

Katriina Kukkonen-Harjula, LKT, dos.
UKK-instituutti, Tampere

LIIKUNTA – MASENNUKSEN KÄYPÄÄ HOITOA

Erilaista liikuntaa on tutkittu osana masennuksen hoitoa useiden vuosikymmenien ajan. Aiheesta on ilmestynyt useita systemoituja katsauksia ja meta-analyysyjä, viimeisin pari kuukautta sitten (Rimer ym. 2012). Liikuntaohjelmat ovat olleet varsin lyhytkestoisia (yleensä enintään 4 kk). Useimmiten on käytetty jotakin kestävyysliikuntamuotoa, kuten kävelyä, jonka tuloksista on ilmestynyt erillinen meta-analyysi (Robertson ym. 2012). Liikunta on usein ollut ryhmässä tapahtuvaa, jolloin sosiaalisilla kontakteilla voi olla edullinen vaikutus mielialaan. Liikuntaohjelmien, liikunnan määrän ja fyysisen kunnon arviointimenetelmiä on tutkimuksissa selostettu niukalti. Liikunnan määrää on useimmiten arvioitu takautuvilla kyselyillä tai liikuntapäiväkirjalla.

Rimerin ym. (2012) meta-analyysiin hyväksyttiin 32 satunnaistettua kontrolloitua tutkimusta, joissa oli yhteensä 1858 aikuista. Heillä oli kyselylomakkein tai kliinisellä haastattelulla varmistettu depressio. Kun liikuntaharjoittelua verrattiin verrokkiryhmään, joka ei saanut hoitoa (odotuslista, plasebo), todettiin meta-analyysissä (yhteensä 28 tutkimusta ja 1101 tutkittavaa) depressiivisten oireiden vähentyneen 0,67 SD-yksikköä (luottamusväli -0,90; -0,43) enemmän liikkuneilla kuin verrokeilla. Em. liikunnan vaikutuksen suuruutta kuvaava suure (effect size) on SMD (standardised mean difference), jolloin erilaisia depressioasteikkoja voidaan verrata, mutta tuloksen kliinisen relevanssin arviointi on silti vaikeaa. Em. ryhmien välinen ero vastanee karkeasti kolmea pistettä Beckin depressioasteikolla. Kun analyysihin sisällytettiin vain metodologisesti parempilaatuiset tutkimukset, vaikutuskoko pieneni kohtalaisesta pieneksi. Yhteenvetona voidaan todeta, että liikuntaharjoittelu näyttää vähentävän depressiivisiä oireita jonkin verran, mutta lisätutkimuksia tarvitaan.

Masentuneen ihmisen aktivointi liikunnan lisäämiseen on haasteellista, koska depressio-oireet kuten heikentynyt yleinen motivaatio, väsymys ja vähentynyt itsearvostus vähentävät liikkumista. Liikuntaneuvonta – kuten muukin elintapaneuvonta – on tavoitteellista toimintaa, jossa tarvitaan yksilöllistä suunnittelua ja seurantaa (Absetz ja Honkonen 2011). Hiljattain on ilmestynyt perusterveydenhuollossa toteutettu brittiläinen TREAD-tutkimus (Chalder ym. 2012), jossa liikuntaan opastivat aiheeseen koulutetut ns. liikuntaneuvojat (exercise facilitator); katso tutkimusryhmän julkaisema liikuntaneuvontaopas (www.hta.ac.uk/fullmono/mon1610.pdf).

Liikunnan hyvinvointia (hyvää oloa) lisääviä vaikutuksia on selitetty sekä psykologisin että fysiologisista mekanismeista. Psykologisia mekanismeja ovat diversio (liikunta vie pois kielteisistä ajatuksista), mastery (uusien liikuntataitojen oppiminen ja hallinta), sosiaaliset kontaktit (erityisesti ryhmäliikunnassa), psykologisten rakenteiden muutokset (minäkuva, itsearvostus, pystyvyys) sekä liikuntaan liittyvien odotusten ja tulkinnan muutokset liikkumisen lisääntyessä. Fysiologisista mekanismeista keskeisiä ovat aivojen endorfiinien ja monoamiinien (dopamiini, serotoniini, noradrenaliini) pitoisuuksien suureneminen, hypothalamus-aivolisäke-lisämunuaisakselin hormonitoiminta (erityisesti kortisolien erityksen väheneminen), neurotrofiset kasvutekijät ja neuroplastisuus. Myös unen kesto ja laatu voivat kohentua, vaikka em. vaikutuksia on lähinnä todettu tutkittaessa ei-masentuneita henkilöitä. – Toistaiseksi on epäselvää, välittyvätkö liikunnan depressiivisyyttä vähentävät vaikutukset fyysisen kunnon tai suorituskyvyn kohenemisen kautta.

Harjoittelututkimuksien perusteella ei voida määritellä optimaalista liikuntaohjelmaa, joten depressiopotilaiden liikuntaneuvontaan voidaan käyttää väestön yleisiä liikuntasuosituksia. Niiden mukaan 18–65-vuotiaille suositellaan kestävyystyypistä kohtuukuormitteista liikuntaa kuten reipasta kävelyä vähintään 2 t 30 minuuttia viikossa sekä lihaskuntoharjoittelua vähintään kahdesti viikossa. Vaihtoehtoisesti kestävyysliikunta voi olla kuormittavampaa kuten hölkkää, jolloin sitä tarvitaan 1 t 15 min viikossa. Nämä ohjeet perustuvat USA:n terveysministeriön suosituksiin (2008), ja ne ovat perustana myös Liikunnan Käypä hoito –suosituksessa.

Mahdollisesti depression oireiden vähentämiseen riittää vähäisempikin liikuntamäärä kuin edellä esitetyissä suosituksissa. Erityisen tärkeää on, että asiakas valitsee itselleen mahdollisimman mieluisan liikuntalajin, jotta liikkumisen lisäys johtaisi pysyviin elintapojen muutoksiin. Brittiläisissä (NICE 2009) ja skottilaisissa (SIGN 2010) depression hoitosuosituksissa korostetaan ryhmäliikuntaa.

Liikunnalla on tutkitusti monipuolisia vaikutuksia useiden pitkäaikaissairauksien ehkäisemiseksi (valtimosairaudet, tyypin 2 diabetes, lihavuus, tietyt syövät). Em. USA:n terveysministeriön suosituksen perusteluissa todetaan myös, että lisääntynyt liikunta on yhteydessä vähentyneeseen depression (vahva näyttö). Myöskään ei pidä unohtaa sitä, että fyysinen passiivisuus (ns. sedentarismi; esimerkiksi istuminen television tai tietokoneen äärellä) on itsenäinen pitkäaikaissairauksien vaaratekijä ja tämän yhteys depression on myös todettu.

Edellä on käsitelty liikuntaharjoittelun vaikutuksia mielialaan lähinnä henkilöillä, joilla on kliinisiä depression oireita. Väestötutkimuksissa on todettu, että liikunnalla on monenlaisia edullisia vaikutuksia psyykkiseen hyvinvointiin (mielihyvän, virkistymisen ja rentoutumisen elämykset), psyykkiseen kuormittuneisuuteen, stressin sietoon ja elämänlaatuun (Nupponen 2011, Ojanen 2012).

KIRJALLISUUTTA

Absetz P, Hankonen N. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. *Duodecim* 2011;127:2265-72

Aittasalo M. Liikuntaneuvonta. Lääkärin käsikirja. 11.3.2010, ykt01442 (019.003). www.terveysportti.fi

Blake H ym. How effective are physical activity interventions for alleviating depressive symptoms in older people? A systematic review. *Clin Rehabil* 2009;23:873-87

Burton C ym. Activity monitoring in patients with depression: A systematic review. *J Affect Disord* 2012 Aug 4. [Epub ahead of print]

Chalder M ym. Facilitated physical activity as a treatment for depressed adults: randomised controlled trial. *BMJ* 2012;344:e2758 (TREAD-UK)

Hoffman BM ym. Exercise and pharmacotherapy in patients with major depression: one-year follow-up of the SMILE Study. *Psychosom Med* 2011;73:127-33

Krogh J ym. The effect of exercise in clinically depressed adults: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Clin Psychiatry* 2011;72:529-38

Kukkonen-Harjula K, Härmä M. Kohentaako liikunta unta? *Työterveyslääkäri* 2009;27(4):71-74

- Teychenne M ym. Physical activity and likelihood of depression in adults: a review. *Prev Med* 2008;46:397-411
- Teychenne M ym. Sedentary behavior and depression among adults: a review. *Int J Behav Med* 2010;17:246-54
- Trivedi MH ym. Exercise as an augmentation treatment for nonremitted major depressive disorder: a randomized, parallel dose comparison. *J Clin Psychiatry* 2011;72:677-84 (TREAD-USA)