

KANSANTAUTIMME DEPRESSIO

Psykiatrian erikoislääkäri Hanna Stenman

Plusterveys Psykiatrian erikoislääkärit, Turku

- ▶ YLEISTÄ
- ▶ Depressio on kansanterveyden kannalta keskeisin mielenterveyden häiriö
- ▶ Depressio on ylipäättään yksi yleisimpiä kansanterveysongelmia kaikki sairaudet mukaan lukien
- ▶ Depressio aiheuttaa merkittävää kärsimystä, elämänlaadun alenemaa, toimintakyvyn laskua ja työkyvyttömyyttä
- ▶ Depressio on itsemurhien merkittävin taustasy

- ▶ MITÄ DEPRESSIO ON JA MITÄ SE EI OLE
- ▶ Kliininen masennus ei ole sama asia kuin tilapäisesti tai pidempiaikaisesti alentunut mieliala tai suru
- ▶ VAAN OIREYHTYMÄ
- ▶ vaikeusasteeltaan Lievä, keskivaikea, vaikea, psykoottinen
- ▶ voi olla pitkittynyt
- ▶ on tyypillisesti toistuva
- ▶ Adekvaatti diagnostiikka ohjaa hoitoa. Oikeaan diagnoosiin pääsy vaatii perusteellisen arvion, eikä pätevään diagnoosiin ole oikotietä. On kartoitettava systemaattisesti paitsi ajankohtaiset, myös aiemmat oireet lapsuudesta nykypäivään (sekä ”pitkittäis- että poikittaisleikkaus”) sekä kartoitettava sukuhistoria, lapsuuskokemukset ja elämänkaari osa-alueittain. Usein tarvitaan laboratoriokokeita, toisinaan myös aivojen kuvantamistutkimuksia tai psykologisia tai neuropsykologisia tutkimuksia tai unitutkimusta.

- ▶ MITÄ DEPRESSIO ON: YDINOIREET
- ▶ Masentunut mieliala ja mielihyvän menetys. Pahimmillaan jatkuva synkkyys ja toivottomuus, totaalinen ilottomuus, täydellinen mielihyvän kokemisen menetys
- ▶ Ahdistuneisuus. Pahimmillaan jatkuvana tuskaisuutena, psykosomaattisin oirein, paniikkikohtauksin
- ▶ Unihäiriöt: nukahtamisvaikeus, katkonaisuus, aamuyön heräily. Pahimmillaan totaalinen unettomuus. TAI liikaunisuus, esim 16 h/vrk
- ▶ Ruokahalun alenema tai lisääntyminen. Pahimmillaan täysi ruokahaluttomuus ja raju painon lasku
- ▶ Kognitiiviset puutosoireet: muisti, keskittyminen, uuden omaksuminen, organisointikyky, päätöksentekokyky, toiminnanohjaus.
- ▶ Energiatason alenema, hidastuneisuus, aloitekyvyttömyys. Pahimmillaan jatkuva lamaava väsymys, jähmeys ja ilmeettömyys.
- ▶ Kohtuuttomat vääristyneet riittämättömyyden tunteet, itsesyytökset ja syyllisyydentunteet. Pahimmillaan syvä piinaava synnin tunto pienistä ikivanhoista sattumuksista, itseinho, syvä arvottomuus
- ▶ Innostuksen ja kiinnostuksen tunteiden vähenemä. Pahimmillaan totaalinen kato
- ▶ Tulevaisuuden näkymien synkistyminen ja visiottomuus. Pahimmillaan totaalinen toivottomuus
- ▶ Elämänhalun alenema ja itsetuhoisuus

- ▶ TOIMINTAKYVYN LASKU: vaihteleva vaikeusaste, hidas palautuminen. Pahimmillaan toimintakyvyn lasku johtaa siihen, että arkisetkaan askareet eivät suju. Ei ole harvinaista, että vaikeasta depressiosta kärsivä potilas kykenee produktiiviseen toimintaan vain tunnin tai pari päivässä.

- ▶ EROTUSDIAGNOSTIIKKA

- ▶ Merkittävä erotusdiagnostinen ja kansanterveydellinen ongelma on myös KAKSISUUNTAINEN MIELIALAHÄIRIÖ. Jos masennushistoriaan liittyy elämän varrella YKSIKIN maaninen, hypomaaninen tai sekamuotoinen jakso, kyse on BIPOLAARITAUDISTA. Erotusdiagnostikka ja adekvaatti diagnoosi ovat hoidon ja ennusteen kannalta äärettömän tärkeitä. Bipolaaritauti on edelleen alidiagnosoitu ja alihoidettu sekä usein väärin hoidettu. Oikeaan diagnoosiin pääsy viivästyy usein vuosilla, jopa vuosikymmenillä.
- ▶ Päihdeongelmat
- ▶ Uniapnea
- ▶ Somaattiset sairaudet: kilpirauhasen toimintahäiriöt, B12-vitamiinin puute, foolihapon puute...

- ▶ KOMORBIDITEETTI
- ▶ Persoonallisuushäiriöt
- ▶ Ahdistuneisuushäiriö esim ylestynyt ahdistuneisuushäiriö tai paniikkihäiriö tai sosiaalisten tilanteiden pelko
- ▶ Päihdeongelma

- ▶ ETIOLOGIA

- ▶ Perinnöllisyys, familiaalisuus. Masennuspotilaan lähiomaisilla esiintyy merkittävästi enemmän masennustiloja kuin normaaliväestöllä. Ensimmäisen asteen sukulaisilla on n 2-3x suurempi riski sairastua masennukseen
- ▶ Todennäköisiä alttiuseenejä on löytynyt.
- ▶ Todennäköistä on, että vähintäänkin osalla alttiuseeneistä kielteiset vaikutukset ilmaantuvat vain tiettyjen ympäristötekijöiden vallitessa: GEENIEN JA YMPÄRISTÖTEKIJÖIDEN YHTEISVAIKUTUS
- ▶ Vahva näyttö masennukseen liittyvistä hermovälityksen poikkeavuuksista monoamiiniaineenvaihdunnassa (serotoniini, noradrenaliini, dopamiini)
- ▶ Hermokasvutekijät ja neutrotrofinen hypoteesi: stressitekijät vähentävät joidenkin hermokasvutekijöiden synteesiä erityisesti hippokampuksessa -> atrofiaa hermosoluissa
- ▶ Masennuslääkkeet lisäävät hermokasvutekijöiden synteesiä. Tämä näyttäisi myös johtavan uusien hermosolujen syntyyn hippokampuksessa
- ▶ Depressio voidaan nähdä mielialan säätelyyn osallistuvien hermoverkkojen sairaustilana, jossa hermoverkot lamaantuvat laukaisevan psykososiaalisen stressin vaikutuksesta. Depressiosta toipumiseen liittyy plastisiteetin kohoaminen ja lisääntynyt uusien hermosolujen synty hermokasvutekijöiden aktiviteetin lisääntyessä. Lääkehoidon keskeisin vaikutus olisi tässä mallissa depressiolääkkeiden hermokasvutekijöiden aktiviteettia stimuloiva vaikutus
- ▶ HPA-akselin eli hypotalamus-aivolisäke-lisämunuaiskuoriakselin toiminnan häiriöt
- ▶ Peritty alttius stressivasteiden säätelyhäiriöille yksi keskeinen depressioalttiutta lisäävä tekijä
- ▶ Kohonneen kortisolipitoisuuden moninaiset negatiiviset vaikutukset hermosoluille ja elimistöön
- ▶ Akselin toiminnan pysyvä muuttuminen varhaislapsuuden kehitystekijöiden seurauksena!
- ▶ Kotrikoliberiinin liikaeritys psykososiaalisessa rasitustilassa ja varhaisten traumaattisten kokemusten seurauksena
- ▶ Kilpirauhastoiminnan häiriöt
- ▶ Masennustilojen synty on parhaiten ymmärrettävissä monitekijäisenä ja heterogeenisenä prosessina.
- ▶ Altistavina tekijöinä perinnöllinen ja hankittu biologinen alttius sekä altistavat persoonallisuuden piirteet
- ▶ Laukaisevina tekijöinä negatiiviset ajankohtaiset elämäntapahtumat ja menetykset
- ▶ Ylläpitävinä tekijöinä kognitiiviset vääristymät, kielteiset seuraukset sosiaalisessa verkostossa, noidankehämäiset prosessit
- ▶ Masennustilaan liittyy neurobiologisia poikkeavuuksia.

- ▶ temperamentti/persoonallisuudenpiirteinä taipumus negatiivisiin tunnetiloihin ja tunne-elämän tasapainottomuus altistavat (negatiivinen affektiivisuus ja harm avoidance)
 - ▶ Perinnölliset tekijät selittävät merkittävästi persoonallisuuden piirteitä: temperamentin ajatellaan edustavan persoonallisuudessa jo lapsena ilmeneviä, pääosin perittyjä toimintavalmiuksia
 - ▶ Näyttää siltä, että osa perintötekijöihin liittyvästä haavoittuvuudesta masennustiloille välittyy temperamenttiin liittyvien tekijöiden kautta
 - ▶ Varhaiset negatiiviset kokemukset ja vuorovaikutussuhteet voivat johtaa pysyviin poikkeavuuksiin keskushermoston rakenteessa ja toiminnassa; myös pysyviin geeniekspression muutoksiin!
- ▶ EPIMEDIOLOGIA
- ▶ Euroopassa normaaliväestössä esiintyvien depressoien vuosittainen esiintyvyys on vaihdellut eri maissa ja tutkimuksissa yleensä 3-10 % välillä
 - ▶ Suomessa kunakin ajankohtana n. 5 % väestöstä kärsii kliinisestä masennuksesta
 - ▶ Puolella heistä on ollut aikaisempia masennuksia, tai masennus on muuttunut krooniseksi
 - ▶ Monihäiriöisyys on yleistä
 - ▶ Psykiatrisen erikoissairaanhoidon käynneistä noin puolet liittyy masennustiloihin
 - ▶ Naissukupuoli, matala sosioekonominen asema, avioero tai leskeksi jääminen, työttömyys, humalajuominen, tupakointi korreloivat suurempaan depression esiintyvyyteen
- ▶ KULKU JA ENNUSTE
- ▶ Yleensä ennen kliinistä depressoita esiintyy esioireita, jotka voivat olla kyseiselle potilaalle omaleimaiset
 - ▶ 2/3 depressoista alkaa kielteisen elämäntapahtuman jälkeen
 - ▶ Yleensä erikoissairaanhoidon piiriin tulevat masennustilat kestävät muutaman kuukauden. N 10 %lla masennustila kroonistuu pitkäaikaiseksi. Riskitekijöinä pitkiittymiselle ja kroonistumiselle ovat vaikeusaste, toistuvuus, kielteiset elämäntapahtumat masennustilan aikana, sosiaalisen tukiverkoston niukkuus tai läheisten negatiivinen asenne, komorbiditeetti, hoidon puute tai epäasianmukaisuus tai viivästyneisyys
 - ▶ On ilmeistä, että väestössä esiintyy paljon diagnosoimattomia masennustiloja, jotka ovat yleensä keskimäärin lievempiä ja lyhytkestoisempia: spontaaniparanemisen todennäköisyys lievemmissä diagnosoimattomissa masennuksissa lienee suuri.
 - ▶ Jäännösoireet ovat usein merkittävät! Mielialaoireiden lievennyttyä tai parannuttua toimintakyky, energiataso ja kognitio korjautuvat hitaasti ja epätäydellisesti.
 - ▶ Uusiutumisriski on korkea!
 - ▶ Ensimmäisen episodin jälkeen uusiutumisriski on 50 %
 - ▶ Toisen 70%!
 - ▶ Kolmannen 90%!
 - ▶ Osalla potilaista voidaan sanoa olevan kyseessä etenevä aivosairaus
 - ▶ Eläköitymisriski! Aktiivinen hoito-ote ja kuntoutus sekä työtehtävien muokkaus vähentävät eläköitymisriskiä! N viidesosa erikoissairaanhoidon masennuspotilasta jää pysyvästi työkyvyttömiksi. Masennustila on nykyisin yleisin psykiatrisen työkyvyttömyyden syy. Uusia työkyvyttömyyseläkkeitä myönnetään masennuksen takia n 4000 vuodessa, ja trendi on ollut viime vuosiin saakka nouseva. Viime vuosina tilanne on tasaantunut.
- ▶ MASENNUS JA ITSEMURHAT
- ▶ Suomessa tehdään n 1000 itsemurhaa vuodessa. Itsemurha on 20-34 v miehen yleisin kuolinsyy
 - ▶ Itsemurhan riski on masennuspotilailla n 20-kertainen. N 2/3 itsemurhan takana on masennushäiriö
 - ▶ Riski on miehillä n 2x suurempi kuin naisilla
 - ▶ Monihäiriöisyys, etenkin komorbidi päihdeongelma lisää riskiä
 - ▶ Asianmukainen hoito vähentää itsemurhakuolleisuutta
 - ▶ Suomessa itsemurhakuolleisuus on vähentynyt, mutta edelleen länsi-Euroopan kärkitasoa. Vuosien 1990-2005 välillä itsemurhakuolleisuus väheni Suomessa 37 %

▶ HOITO JA KUNTOUTUS

- ▶ Masennus on edelleen alidiagnosoitu ja alihoidettu sairaus
- ▶ Tarvitaan Yksilöllinen hoito- ja kuntoutusote
- ▶ Lääkitys ja/tai psykoterapia hoitomuotoina
- ▶ Harvinaishoidot ECT, TMS, aivojen syvästimulaatio, ketamiini-infuusio
- ▶ kirkasvalohoito kaamosmasennuksessa
- ▶ useimmiten on mahdollista löytää toimiva lääkitys, jossa sivuvaikutuksia ei todeta, tai sivuvaikutukset ovat niin lievät, että hyödyt ylittävät selvästi haitat
- ▶ vaikeissa masennuksissa lääkehoitoa voidaan pitää välttämättömänä! Lievemmissä tiloissa psykoterapia ja muut psykososiaaliset hoitomuodot voivat riittää
- ▶ Osa masentuneista ei hyödy lääkityksestä; osalle sopivaa lääkitystä ei löydy
- ▶ Osa ei hyödy psykoterapiasta; osalla ei ole varaa tiiviiseen pitkään terapiaan
- ▶ Useimmiten: molempi parempi vakavammassa, pitkittyneemmissä ja toistuvissa tiloissa: sopiva lääkitys ja psykoterapia yhdistettynä antaa usein parhaan hoitotuloksen ja ennusteen
- ▶ Lääkityksen tiivis monitorointi on keskeistä! Tätä valitettavasti laiminlyödään, ikävin seurauksin.
- ▶ Sopivan terapiamuodon ja psykoterapeutin valinta! Henkilökemian merkitys!
- ▶ Pitkäaikaiset, luottamukselliset ja turvalliset hoitosuhteet ovat avain niin psykoterapian kuin myös lääkityksen onnistumiselle
- ▶ Psykiatrien psykoterapiamyönteisyys suurta; suurimmalla osalla psykiatreista on psykoterapiakoulutus. Vastakkainasettelu biologisten ja psykososiaalisten hoitojen välillä on psykiatreille vierasta.
- ▶ Akuuttihoito ja estohoito! Kolmannen depressioepisodin jälkeen korkean uusiutumisriskin takia on vakavasti harkittava pysyvää tai ainakin vuosia kestävää estolääkitystä!