetaan noin 250 tutkittavaa, jotka satunnaistetaan kahteen ryhmään. Interventoryhmä ohjataan heti Unikouluun, mutta kontrolliryhmä saa ensimmäisellä unihoitajan käynnillä ainoastaan tavanomaista hoitoa eli lyhyen suullisen ja kirjallisen neuvonnan unen huollosta. Kontrolliryhmä ohjataan Unikouluun aikaisintaan 8 viikon kuluttua ensikäynnistä. Tutkimukseen kutsutaan kaikki vapaaehtoiset vähintään 18 vuotta täyttäneet unettomuusoireeseen hoitoa haluavat potilaat. Potilaan unettomuusoireen on oltava kestoaltaan vähintään 3 kuukautta ja haitta-asteen ISI-kyselyllä (Insomnia Severity Index) vähintään lievä ($ISI \geq 8$ pistettä). ISI-kysely on potilaan nukkumisen itsearviointilomake, jonka on todettu olevan luotettava väline unettomuuden tunnistamisessa ja hoitovasteen tarkkailussa (43). TIP-tutkimuksen poissulkukriteereinä ovat diagnosoitu muistisairaus, akuutti itsetuhoisuus tai psykoottisuus.

TIP-tutkimuksessa tutkittavien unesta, terveydentilasta, toimintakyvystä, hyvinvoinnista ja elintavoista kerätään tietoa kyselylomakkeilla, joista saatua dataa käytetään myös tässä tutkimuksessa. Tutkittavat vastaavat ensimmäiseen tutkimuskyselyyn ennen ensikäyntiä unihoitajalla. Tämän jälkeen suoritetaan toistomittauksia lähettämällä

kyselyitä 2, 4, 6 ja 12 kuukauden kuluttua tutkimuksen alusta. Tietoa masennusoireista kerätään PHQ-9-kyselyllä (The Patient Health Questionnaire-9). PHQ-9-kysely on osa psykiatrisia sairauksia seulovaa PHQ-mittaristoa ja sisältää yhdeksän depression diagnostisiin kriteereihin perustuvaa kysymystä. PHQ-9-kyselyn avulla voidaan seuloa depressiota ja arvioida sen vaikeusastetta. (15,44) Tutkittavilta kerätään tietoa myös ahdistuneisuudesta GAD-7-kyselyllä. GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder 7-item scale) on ahdistuneisuushäiriön arviointiasteikko, jota hyödynnetään osana ahdistuneisuushäiriöiden oirekartoitusta (45).

Tässä työssä käytän ensimmäisten tutkittavien tietoja. Masennusoireiden esiintymistä, niihin liittyviä potilaslähtöisiä tekijöitä sekä Unikoulun vaikutusta masennusoireisiin tarkastellaan tilastollisin menetelmin. Tärkein analyysi on interventio- ja kontrolliryhmän välinen ero PHQ-9-kyselyn pistemäärässä alkutilanteen ja kahden kuukauden seurantapisteen välillä.

3.2 Tulokset

Tutkittavien tiedot lähtötilanteessa esitetään Taulukossa 2. Pilottitutkimuksessa oli 41 osallistujaa, joista 36 oli naisia ja 5 miehiä. Tutkittavat olivat iältään 63–72-vuotiaita ja mediaani-ikä oli 69 vuotta. Lähtötilanteessa 10 tutkittavaa eli 24,4 % osallistujista kärsi merkittävästi lisääntyneistä masennusoireista (PHQ-9 \geq 10). Heistä neljä (40,0 %) kertoi sairastavansa masennusta. Lisäksi 31:stä tutkittavasta, joilla ei lähtötilanteessa ollut merkittävästi lisääntyneitä masennusoireita (PHQ-9 < 10), kuusi (19,4 %) kertoi sairastavansa masennusta.

Merkittävistä masennusoireista (PHQ-9 \geq 10) kärsivät tutkittavat saivat keskimäärin korkeampia pisteitä myös unettomuutta (ISI) ja ahdistuneisuutta (GAD) mittaavista kyselyistä verrattuna niihin tutkittaviin, jotka eivät kärsineet merkittävistä masennusoireista (PHQ-9 < 10). Tutkittavien, joiden PHQ-9 oli 10 tai enemmän, ISI-pisteiden keskiarvo oli 19,0 (SD 2,9) ja GAD-tuloksen keskiarvo 12,1 (SD 5,2).

Tutkittavista 36 henkilöä (87,8 %) raportoi unenlaatunsa olevan huono tai erittäin huono. Merkittävästi lisääntyneistä masennusoireista (PHQ-9 \geq 10) kärsivistä tutkittavista unenlaatu oli huono tai erittäin huono kahdeksalla (80,0 %). Vähintään kerran viikossa unilääkkeitä käyttäneitä tutkittavia oli 24 (58,5 %). Merkittävästi lisääntyneistä masennusoireista kärsivistä kuusi (60,0 %) käytti unilääkkeitä vähintään kerran viikossa.

Interventioryhmään satunnaistetusta 20:stä tutkittavasta kahdella (10,0 %) ja kontrolliryhmän 21:stä tutkittavasta kahdeksalla (38,1 %) oli lähtötilanteessa merkittävästi lisääntyneitä masennusoireita (PHQ-9 \geq 10). Kahdeksan viikon kuluttua ensimmäisessä seurantamittauksessa kaikkien interventioryhmään kuuluvien PHQ-9-kyselyn tulos oli alle 10 pistettä, mutta kontrolliryhmästä viisi henkilöä sai PHQ-9-kyselystä edelleen 10 pistettä tai enemmän. (Kuva 1.)

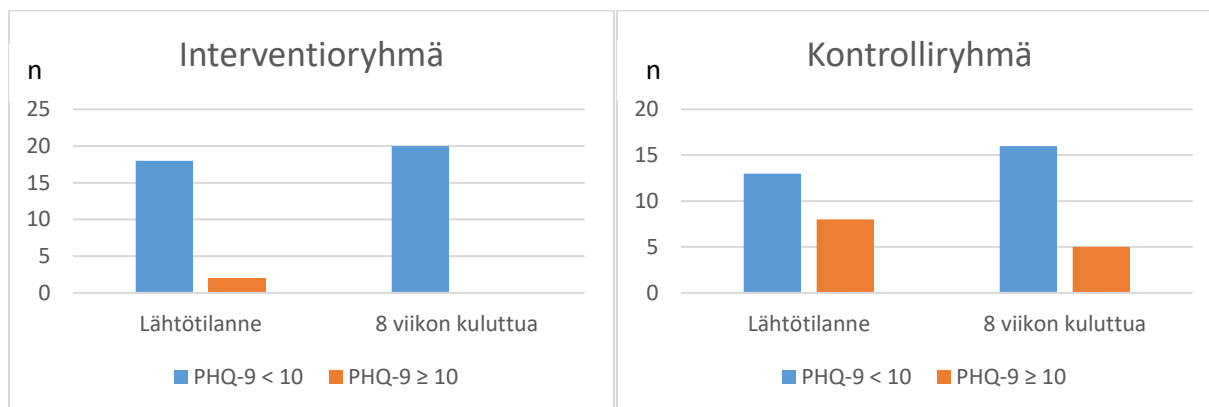
Taulukko 2. Tutkittavien tiedot lähtötilanteessa

	PHQ < 10 n = 31	PHQ ≥ 10 n = 10	Kaikki n = 41
Naisia, n (%)	27 (87,1)	9 (90,0)	36 (87,8)
Miehiä, n (%)	4 (12,9)	1 (10,0)	5 (12,2)
Ikä , mediaani, vuosia, (IQR)	69 (65–72)	67 (63–69)	69 (63–72)
ISI-pisteet , keskiarvo, (SD)	15,6 (3,9)	19,0 (3,9)	16,4 (4,1)
GAD , keskiarvo, (SD)	4,2 (3,4)	12,1 (5,2)	6,4 (5,3)
Unenlaatu (oma-arvio viimeisen kk aikana), n (%)			
hyvä	3 (9,7)	2 (20,0)	5 (12,2)
huono	21 (67,7)	5 (50,0)	26 (63,4)
erittäin huono	7 (22,6)	3 (30,0)	10 (24,4)
Unilääke (Reseptilääkkeiden käyttö viimeisen kk aikana), n (%)			
En lainkaan	10 (32,3)	3 (30,0)	13 (31,7)
Harvemmin kuin kerran viikossa	3 (9,7)	1 (10,0)	4 (9,8)
1–2 kertaa viikossa	2 (6,5)	1 (10,0)	3 (7,3)
3–5 kertaa viikossa	4 (12,9)	1 (10,0)	5 (12,2)
Useammin kuin 5 kertaa viikossa	12 (38,7)	4 (40,0)	16 (39,0)
Kertoi sairastavansa masennusta lähtötilanteessa			
Kyllä	6	4	10
Ei	24	5	29

IQR = interkvartiiliväli (interquartile range)

SD = keskihajonta (standard deviation)

Kuva 1. Tutkittavien lukumäärä lähtötilanteessa ja kahdeksan viikon kuluttua merkittävien masennusoireiden esiintymisen mukaan

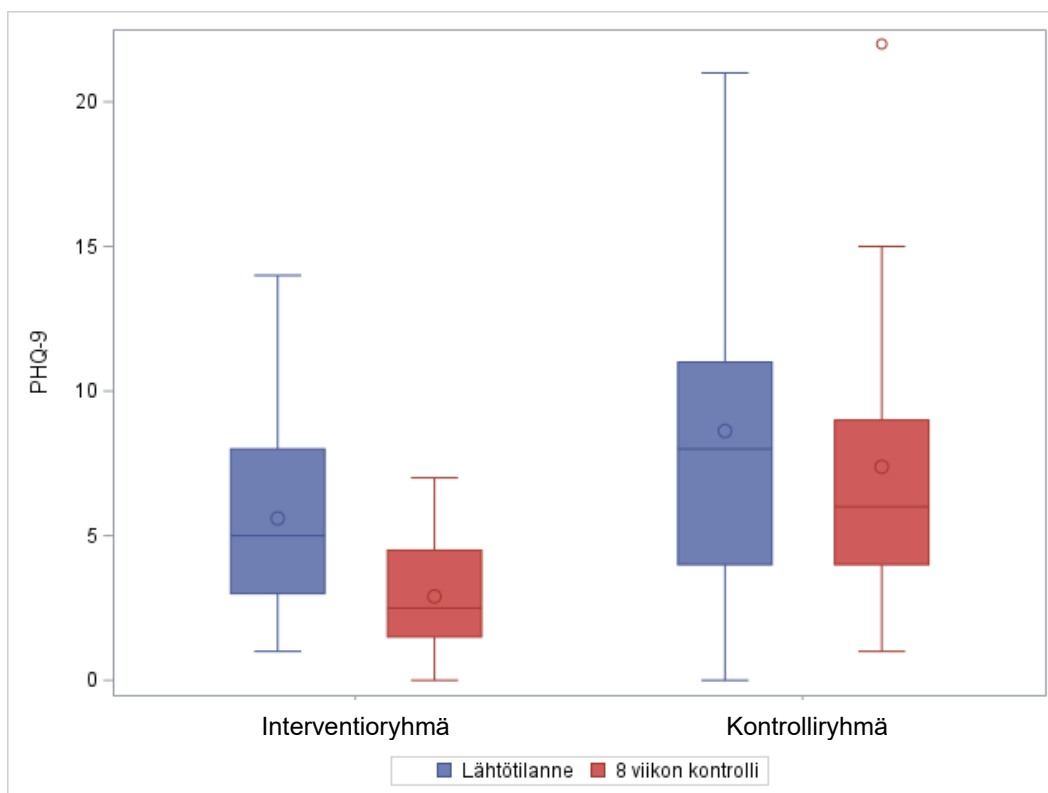


PHQ-9 < 10: ei merkittävästi lisääntyneitä masennusoireita

PHQ-9 ≥ 10: merkittävästi lisääntyneitä masennusoireita

Interventoryhmän PHQ-9-tuloksen keskiarvo oli lähtötilanteessa 5,6 (SD 3,5) ja kahdeksan viikon kontrollissa 2,9 (SD 2,0). Kontrolliryhmässä lähtötilanteen keskiarvo oli 8,6 (SD 6,0) ja kahdeksan viikon kontrollin keskiarvo 7,4 (SD 5,4). (Kuva 2.)

Kuva 2. PHQ-9-pisteet ryhmittäin lähtötilanteessa ja kahdeksan viikon kontrollissa



4 JOHTOPÄÄTÖKSET

4.1 Keskeiset tulokset

Lähtötilanteessa 10 tutkittavaa (24,4 %) kärsi merkittävistä masennusoireista (PHQ-9 \geq 10). Unikouluun osallistuneiden tutkittavien eli interventioryhmän PHQ-9-pisteiden lasku oli suurempi kuin tavanomaista unettomuuden hoitoa saaneilla kontrolliryhmän tutkittavilla. Interventioryhmän PHQ-9-kyselyn pisteiden keskiarvo laski ensimmäisen kahdeksan viikon aikana 5,6 pisteestä 2,9 pisteeseen. Kontrolliryhmässä lasku oli pienempi, 8,6 pisteestä 7,4 pisteeseen. Kahdeksan viikon seurantapisteessä interventioryhmässä ei ollut yhtäkään tutkittavaa, joka olisi kärsinyt merkittävistä masennusoireista (PHQ-9 \geq 10). Kontrolliryhmässä viidellä tutkittavalla oli edelleen merkittäviä masennusoireita kahdeksan viikon seurantapisteessä. Tulosten tilastollista merkitsevyyttä ei voida pienen otoskoon vuoksi laskea.

Tutkimuksessa havaittiin, että unettomuuden vaikeusaste ja ahdistuneisuus korreloivat masennusoireiden vaikeusasteen kanssa, sillä merkittävistä masennusoireista (PHQ-9 \geq 10) kärsivät tutkittavat saivat myös suurempia pistemääriä ISI- ja GAD-kyselyistä.

4.2 Tulosten tulkinta ja vertailu aiempiin tutkimuksiin

Interventioryhmän PHQ-9-pisteiden lasku oli suurempi kuin kontrolliryhmässä, joten Unikoulu näyttää lievittävän masennusoireita tavanomaista unettomuuden hoitoa enemmän. Unettomuuden tehokasta hoitoa voitaisiin hyödyntää myös masennusoireiden hoitomuotona.

Vertailtavia tutkimuksia on toistaiseksi vähän, sillä vastaavissa olosuhteissa toteutettuja tutkimuksia on vasta muutamia. Tutkimuksen tulokset ovat kuitenkin linjassa aiemman tutkimusnäytön kanssa siitä, että CBT-I-hoito lievittää masennusoireita potilailla, jotka kärsivät samanaikaisesta unettomuudesta (37,38,46,47).

Furukawa ym. julkaisivat vuonna 2024 meta-analyysin, jossa tutkittiin CBT-I:n vaikutusta masennusoireisiin unettomuudesta kärsivillä potilailla. Meta-analyysiin otettiin 19 satunnaistettua kontrolloitua tutkimusta, joissa tutkittiin CBT-I-hoitoa aikuisilla, joilla oli vakava depressio. Yhteensä tutkimuksissa oli 4808 henkilöä. Masennusoireiden muutosta seurattiin PHQ-9-kyselyllä. Tulokset osoittivat CBT-I:n lievittävän masennusoireita vertailuhoitoja tehokkaammin. Hoidon päättyessä masennusoireet vähenivät 32 %:lla CBT-I-hoitoa saaneista potilaista ja 17 %:lla kontrolliryhmän potilaista. Meta-analyysi osoittaa, että CBT-I:llä on merkittäviä vaikutuksia unettomuuden lisäksi masennusoireisiin potilailla, joilla on vakava depressio, sekä tukee CBT-I-hoidon suosimista depressiopotilailla, jotka kärsivät samanaikaisesta unettomuudesta. (37) Tämän tutkimuksen tulokset vastaavat meta-analyysissä osoitettuja tuloksia.

4.3 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet

Tutkimuksen aineisto on kerätty osana TIP-tutkimusta, joka on avoin, satunnaistettu hoitotutkimus. Tutkittaviksi otetaan perusterveydenhuollon potilaita, jotka täyttävät vaaditut kriteerit. Potilasaineisto on siis valikoimaton joukko perusterveydenhuollon potilaita, jonka vuoksi tulokset ovat hyvin sovellettavissa perusterveydenhuoltoon.

Tutkimuksessa käytetään validoituja kyselytutkimuksia, kuten PHQ-9, jotka on osoitettu luotettaviksi mittareiksi oireiden arvioimisessa (44). Mittarit perustuvat itsearvioon, jolloin ongelmaksi voi kuitenkin muodostua tutkittavan omat odotukset intervention tuloksista sekä motivaatio pohtia vastauksia kysymyksiin. Nämä tekijät voivat ohjata kysymyksiin vastaamista sekä vääristää tuloksia. Tutkimuksen kohteena olevien oireiden mittaaminen objektiivisesti on kuitenkin hyvin haastavaa ja myös vaihtoehtoisesti ammattilaisten täyttämiä kyselytutkimuksia on kritisoitu. Ammattilaisen katsotaan olevan ylimääräinen mittausvirheen lähde sekä esteenä tutkittavan subjektiivisen kokemuksen raportoinnissa (48). Lisäksi kaikkien satunnaisesti eri ryhmiin jaettujen tutkittavien vastaukset on kerätty samoja kyselymittareita käyttäen.

Varsinaisen TIP-tutkimuksen aineiston kerääminen on vielä kesken, minkä vuoksi pilottitutkimuksessa oli vain 41 tutkittavaa. Tutkittavien vähäisen määrän vuoksi tuloksien luotettavuutta arvioidessa on tuloksia tulkittava harkinnalla, sillä otoskoon ollessa pieni sattumalla ja sekoittavilla tekijöillä on suurempi vaikutus tuloksiin.

Interventioryhmään päätyi sattumalta vähemmän lähtötilanteessa merkittävistä masennusoireista (PHQ-9 \geq 10) kärsiviä tutkittavia verrattuna kontrolliryhmään. Tämän seurauksena pilottitutkimuksessa vain kaksi merkittävistä masennusoireista kärsivää tutkittavaa valikoitui Unikouluun.

Tutkittavista enemmistö (87,8 %) oli naisia ja epätasainen sukupuolijakauma voi vaikeuttaa tulosten sovellettavuutta miesväestöön. Lisäksi tutkittavien ikäryhmä oli melko suppea (63–72 v.), mikä vaikeuttaa tulosten yleistettävyyttä kaikkiin ikäryhmiin. Toisaalta aiempien tutkimusten mukaan unettomuus ja masennusoireet ovat yleisempiä naisilla ja iäkkäillä, joten tutkimus vastaa hyvin normaalia jakaumaa väestössä (1,2).

Pilottitutkimuksessa seurantajakson pituus oli kahdeksan viikkoa, minkä vuoksi tutkimusten tulosten perusteella ei saada tietoa Unikoulun hoitovaikutusten pysyvyydestä. Pitkäaikaisvaikutusten tutkimiseksi on kerättävä lisää aineistoa pidemmältä aikaväliltä.

Kuten yleisestikin kliinistä populaatiota tutkittaessa, ongelmana on, että tutkittavat voivat saada myös muuta samanaikaista hoitoa, kuten lääkehoitoa. Tällöin CBT-I-hoidon lisäksi myös muu hoito voi vaikuttaa tutkimustuloksiin. Toisaalta tämä kuvastaa hyvin tosielämän tilanteita, joissa hoitoja joudutaan todennäköisesti käyttämään osittain päällekkäin tai yhdistämään.

4.4 Johtopäätökset

Pilottitutkimuksen tulokset osoittavat Unikoulun lievittävän masennusoireita tavanomaista unettomuuden hoitoa enemmän. Tulokset tukevat aiempia tutkimuksia CBT-I-hoidon keskeisestä roolista masennusoireiden hoidossa unettomuudesta kärsivillä potilailla.

Vaikutuksia saatiin jo kahdeksan viikon seurannassa. Unikoulu on helposti toteutettava sekä tuottaa nopeasti toivottuja tuloksia, minkä vuoksi se sopii hyvin myös perusterveydenhuoltoon, jossa resurssit ovat erikoissairaanhoidon rajallisemmat. Tehokkaat hoitomuodot parantavat hoitoon sitoutumista, ehkäisevät unettomuuden pitkittymistä sekä vähentävät lääkkeiden käytön tarvetta ja niistä aiheutuvia haittavaikutuksia. Tämä tutkimus tukee Unikoulun laajempaa käyttöönottoa perusterveydenhuollossa sekä hyödyntämistä unettomuudesta kärsivien masennusoireisten potilaiden kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin parantamisessa.

Jatkotutkimuksissa olisi tarpeen seurata Unikoulun tehokkuutta laajemmilla otoksilla sekä pitkäaikaisvaikutuksia ja saavutettujen tuloksien pysyvyyttä. Unettomuus ja masennusoireet voivat usein olla pitkäkestoisia ja toistuvia, minkä vuoksi pitkäaikaisseuranta olisi erityisen tärkeää hoidon tehokkuuden arvioimiseksi. Pidempien seurantajaksojen avulla voidaan arvioida Unikoulun vaikutuksia masennusoireiden uusiutumisen ehkäisemisessä. Jatkotutkimuksissa voitaisiin arvioida myös Unikoulun vaikutuksia depressiolääkkeiden tarpeeseen sekä niistä aiheutuvien haittojen määrään. Lääkkeettömän hoidon tehostamisella voitaisiin mahdollisesti vähentää lääkehoidon tarvetta siten myös lääkkeitä aiheutuvien haittavaikutusten määrää.

LÄHTEET

1. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Käypä hoito. [viitattu 30. toukokuuta 2025]. Depressio: Käypä hoito -suositus, 2025. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023#K1>
2. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Unettomuus: Käypä hoito -suositus, 2023 [Internet]. [viitattu 5. kesäkuuta 2025]. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50067#s10>
3. Baglioni C, Battagliese G, Feige B, Spiegelhalder K, Nissen C, Voderholzer U, ym. Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *J Affect Disord.* 2011;135(1–3):10–9.
4. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG, ym. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res.* 2017;26(6):675–700.
5. Balleis A, Aquino MRJV, Feige B, Johann AF, Kyle SD, Spiegelhalder K, ym. The effectiveness of behavioural and cognitive behavioural therapies for insomnia on depressive and fatigue symptoms: A systematic review and network meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2018;37:114–29.
6. Pirkola SP, Isometsä E, Suvisaari J, Aro H, Joukamaa M, Poikolainen K, ym. DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population--results from the Health 2000 Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005;40(1):1–10.
7. Markkula N, Suvisaari J, Saarni SI, Pirkola S, Peña S, Saarni S, ym. Prevalence and correlates of major depressive disorder and dysthymia in an eleven-year follow-up--results from the Finnish Health 2011 Survey. *J Affect Disord.* 2015;173:73–80.
8. Vuorilehto M, Melartin T, Isometsä E. Depressive disorders in primary care: recurrent, chronic, and co-morbid. *Psychol Med.* 2005;35(5):673–82.
9. Hämäläinen J, Isometsä E, Sihvo S, Pirkola S, Kiviruusu O. Use of health services for major depressive and anxiety disorders in Finland. *Depress Anxiety.* 2008;25(1):27–37.
10. Hämäläinen J, Isometsä E, Sihvo S, Kiviruusu O, Pirkola S, Lönnqvist J. Treatment of major depressive disorder in the Finnish general population. *Depress Anxiety.* 2009;26(11):1049–59.
11. Kendler KS, Gardner CO. Sex differences in the pathways to major depression: a study of opposite-sex twin pairs. *Am J Psychiatry.* 2014;171(4):426–35.

12. Klein DN, Kotov R, Bufferd SJ. Personality and depression: explanatory models and review of the evidence. *Annu Rev Clin Psychol.* 2011;7:269–95.
13. Kupfer DJ, Frank E, Phillips ML. Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Lancet Lond Engl.* 2012;379(9820):1045–55.
14. Disner SG, Beevers CG, Haigh EAP, Beck AT. Neural mechanisms of the cognitive model of depression. *Nat Rev Neurosci.* 2011;12(8):467–77.
15. Levis B, Benedetti A, Thombs BD, DEPRESSion Screening Data (DEPRESSD) Collaboration. Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. *BMJ.* 2019;365:l1476.
16. American Academy of Sleep Medicine (AASM). The International classification of sleep disorders. 3. painos. 2014.
17. Ohayon MM, Partinen M. Insomnia and global sleep dissatisfaction in Finland. *J Sleep Res.* 2002;11(4):339–46.
18. Riemann D, Nissen C, Palagini L, Otte A, Perlis ML, Spiegelhalder K. The neurobiology, investigation, and treatment of chronic insomnia. *Lancet Neurol.* 2015;14(5):547–58.
19. American Academy of Sleep Medicine (AASM). The International classification of sleep disorders. 3. p. Vol. 2014. Rochester, Minnesota;
20. Kajaste. Unettomuushäiriön kehittyminen [Internet]. [viitattu 5. kesäkuuta 2025]. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix02231#R2>
21. Bryde Christensen A, Poulsen S, Højberg TM, Jessen SB, Reinholt N, Hvenegaard M, ym. Emotion Regulation and Mentalization in Patients With Depression and Anxiety. *Clin Psychol Psychother.* 2024;31(3):e2995.
22. Palagini L, Biber K, Riemann D. The genetics of insomnia--evidence for epigenetic mechanisms? *Sleep Med Rev.* 2014;18(3):225–35.
23. Lustberg L, Reynolds CF. Depression and insomnia: questions of cause and effect. *Sleep Med Rev.* 2000;4(3):253–62.
24. Mai E, Buysse DJ. Insomnia: Prevalence, Impact, Pathogenesis, Differential Diagnosis, and Evaluation. *Sleep Med Clin.* 2008;3(2):167–74.
25. Hertenstein E, Trinca E, Wunderlin M, Schneider CL, Züst MA, Fehér KD, ym. Cognitive behavioral therapy for insomnia in patients with mental disorders and comorbid insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2022;62:101597.

26. Tsuno N, Besset A, Ritchie K. Sleep and depression. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(10):1254–69.
27. Wang YQ, Li R, Zhang MQ, Zhang Z, Qu WM, Huang ZL. The Neurobiological Mechanisms and Treatments of REM Sleep Disturbances in Depression. *Curr Neuropharmacol*. 2015;13(4):543–53.
28. Nofzinger EA, Buysse DJ, Germain A, Carter C, Luna B, Price JC, ym. Increased activation of anterior paralimbic and executive cortex from waking to rapid eye movement sleep in depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(7):695–702.
29. Anniina Norrkniivilä, Antti Pemmari, Katinka Tuisku, Maija Orjatsalo ja Sari-Leena Himanen. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2021;137(12):1289-96. [viitattu 12. kesäkuuta 2025]. Lääkkeiden vaikutus unen rakenteeseen ja sykevälivaihteluun. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo16285>
30. Zhai L, Zhang H, Zhang D. Sleep duration and depression among adults: a meta-analysis of prospective studies. *Depress Anxiety*. 2015;32(9):664–70.
31. Kajaste S. Käypä hoito. [viitattu 9. kesäkuuta 2025]. Kognitiiviset (CBT, kognitiivis-behavioraaliset) menetelmät pitkäkestoisen unettomuuden hoidossa. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix01074>
32. Palagini L, Aquino G, Alfi G, Massoni L, Gambini M, Miniati M, ym. CBT-I for prevention and early intervention in mental disturbances: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med*. 2024;124:650–8.
33. Järnefelt H, Hublin C. Työikäisten unettomuuden hoito. Työterveyslaitos 2012. Vol. 2012.
34. Järnefelt H, Lagerstedt R, Kajaste S, Sallinen M, Savolainen A, Hublin C. Cognitive behavior therapy for chronic insomnia in occupational health services. *J Occup Rehabil*. 2012;22(4):511–21.
35. Qaseem A, Kansagara D, Forcica MA, Cooke M, Denberg TD, Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2016;165(2):125–33.
36. Soili Kajaste. Perusterveydenhuollon käyttöön tarkoitettut kognitiivis-behavioraaliset unettomuuden hoito-ohjelmat (CBT-I) ja potilaan sairastamat samanaikaiset pitkäaikaissairaudet [Internet]. 2015 [viitattu 18. heinäkuuta 2025]. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nak08546>
37. Furukawa Y, Nagaoka D, Sato S, Toyomoto R, Takashina HN, Kobayashi K, ym. Cognitive behavioral therapy for insomnia to treat major depressive disorder with comorbid insomnia: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2024;367:359–66.

38. Lin W, Li N, Yang L, Zhang Y. The efficacy of digital cognitive behavioral therapy for insomnia and depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PeerJ*. 2023;11:e16137.
39. Lau PH, Carney AE, Marway OS, Carmona NE, Amestoy M, Carney CE. Investigating the antidepressant effects of CBT-I in those with major depressive and insomnia disorders. *J Affect Disord Rep*. 2022;9:100366.
40. Morin CM, Colecchi C, Stone J, Sood R, Brink D. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA*. 1999;281(11):991–9.
41. Kwaśny A, Włodarczyk A, Dywel A, Szarmach J, Strandberg O, Cubała WJ. Residual insomnia in major depressive disorder: a systematic review. *Front Psychiatry [Internet]*. 2023 [viitattu 18. heinäkuuta 2025];14. Saatavissa: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2023.1190415/full>
42. Gee B, Orchard F, Clarke E, Joy A, Clarke T, Reynolds S. The effect of non-pharmacological sleep interventions on depression symptoms: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep Med Rev*. 2019;43:118–28.
43. Morin CM, Belleville G, Bélanger L, Ivers H. The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*. 2011;34(5):601–8.
44. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606–13.
45. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Käypä hoito. [viitattu 27. syyskuuta 2024]. Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2024. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50119>
46. Davidson JR, Dawson S, Krsmanovic A. Effectiveness of Group Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia (CBT-I) in a Primary Care Setting. *Behav Sleep Med*. 2019;17(2):191–201.
47. Schuffelen J, Maurer LF, Gieselmann A. Digital CBT-I in Comorbid Insomnia and Depression: Clinical Outcomes From a Pragmatic Randomized Controlled Trial. *Depress Anxiety*. 2025;2025:2171041.
48. Hyland P, Shevlin M. Clinician-administered interviews should not be considered the 'gold standard' method of assessing psychological distress. *New Ideas Psychol*. 2024;73:1–3.