

# Epilepsia ja mieli

Mielen ja ruumiin yhteyttä pidettiin selvänä ja luonnollisena asiana lääketieteessä varhaisista ajoista aina renesanssin aikakauteen saakka. "Ajattelen, siis olen olemassa" on filosofi Descartesin kuuluisa lause sielun ja ruumiin täydellisen erilaatuisuuden julistus vuodelta 1637. Vaikka Descartes loi ruumiin ja sielun vuorovaikutusopin, pidetään hänen ajatuksiaan syypäänä myös siihen, miksi moderni länsimainen lääketiede harhautui pitkäksi aikaa erottamaan mielen ja ruumiin toiminnot toisistaan eri sairauksien synnyssä ja hoidossa.

**S**uomessa neurologia erotettiin psykiatriasta vasta vuonna 1963, jolloin hermo- ja mielitautien erikoisala lakkautettiin, ja psykiatrian ja neurologian erikoisalat perustettiin. Vaikka psykiatrinen näkökulma jäi tässä vaiheessa neurologiassa vähemmälle, oma erikoisala mahdollisti monien neurologisten sairauksien diagnostiikan ja hoidon kehittämisen aivan uudella tavalla. Kiistämätön tosiasia kuitenkin on, että ihminen on psykofyysinen kokonaisuus. Viime vuosina lääketiede on onneksi tuonut mielen ja ruumiin yhteyttä esille uudella tavalla. Psykiatristen sairauksien neurobiologiset taustat ovat alkaneet paljastua, ja neurologisissa sairauksissa yleisinä esiintyvien psykiatristen liitännäisoireiden tunnistaminen on mahdollistanut kokonaisvaltaisemman hoidon. Neurotieteen alle mahtuvat tänä päivänä sekä neurologia että psykiatria!

## Mitä tunteet ovat?

Vaikka runoilijat ovat kautta vuosisatojen väittäneet, että sydämellä tunnetaan, on tiede eri mieltä asiasta. Vaikka rintamme pakahduttaa kokiessamme vahvaa iloa tai surua, syntyvät tunteet aivoissa. Hieman tylsästi voikin todeta, että tunteet ovat vain hermosolujen välisiä sähköimpulsseja.

Aivotieteen näkökulmasta tunteiden tehtävänä on säilyttää elimistön tasapainotila. Esimerkkinä voidaan käyttää vaarallista tilannetta, jolloin pelontunteen tarkoituksena on aiheuttaa reaktio, jonka avulla ihminen säilyy hengissä. Ihminen reagoi vaaraan taistelemalla tai pakene-malla. Kuuluisa yhdysvaltalainen neurologi Antonio Damasio on tutkinut tunteita nimenomaan aivotieteen näkökulmasta. Hänen teoriansa mukaan aivoissa on hermoverkkoja, jotka tunnistavat vaaran ja saavat aikaan tahdosta riippumattoman fysiologisen vasteen, esimerkiksi sydämen sykkeen kiihtymisen. Hermoverkkoihin myös tallentuu muistijälki vaaraa aiheuttavasta tapahtumasta. Vaaraa havainnoivat aivoyhteydet ovat nopeita. Jos ihminen pimeässä kulkiessaan havaitsee näkökenttäänsä reunalla liikettä, kulkeutuu viesti aistihavainnosta suorinta tietä manteliumakkeeseen, joka reagoi mahdolliseen vaaraan. Sama aistihavainto kulkeutuu kuitenkin myös näköaivokuorelle, jossa se vastaanotetaan ja käsitellään, ja sitä verrataan aiempiin tietoihin. Ymmärrys aistihavainnon vaaratomuudesta syntyy hitaammin kuin manteliumakkeen aiheuttama välitön "pakene tai taistele" -reaktio. Sen vuoksi säikähdämme pimeässä heiluvaa kuisenoksa ja hetken kuluttua saatamme

hieman noloina miettiä miksi luulimme sitä sudeksi.

Ihmisaivojen otsalohkot ovat pitkälle kehittyneet verrattuna muihin lajeihin. Otsalohkoissa tapahtuu tunteiden säätely, joka on tärkeä ominaisuus ollessamme tekemisissä ympäristömme kanssa. Tunteet ovat kiinteä osa ihmisenä olemisen ydintä ja mukana kaikissa toimissamme. Oppimiseen, vuorovaikutukseen ja päätöksentekoon tarvitaan tunteita. Syystä tai toisesta pelkoreaktiot voivat kuitenkin kroonistua, jolloin voidaan puhua stressistä. Krooninen stressi on yksi masennukselle altistavista tekijöistä. Stressillä ei tässä yhteydessä tarkoiteta ainoastaan työkiireitä tai rahahuolia vaan ilmiötä, jossa tunteita säätelevien hermoverkkojen toiminta muuttuu pitkäaikaisesti eri syistä johtuen.

## Epilepsian yhteys mielialahäiriöihin

Kun puhutaan epilepsiasta, on tärkeää muistaa, että erilaisia epilepsioita tiedetään nykyään olevan useita. Jo tämä seikka yksinään auttaa ymmärtämään, että epilepsiaa sairastavien henkilöiden oireet ja heidän sairautensa vaikutukset elämässä vaihtelevat suuresti. Vain harvoin voi antaa samaa ohjetta jokaiselle epilepsiaa sairastavalle. Epilepsian monimuotoisuus



selittää myös sen, miksi tutkimustulokset vaihtelevat riippuen siitä, minkälaista epilepsiaa sairastavien joukkoa tarkastellaan. Kaikille epilepsioille on kuitenkin yhteistä se, että ne ovat aivojen sairauksia ja niihin liittyy kohtausoireita.

Epilepsiaa sairastavilla esiintyy erilaisia mielialaoireita enemmän kuin väestössä keskimäärin. Mitä vaikeampi epilepsia on kyseessä, sitä useammin mielialaoireita esiintyy. Kaiken kaikkiaan noin viidennes epilepsiaa sairastavista sairastaa masennusta ja/tai ahdistusta elinaikanaan. (1)

Epilepsiaan liittyvien mielialaoireiden, masennuksen ja ahdistuksen, syntymekanismit ovat moninaiset. Epilepsia on sairautena usein pitkäaikainen ja tuo konkreettisesti esille sen, miten ihminen ei aina voi hallita itseään ja hänelle tapahtuvia asioita. Kohtaus tulee aikaa ja paikkaa katsomatta ja jättää ihmisen psykologisesti, ja joskus myös fyysisesti, haavoittuvaan tilaan. Epilepsia saattaa aiheuttaa rajoitteita, jotka toisilla eivät onneksi häiritse arkielämää, mutta johtavat

toisilla suuriin muutoksiin elämässä. Ei ole ihme, että epilepsiaan sairastuminen voi aiheuttaa pelon, ahdistuksen ja toivottomuuden tunteita ihmisessä itsensä ja hänen läheisissään. Normaali surenreaktio vaikkapa sairastumiseen liittyen ei kuitenkaan kestä vaikeana yli kahden kuukauden ja johda esimerkiksi itsetuho-suunnitelmiin.

Epilepsiaa aivojen rakenteelliset ja toiminnalliset muutokset saattavat muokata tunteiden säätelyä vastaavien hermoverkkojen toimintaa, ja altistaa mielialaoireiden puhkeamiselle. Tutkimuksissa on myös tullut esille viitteitä siitä, että osa epilepsioista ja masennuksesta johtuu yhteisestä taustatekijästä (2).

Epilepsiaa sairastaville henkilöille, jotka saavat kohtauksia lääkähoidosta huolimatta, saattaa olla tuttua kokea ohimeneviä mielialaoireita kohtausten jälkeen (3). Nämä oireet saattavat, varsinkin usein esiintyessään, heikentää elämäntilaa, mutta ovat pääsääntöisesti muutamissa vuorokausissa itsestään ohittavia oireita, eivätkä välttämättä vaadi lääke-

hoitoa. Kohtaus voi joskus harvoin laukaista myös selvästi voimakkaamman mielialahäiriön, jolloin puhutaan postiktaalisesta eli kohtauksen jälkeisestä psykoosista.

Psykoosissa henkilön todellisuuden taju järkkyy ja hänellä esiintyy harhaluuloja tai aistiharhoja. Postiktaallinen psykoosi puhkeaa määritelmän mukaisesti viikon sisällä kohtauksesta tai mikä tyypillisintä, kohtausryöstymästä (4). Postiktaalisesta psykoosista tarkkaa esiintyvyyttä ei tunneta, mutta tutkimusten mukaan sen tiedetään liittyvän erityisesti pitkään sairastettuun ohimolohkoepilepsiaan, jossa kohtauksia esiintyy hoidosta huolimatta (4). Tällä hetkellä ei ole laadukasta tutkimusnäyttöä siitä, että mikään tietty epilepsialääkitys altistaisi postiktaaliselle psykoosille. Postiktaalisesta psykoosista syntymekanismit ovat edelleen osittain epäselvät, mutta olemassa olevan tiedon perusteella sen tiedetään liittyvän etenkin ohimolohkon syvien osien ja otsalohkojen toiminnallisiin muutoksiin kohtausten jäl-

keen, jolloin keskushermoston välittäjäaineiden erittyminen on normaalitilanteesta poikkeavaa (4). Lisäksi on arveltu, että kohtauksen loppumiseen liittyvät, aivosolujen toimintaa estävät mekanismit saavat aikaan myös tunteita säätelevien hermoverkkojen toimintahäiriön (4).

Psykoosi on aina psykiatrinen hätätila, joka vaatii välitöntä hoitoa. Psykoosiepäily tutkitaan ja hoidetaan päivystyksellisesti. Postiktaalisen psykoosin varhainen tunnistaminen on tärkeää ja yleensä se onnistuu, jos sen olemassaolo tiedetään. Ensimmäisinä oireina voi esiintyä ärtyneisyyttä, poikkeuksellisen kohonnutta mielialaa sekä oudon, epätoimellisen olon (derealisaatio-) tuntemuksia (4). Yleensä postiktaalinen psykoosi on itsestään rajoittuva tila, jossa oireet ovat voimakkaimmillaan noin viikon ajan. Sairaalahoidoa tarvitaan suojelemaan henkilöä itseään ja ympäristöä. Tilapäistä lääkehoitoa saatetaan myös tarvita. Postiktaalisen psykoosin ennuste on hyvä. Sen oireet korjaantuvat lähes aina kuukaudessa, ja lääkitys voidaan lopettaa kolmen kuukauden kuluessa (5). Pitempää psykoosilääkehoitoa ei suositella, ellei sille ole muuta perustetta. Postiktaalinen psykoosi on kertaluonteinen ilmiö noin puolella siihen sairastuneista. Niillä, joilla sairaus uusi, on kohonnut riski saada pitkäkestoinen psykoosisairaus. Tiedetään myös, että kaksisuuntainen mielialahäiriö on läheisessä yhteydessä postiktaaliseen psykoosiin (4). Vakavia mielenterveydenhäiriöitä, kuten psykoosia, esiintyy epilepsiaa sairastavilla myös riippumatta kohtausaktiiviteetista. Tällöin tarvitaan yleensä pitkäkestoista lääkettä.

Tulevaisuuden tutkimuksen haasteina on tunnistaa eri alatyyppejä kohtauksen laukaisemista mielialahäiriöistä, jolloin sairastumismekanismien selvittyä voidaan myös hoitoa kehittää eteenpäin.

## Epilepsia ja itsetuhoisuus

Epilepsiaan liittyy myös kohonnut itsemurhakuolleisuus. Itsemurhakuolleisuuden on todettu epilepsiaa sairastavilla olevan lähes kolminkertainen muuhun väestöön verrattuna (6). Tämän pohjalta laskettuna epilepsia liittyy Suomessa vuosittain noin 19 itsemurhaan (6). Itsemurha on äärimmäinen tapahtuma, jonka yksittäinen keskeisin riskitekijä on masennus (7). Muita tärkeitä altistavia mielenterveyden häiriöitä ovat päihdeongelmat, psykoosi ja persoonallisuushäiriöt (7). Vuonna 2008 Yhdysvaltojen lääkeviranomaisen (Federal Drug Agency; FDA) julkaisi meta-analyysin, jonka mukaan epilepsialääkkeet lisäävät itsemurhakuolleisuutta (8). Tämä tutkimustulos herätti paljon keskustelua, ja tuloksia on kritisoitu mm. siksi, että tulosten analysointia on pidetty virheellisenä. FDA:n tulosten jälkeen aiheesta on tehty useita tutkimuksia. Laajojen väestöpohjaisten tutkimusten perusteella on mahdollista, että epilepsialääkkeet saattavat vaikuttaa itsetuhoisuuteen, joskin tulokset ovat keskenään ristiriitaisia (1).

Itsemurha-ajatusten ilmaiseminen ja aikaisempi itsetuhokäyttäytyminen ovat kliinisesti tärkeimmät itsemurhaa ennustavat riskitekijät. Pohjoissuomalaisessa syntymäkohorttitutkimuksessa itsemurha-ajatukset eivät kuitenkaan olleet sen yleisempiä epilepsialääkkeitä käyttävillä kuin kohortin muilla henkilöillä, mutta liittyivät selvästi psykiatriseen sairauteen (9). On todennäköistä, että itsemurhariski liittyy epilepsiaakin ensisijaisesti psykiatriseen liittännäissairastavuuteen, jonka tunnistaminen ja hoitaminen ovat oleellisen tärkeitä.

Yhtä kaikki, lääkevalintoja tehtäessä lääkärin tulee aina ottaa huomioon kunkin potilaan yksilöllinen masennusriski, koska lääkitys (myös eräät muut kuin epilepsialääkkeet) saattaa toisinaan pa-

hentaa jo olemassa olevaa masennusta tai laukaista masennuksen esimerkiksi perintötekijöistä johtuen.

## Masennuksen ja ahdistuksen hoitovaihtoehdot

Masennus ja ahdistus heikentävät elämänlaatua merkittävästi. Tutkimusten perusteella masennus liittyy ainakin sydäninfarktin, aivoverenkiertohäiriöiden ja Alzheimerin taudin ilmaantuvuuteen (7). Voimassa olevan Käypä hoito – suosituksen mukaan masennuksen akuuttihoidossa voidaan käyttää vaikuttavaksi osoitettua psykoterapiaa, lääkehoitoa tai molempia yhtäaikaaisesti sekä joissakin tapauksissa muita hoitomenetelmiä (7).

Masennuksen hoidosta on viime aikoina keskusteltu julkisuudessa. On esitetty väitteitä, että masennuslääkkeitä määrätään liian herkästi ja että niiden käyttö ei ainakaan lievässä masennuksessa ole perusteltua. Masennuslääkkeiden turvallisuudesta on myös kannettu huolta, varsinkin pitkäaikaiskäytössä. Kukaan asiantuntija ei kuitenkaan kiistä lääkähoidon tarvetta akuutissa ja vakavassa masennuksessa. Masennuslääkityksen ja muun hoidon tarpeen arviointi perustuu aina yksilöllisesti kunkin potilaan tilanteeseen. Hoitoa suunniteltaessa potilaalla on oikeus saada tietää hoitoon liittyvistä hyödyistä ja mahdollisista haitoista. Hyvään hoitoon kuuluu luonnollisesti asianmukainen seuranta, jolloin voidaan arvioida esimerkiksi lääkityksen tarpeellisuutta säännöllisesti.

Epilepsia tai epilepsialääkitys ei ole este masennuslääkkeelle. Lääkevalinnassa lääkäri ottaa huomioon mahdolliset yhteisvaikutukset eri lääkevalmisteiden välillä. Laboratorioseuranta on toisinaan tarpeen. Kaikkiin lääkkeisiin liittyy haittavaikutusten mahdollisuus, myös masennus- ja ahdistuslääkkeisiin. Haittavaikutukset ovat nykyisillä lääkkeillä yleensä lieviä ja ilmenevät hoitoa aloittaessa.

Jos lääkityksestä huomaa haittavaikutuksia, on niistä syytä kertoa lääkärille.

Yksilötasolla mielenterveyttä edistää kohtalainen määrä liikuntaa, riittävä unenmäärä ja tupakoinnin lopettaminen. Alkoholin käyttö saatetaan kokea rentouttavana ja tuovan hyvää mieltä, mutta totuus on, että humalahakuisen juomisen ja alkoholin liikkakäytön välttäminen voivat vähentää masennustilan kehittymistä, samoin kuin terveellinen ruokavalio.

### Lapset ja nuoret

Lasten ja nuorten mielialahäiriöiden oireisto riippuu iästä ja kehitysvaiheesta. Näin ollen oirekuva voi olla hyvin erilainen aikuisiin verrattuna. Esimerkiksi ärtyneisyys ja fyysinen levottomuus ovat tavallisempia (10). Lisäksi saattaa esiintyä pelkoja, vetäytymistä kaveripiiristä tai harrastuksista sekä käytöshäiriöitä (10). Epäily lapsen tai nuoren mielialahäiriöstä on aina aihe lääkärin tutkimukseen.

### Älä jää yksin!

Laita hetkeksi silmät kiinni ja mieti: kuinka minä voin? Jos et ole aivan varma vastauksesta, ota seuraavaksi kynä ja paperia ja kirjoita ylös hyvät ja huonot asiat elämässäsi. Jos huonosti olevien asioiden luettelo on pitkä, eikä hyviä asioita tahdo paperille tulla, tai jos välitön vastauksesi vointisi tiedusteluun aiheuttaa lannistuneisuuden ja toivottomuuden tunteita sekä painon tunnetta rintakehälle, tee yksi päätös: kerro huonosta olostasi lähimmäisesellesi, ystävällesi tai terveydenhuollon ammattihenkilölle. Älä jää yksin! ■



### Kirjallisuutta:

1. *Epilepsiat (aikuiset) (online). Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 26.4.2015).*
2. Hesdorffer DC, Ishihara L, Mynepalli L, Webb DJ, Weil J, Hauser WA. *Epilepsy, suicidality, and psychiatric disorders: a bidirectional association. Ann Neurol. 2012; 72(2): 184-91.*
3. Mula M. *Epilepsy-induced behavioral changes during the ictal phase. Epilepsy Behav 2014;30:14-6.*
4. Trimble M, Kanner A, Schmitz B. *Postictal psychosis. Epilepsy Behav 2010;19(2):159-61.*
5. Adachi N, Kanemoto K et al. *Basic treatment principles for psychiatric disorders in patients with epilepsy. Epilepsia 2013;54(s1):19-33.*
6. Nevalainen O, Simola M, Ansakorpi H, Raitanen J, Artama M, Isojarvi JIT, Auvinen A. *Long-term cause-specific excess mortality in epilepsy: a systematic review and meta-analysis of observational cohort studies. Submitted.*
7. *Depressio (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 26.4.2015).*
8. Craven R. *Antiepileptic drugs and suicidality: finding ways forward. Lancet Neurol. 2010; 9(6): 568-9.*
9. Rissanen I, Jääskeläinen E, Isohanni M, Koponen H, Ansakorpi H, Miettunen J. *Use of antiepileptic or benzodiazepine medication and suicidal ideation – the Northern Finland Birth Cohort 1966. In press (Epilepsy Behav).*
10. *ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013 (viitattu 26.5.2015).*