

MERJA VIKKI

LT, psykiatrian dosentti,
psykiatrian erikoislääkäri
Tampereen yliopisto, lääketieteen
yksikkö ja Tampereen kaupungin
psykiatrian poliklinikka

TUOMAS H. KOSKELA

LT, yleislääketieteen erikoislääkäri
Tampereen yliopisto, lääketieteen
yksikkö ja Omapihlaja Kehräsaari,
Pihlajalinna Terveys oy

HANNA VALTONEN

LT, psykiatrian dosentti,
kouluttajalääkäri,
Auroran sairaala, Helsingin
sosiaali- ja terveysvirasto

ESA LEINONEN

LT, professori, ylilääkäri
Tampereen yliopisto, lääketieteen
yksikkö ja TAYS toimialue 5
(psykiatria)

Mielialaoireet: normaalia vai ei?

- Depression ja normaalin surureaktion erottaminen voi olla vaikeaa, samoin iloisuuden ja hypomanian, etenkin jos ei tunne potilasta entuudestaan.
- Depressiossa alakulo ja mielihyvän kokemisen menettäminen ovat vallitsevia ja pysyviä muistoista riippumatta.
- Toisin kuin depressiossa, normaalissa surureaktiossa itsetunto ja itsearvotus eivät muutu.
- Väsymykseen voi liittyä myös depressioon sopivia oireita, kuten aloittekyvyttömyyttä, energian puutetta, muisti- ja keskittymisvaikeuksia. Depressiodiagnoosia ei pidä tehdä, mikäli potilaalla ei ole vähintään kaksi viikkoa kestänyttä, jatkuvaa masentunutta mielialaa tai mielihyvän menetystä.
- Mietittäessä, onko kyseessä psykiatrisen häiriön oire vai normaali reaktio elämäntilanteeseen, olennaista on arvioida oireiden vaikeusaste, kesto, pysyvyys ja niiden aiheuttama toimintakyvyn heikkeneminen ja kärsimys.

Lääkäri joutuu joskus pohtimaan, onko potilaalla psykiatrisen häiriön vai normaali reaktio hankalassa elämäntilanteessa. Ovatko potilaat oireet esimerkiksi osa normaalia surureaktiota vai onko kyseessä depressio? Kun ennestään tuntematon potilas vaikuttaa huomattavan puheliaalta ja toimeliaalta, onko kyseessä hypomania? Tässä kirjoituksessa tarkoituksena on antaa erityisesti yleislääkärin arkeen käytännön työkaluja normaalin ja sairauden oireeksi luokiteltavan mielialahäiriön rajapinnan pohdintaan.

Suru vai depressio?

Depression laukaisevana tekijänä on hyvin usein jokin vaikea elämäntilanne, johon liittyy

maan liittyvän normaalin surureaktion erottaminen voi olla vaikeaa kokeneellekin lääkärille. Taulukossa on esitetty tekijöitä, jotka voivat helpottaa erotusdiagnostiikkaa (taulukko 1). Kannattaa kuitenkin huomioida, että yksilölliset erot ovat suuria.

Surureaktiossa vallitsevana on tyhjyyden ja menettämisen tunne. Ajatukset ja tunteet liittyvät läheistä koskeviin muistoihin. Depressiossa taas alakulo ja mielihyvän kokemisen menettäminen ovat vallitsevia ja pysyviä muistoista riippumatta. Lisäksi depressioon liittyy usein huomattava näköalattomuus sekä nykyhetken että tulevaisuuden suhteen.

Normaalissa surureaktiossa alakulo ja suru vähenevät viikkojen kuluessa. Suru tulee tyypillisesti aaltoina tilanteissa, joihin liittyy muistoja kuolleesta läheisestä. Surussa tuskaan saattaa sekoittua myös positiivisia tunteita, kuten huumoria, iloa ja lämpöä, kun ihminen muistelee onnellisia aikoja ja hauskoja tapahtumia. Suruun voi sekoittua myös helpotuksen tunteita, erityisesti jos kuollut omainen oli pitkään vakavasti sairas tai hänen kanssaan oli hankala tulla toimeen. Lisäksi normaalissa surureaktiossa ihmiset kokevat saavansa lohtua ja helpotusta ystäviltä ja sukulaisiltaan, jotka jakavat surun. Varsinkin silloin, kun lähiomaisia ei ole, potilas kannattaa ohjata vertaistukiryhmiin (3). Sen sijaan depressiossa alakulo on pysyvää, se ei helpota lohduttamalla, ja siinä on vähän, jos lainkaan tilaa positiivisille tunteille.

Normaalissa surureaktiossa itsetunto ja itsearvotus eivät muutu. Sen sijaan depressiossa

Normaalissa surureaktiossa itsetunto ja itsearvotus eivät muutu.

menetyksiä, pettymyksiä ja kokemus umpikujasta. Joskus laukaisevana tekijänä on lähiomaisen kuolema. Toisaalta normaaliin surureaktioon liittyy erityisesti alkuvaiheessa hyvin samankaltaisia oireita kuin depressioon: kuukausi lähiomaisen kuoleman jälkeen noin 40 % surureaktiota läpikäyvistä täyttää masennustilan diagnostiset kriteerit (1). Käypä hoito -suositusten ohjeistuksen mukaan surureaktioksi tulkituttua oirekuvaa ei kuitenkaan diagnosoida depressioksi (2). Depression ja lähiomaisen kuole-



KIRJALLISUUTTA

- 1 Hensley PL. Treatment of bereavement-related depression and traumatic grief. *J Affect Disord* 2006;92:117–24.
- 2 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Depressio. Käypä hoito -suositus 6.7.2016. www.kaypahoito.fi
- 3 Simon NM 2013 Simon NM. Treating complicated grief. *JAMA* 2013;310:416–23.
- 4 Zisook S, Shear K. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry* 2009;8(2):67–74.
- 5 Arizmendi BJ, O'Connor MF. What is "normal" in grief? *Aust Crit Care* 2015;28(2):58–6.
- 6 Bui E, Nadal-Vicens M, Simon NM. Pharmacological approaches to the treatment of complicated grief: rationale and a brief review of the literature. *Dialogues Clin Neurosci* 2012;14:149–57.
- 7 Soler JK, Okkes I, Oskam S ym. An international comparative family medicine study of the Transition Project data from the Netherlands, Malta and Serbia. Is family medicine an international discipline? Comparing incidence and prevalence rates of reasons for encounter and diagnostic titles of episodes of care across populations. *Fam Pract* 2012;29:283–98.
- 8 Isometsä E. Depressiiviset häiriöt. Kirjassa: Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2014.
- 9 Colom F, Vieta E. Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder. Cambridge University Press 2007.
- 10 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Käypä hoito -suositus 19.6.2013. www.kaypahoito.fi

ihmisen kuva itsestään on negatiivinen. Hänellä on arvottomuuden, huononmuuden ja syyllisyyden tunteita, ja nämä oireet ovat yleistyneet monille elämänalueille. Surureaktioon voi liittyä syyllisyyden tunteita, mutta yleensä ne rajoittuvat siihen, kuinka on kohdellut edesmennyttä läheistä, tai syyllisyyden tunteeseen siitä, että on itse elossa, vaikka läheinen on kuollut.

Surureaktiossa ihminen voi ajatella kuolemaa ja toivoa kuolleen omaisen jälleennäkemistä. Sen sijaan depressiossa ihminen voi kokea, että ei kestä depression aiheuttamaa tuskaa ja epätoivoa ja voi jopa ajatella, että muille olisi parempi, jos hän itse olisi kuollut. Toistuvat kuolemantoiveet ja itsemurha-ajatukset eivät yleensä kuulu normaaliin surureaktioon.

Joskus kannattaa odottaa ja pitää potilas seurannassa, jos ei ole varma, onko kyseessä normaali surureaktio vai depressio. Näin voi menettellä erityisesti silloin, kun potilaalla ei ole aiempia depressiojaksoja ja oireet ovat melko lieviä ja potilaan toimintakyky on kohtalaisen hyvä. Potilaan aiempi psykiatrin historia voi auttaa erotusdiagnostiikassa: jos potilaalla on ollut aiempia masennusjaksoja, tulee selvittää, ovatko nykyiset oireet samanlaisia kuin silloin.

Potilaan vointia olisi kuitenkin syytä seurata ja järjestää säännöllisiä vastaanottokäyntejä esimerkiksi 1–3 viikon välein oireiden arvioimiseksi. Se, että kehottaa potilasta tulemaan ”tarvittaessa uudelleen”, ei ole hyvä käytäntö, koska potilas voi kokea, että hoidon seuranta sysätään hänelle itselleen eikä hän itse pysty siitä huolehtimaan.

Masennusoireiden jatkuminen kuukausien ajan ei liity tavalliseen surureaktioon. Mikäli henkilöllä on toimintakykyä lamaavia ja kärsimystä aiheuttavia oireita ja depression diagnostiiset kriteerit täyttyvät vielä 2 kuukautta omaisen kuoleman jälkeen, tilanne on syytä tulkita kliiniseksi depressioksi. Depressiota tulee hoitaa jo aiemmin, mikäli oireistoon liittyy toistuvia itsetuhoajatuksia, psykoottisia oireita (potilas voi kertoa kuulleensa kuolleen omaisen äänen, tunteen tämän läsnäolon tai kosketuksen tai nähneensä hänet – tätä ei ainoana oireena esiintyessään pidä tulkita psykoottiseksi oireeksi), psykomotorisia oireita, kuten havaittavaa hidastuneisuutta, patologista arvottomuuden tunnetta ja laaja-alaisia (ei vain kuolleeseen omaiseen liittyviä) syyllisyyden tunteita ja huomattavaa toimintakyvyn heikkenemistä.

TAULUKKO 1.

Depression ja surureaktion mahdollisia eroja.

Surureaktio	Depressio
Suru tulee tyypillisesti aaltoina tilanteissa, joihin liittyy muistoja kuolleesta läheisestä.	Alakulo ja mielihyvän kokemisen menettäminen ovat vallitsevia ja pysyviä, muistoista riippumattomia.
Alakulo ja suru vähenevät yleensä viikkojen (–kuukausien) kuluessa.	Masentunut mieliala voi helpottua tai kestää kuukausia tai jopa vuosia.
Itsetunto ja itsearvotus eivät muutu.	Voimakkaat arvottomuuden, huononmuuden tunteet, negatiivinen minäkuva ovat tavallisia.
Syyllisyyden tunteet yleensä rajoittuvat siihen, kuinka on kohdellut edesmennyttä läheistä.	Laaja-alaiset syyllisyydentunteet ovat yleisiä.
Suruun sekoittuu positiivisia tunteita, kuten huumoria, iloa ja lämpöä.	Positiivisille tunteille on vähän tai ei lainkaan tilaa.
Kokemus, että saa lohtua ja helpotusta ystävilta ja sukulaisiltaan, jotka jakavat surun.	Tila ei helpota lohduttamalla.
Voi ajatella kuolemaa ja toivoa kuolleen omaisen jälleennäkemistä.	Voi toivoa kuolemaa, koska ei kestä depression aiheuttamaa tuskaa tai ajatella, että muille olisi parempi, jos hän itse olisi kuollut. Kuolemantoiveet ja itsemurha-ajatukset ovat yleisiä.
Vaikutus toimintakykyyn ei yleensä ole pitkäkestoinen eikä niin huomattava kuin depressiossa.	Voi aiheuttaa huomattavan, pitkäkestoisen toimintakyvyn heikkenemisen

SIDONNAISUUDET

Merja Viikki: Toiminut lääkealan yritysten järjestämien koulutustilaisuuksien luennoijana (GSK, Lilly, Lundbeck, Orion Pharma, Servier), tehnyt lääketutkimuksia korvausta vastaan (BMS, Lilly, Lundbeck, Minerva Neurosciences, Servier), asiantuntijapalkkio (Leiras Takeda, Lundbeck, Pfizer, Servier), osallistunut ulkomaiseen kongressiin lääkealan yrityksen kustantamana (Leiras Takeda, Lundbeck).
Tuomas H. Koskela, Hanna Valtonen, Esa Leinonen: Ei sidonnaisuuksia

Surureaktioon liittyvän tai sen laukaiseman depression hoitolinjat ovat samanlaisia kuin depressiossa muutenkin eli psykoterapia ja masennuslääkehoito. Useissa tutkimuksissa masennuslääkkeiden on osoitettu olevan tehokkaita myös surureaktioon liittyvässä depressiossa (4,5,6). Näyttöä siitä, että jokin masennuslääke olisi tehokkaampi kuin muut tässä tilanteessa, ei ole. Psykoedukaation, psykoterapian ja masennuslääkehoidon yhdistämisen oletetaan tuottavan parhaan tuloksen myös surureaktion laukaisemassa depressiossa (4,5).

Depressioon liittyvä väsymys

Väsymys ja uupumus ovat tavallisimpia yleislääkärin vastaanotolle hakeutumisen syitä (7). Koska väsymys on yksi depression ydinoireista,

Vastaanotolla näkyy usein hypomaanisen ihmisen ylienergisyys.

näiltä potilailta kannattaa seuloa depressiota. Masennukseen liittyvälle uupumukselle on tyypillistä se, että potilas kokee olevansa jatkuvasti väsynyt ja että vähäinenkin fyysinen tai psyykki-

nen aktiivisuus tuntuu raskaalta ja vaatii huomattavasti voimavaroja ja että väsymys pahenee pienenkin ponnistelun jälkeen (8). Masennusdiagnoosi edellyttää, että potilaalla on vähintään kaksi viikkoa jatkunut mielialan lasku (suurimman osa aikaa, lähes joka päivä) ja/tai mielihyvän menetystä. Uupumus voi ilmetä aloitekyvyttömyytenä, energian puutteena ja muisti- ja keskittymisvaikeuksina. Nämä kaikki voivat olla myös depressio-oireita. Mikäli potilaalla ei ole väsymykseen liittyen vähintään kaksi viikkoa kestänyttä masentunutta mielialaa tai mielihyvän menetystä, tilaa ei pidä diagnosoida depressioksi.

Oireiden kartoittamisessa voidaan käyttää apuna depression arviointiasteikkoja, kuten Beckin depressiokyselyä, DEPS-seulaa tai PHQ-9-kyselyä (2), jotka kuvaavat potilaan omaa käsitystä oireistaan. Kyselyt antavat viitettä potilaan tilanteesta, mutta pelkästään niiden perusteella ei depressiodiagnoosia pidä tehdä, vaan aina tarvitaan kliininen arvio potilaan tilanteesta. Montgomeryn ja Åsbergin (MARDS) ja Hamiltonin (HAM-D) arviointiasteikkojen käyttö edellyttää koulutusta, ja niitä voidaan käyttää sekä depression oireiden tunnistamiseen että oireiden vakavuuden arviointiin ja hoidon tulosten seurantaan.

Iloisuutta vai hypomaniaa?

Hypomanian ja ilon erottaminen saattaa olla hankalaa eritoten silloin, kun potilas on entuudestaan tuntematon. Hypomaniassa mieliala on suhteettoman hyväntuulinen tai ärtyisiä useiden päivien ajan (vähintään 4 pv) ulkoisista olosuhteista riippumatta. Yksi hypomanian keskeisistä oireista on unen tarpeen väheneminen: ihminen nukkuu useita tunteja (yli 2 h) vähemmän kuin normaalisti eikä silti tunne itseään päivällä väsyneeksi. Toimeliaisuuden lisääntyminen, jolle tyypillistä on harkitsemattomuus ja impulsiivisuus, on myös hypomanian tyypillinen oire. Kyseessä on nimenomaan sisäsyntyinen energisyyden lisääntyminen – ei esimerkiksi se, että ihminen saa valvomalla ja lopen väsyneenä projektit tehtyä annetuissa aikatauluissa. Muita hypomanian oireita ovat keskittymisvaikeudet ja häiriöherkkyyden lisääntyminen. Samoin puheliaisuuden lisääntyminen on tyypillistä hypomanialle. Iloon ei sen sijaan liity puheliaisuuden lisääntymistä, unen tarpeen vähentymistä, arvostelukyvyn heikkenemistä eikä energisyyden lisääntymistä.

TAULUKKO 2.

Hypomaniaa epäillessäsi kartoita seuraavat asiat.

Kartoita masennuspotilailta, onko ollut aikaisemmin ajanjaksoja, jolloin mieliala on ollut koholla tai ärtynyt.

MDQ (Mood Disorder Questionnaire) on hyvä seula. Positiivinen seuralöydös merkitsee kaksisuuntaisen mielialahäiriön epäilyä eikä vielä diagnoosia. Diagnoosi edellyttää perusteellista diagnostista arviota. Alle 40 % MDQ-seulassa positiivisen tuloksen saaneista varmistui tutkimuksessa kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastaviksi.

Kartoita sukuanamneesi.

Kartoita kohonneen tai ärtyneen mielialajakson oireet (unen tarpeen vähentyminen, puheliaisuuden lisääntyminen, toimeliaisuuden lisääntyminen tai fyysinen rauhattomuus, hajanaisuus tai keskittymisvaikeudet, seurallisuuden tai tuttavallisuuden lisääntyminen, lievä rahojen tuhailu tai muu vastuuton käytös, seksuaalisen halukkuuden lisääntyminen).¹ Varmista, että kyseessä on saman ajanjakson aikana tapahtunut oireilu. Kartoita oireiden kesto (≥ 4 vrk).

Vertaa normaalimielialaan, ei koskaan masennukseen.

Tarkista, etteivät mielialaoireet selity päihteillä tai lääkkeiden käytöllä tai somaattisella sairastamisella.

¹ ICD-10 mukaan

Kaiken kaikkiaan hypomaniassa potilaan käyttäytyminen poikkeaa hänen moraalinormistostaan tai elämäntavoistaan. Tämä voi näkyä monin tavoin: seksuaalisen kiinnostuksen lisääntymisenä, lisääntyneenä seurallisuutena tai holtittomuutena liikenteessä. Hypomaniassa ihminen voi kokea tarvitsevansa alkoholia tai rauhoittavia lääkkeitä itselääkintänä. Vastanoitolla näkyy usein hypomaanisen ihmisen ylienergisyys, fyysinen rauhattomuus ja vuolaspuhelisuus, samoin vuorovaikutuksessa myös ärtyneisyys ja vihamielisyys tulevat helposti esille (9). Toisin kuin iloa, hypomaniata saattaa seurata tai edeltää, yksilöllisen taudinkulun mukaan, masennusjakso.

Hypomaniata epäiltäessä tarvitaan tarkempaa diagnostista arviota (taulukko 2). Erotusdiagnostiikassa on varmistettava, että oireet eivät johdu päihteiden käytöstä eivätkä yksinomaan masennuslääkkeiden käytöstä. Epävakaa persoonallisuushäiriö on myös huomioitava erotusdiagnostiikassa; se on pysyvä ominaisuus, johon liittyy usein nopeita ja lyhytkestoisia mie-

lialan vaihteluja, mutta ei pitkäaikaisesti koho-
nutta mielialajaksoa (10).

Lopuksi

On tärkeää välttää normaalin surureaktion turha ja virheellinen diagnosoiminen depressioksi. Yhtä olennaista on huomata ja osata tehdä depressiodiagnoosi myös surevalle eikä selittää pitkittyviä tai toimintakykyä lamaavia oireita surulla, jolloin depression asianmukainen hoito jää toteuttamatta. Kuormittavaan elämäntilanteeseen liittyvä uupumus on tilapäistä eikä siihen tyypillisesti liity pitkäaikaista mielialan laskua tai mielihyvän kokemuksen menetystä.

Mietittäessä, onko kyseessä psykiatrisen sairauden oire vai normaali reaktio elämäntilanteeseen, olennaista on arvioida oireiden vaikeusaste, kesto, pysyvyys ja niiden aiheuttama toimintakyvyn lasku ja kärsimys. Hypomania on tärkeää tunnistaa, koska kaksisuuntainen mielialahäiriö on koko potilaan loppuelämään vaikuttava diagnoosi.

English summary | www.laakarilehti.fi | in english
Mood disorders – what's normal?

MERJA VIKKI
M.D., Ph.D., Senior Lecturer in
Psychiatry
University of Tampere School of
Medicine
E-mail: Merja.viikki@staff.uta.fi

**TUOMAS KOSKELA,
HANNA VALTONEN,
ESA LEINONEN**

Mood disorders – what's normal?

Distinguishing between grief and depression may be difficult even for experienced clinicians. Likewise, distinguishing between joy and hypomania may be challenging, particularly if the doctor does not know the patient.

The predominant affect in grief is a sense of emptiness and loss, whereas in depression it is a pervasive and persistent depressed mood even in the absence of reference to the deceased. Clinical depression is often accompanied by an inability to anticipate happiness. In grief, dysphoria tends to decrease in intensity over weeks and occur in waves. In addition, memories of the deceased predominate, and sadness is accompanied by positive emotions, such as humour, warmth, and relief. By contrast, in major depressive disorder, pervasive depression rarely leaves room for positive emotions. In grief, self-esteem is usually preserved intact, whereas in depression a sense of worthlessness and self-reproach is common. Grieving individuals often feel supported and comforted by friends, but in major depressive disorder consolation seldom makes any difference. Major depressive disorder should be seriously considered if two months after the major loss a person is still suffering from significant functional impairment and/or distress and the diagnostic criteria of major depression are met.

Patients suffering from fatigue often have low energy, difficulty starting activities and impaired ability to concentrate. However, in the absence of pervasive sadness (most of the day, nearly every day, for at least two weeks) or reduced ability to enjoy usual interests, no diagnosis of major depressive disorder should be made.

When assessing whether or not a very talkative and psychomotorically agitated patient is hypomanic, symptoms of hypomania should be carefully evaluated. Hypomania is characterized by a distinct period of persistently elevated, expansive or irritable mood lasting at least four days. The key symptoms to be assessed are decreased need for sleep, talkativeness, inflated self-esteem, flight of ideas or racing thoughts and increased activity with impulsivity. In hypomania, the behaviour is uncharacteristic of the person and possibly contrary to his or her normal moral standards.

Key characteristics in diagnosing a mood disorder and distinguishing it from normal reactions are the severity and duration of symptoms and symptom pathology, i.e., whether or not they cause clinically significant distress or impairment.