

Masennuksen diagnosoiminen ja hoitaminen on tärkeää diabeteksen omahoidon kannalta

Diabetes ja depressio – dynaaminen duo

Diabeteksen menestyksellä omahoito rakentuu yksilön päivittäisistä valinnoista. Omahoidon osa-alueista ruokavalinnat, fyysinen aktiivisuus, veren glukoosipitoisuuden seuranta ja insuliinin annostelu vaikuttavat veren glukoosipitoisuuteen ja siten pitkäaikaisairauksien riskiin. Omahoito-ohjeita on saatavilla runsaasti, ja pitkäaikaisesti suuren veren glukoosipitoisuuden seuraukset tunnetaan hyvin. Saatavilla olevasta tiedosta huolimatta diabeteksen omahoito ei kuitenkaan aina ole optimaalista.

Yksi merkittävä omahoitoa haittaava tekijä on masennus, jota tavataan diabeetikoilla varsin usein. Erään meta-analyysin mukaan diabeetikoilla on terveeseen väestöön verrattuna noin kaksinkertainen masennuksen riski (1). Omissa tutkimuksissamme lähes 18 %:lla tutkimukseen osallistuneista suomalaisista tyyppin 1 diabeetikoista oli masennusoireita (2). Todellinen luku lienee suurempi, sillä masentuneet jättäytyvät useammin tutkimusten ulkopuolelle.

Diabeteksen ja masennuksen välinen yhteys näyttäisi olevan kaksisuuntainen. Yhtäältä diabetekseen sairastuminen sinänsä, päivittäiset hoitotoimenpiteet, huono hoitotasapaino, mahdollinen hypoglykemiapelko sekä diabeteksen liitännäissairaudet suurentavat masennuksen riskiä. Toisaalta masennus lisää muun muassa lisääntyneen insuliinin vastavaikeuttajahormonien erityksen kautta insuliiniresistenssiä ja siten riskiä sairastua tyyppin 2 diabetekseen.

Masentuneisuus huonontaa yksilön elämänlaatua ja lisää terveydenhuollon kustannuksia. Erityisen merkityksellistä diabeteksen pitkäaikaisairauksien kannalta on kuitenkin masennuksen haitallinen vaikutus omahoitoon. Omahoidon eri osatekijöistä masennus on voimakkaimmin yhteydessä sovittujen vastaanottoaikojen väliin jättämiseen (3) ja toiseksi voimakkaimmin ravintosuositusten

noudattamiseen. Masennus vaikuttaa myös lääkähoidon noudattamiseen, fyysiseen aktiivisuuteen ja veren glukoosipitoisuuden seurantaan. On merkittävää, että jo lievempien masennuksen oireiden eikä pelkästään kliinisen masennuksen on havaittu vaikuttavan haitallisesti diabeteksen omahoitoon (4).

Masennus ja siihen liittyvä huonontunut omahoito saattavat vaikuttaa haitallisesti diabeteksen hoitotasapainoon. Joissakin tutkimuksissa masennuksen ja veren suurentuneen glukoosipitoisuuden yhteys on havaittu sekä tyyppin 1 että tyyppin 2 diabeteksessä (5), mutta toisinaan yhteys on havaittu vain tyyppin 1 diabeetikoilla (6). Diabetestyyppin sijaan yhteys saattaa kuitenkin selittyä hoidon monimutkaisuudella. Tästä antaa viitteitä tutkimus, jossa havaittiin, että masennus ei ollut yhteydessä huonompaan glukoositasapainoon potilailla, joilla diabetesta hoidettiin ainoastaan ruokavaliolla ja liikunnalla, suun kautta otettavilla lääkkeillä tai korkeintaan kahdella päivittäisellä insuliinipistoksella (7). Sen sijaan useampia päivittäisiä insuliinipistoksia tarvitsevilla masennus vaikutti veren glukoosiarvoja huonontavasti. Tutkijat arvelivat, että vaadittavien hoitotoimien määrän kasvaessa lisääntyy myös sellaisten tilanteiden määrä, joissa matala mieliala pääsee vaikuttamaan haitallisesti omahoitoon. Masennus näyttäisi kuitenkin olevan yhteydessä suurempiin glukoosiarvoihin myös omahoidosta riippumattomista syistä (8). Tätä yhteyttä saattavat osaltaan selittää sekä masennukseen että hyperglykemiaan yhdistetyt insuliiniresistenssi ja muutokset kortisolihormonivaihdunnassa.

Masentuneisuus on myös yhteydessä diabeteksen liitännäissairauksiin ja kuolleisuuteen. Ainakin poikkileikkauksasetelmissä masentuneilla diabeetikoilla on enemmän erilaisia mikro- ja makrovaskulaarisairauksia (9). Oletettavasti komplikaatioiden ja masennuksen

välinen yhteys on kuitenkin kaksisuuntainen: masennus voi huonontuneen omahoidon kautta suurentaa liitännäissairauksien riskiä, mutta myös jo kehittyneet liitännäissairaudet voivat suurentaa masentuneisuuden riskiä. Eräässä tutkimuksessa masentuneilla diabetespotilailla havaittiin kahdeksan vuoden seurannassa suurempi kuolleisuuden riski verrattuna potilaisiin, joilla on vain joko masennus tai diabetes (10). Lisäksi omissa tutkimuksissamme suomalaisilla tyyppin 1 naisdiabeetikoilla masennuslääkkeiden käyttö oli seurannan aikana yhteydessä suurempaan kuolleisuuteen (11).

Diabeetikoiden masennus jää harmillisen usein diagnosoimatta ja hoitamatta. Erään ulkomaisen tutkimuksen mukaan vain noin puolet kliinisesti masentuneista diabeetikoista oli saanut diagnoosin kuluneen vuoden aikana (12). Potilaista kolmasosa sai asianmukaista lääkehoitoa, mutta riittävää psykoterapiahoitoa sai vain alle 7 %.

Syitä masennuksen alidiagnosoimiselle voi olla monia. Yksi mahdollinen tekijä voi olla kiire vastaanottotilanteessa. Kun potilasvastaanotolla läpikäytäviä asioita on paljon, masennus saattaa jäädä huomaamatta. Toisaalta masennuksen ja diabeteksen oireet voivat sekoittaa helposti, mikä vaikeuttaa masennuksen tunnistamista. Muun muassa unettomuus, keskittymisvaikeudet, väsymys ja erilaiset kiputilat ovat yhteisiä sekä masennukselle että diabetekselle, ja niiden yhdistäminen spesifisesti masennukseen vaatii selvitystyötä. Lisäksi jonkinasteista mielialan laskua pidetään ehkä normaalinaakin krooniseen sairauteen ja sen hoidon vaatimukseen liittyvänä reaktiona. Siksi masennusta saatetaan katsoa helpommin läpi sormien.

Masennuksen yleisyyden ja sen diabeteksen hoitotasapainoon haitallisesti vaikuttavien ominaisuuksiensa vuoksi masennuksen tun-

nistaminen on tärkeää. Diabeetikoiden masennuksen seulomiseen voidaan hyvin käyttää monia yleisimpiä mittareita (esim. BDI ja CES-D), ja seulontaa pitäisi toteuttaa säännönmukaisesti erityisesti niiden potilaiden kohdalla, joilla on huono hoitomyöntyvyys (13). Kokonaisvaltaisen hoidon toteutumista edistää yhteistyö potilaan, diabeteshoitajan ja -lääkärin sekä psykiatrin tai psykologin välillä. On huomattavaa, että HYKS:n lasten ja nuorten sairaalassa hoidettavista tyyppin 1 diabeetikoista noin kolmasosa käy nuorisopsykiatrilla (Päivi Miettinen, henkilökohtainen tiedonanto). Näyttäisikin siltä, että lasten ja nuorten kohdalla psyykkisen avun tarpeeseen reagoidaan suhteellisen aktiivisesti. Diabeteksen hoidon ja liitännäissairauksien ehkäisyyn kannalta onkin tärkeää, että vastaavaa tukea on systemaattisesti tarjolla myös aikuispotilaille.

Masennuksen lääkehoito voi diabeetikoilla olla haasteellista, sillä monilla masennuslääkkeillä on painoon ja veren glukoosipitoisuuden haitallisesti vaikuttavia ominaisuuksia. Sopivan lääkkeen ja psykoterapeuttisen hoitomuodon valinta edistää sekä masennuksen että diabeteksen hyvää hoitoa. Koska masennus uusiutuu diabeetikoilla helposti, masennuksen on pitkäjänteinen hoito tärkeää. Varsinaisten masennusoireiden hävittyä masennuslääkehoitoa saattaakin olla hyvä jatkaa jonkin aikaa estohoitona. Myös aikaisempien masennusjaksojen esiintyminen saattaa antaa viitteitä siitä, että masennuksen hoito kannattaisi aloittaa varhain, jo ensimmäisten oireiden ilmetessä. ■



AILA AHOLA, FT
Folkhälsanin tutkimuskeskus

SIDONNAISUDET
Ei sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

1. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2001;24:1069–78.
2. Ahola AJ, Thorn LM, Saraheimo M, Forsblom C, Groop PH; FinnDiane Study Group. Depression is associated with the metabolic syndrome among patients with type 1 diabetes. *Ann Med* 2010;42:495–501.
3. Gonzalez JS, Peyrot M, McCarl LA, ym. Depression and diabetes treatment nonadherence: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2008;31:2398–403.
4. Gonzalez JS, Safren SA, Cagliero E, ym. Depression, self-care, and medication adherence in type 2 diabetes: relationships across the full range of symptom severity. *Diabetes Care* 2007;30:2222–7.
5. Lustman PJ, Anderson RJ, Freedland KE, de Groot M, Carney RM, Clouse RE. Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care* 2000;23:934–42.
6. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE, Hirsch IB. The relationship of depressive symptoms to symptom reporting, self-care and glucose control in diabetes. *Gen Hosp Psychiatry* 2003;25:246–52.
7. Surwit RS, van Tilburg MA, Parekh PI, Lane JD, Feinglos MN. Treatment regimen determines the relationship between depression and glycemic control. *Diabetes Res Clin Pract* 2005;69:78–80.
8. Lustman PJ, Clouse RE, Ciechanowski PS, Hirsch IB, Freedland KE. Depression-related hyperglycemia in type 1 diabetes: a mediational approach. *Psychosom Med* 2005; 67:195–9.
9. de Groot M, Anderson R, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosom Med* 2001;63:619–30.
10. Egede LE, Nietert PJ, Zheng D. Depression and all-cause and coronary heart disease mortality among adults with and without diabetes. *Diabetes Care* 2005;28:1339–45.
11. Ahola AJ, Harjutsalo V, Saraheimo M, Forsblom C, Groop PH; FinnDiane Study Group. Purchase of antidepressant agents by patients with type 1 diabetes is associated with increased mortality rates in women but not in men. *Diabetologia* 2012;55:73–9.
12. Katon WJ, Simon G, Russo J, ym. Quality of depression care in a population-based sample of patients with diabetes and major depression. *Med Care* 2004;42:1222–9.
13. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes – 2013. *Diabetes Care* 2013;36:S11–66.