

Ravile raskesti alluva depressiivse häire käsitlesest

Aastaid tagasi võttis minuga ühendust tuttav apteeker. Rääkis, et tal käib ravil üks noormees, kel näib olevat raskusi oma kahe kõrva vahelise maailmaga, ning tal on tekkinud mure. Täpselt ei mäleta, kuidas olukord lahenes, aga teadvustatult jõudis see minuni alles pärast minu enda järgmist külaskäiku hambaarstile. Märkasin, et tavapärasel „hambaarsti ärevuses“ olen jutukam kui tavaliselt ja räägin asju, mida muidu ehk ei räägiks. Ilmselt pole ma ainuke ...



Margus Lõokene
psühhiaater

Põhja-Eesti Regionaalhaigla

Apteeker ei ravi vaimse tervise probleeme, aga ta on nendele nii lähedal ning oskuslikul äratundmisel saab julgelt jagada edasisi nõuandeid ja soovitusi. Tänapäeval räägime personaliseeritud ravist ning erialadevaheline tihe ja toimiv koostöö on üks selle alustest.

Ei ole tervist vaimse terviset!

Psüühikahäirete esinemis- sagedus kogu maailmas kasvab. Erinevate pikemaajaliste levimusuuringute prog-

nooside kohaselt on oodata vaimse tervise probleemide jätkuvat suurenemist ühiskonnas, kõige enam kasvab meeleolu- ja ärevushäirete levimus. Maailma Terviseorganisatsiooni andmete kohaselt kannatab depressiooni all ligi 280 miljonit inimest, see põhjustab märkimisväärt tervise- ja töövõimekaotust kogu maailmas.

Depressiooni peetakse ka üheks enim aladiagnoositud haiguseks. Selles mängivad rolli üldine psüühikahäirete stigmatiseerimine, eks-



likud veendumused ja arusaamad, et depressioon on justkui nõrkuse tunnus, abi keeruline kättesaadavus ning depressiooni maskeerunud väljenduslaad. Samas ei tohi unustada, et igasugune negatiivne meeleolumuutus või halb tuju ei ole depressioon.

Depressiooni kui psüühikahäire tunnusteks on alanenud meeleolu, huvide ja elurõõmu kadumine ja energia vähenemine, millele võivad lisanduda ka unehäired, keskendumisraskused, isumuutused, alanenud enesehinnang, süütunne, trööstitu suhtumine tulevikku ja raskematel juhtudel isegi enesekahjustus- või suitsiidimõtted. Tegemist pole pelgalt sümptomitega, vaid depressiivse häirega inimese toimetulek igapäevaeluga ja tööga on üldjuhul häiritud, samuti välditakse sotsiaalseid kontakte. Kõige raskemal juhul võib depressioon viia suitsiidini.

Depressioon on Eestiski sagedane terviseprobleem. Depressioon on Eestis ärevushäirete ja skisofreenia kõrval üks peamisi puude väljastamise ja ennetähtaegselt pensionile jäämise põhjuseid. Anne Kleinberg märkis oma 2014. aastal kaitsitud doktoritöös, et depressiooni levimus Eesti elanikkonnas on 5,6%. Eesti Haigekassa andmetel oli depressiooni levimus Eesti rahvastikus aastal 2020 ligikaudu 4%. Aastatel 2005–2020 depressiooni levimus üldiselt veidi vähenes, eelkõige ajavahemikul 2012–2015. Vastupidiselt eelmainitud üldisele trendile depressiooni levimus 15–25-aastaste naiste (vähemal määral ka meeste) seas aastatel 2015–2019 järsult kasvas.

Depressiivsete häirete väljendus ja ravivastus varieeruvad patsienditi märkimisväärselt

Depressioon esineb sageli koos mõne ärevushäirega ning vastupidi, samuti võib see kaasuda mitmete kehaliste haigustega või tekitada füüsilisi sümptomeid. Depressiooni ravikulu on seotud selle raskusast-



mega. Raskemate juhtumite korral on ambulatoorsed ravikulud suuremad, erakorralise hospitaliseerimise vajadus sagedasem ning suitsiidikäitumise osakaal suurem. Seega on mõistlik depressiivse seisundi tekkimist varakult märgata ning selle süvenemist ennetada, et aidata inimesel ühiskonna toimumisse panustada võimalikult hea elukvaliteediga.

Tegelikult oleks depressiooni asemel õigem kasutada mõistet depressiivsed häired. Depressiivse häire väljenduslaad,

sümptomite eripära, nendega ja igapäevaeluga toimetulek, samuti ravivastus on indiviiditi märkimisväärselt erinevad. Paraku ei ole tänapäeval kasutusel olevate diagnoosikriteeriumite abil võimalik eristada depressiivseid häireid piisavalt täpselt. Me räägime kergest, mõõdukast ja raskest depressioonist, saame eristada nn somaatiliste sümptomitega ja ilma, unipolaarset ja bipolaarset meeleoluhäiret ning mõnda veel. Meil ei ole käegakatsutavaid bioloogilisi markereid, nagu paljude

kehaliste haiguste korral. Ilmselt on vaid aja küsimus, millal selliste markerite kasutamine vaimse tervise spetsialistide töölauale jõuab.

Mitmed viimastel aastatel publitseeritud uuringud viitavad, et täpselt sama depressioonidiagnoosi taga võib esineda mitu erineva neurobioloogilise kõrvalekaldega kulgevat haigusjuhtu. Oluliseks muutub see raviefektiivsuste kõrvutamisel. Täpselt sama ravimeetodikat kasutades paranevad ühe neurobioloogilise alatüübiga patsiendid märkimisväärselt paremini

Depressioon on Eestis ärevushäirete ja skisofreenia kõrval üks peamisi puude väljastamise ja ennetähtaegselt pensionile jäämise põhjuseid.

kui teisega. Ilmselt tulevikus astub patsient kabinetti sisse, täidab vajalikud skaalad, vastab küsimustele, annab vereanalüüsi ja tema peast tehakse visualiseeriv ülevõtte. Saa-

dud tulemuste abil laob arst kokku „puzzle“, mille lahendus on töönaoliselt efektiivseim raviplaan. Seni peame aga leppima sellega, mis meil on.

Tegelikult on meil päris palju. Depressiivsete häirete raviks on meil kasutusel lugematul hulgal ravimeid, kõik oma eripäradega, psühhoteraapiad ning ka ajastimulatsioonil põhinevaid ravimeetodeid. Samuti ei tohi unustada kõige elementaarsemat – patsiendi jaoks on oluline mõista, mis teda vaevab, kuidas üks või teine sümptom võib põhjustada toimetulekuraskusi ja vaevusi ning kuidas neid leevendada. Patsiendil, tegelikult kõigil meil, on õigus teada, kuidas elada vaimset tervist säästvalt. Üldised põhimõtted on lihtsad – inimene peab olema selline, nagu ta on loodud. Ta peab olema aktiivne, seda nii füüsiliselt, vaimselt kui sotsiaalselt, omama hoomatavat ja teadlikku päevakava, puhkama piisavalt, tagama endale võimalused heaks uneks, toituma mitmekülselt ja mõistlikult ning loobuma psühhootiivsete ainete tarvitamisest. Psühhikahäirete ühine tunnus on see, et need asjad kiputakse teadlikult või teadmatult unustusse jätma. Just meeleolu- ja ärevushäirete kontekstis omavad ravi tulemuslikkuses suurt rolli patsientide teadlikkus ning elustiil ja sellega kaasnevad faktorid.

Katsumus nii arstile, patsiendile kui ka ühiskonnale

Sama ebamäärane kui on mõiste „depressioon“ määratlus vaimse tervise spetsialistile, on seda ka ravile allumatu depressiooni või ravimiresistentse depressiooni määratlus. Praegu ei ole ühtegi ravimiresistentse depressiooni universaalselt aktsepteeritud definitsiooni. Ravimiresistentne depressioon on kompleksne fenomen, mis peegeldab depressiooni alatüüpide mitmekesisust, komorbiidsust kehaliste haiguste ja teiste psühhikahäiretega.

Erinevad autorid ja ravijuhised defineerivad terminit erinevalt, tavaline mõõdupuu on patsientide poolt tulutult kasutatud ravimite/ravimigruppide arv (kaks või enam), lähtudes sellest, et vastavat ravimit on kasutatud piisava aja

jooksul ning efektiivses annuses. Samuti on arvamusi, et terminit võiks kasutada vaid juhul, kui ka teisi traditsioonilisi ravimeetodeid, näiteks elekterkonvulsioonravi, on tulutult proovitud. Paraku ei ole ühtset arusaama ega ilmselt saagi olla sellises kontekstis, mis on piisav paranemine depressiivsete sümptomite löikes. Täielikult sümptomitevaba olek on hea unelm, kuid tegelikult sageli mittesaavutatav. Kui veel arvestada subjektiivsust depressiivsete sümptomite kogemisel ja hindamisel, siis tänapäevaste teadmiste kohaselt on selleni keeruline jõuda. Sellest kõigest johtuvalt oleks ehk õigem kasutada terminit raskesti ravile alluv depressiivne häire või raskesti ravitav depressiivne häire.

Olgu see defineeritud nii või naa, numbrid näidaku üht või teist, on siiski kindel, et ravile raskesti

Ravile raskesti alluva depressiivse häire ravikäsitluse põhimõtted on varajane avastamine ja jõuline ravi koos jääksümptomite agressiivse ravi ning sellele järgneva säilitusraviga.

alluv depressiivne patsient on katsumus nii perearstidele kui psühhiaatritele ja teistele vaimse tervise spetsialistidele, märkimisväärne kulu ühiskonnale ning koormus patsiendile ja tema lähedastele. Igasugune ravile raskesti allumine, sh ravimiresistentne depressioon, suurendab märkimisväärselt nii otseseid kui kaugseid tervishoiukulusid. Ravile raskesti alluvad depressiivsed patsiendid satuvad kaks korda suurema tõenäosusega haiglaravile, nende hospitaliseerimine tähendab kuus korda suuremat kulu võrreldes ravile hästi alluva depressiivse patsiendi raviga, koormus tööandjatele nii kulude kui eeldatavate tulude kaotamise tõttu on kahekordne, rääkimata patsientide enda kulust ravimitele ja teistele vahenditele.

Ravikäsitluse põhimõtted on varajane avastamine ja jõuline ravi

Ravile raskesti alluva depressiivse häire tekkes omavad rolli erinevad faktorid, mis paljuski on seotud depressiivse seisundi raskusega. Klassikaliselt peetakse ravile raskesti alluvuse riskifaktoriteks depressiivse episoodi pikemat kulgu, mõõdukat-suurt suitsiidiriski, sage-

dasi hospitaliseerimisi ja komorbiidsust ärevushäiretega.

Depressiivse häire ravi tulemuslikkuse hindamisel on oluline arvestada nii patsiendist kui arstist sõltuvate faktoritega. Patsiendist sõltuvaid faktoreid – kas nad on koostöövalmid, kas otsivad abi, kas tarvitavad ravimeid vastavalt ettenähtud raviskeemile, kas pöörduvad psühhoteraapiasse, kas kasutavad eneseabivõtteid, kas korrigeerivad elustiili jms – on igapäevapraktikas suhteliselt keeruline hinnata ja seeläbi arvesse võtta ning ravimiuringutes on need sageli sootuks kõrvale jäetud. Lihtsam on hinnata n-õ arstlikke faktoreid – kas määratud ravim sobib patsiendile, kas ravim on määratud sobivas annuses ja piisavalt pikaks ajaks. Kliiniliste ravimiuringute põhjal paraneb depressioonist piisaval määral või saavutab remissiooni vaid 30% patsientidest. Ülejäänud 70% saab ebapiisava ravivastuse (20%) või ei reageeri ravimile üldse (50%). Need on väga suured ja negatiivse maiguga numbrid. Õnneks või kahjuks ei saa tõmmata võrdusmärki igapäevapraktika ja ravimiuringute vahele. Võib olla kindel, et need numbrid võiks olla vastupidised või paremadki, kui

paljusid eespool kirjeldatud faktoreid raviplaani koostamisel hoolikamalt arvesse võetaks.

Ravile raskesti alluva depressiivse häire ravikäsitluse põhimõtted on varajane avastamine ja jõuline ravi koos jääksümptomite agressiivse ravi ning sellele järgneva säilitusraviga. Kõrvaltoimete riski vähendamiseks kiputakse kasutama liialt väikeseid antidepressantide annuseid, mis võib viia vaid osalise ravivastuseni. Pikaajalise ravi edukuse tarbeks on oluline eristada osalist ravivastust ravivastuse puudumisest. Varasem ravivastus, kõrvaltoimete profiil, komorbiidsed kehalised haigused ja nendega kaasnevad ravimid on vaid mõned aspektid, mida silmas pidada, valides suuna ravimivahtusele, kombineeritud ravile või augmenteerimisele. Tuleks lähtuda põhimõtetest, et ravimi vahetust kaaluda ravivastuse taandumisel ja raskete kõrvaltoimete ilmnemisel, osalise ravivastuse ilmnemisel või augmenteerimist. Üldiselt on ravimite vahetamine vähem efektiivne kui augmenteerimine.

Komorbiidne psühhootiivsete ainete tarvitamise häire, isiksusehäire ning mitmed kehalised hai-



gused (nt aneemia, hüpötüreoos) mõjutavad oluliselt ravi üldist edukust. Samuti tuleks kaaluda geneetilisi ja metaboolseid tegureid. Ehkki praegu igapäevapraktikas veel vähekasutatavad, võib julgelt eeldada, et vereanalüüsi-põhised analüüsid saavad osaks meie igapäevapraktikast, vähemalt võimalike raskete kõrvaltoimete tekkimise tuvastamisel.

Oluline on võimalikult varakult eristada depressiivset meeleoluhäiret bipolaarse spektri meeleoluhäirest, selline esmane diferentsiaaldiagnostika peaks olema kuldne standard iga esmase

depressiivsete kaebustega patsiendi hindamisel. Ravitaktika on nende häirete gruppidel sootuks erinev – unipolaarsete depressiivsete häirete ravis on esikohal antidepressandid, bipolaarse spektri häirete ravis meeleolu stabilisaatorid. Bipolaarse spektri meeleoluhäireid iseloomustavad lisaks teada-tuntud kõrgenenud meeleolu episoodidele klassikaliste antidepressantide vähene efektiivsus, perekondlik anamnees ja atüüpilised depressioonisümptomid. Samuti esineb bipolaarse spektri häirete korral sagedamini psühhootilisi sümptomeid, psühhomotoorset pidurdust,

suurt suitsiidiriski (eriti segatüüpi episoodide korral), vägivaldse käitumisega meeleolukõikumisi, häirivat ja ebamääras sisemist pinget ning komorbiidsust ärevushäiretega. Igapäevapraktikas on unipolaarsete ja bipolaarse spektri meeleoluhäirete üksteisest eristamine paras proovikivi, eriti noorematel patsientidel.

Kui kõikvõimalikud põhjused on välja lülitatud või arvesse võetud ja käsitlust korrigeeritud, siis on ravile raskesti alluva depressiivse häire ravitaktikas võimalik kasutada mitmesuguseid meetmeid – ravimi vahetamine, antidepressantide

kombineerimine, augmenteerimine ja teiste ravitaktikate lisamine.

RAVILE RASKESTI ALLUVA DEPRESSIIVSE HÄIRE RAVITAKTIKAD

Ravimi vahetamine

Antidepressandi vahetamine teise sama grupi ravimi vastu üldjuhul edu ei too. Ravivastuse puudumisel on soovitatav alustada uut ravi teise toimemehhanismiga antidepressandiga. Silmas tuleb pidada üleminekuperioodil tekkida võivad ravimite interaktsioone, ärajää-

manähte jms. Üldiselt peetakse kõige turvalisemaks meetodiks organismi puhastamist (*wash-out period*) enne uue ravimiga alustamist. Selle pikkus sõltub ravimi poolestusajast. Mittesobiva antidepressandi annus on mõistlik tasapisi alla tiitrida ning lasta organismil mõnda aega „puhata“, tavaliselt piisab kahest nädalast. Selline lähenemine pole alati vajalik ega mõnikord ka mõistlik, lähituda tuleb siiski enese kogemusest ja patsiendi individuaalsetest iseärasustest. Samuti tuleb arvestada päris pikaajalise ootamisega, mis võib niigi hädas patsientidele kurnavaks osutada. Tavapraktikas võiks ravimi vahetamisele esmasena mõelda atüüpiliste sümptomite esinemise korral.

Kombineeritud ravi

Igapäevapraktikas kasutatakse kombineeritud antidepressiivset ravi üha enam, spetsialistid on selles kogemusi omandanud ja enesekindlaks muutunud. Kombineeritud ravi peamiseks ohuks võib pidada ravimite interaktsioone, seepärast on enne ravimite kombineerimist oluline selgeks teha kõikvõimalikud sellega seotud riskid. On selge, et sama toimemehhanismiga ravimite kombineerimine suure tõenäosusega oodatud tulemust ei anna, suureneb vaid risk kõrvaltoimete tekkeks. Seega tuleb kombineerimisel teha valik kahe eri grupi antidepressantide seast. Samas, kõik kombinatsioonid ei ole praktikas oma efektiivsust tõestanud, rääkimata teaduslikest uuringutest.

Enim kogemusi ja teadmisi erinevatest kombinatsioonidest on serotoniini tagasihaarde inhibiitoritega (SSRI). Aastakümneid on täheldatud, et keskeltläbi on tritsüklilised antidepressandid efektiivsemad kui SSRI-d, eriti teatud depressiivsete häirete korral. See viitab selgelt noradrenaliini rollile depressiooni patogeneesis ja depressioonist paranemises. Norad-

renaliini süsteemi aktiveerimist on võimalik saavutada, kasutades mitmetoimelisi antidepressante (serotoniini ja noradrenaliini tagasihaarde inhibiitorid ehk SNRI-d, tritsüklilised), aga ka SSRI-de kombineerimisel näiteks noradrenaliini tagasihaarde inhibiitoritega (NRI). Kusjuures selline kombineerimine annab sageli sootuks teise kliinilise tulemuse kui sarnase mehhanismiga kahetoimelise ravimi kasutamine. Eestis on NRI-dest kasutusel bupropioon. Bupropiooni lisamine võib tõhustada üldist efektiivsust, pisut spetsiifilisemalt võiks bupropioonilt eeldada toimet motivatsiooni, tähelepanuvõime, enesetaju, üldise toimetuleku ja tahteaktiivsuse paranemisele. Selline kombinatsioon on üldjuhul hästi talutav.

Teine suhteliselt hea ja klassikaline kombinatsioon on SNRI kombineerimine mirtasapiiniga. Mirtasapiin on atüüpiline antidepressant, mille toimemehhanism on sootuks erinev. See toimib antagonistina mitmele serotoniinireseptorile, histamiinireseptorile, kuid peamiselt seostatakse selle antidepressiivset toimet kaudse serotonergilise ja noradrenergilise süsteemi aktivatsiooniga. Mirtasapiin on raphe tuumades $\alpha 2$ -retseptorite antagonist. Mirtasapiini tuntakse ka hea uinutina, eriti kasutamisel väiksemates annustes. Kui monoteraapiana on mirtasapiini antidepressiivne toime suhteliselt tagasihoidlik, siis kombinatsioon venlafaksiiniga on klassikaline ja teada-tuntud vahend läbimurrete saavutamisel. Sellist kombinatsiooni nimetatakse California *rocket fuel*iks. Sarnast mirtasapiini kombinatsiooni duloksetiiniga kasutatakse igapäevapraktikas pisut vähem, kuid see on samuti võimas vahend.

Veel üks huvitav ja hea ravim kombineerimisel on trasodoon. Trasodoon on klassikaline serotoniinireseptorite antagonist ja tagasihaarde inhibiitori (SARI) esindaja. Väikeses annuses hea uinuti, kuid hea efektiivsusega



ka kombineerimisel teiste antidepressantidega nii ärevus- kui depressiivsete häirete ravis. Just und soodustav toime muudab trasodooni ahvatlevaks kombinatsioonides SSRI-de, SNRI-de ja bupropiooniga.

Augmenteerimine

Augmenteerimise all peetakse silmas antidepressiivse toime tõhusdamist mõne teise ravimiga kui antidepressant.

Liitium on klassikaline ja seni tõhusaim ravim bipolaarse meeleoluhäire ravis. Liitiumi preventiivne toime depressiooniepisoodi ärahoidmisele on üldiselt tõhusam kui alternatiividel. Paraku kaasnevad liitiumraviga sageli ebameeldivad kõrvaltoimeid, vajadus regulaarseteks vereanalüüsideks, mistõttu kasutatakse

liitiumi selgelt vajadustest vähem. Liitiumravi tuleks tõsiselt kaaluda, kui on bipolaarse spektri häire esinemise kahtlus. Liitiumil puuduvad interaktsioonid kõigi antidepressantidega. Liitiumravi on võimalik teha väikestes annustes (*low-dosage lithium treatment*) või tavapärares annustes, mis sõltuvad kontsentratsiooniväärtustest veres. Tavapärane annustamine on enam levinud, kuid ei tasu unustada võimalust kasutada väikeses annuses liitiumi augmenteeriva vahendina raskesti ravile alluva depressiooni ravis. Liitati on teada, et enamik liitiumi kõrvaltoimeid on annusest sõltuvad.

Meeleolu stabilisaatorid ehk antikongvulsandid. Bipolaarse meeleoluhäire ravis on meeleolu stabilisaatorid efektiivsed ja neid kasutatakse sageli, neist enim

kasutatakse valproaati ja karbamasepiini. Paraku on nende antidepressiivne toime unipolaarsete depressiivsete häirete ravis tagasihoidlik. Fertiilses eas naistel on valproaadi kasutamine vastunäidustatud, karbamasepiinil on rohkelt interaktsioone psühhofarmakonidega. Igapäevapraktikas tuleks mõtet nende ravimite valimisest ravile raskesti alluva depressiivse patsiendi korral pigem edasi lükata. Oluline ravim, mida meeles pidada, on aga lamotrigiin. See on üldiselt väga hästi talutav glutamaadisüsteemi mõjutav antikongvulsant. Selle ravimi antidepressiivne toime on märksa suurem kui teistel oma grupi esindajatel ja sel ei esine interaktsioone antidepressantidega. Monoteraapiana kasutatakse lamotrigiini bipolaarse spektri häirete valdavalt depres-



käsitluse raviarsenali. Välja arvatud ehk kliiniliselt kõige raskemad, st vaimset võimekust oluliselt halvavad seisundid, aga ka nende korral võiks rääkida toetava iseloomuga psühhoterapeutiliste vahendite kasutamisest. Psühhoterapeutilistest suundadest leiab depressiooniravis enim kasutust kognitiiv- ja käitumisteraapia, mis omab ka suurimat teaduslikku tõendatust. Psühhoterapia on ohutu ja kõrvaltoimeteta ravimeetod, paraku aeganõudev, samuti takistab selle kasutust sageli üsna piiratud kättesaadavus.

Kokkuvõte

Depressiivsed häired on levinud terviseprobleem ning vaatamata rohketele ravivõimalustele olemasolule ei ole emadest ravitulemusel sageli ootuspärased ja tõhusad. Ravile raskesti alluv depressiivne patsient on katsumus tervishoius-

spetsialistidele, märkimisväärne kulu ühiskonnale ning koormus patsiendile ja tema lähedastele. Ravile raskesti alluva depressiivse häire ravikäsitluse põhimõtted on varajane avastamine ja jõuline ravi koos jääksümptomite agressiivse ravi ning sellele järgneva säilitusraviga. Depressiivsete häirete raviarsenali kuulub palju eri meetodeid. Enne patsiendi ravimiresistentseks tembeldamist on oluline leida lahendus, millest mõned on vägagi lihtsad ja rakendatavad nn esmaabitasandil.

Kui depressiivse häirega patsient esmastele ravivõtetele ei allu, siis

tuleks mõelda ravimi vahetusele, kombineerimisele, augmenteerimisele ning mittefarmakoloogiliste ravimeetodite lisamisele raviskeemi. Keerukamate juhtumite korral on siiski mõistlik teise spetsialistiga nõu pidada. Olgu selleks isiklikud tutvused, kõrvalseisvad kolleegid või e-konsultatsioon psühhiaatriga. Samal ajal tuleb mõelda ka patsiendile kui inimesele. Kui jõuad tõdemuseni, et endal lahendusi ja ressursse napib või eos on näha raskesti ravitavat seisundit, siis tasub ravikäsitluse kaasata vaimse tervise spetsialistid, sh psühhiaatrid, kes saavad ulatada abikäe. 🍀

siivses pooluses olevatel patsientidel. Lamotrigiini puudus on toime tekke aeglus, ravimiannust tuleb ohtliku nahareaktsiooni vältimiseks suurendada aeglaselt ning toimiva annuseni jõutakse tavaliselt kuude möödumisel.

Antipsühhootikumid. Antidepressantide augmenteerimine tüüpiliste antipsühhootikumidega on vaid väheste antidepressiivse efektiga, seepärast ei ole kõrvaltoimete vältimiseks sellised kombinatsioonid soovitatavad. Uuema põlvkonna ehk atüüpiliste antipsühhootikumide lisamine antidepressantidele on tänapäeval enamiku psühhiaatrite igapäevane praktika. Sageli kasutatakse ära antipsühhootikumi spetsiifiline toime mõne soovitud efekti saavutamiseks. Näiteks väikeses annuses kvetiapiini kasutatakse und soodustaval ja rahustaval eesmärgil. Kõige enam on tõhusust leitud risperidooni ja olansapiini lisamisel antidepressantidele, eriti võimsaks peetakse olansapiini ja fluoksetiini kombinatsiooni. Uuematest ravimitest on mõistlik kaaluda aripiprasooli. Silmas tuleb pidada, et antipsühhootikumide annused peaksid olema väiksemad kui psühhosispektri häirete ravimisel, suuremad annused ei paranda efektiivsust, kuid suurendavad oluliselt kõrvaltoimete riski.

Türoksiin. Kilpnäärme alatalitluse ja meeleoluhäirete seos on ammu tõestatud fakt. Nõrkus, väsimus ja alanenud meeleolu kuuluvad hüpotüreoosi sagedamini esinevate sümptomite hulka. Kilpnäärme funktsiooni hindamine kuulub tavapärase analüüside hulka, mida psühhiaatriliste patsientide esmasel hindamisel tehakse. Kui kilpnäärmehormoonide korrigeerimist peetakse elementarseks, siis kilpnäärmehormoonide lisamine eutüroidsele depressiivsele patsiendile on tavapraktikas pigem harv nähe. Ometi on selline lähenemine paljulubav. Eriti tasuks kilpnäärmehormoonide lisamist

kaaluda juhtudel, mil patsiendi TSH väärtused on justkui normis, kuid lähenemas normi ülemisele piirile. Kasutusel on kaks türeoidravi metoodikat: füsioloogilistes piirides kilpnäärmehormoonide lisamine ning harvem kasutatav suprafüsioloogiline ehk suures annuses türeoidravi. Sealjuures raviks sobivad nii T4 (levotüroksiin) kui T3 (liotüroniin), ühe või teise eelistamise kohta jooksevad spetsialistide arvamused lahku, samuti leiab soovitusi mõlema üheaegse lisamise kohta.

Ketamiin on klassikaline ja tuntud anesteetikum, mille manustamine väiksemates annustes on kiire ja tõhusa antidepressiivse toimega. Ketamiini saab manustada intravenoosete infusioonidena ning uude meetodina ka ninasiseste inhalatsioonidena. Ketamiinravi peamiseks kasutusnäidustuseks kerkib ilmselt ägeda algusega raske depressiivse sümptomaatikaga seisund. Ketamiini puudus on selle lühiajaline toime ja mõnevõrra keerukam manustamine. Ravi saab teha keskustes, kus on võimalus patsienti pärast raviprotseduuri paari tunni vältel jälgida.

Ajustimulatsioon

Ajustimulatsioonil põhinevad ravimeetodid depressiooniravis on ühelt poolt vana klassika elektrokonvulsioonravi (EKR) näol, teisalt kõige uuem ravisuund aju- ja piirkondade piiritletult või fokaalselt mõjutavate transkraniaalsete ajustimulatsioonimeetodite näol. Alates 1938. aastast kasutusel olev EKR on läbi aegade vaieldamatult kõige efektiivsem ravimeetod raske depressioonepisoodi ravis. Tänapäeval kasutatakse seda kliinilises praktikas peamiselt raske, eelnevate ravimeetodite mitteallunud depressiivse seisundi ravis, harvem psühhootilise ja katatoonse depressiooni esmaabikuravina. Viimati mainitud seisundeid on kliinilises praktikas lihtsalt oluliselt harvem. Ravi tehakse patsientide mugavuse

ja ohutuse tagamiseks lühiajalises üldnarkoosis. Raviprotseduure tehakse järjestikuste seanssidena kuni oodatud efekti saavutamiseni ning tänapäeval üha enam jätku- ja püsiravina, st ühekordsete protseduuridena teatud aja tagant remisiooniseisundi hoidmise eesmärgil.

EKR-iga käib kaasas rohkelt müüte ja stigmasid, mis on selle ravimeetodi mainet määranud, kuid üha enam leiab igapäevapraktikas neid, kes ise seda ravi kõisima tulevad. Nimelt on vaatamata pisut hirmutavana näivale protseduurile see korrektsel teostamisel ohutu, väheste vahetute kõrvaltoimete ja pikaajalised kõrvaltoimed EKR-il puuduvad.

Kliinilisse igapäevapraktikasse jõudnud uemate ajustimulatsioonimeetodite hulka kuuluvad transkraniaalne magnetstimulatsioon (rTMS) ja transkraniaalne stimulatsioon alalisvooluga (tDCS). Esimese korral kasutatakse magnetvälja, teise korral nõrka elektrivoolu peaaegu spetsiifiliste piirkondade neuropaalse aktiivsuse modelleerimiseks. Transkraniaalsed ajustimulatsioonimeetodid põhinevad teadmistel, et teatud sümptomite või sündroomide taga on mõne konkreetse aju- ja piirkonna neuropaalse aktiivsuse muutus ning seda saab korduvate stimulatsioonide abil suurendada või vähendada. Mõlema ravimeetodi eelis on suhteliselt kiire toime ja pikaajaliste kõrvaltoimete puudumine, esineda võib vaid vahetu stimulatsiooniga kaasnevaid koljuväliseid aistinguid stimulatsiooni sihtpiirkonnal. Sarnaselt EKR-iga tehakse protseduure järjestikuste igapäevaste seanssidena ning jätku- ja püsiravina. tDCS on olemuselt nii lihtne, et seda seadot on võimalik patsientidel kodus kasutada.

Psühhoterapia

Psühhoterapeutilised meetodid peaksid kuuluma praktiliselt kõigi vaimse tervise probleemide