

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Hoitotyön koulutusohjelma

Jere Järvenpää

Masennuspotilaan psykoedukaatio Etelä-Karjalan keskussairaalan osastolla Ps1

Opinnäytetyö 2015

Tiivistelmä

Jere Järvenpää

Masennuspotilaan psykoedukaatio Etelä-Karjalan keskussairaalan osastolla

Ps1, 28 sivua, 6 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö 2015

Ohjaava opettaja: Lehtori Vuokko Koiranen, työelämäohjaajat: sairaanhoitaja

AMK Jukka Raudaskoski, sairaanhoitaja AMK Tuija Karjalainen

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa psykoedukatiivista materiaalia masennuspotilaiden ryhmätunneille ja materiaalin ryhmänvetäjälle. Etelä-Karjalan keskussairaalan osasto Ps1 aloittaa ryhmätuntien järjestämisen potilaille eri mielenterveyden sairauksista, sairauksien hoidosta ja lääkehoidosta. Psykoedukatiivisten ryhmätuntien tarkoituksena on parantaa hoitoa, lisätä potilaiden tietoa omasta sairaudestaan ja näin parantaa hoitomyönteisyyttä ja hoitoon sitoutumista. Opinnäytetyö on työelämälähtöinen ja sen tarve tuli Etelä-Karjalan keskussairaalan osasto Ps1:ltä.

Opinnäytetyön tiedonlähteinä on käytetty ajankohtaista tietoa, jota käytetään tällä hetkellä (2015) masennuspotilaiden hoidossa. Tiedon lähteinä ovat sairaanhoitajan (AMK) tutkinnon opetusmateriaali, Terveystieteen lääkärin ja sairaanhoitajan tietokannat, Käypähoito, tieteelliset artikkelit ja kirjat. Opinnäytetyö on tehty systemaattisena kirjallisuuskatsauksena ja lopullinen tuote on toiminnallinen.

Kerätty materiaali masennuspotilaan hoidosta tiivistettiin opinnäytetyön tuotteeksi. Lisänä muistilista, jota ryhmänohjaaja käyttää apuna ryhmän pitämisessä tuotteen ohella. Masennuspotilaan psykoedukaatioryhmät alkavat vuonna 2016, ja tuote muokkautuu käytössä psykoedukaatioryhmän mukaiseksi. Osastolla on tarve myös muiden mielenterveydensairauksien ryhmille, joten opinnäytetyötä voi käyttää pohjana muita mielenterveydensairauksia käsitteleville ryhmille.

Asiasanat: Depressio, masennus, psykoedukaatio, ryhmänohjaus, kirjallisuuskatsaus

Abstract

Jere Järvenpää

Psychoeducation of Depression Patients at Ward Ps1, South Karelia Central Hospital, 28 pages, 6 appendices

Saimaa University of Applied Sciences, Lappeenranta

Health Care and Social Services

Degree Programme in Nursing

Bachelor's Thesis 2015

Instructors: Lecturer Ms Vuokko Koiranen, University of Applied Sciences, Registered Nurse Jukka Raudaskoski, Registered Nurse Tuija Karjalainen, South Karelia Central Hospital.

The purpose of this thesis is to produce psychoeducative material for group sessions of depression patients and memo content for the group instructor. Ward Ps1 of South Karelia Central Hospital is commencing group sessions of different mental disorders and treatment forms, also including medical treatment. The purpose of the psychoeducational groups is to improve treatment methods, improve patient's knowledge of their own disorders and also to improve their cooperation and commission with the treatment. The need for this thesis originated from the ward Ps1 of South Karelia Central Hospital.

The source of information for this thesis is gathered from the latest Bachelor of Health Care and Social Services educational material, the database of medical doctors and registered nurses of Terveystietä, Käypähoito and scientific articles and books. The thesis is made as a systematical literature overview and the eventual article will be applicable.

The content of the thesis has been compressed from the gathered material of the treatment of depression patients, also including the memo that the group instructor used to improve the group session. The psychoeducative groups will commence in 2016 and the content will adopt to serve the purpose of the psychoeducational group. The ward also has a need for groups with other mental disorders, so this thesis can be applied as a layout for upcoming groups dealing with other psychoeducational sessions of other mental disorders.

Keywords: Depression, psychoeducation, group instructor, literature overview

Sisältö

1	Johdanto	5
2	Käsitteet.....	6
2.1	Etelä-Karjalan keskussairaala ja osasto Ps1	6
2.2	Psykoedukaatio	6
2.3	Psykoedukaatio tässä opinnäytetyössä	7
2.4	Haavoittuvuus-stressi -malli	8
2.5	Ryhmä	9
3	Opinnäytetyön tarkoitus	10
4	Opinnäytetyön toteutus ja menetelmät	10
5	Depressio.....	11
5.1	Masennustilan oireita ja tyypillisiä tunnusmerkkejä.....	12
5.2	Diagnosointi	13
5.3	Hoito yleisesti.....	13
5.3.1	Psykoteraapia	14
5.3.2	ECT eli sähköhoito	14
5.3.3	Itsehoito.....	15
5.4	Lääkehoito	16
5.4.1	Serotoniinin takaisinoton estäjät eli SSRI-lääkkeet	16
5.4.2	Kaksoisvaikutteiset masennuslääkkeet	18
5.4.3	Trisykliset masennuslääkkeet	19
5.4.4	Muut masennuslääkkeet	19
5.4.5	Lääkehoidon tärkeys	20
6	Ryhmän ohjaus.....	21
7	Pohdinta.....	22
7.1	Eettiset kysymykset	23
7.2	Kehitysmahdollisuudet	23
	Kuvat.....	25
	Lähteet.....	26

Liitteet

Liite 1 Muistilista ryhmänvetäjälle

Liite 2 Depressio eli masennustila

Liite 3 Masennuksen tunnistaminen

Liite 4 Depression hoito yleisesti

Liite 5 Depression lääkehoito

Liite 6 Lääketaulukko

1 Johdanto

Idea opinnäytetyölle tuli Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin sairaalapsykiatriselta osastolta Ps1. Osaston potilasryhmätoiminta on kehityksen alla. Vuoden 2016 alusta on tarkoitus lisätä uudenlaista ryhmätoimintaa, jossa arkisten asioiden lisäksi annetaan potilaille psykoedukatiivista tietoa eri sairauksista, niiden yleisistä hoidoista ja lääkehoidosta.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa materiaalia laadukkaista lähteistä depressiota käsitteleville ryhmätunneille. Ryhmätunnit ovat yksittäisiä ja niiden tarkoitus on psykoedukatiivinen, ei terapeuttinen. Ryhmätunnilla annetaan potilaille tietopaketti depressiosta, depression hoitotavoista, lääkehoidosta ja menetelmiä itsehoitoon paranemisen tukemiseksi. Tavoitteena on parantaa potilaiden ymmärrystä sairaudesta, lisätä hoitoon sitoutumista ja parantaa hoitotyötä. Opinnäytetyössä käsittelen myös ryhmän vetämistä ja ryhmänvetäjän roolia. Osaston hoitajat pitävät ryhmätoimintaa osaston tiloissa. Depressiota käsittelevän tietopaketin lisäksi opinnäytetyössä on ryhmänvetäjälle tietoa ryhmän vetämisestä ja vinkkejä, joita vetäjä voi käyttää apuna.

Opinnäytetyö on tarpeellinen, koska opinnäytetyöllä voidaan parantaa mahdollisesti osastolla hoidettavien depressiopotilaiden hoitomyönteisyyttä, hoitoon sitoutumista ja hoidon laatua. Tarve opinnäytetyölle perustuu Etelä-Karjalan keskussairaalan osasto PS1:n ryhmätoiminnan kehitykseen.

Psykoedukaatio kuuluu aina psykiatrisen potilaan hoitoon ja lääkehoidon ohjaus lisää masennuspotilaan sitoutumista hoitoon. Tähän mennessä psykoedukaatio on toteutettu yksilöllisesti potilaan tarpeiden mukaan. Ryhmässä toteutettu psykoedukatiivinen tunti voi myös vastata joidenkin potilaiden kysymyksiin, joita he eivät välttämättä ole osanneet kysyä.

Aihe on kuin minulle luotu, sillä suunnittelin tekeväni masennusta käsittelevän opinnäytetyön. Minulla on työsuhde osastolle Ps1, joten opinnäytetyön tekeminen palvelee omaa ammatillista kehittymistäni ja osaston tarpeita. Depression taudinkuva on mielestäni todella tärkeä hallita, kun työskentelee sosiaali- ja terveysalalla.

2 Käsitteet

2.1 Etelä-Karjalan keskussairaala ja osasto Ps1

Etelä-Karjalan keskussairaala (EKKS) kuuluu Eksoteen eli Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiriin ja se sijaitsee Lappeenrannassa. Keskussairaalassa toteutetaan erikoissairaanhoidon tarvitsevia potilaita suunnitellusti ja päivystyksellistä sekä hoidetaan alueen synnytykset. (Eksote 2015). Etelä-Karjalan keskussairaalassa on kaksi sairaalapsykiatrista suljettua osastoa: Ps1 ja Ps3.

Etelä-Karjalan keskussairaalan osasto Ps1 on aikuisten sairaalapsykiatrinen suljettu vastaanotto-osasto. Ps1:llä hoidetaan ja tutkitaan potilaita, joilla on eriasteisia psykoosioireita, vakava masennus tai vakava päihdeongelma. (Eksote 2015.) Osasto toimii myös mielenterveyspäivystys- ja arviointipoliklinikka viikonloppuina, juhlapyhinä ja yöaikaan.

2.2 Psykoedukaatio

Psykoedukaatio tarkoittaa koulutuksellista perhetyötä, jonka tarkoitus on lisätä potilaan ja hänen omaisiensa ymmärrystä sairaudesta, parantaa elämänlaatua ja antaa ohjausta, kuinka elää sairauden kanssa (Berg & Johansson 2003, 9-10). Psykoedukatiivisen työskentelyn tavoitteena on edellä mainittujen lisäksi lieventää potilaan ja hänen omaistensa traumaattista kokemusta, vaikuttaa kodin ilmapiiriin kuntouttavasti ja hyvinvointia edistävästi, vähentää sairaalahoidon tarvetta ja sairauden uusiutumista sekä helpottaa sairastuneen paluuta opiskelu- tai työelämään (Berg & Johansson 2003, 10). Hoitomyöntyvyyden kannalta psykoedukaatiolla on tärkeä rooli (Masennusinfo 2015).

Psykoedukaatio on alun perin kehitetty psykoosiin tai skitsofreniaan sairastuneen potilaan ja hänen perheensä kanssa toteutettavaksi opetusmenetelmäksi (Karjalainen & Raudaskoski 2014). Useissa tutkimuksissa on todettu perheen ja hoitotahon liittoutumisella olevan ratkaiseva merkitys psykiatrisen potilaan ennusteen paranemisessa (Berg & Johansson 2003, 10). Psykoedukaatiota käytetään myös somaattisesti sairastuneiden potilaiden hoidossa.

Omaisilla on usein ylimitoitettuja odotuksia ja toiveita hoidon tehoa ja ammattilaisia kohtaan. Perhe usein toivoo nopeaa ja tehokasta hoitoa. (Berg & Johansson 2003, 12). Myös tämän takia on hyvä auttaa perhettä ymmärtämään sairautta, sen hoitoa ja kuntoutusta, lääkehoitoa ja toipumismahdollisuuksia.

Tieto sairaudesta ja sen hoitomenetelmistä lisää potilaan ja hänen perheensä toivoa selvitä. Potilasopetuksella autetaan potilasta ymmärtämään syy-yhteysseuraamuksia hänen elämästään ja mahdollisesta tulevaisuudesta. (Karjalainen & Raudaskoski 2014.)

Potilaalle ja perheelle tulee antaa tiedoksi sairauden luonne, hoito- ja tukimahdollisuudet, toipumista edistävät tekijät, mahdollinen lääkitys, sairauden uusiutumisen mahdollisuus ja varhaiset merkit, sairauden uusiutumista laukaisevat tekijät, tulevaisuuden näkymät ja hyvinvointia ja terveyttä ylläpitävät tekijät. (Karjalainen & Raudaskoski 2014.)

Psykoedukaatio on osana sairauden hoitoa, mutta ei korvaa muita hoitomuotoja. Psykoedukaation ja itseapuoppaiden on todettu lieventävän hieman masennusoireita lieväoireisissa masennustiloissa. (Lindfors 2014.) Psykoedukaatiossa pitäisi ottaa huomioon kaikki potilaan perheenjäsenet (Karjalainen & Raudaskoski 2014).

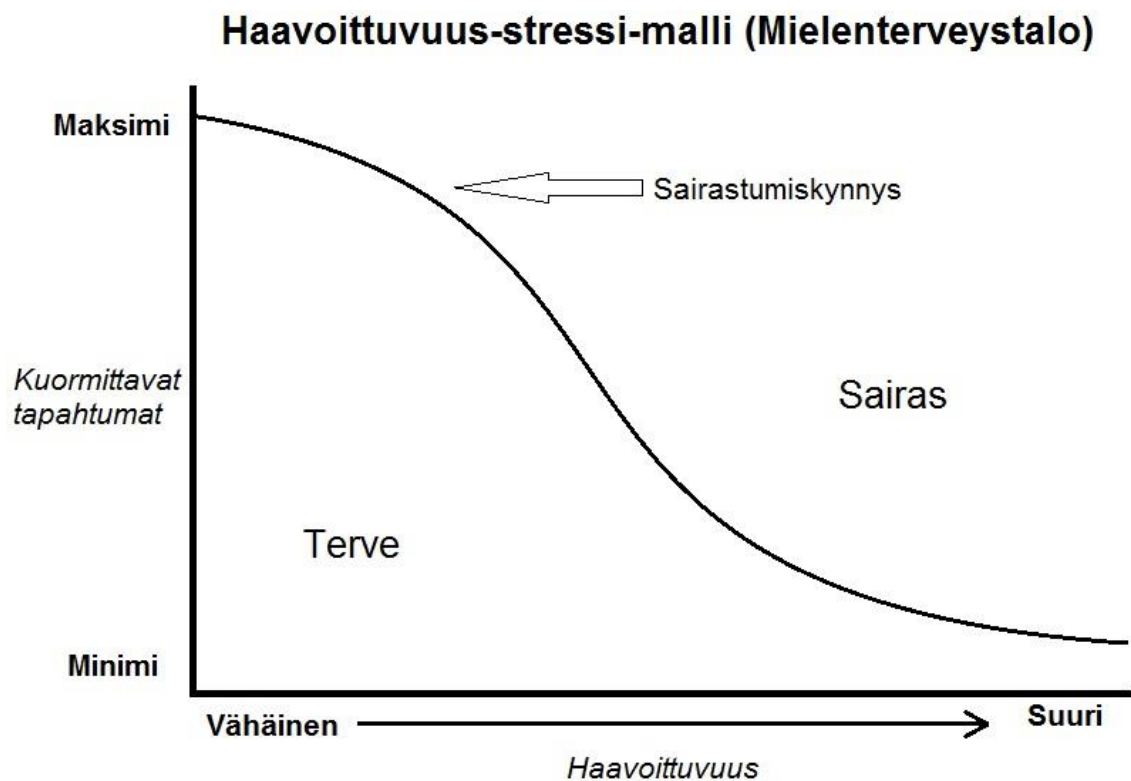
2.3 Psykoedukaatio tässä opinnäytetyössä

Opinnäytetyön tarkoituksena on antaa psykoedukaatiota osastolla oleville depressiopotilaille, koska se toteutetaan avoimena ryhmänä osaston tiloissa. Ryhmätoiminta, jota varten opinnäytetyö on tehty, on osa potilaiden psykoedukaatiota. Yksi psykoedukaation tärkeä osa on ryhmämuotoiset oireenhallintakurssit (Mielenterveystalo 2015). Etelä-Karjalan keskussairaalassa psykoedukaatio on ollut jo lähes kymmenen vuotta tärkeä osa hoitoa sairaalapsykiatriassa (Karjalainen & Raudaskoski 2014).

Lääkehoito on isossa osassa, kun aiheesta kerrotaan ryhmälle. Tieto lääkityksen merkityksestä vähentää ennakkoluuloja lääkitystä kohtaan, yhtä lailla kuin ennakkoasenteita riippuvuutta ja sivuvaikutuksia kohtaan (Vuorilehto & Riihimäki 2014, 3262).

2.4 Haavoittuvuus-stressi -malli

Uskotaan, että joillain ihmisillä on erityinen haavoittuvuus reagoida voimakkaaseen tai pitkittyneeseen stressiin sairastumalla (Karjalainen & Raudaskoski 2014). Haavoittuvuusalttius on geneettinen, mutta se ei aina tarkoita sitä, että ihminen sairastuu (Mielenterveystalo 2014). Vaikka haavoittuvuus-stressi -malli on kehitetty skitsofrenian ymmärtämistä varten, uskotaan sen soveltuvan muihinkin mielenterveyssairauksiin kuten depressioon. (Karjalainen & Raudaskoski 2014). Haavoittuvuus-stressi -malli perustuu siihen, että stressin määrä madaltaa sairastumiskynnystä. Tämä näkyy erityisesti niillä, joilla on geneettinen haavoittuvuus ja sairastumiskynnys ovat matalampia. Kuva 1 havainnollistaa haavoittuvuuden ja stressin yhteyttä sairastumiseen. (Mielenterveystalo 2014).



Kuva 1. Haavoittuvuus-stressi-malli (Mielenterveystalo 2014)

2.5 Ryhmä

Ryhmän vähimmäiskooksi määritellään kolme henkilöä (Ahokas ym. 2008, 142) ja ryhmän jäsenillä tulee olla mahdollisuus vuorovaikutukseen toistensa kanssa. Ryhmässä pitää olla vuorovaikutusta, sillä muuten ryhmää ei ole olemassa (Heikkinen-Peltonen & Innamaa & Virta 2009, 106).

Järjestetty ryhmä voi olla avoin tai suljettu. Suljettuun ryhmään ei oteta uusia osallistujia aloituksen jälkeen toisin kuin avoimeen ryhmään (Heikkinen-Peltonen ym. 2009, 106). Tässä opinnäytetyössä suunniteltu materiaali on osastolla järjestettävää avointa ryhmää varten. Tämä tarkoittaa sitä, että ryhmän koko ja osallistujat vaihtuvat kerrasta riippuen.

Opinnäytetyössä suunnitellun psykoedukaation tavoitteena on tiedon lisääminen, asenteiden muokkaaminen ja elämänlaadun kohottaminen. Ryhmä on aihekeskeinen ja siinä keskitytään tämän hetkiseen tilanteeseen ja tulevaisuuteen.

Ryhmän toimivuudelle on keskeistä yhteenkuuluvuuden tunne, eli koheesio (Heikkinen-Peltonen ym. 2009, 106). Koheesiota voidaan lisätä esimerkiksi kontakti- ja esittelyharjoituksilla, yhteistyötehtävillä, varmistamalla jokaisen osallistuminen, esittämällä yhteenvetoja, ryhmäongelmia ratkaisemalla, palautetta pyytämällä, tuomalla esiin henkilökohtaisia asioita ja kahvi- ja ruokatarjoilulla (Heikkinen-Peltonen ym. 2009, 107). Ryhmän kohteena ovat depressiota sairastavat tai sairastaneet potilaat. Syntyy normaaliuden tunne, kun ryhmän osallisilla on sama ongelma tai tavoite (Heikkinen-Peltonen ym. 2009, 112).

Ryhmätilanteessa on tarkoitus saada aikaan vuorovaikutusta osallistujien kesken. Vuorovaikutus voi olla hoitajan ja potilaiden välillä sekä potilaiden kesken. Hoidollisen ryhmän keskusteluissa potilaat saavat uusia näkökulmia ja ajatuksia. (Heikkinen-Peltonen ym. 2009, 112.) Kun ryhmässä on eri vaiheessa olevia potilaita sairautensa kanssa, voi yksilö peilata omaa sairauttaan ja paranemista muiden tilanteeseen.

3 Opinnäytetyön tarkoitus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä laadukkaita lähteitä käyttäen kirjallisuuskatsaus depressiopotilaan hoidosta, josta tehdään toiminnallinen tuotos. Toiminnallinen tuote on muistilista, jota hoitaja voi käyttää apuna masennuspotilaiden psykoedukaatiossa osastohoidossa.

Toiminnallisen tuotoksen tavoitteena on parantaa masennuspotilaan hoitoa, lisätä potilaan ymmärrystä sairaudesta ja sen hoitotavoista sekä parantaa hoitoon sitoutumista.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten masennuspotilasta hoidetaan?
2. Miten pidetään avointa ryhmää?

4 Opinnäytetyön toteutus ja menetelmät

Opinnäytetyö toteutettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmin. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa kartoitetaan aihepiirin olennainen sisältö ja tehdään siitä tiivistelmä (Salminen 2011, 9).

Ideointivaiheessa hahmoteltiin psykoedukaatioryhmän sisältö masennuspotilaille. Tässä vaiheessa hyödynnettiin työelämäohjaajien neuvoja ja mitä heillä oli ajatuksena ryhmän sisällölle. Aiheiksi rajautui masennus/depressio yleisesti, depression yhteiskunnallinen merkitys, oireet, diagnosointi, hoitomenetelmät yleisesti sekä lääkehoito. Ryhmän ohjaajalle tarvittaviin tietoihin rajattiin tietoa ryhmän pitämisestä ja ryhmän ohjaajan eli johtajan merkityksestä.

Aineiston keruussa hyödynnettiin hakukone Nelli-portaalia, Googlea, tieteellisiä artikkeleita ja kirjoja. Työpaikalla Etelä-Karjalan keskussairaalassa pystyin hyödyntämään Terveysportin sairaanhoitajan ja lääkärin tietokantoja tiedon ja artikkelien haussa. Käypähoidon ohella tietokantoja käytetään masennuspotilaan hoitotyössä. Aineistoa löytyi myös omasta kodista sairaanhoitajaopinnoissa käytetyistä oppikirjoista ja lukion psykologian opintojen oppikirjoista. Aineiston va-

linnassa kiinnitin huomiota julkaisujen julkaisuvuosiin, ja työhön valitsin lähinnä uusimpia julkaisuja.

Päädyin valitsemaan opinnäytetyön teoriapohjaan tieteellisiä kirjoja, oppikirjoja ja Terveysportin sisältämiä materiaaleja, koska niitä käytetään hoitotyössä. Tietokirjat valitsin asiantuntijoiden suositusten perusteella. Osa tietokirjoista käsiteli masennuksen hoitoa kokonaisuudessaan ja osa syventyi tiettyyn hoidon osa-alueeseen. Masennus on paljon tutkittu aihe, joten Google-haulla piti olla tarkka saadakseen hyödynnettävää tietoa. Googesta löydettyissä materiaaleissa tarkistin, että kirjoittaja ja julkaisija ovat luotettavia, esimerkiksi psykiatrien kirjoittamat tekstit ja yliopiston/sairaalan julkaisut. Useat opinnäytetyössä käytetyt internetlähteet ovat arvostettujen alaa tutkivien lääkäreiden tekstejä tai sairaalahoitotyön ylläpitämiä. Nelli-portaalista en hyötynyt aineiston keruussa, koska minulla oli jo paljon teoriamateriaalia kattavammista lähteistä.

Kirjoitusvaiheessa opinnäytetyön rakenne muuttui useasti ja yksittäisistä käytetyistä lähteistä löytyi useampaan kappaleeseen tietoa. Opinnäytetyö lueteltiin ulkopuolisilla lukijoilla, joka antoivat palautetta ja korjausehdotuksia. Lukijoiden kommentit ja kysymykset kirjoitusvaiheessa auttavat hiomaan lopullista tulosta, sillä kirjoittaja urautuu nopeasti omiin näkökulmiinsa (Hirsjärvi & Remes & Sajaavaara 2009, 32).

Kerätystä tiedosta tiivistettiin liitteenä olevat muistilistat. Muistilistaan on kerätty masennuspotilaalle tärkeimmät tiedot depression hoidosta ja mitä ryhmän pitäjän tuulee muistaa ottaa puheenaiheeksi. Lääkehoidon esittämistä helpotettiin tekemällä lääkeaineista, kaupanmistä ja haittavaikutuksista taulukko. Opinnäytetyötä säilytetään osastolla, joten tarvittaessa lääkeaineisiin liittyviin tarkempiin kysymyksiin vastauksen voi löytää siitä.

5 Depressio

Depressio eli masennustila on sairaus, jossa henkilö kärsii jatkuvasta alakuloisuudesta ja hänen kykynsä tuntea kiinnostusta tai mielihyvää on heikentynyt tai kadonnut. Depressio laskee merkittävästi sairastavan toimintakykyä. (Isometsä & Kivekäs & Lindfors & Marttunen & Tarnanen & Tuunainen 2015).

Masennus on tunne, jonka jokainen tuntee esimerkiksi epäonnistumisen tai pettymyksen jälkeen. Arkikielessä puhuttaessa masennuksesta voidaan tarkoittaa hetkellistä tunnetta. Depressiossa eli masennustilassa masennuksen tunne muuttuu kuitenkin hetkellisestä pysyvämmäksi tunnevireeksi, joka voi kestää viikkoja, kuukausia ja joskus jopa vuosia riippuen sairauden vakavuudesta. (Koffert & Kuusi 2002, 7).

Vuosittain depressiosta kärsii noin 4-5 % suomalaisista. Masennustilaan liittyy selvä itsemurhariski, joka on miehillä naisia suurempi. (Isometsä 2013). On arvioitu, että Suomessa tehdään vuodessa 600 itsemurhaa, johon liittyy masennustila. Kahteen kolmasosaan kaikista itsemurhista on todettu liittyvän masennustila. Depressio aiheuttaa merkittävästi myös työkyvyttömyyttä Suomessa. Vuonna 2013 on arvioitu 35 500 työikäisen olevan työkyvyttömyyseläkkeellä masennuksen takia. Pelkästään vuonna 2013 masennuksesta johtuvia uusia työkyvyttömyyseläkkeitä myönnettiin noin 3600 kappaletta. (Isometsä ym. 2015).

5.1 Masennustilan oireita ja tyypillisiä tunnusmerkkejä

Masennukseen oireita ja tunnusmerkkejä on monia. Sairastavalla on jatkuva alakuloisuuden, surun, turtuneisuuden ja ärtyneisyyden tunne. Omat velvollisuudet voivat tuntua ylitsepääsemättömiltä, mikä lisää aloitekyvyttömyyttä, saamattomuuden sekä väsymyksen tunnetta. Unen saaminen voi olla vaikeaa tai uni voi olla katkonaista. Henkilö voi kokea vaikeaksi tulla toimeen muiden ihmisten kanssa. (Koffert & Kuusi 2003, 7.) Syyllisyyden lisäksi hän kärsii kohutuuttomasta itsekritiikistä. Syyllisyys ja itsekritiikki voi liittyä vain pieniin erehdyksiin, jotka voivat olla jopa olemattomia (Lönnqvist & Heikkinen & Henriksson & Marttunen & Partonen 1999, 120). Fyysisinä tuntemuksina/oireina ovat ruokahaluttomuus tai ruokahalun lisääntyminen sekä erilaiset kipu- ja särkytilat. Ruokahaluttomuus voi johtaa depressiota sairastavalla painonlaskuun ja ruokahalun lisääntyminen painonnousuun. Seksuaalisissa toiminnoissa voi ilmetä häiriöitä, useimmiten haluttomuutta. Kokonaisuudessaan masentunut on negatiivinen, itsetunto on laskenut ja hän kokee itsensä arvottomaksi. (Koffert & Kuusi 2002, 7; Isometsä ym. 2015). Usein potilas ei itse tunnista masentunutta mielialaansa, eikä hahmota kärsimystään depressioksi (Isometsä 2013). Vaikeassa depressi-

ossa voi ilmetä psykoottisia oireita. Näitä voivat olla esimerkiksi todellisuuden tajun hämartyminen, harhat tai harhaluulot. Vaikean masennuksen psykoottiset oireet pitää aina hoitaa psykoosilääkkeillä (Käypä Hoito 2014).

5.2 Diagnosointi

Tautiluokitus ICD-10:n mukaan depression diagnoosin ydinoireina ovat masentunut tai alakuloinen mieliala, kiinnostuksen tai nauttimisen puuttuminen ja lisääntynyt uupumus. Edellä mainituista oireista pitää todeta vähintään kaksi ja lisäksi kaksi muuta oiretta, jotka voidaan yhdistää masennukseen. Diagnostisten kriteerien täyttymiseksi oireiden tulee jatkua vähintään kaksi viikkoa ja aiheuttaa merkittävää kärsimystä tai haittaa henkilölle. (Vuorilehto & Riihimäki 2014.) Masennuksen vaikeusastetta arvioidaan ICD-10:ssä oireiden lukumäärän mukaan: lievä 4-5 oiretta, keskivaikea 6-7 oiretta ja vaikea 8-10 oiretta. Vaikeusastetta voidaan myös arvioida oiremittareilla, kuten Montgomery-Åsbergin depressioasteikko (MADRS), Hamiltonin depressioasteikolla ja Beckin depressioasteikolla (BDI). Depression seulonnassa voi käyttää apuna PHQ-9-terveyskyselyä, synnytyksen jälkeisessä masennusoireilussa EPDS-seulaa ja yli 65-vuotiailla myöhäisiän masennusseulaa GDS. (Käypä Hoito 2014).

Depression diagnosoinnissa on tärkeä tehdä erotusdiagnostiikka. Masennustilat tulee erottaa kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä, koska kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito eroaa depression hoidosta (Käypähoito 2014). Lisäksi masennuksen oireet voivat johtua jostain somaattisesta sairaudesta, kuten foolihapon tai B12-vitamiinin puutoksesta, sydän- tai aivoinfarktista, endokrinologisista häiriöistä, pahanlaatuisesta kasvaimesta tai neurologisesta sairaudesta. Pois pitää myös sulkea mahdollisen lääkehoidon tai päihteiden käytön aiheuttamat masennustilat. (Käypä Hoito 2014).

5.3 Hoito yleisesti

Depression tehokkaimmaksi hoidoksi on todettu vaikuttavaksi osoitetun psykoterapian ja lääkehoidon yhdistelmä. Lääkehoidon merkitys kasvaa, mitä vakavammasa masennuksesta on kyse. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 542). Keskivaikeassa ja vaikeassa masennuksessa voidaan käyttää apuna sähköhoitoa lääkehoidon ohella.

Masennuksen hoito jatkuu osastohoidon jälkeen. Depression hoitoa ja seurantaa jatketaan avohoidossa ja sillä on myönteisiä vaikutuksia hoitoon sitoutumiseen (Vuorilehto & Riihimäki 2014, 3264).

5.3.1 Psykoterapia

Psykoterapia on ammatilliseen keskusteluun ja vuorovaikutukseen perustuva hoitomuoto (Masennusinfo). Psykoterapiamuotoja on monia erilaisia ja ne on todettu tehokkaiksi lievien ja keskivaikeiden masennuksien hoidoissa (Käypä hoito 2014). Lievässä masennuksessa psykoterapia voi olla yksittäinen hoitomuoto, mutta vaikeammissa depressioissa tarvitaan avuksi lääkehoito. (Masennusinfo 2015).

Tavoitteena psykoterapiassa on löytää syy masennuksen taustalla, sitä ylläpitävät tekijät sekä opettaa ja auttaa masentunutta löytämään uudenlaisia ratkaisuja ja suhtautumistapoja omaan elämäntilanteeseen. Masennusta sairastava ajattelee usein kaikki asiat negatiivisesti ja pessimistisesti, joten psykoterapialla pyritään edistämään toipumista vaikuttamalla näihin ajatusmalleihin, mielikuviin, tunne-elämään, minäkäsitykseen ja toimintatapoihin. (Masennusinfo 2015.)

5.3.2 ECT eli sähköhoito

Sähköhoito eli ETC (Electroconvulsive therapy) on hoitomuoto vaikean ja psykoottisen masennustilan sekä kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa. Sähköhoito on todettu lääkehoitoa tehokkaammaksi hoitomuodoksi vaikean masennustilan hoidossa ja se on yksi turvallisimmista nukutuksessa annettavista lääketieteellisistä hoidoista (Isometsä 2013; Kemppinen 2015, 1). Sähköhoito tulee erityisesti kysymykseen, jos potilas on itsemurhavaarassa, sillä se vähentää nopeasti itsemurha-alttiutta (Isometsä 2013; Kemppinen 2015, 1). Sähköhoidosta potilas saa nopean vasteen ja sillä pystytään parantamaan potilaan ennustetta ehkäisemällä sairauden kroonistumista ja potilaan ennen aikaista eläköitymistä (Ritschkoff & Vataja 2009, 480).

Sähköhoidossa potilaalle annetaan sähköä, mikä aiheuttaa aivokuorelle paikallisalkuisen epileptisen purkauksen, joka käynnistää toonis-kloonisen motorisen kouristuksen. Epäilläään, että sähköhoito todennäköisesti palauttaa häiriintyneitä

välittäjäainemääriä joko lisäämällä niiden pitoisuutta keskushermostossa tai aktivoimalla niiden reseptoreja. (Järventausta 2014.) Sähköhoito voi lieventää masennuspotilaan oireita tai poistaa ne kokonaan (Mankad ym. 2010, 195). Yksiselitteistä vaikutusmekanismia ei ole kuitenkaan voitu todistaa (Heikman 2004). Haittavaikutuksina voi ilmetä muistihäiriöitä sähköhoitopäivinä ja sähköhoitojakson aikana sekä lihaskipua ja sekavuutta, jotka ovat kuitenkin ohimeneviä. (Kemppinen 2015).

Sähköhoitoa annetaan potilaalle vain hänen omalla suostumuksellaan (Heikman 2004). Hoitokertoja annetaan sarjana kahden tai kolmen viikon ajan kolme kertaa viikossa terapeutin vasteen saamiseksi (Mankad & Beyer & Weiner & Krystal 2010, 195). Lääkäri arvioi tarvittavien hoitokertojen määrän yksittäisesti potilaiden välillä (Heikman 2004, 1220). Sarjassa sähköä annetaan yleensä 6-12 kertaa (Mankid ym. 2010, 195). Sähköhoitoa voidaan antaa myös ylläpitohoitona, jossa potilas tulee tietyin väliajoin poliklinisesti sähköhoitoon (Kemppinen 2015, 2).

5.3.3 Itsehoito

Depressiota sairastavan pitää hoitaa itse itseään lääkehoidon ja terveydenhuollon antaman hoidon ohella. Paranemista edistäviä itsehoitomenetelmiä ovat esimerkiksi työkuormituksen keventäminen, jopa vähäinen liikunta ja humalajuomisen välttäminen (Vuorilehto & Riihimäki 2014, 3261). Itsehoitoon on myös tarjolla kirjallisuutta, joka auttaa potilasta tunnistamaan kielteisiä ajatuksia ja seuraamaan omaa mielialaansa. Näitä ovat esimerkiksi Irti masennuksesta – kirja (Stenberg 2013), Depressiokoulu-kirja (Koffert & Kuusi 2009) ja verkko-ohjelmina Moodgym. (Vuorilehto & Riihimäki 2014, 3262). Psykoedukaation ja itseapuoppaiden on todettu lieventävän hieman masennusoireita lieväoireisissa masennustiloissa (Lindfors 2014).

Ihmisellä ajatukset, mieliala ja toiminnot ovat kytkettynä toisiinsa. Omalla tietoisella toiminnalla voi parantaa tai huonontaa omaa mielialaansa. (Koffert & Kuusi 2002, 7-8). Opettelemalla itse havainnoimaan, mitkä asiat vaikuttavat mielialaan, voidaan vaikuttaa mielialaan myönteisesti. Koffert ja Kuusi (2002, 8) käyttävät esimerkkinä sotkuista kotia: jos koti on sotkuinen eikä jaksu siivota,

voi henkilö tuntea itsensä huonoksi taloudenpitäjäksi. Koska pitää itseään huonona taloudenpitäjänä, masentuneen mieliala laskee entisestään. Koffert ja Kuusi (2002, 8) ehdottavatkin, että masentunut voisi tehdä jotain virkistävää, esimerkiksi käydä kävelyllä, mikä jälkeen mieliala on hieman kohentunut. Hieman kohentuneemmalla mielialalla henkilö voi jaksaa siivota kotinsa paremmin ja lopputuloksena on siisti koti ja myönteiset ajatukset. Itsehoito vaatii paljon työtä ja itsetutkiskelua, koska ihminen ei voi päättää olla onnellinen. Masentuneen tulisi lisätä pieniä miellyttäviä tekemisiä suunnitelmallisesti arkeen, mitkä itse kokee miellyttäväksi. (Koffert & Kuusi 2002, 10-11.)

Masentuneen pitäisi myös pyrkiä muuttamaan omaa ajatusmalliaan positiivisemmaksi. Masentuneella on usein negatiiviset ja pessimistiset ajatukset kaikkea kohtaan (Koffert & Kuusi 2002, 23). Tapahtumia, vastoinkäymisiä ja ajatuksia voi tietoisesti kääntää jolloin tavalla positiivisiksi tai rakentaviksi.

5.4 Lääkehoito

Masennustilan lääkehoito riippuu sairauden vakavuusasteesta ja siitä, onko kyseessä ensimmäistä kertaa ilmenevä masennustila vai toistuva masennus (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 543). Masennuslääkkeistä apua saa noin kaksi kolmasosaa depressiopotilaista, ja lääkkeen teho on sitä ilmeisempi, mitä vaikeampi depressio on kyseessä (Vuorilehto & Riihimäki 2014, 3262).

Masennuksen lääkehoito jaetaan kolmeen eri vaiheeseen: akuuttivaiheeseen, jatkohoitoon ja ylläpitohoitoon. Yleensä potilaan vointi ei kohene ensimmäisten viikkojen aikana, koska depressiolääkkeiden vaste alkaa hitaasti. Potilasta on tärkeä ohjeistaa asiasta, ettei lääkehoito keskeydy. Hidas lääkkeen vaste rajoittaa lääkehoidon tehoa huonon hoitoon sitoutumisen ohella. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 542-543.) Depressio voi olla myös lääkeresistenssi. Lääkeresistentiksi depressioksi kutsutaan tilaa, jossa depressioon ei saada vastetta kahdella asianmukaisella lääkehoitoyrityksellä (Vuorilehto & Riihimäki 2014, 3262).

5.4.1 Serotoniinin takaisinoton estäjät eli SSRI-lääkkeet

SSRI-lääkkeet ovat eniten käytettyjä masennuslääkkeitä ja niitä siedetään hyvin. Masennusta lievittävän vaikutuksen arvellaan liittyvän kykyyn vahvistaa se-

rotoniinin vaikutuksia keskushermostossa estämällä serotoniinin takaisinottoa hermopäätteessä. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 543.) Masennusoireet yleensä lievittyvät muutaman viikon kuluessa. Serotoniinin takaisinoton estäjiä käytetään myös ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. SSRI-lääkkeet ovat ensisijainen vaihtoehto, jos potilaalla on depression lisäksi samanaikainen ahdistuneisuushäiriö, päihdehäiriö tai epävakaa persoonallisuushäiriö. (Vuorilehto & Riihimäki 2014, 3263.)

Yleisimpiä SSRI-lääkkeitä ovat fluoksetiini (Seromex®, Seronil®), fluvoksamiini (Fluvosol®), paroksetiini (Optipar®, Paroxetin®, Seroxat®), sertraliini (Sertralin®), sitalopraami (Cipramil®, Citalopram®) ja essitalopraami (Cipralex®).

Haittavaikutukset SSRI-lääkkeissä johtuvat serotoniinin lisääntyneestä keskushermostovaikutuksesta. Oireet lievittyvät usein, kun elimistö alkaa tottua lääkkeeseen. Yleisimpiä haittoja SSRI-lääkityksen alussa on hikoilu, vapina, päänsärky ja ripuli. Käytön yhteydessä voi ilmetä myös ruokahaluttomuutta ja pahoinvointia, joita voi helpottaa ottamalla lääkkeen ruoan yhteydessä. Seksuaalitoimintojen häiriöt, kuten viivästynyt orgasmi ja vähentynyt halukkuus, ovat myös haittavaikutuksia. Jos potilaalla esiintyy motorista levottomuutta ja kiihtyneisyyttä, on syytä ottaa lääke aamuisin. Aktiivisuuden lisääntyminen aiheuttaa potilaalle epämiellyttävää ja häiritsevää tarvetta liikkua, mikä voi aiheuttaa unettomuutta. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 543-544.)

Serotoniinioireyhtymä on SSRI-lääkkeiden vakavin haittavaikutus (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 544). Serotoniinioireyhtymän oireita voivat olla sekavuus, kiihtyneisyys, takykardia, vatsakramppi, vapina, kuume ja lihasjäykkyys. Oireyhtymän riski suurenee, jos SSRI-lääkkeen kanssa käytetään MAO:n estäjiä tai tramadoli-kipulääkettä. Iäkkään potilaan kohdalla SSRI-lääkkeiden käytössä tulee ottaa huomioon lääkkeiden puoliintumisaika. Myös esimerkiksi fluvoksamiini voi aiheuttaa olantsapiinin ja fluoksepiinin pitoisuuden nousua. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 544.) Serotoniinioireyhtymä on kuitenkin hyvin harvainen (Vuorilehto & Riihimäki 2014, 3262).

5.4.2 Kaksoisvaikutteiset masennuslääkkeet

Kaksoisvaikutteiset masennuslääkkeet estävät hermopäätteissä serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinottoa. Tämän takia kaksoisvaikutteisia masennuslääkkeitä kutsutaan (bupropionia lukuun ottamatta) myös SNRI-lääkkeiksi. SNRI-lääkkeiden teho alkaa usein 2-4 viikon aikana. Kaksoisvaikutteisista masennuslääkkeistä puuttuu trisyklisten masennuslääkkeiden tyypilliset haittavaikutukset. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 545).

Yleisin kaksoisvaikutteinen masennuslääke on bupropioni (Voxra®) ja SNRI-lääkkeistä yleisimpiä ovat duloksetiini (Cymbalta®), milnasipraani (Ixel®), mirtatsapiini (Remeron®, Trimazimyl®) ja venlafaksiini (Efexor®).

Bupropioni on uusimpia kaksoisvaikutteisia masennuslääkkeitä. Lääkettä käytetään vakavien masennustilojen hoidossa ja sen toiminta perustuu dopamiinin ja noradrenaliinin takaisinottoon. Bupropioni on markkinoilla (Voxra®) depottablettina, joten sitä ei saa murskata. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 545). Bupropionin yleisin haittavaikutus on unettomuus (Vuorilehto & Riihimäki 2014, 3263).

Duloksetiini toimii SNRI-lääkkeen tavoin. Duloksetiinipitoisuus voi laskea ihmisellä geneettisen poikkeavuuden tai elintapojen, kuten tupakoinnin takia. Duloksetiinin yleisimpiä haittavaikutuksia ovat pahoinvointi, suun kuivuminen, päänsärky ja uneliaisuus. (Vuorilehto & Riihimäki 2014, 3263.)

Milnasipraani sopii esimerkiksi maksan vajaatoimintapotilaalle, mutta ei munuaisten vajaatoiminnasta kärsivälle, koska se metaboloituu munuaisissa (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 545).

Mirtatsapiini salpaa serotoniinireseptoreita ja näin tehostaa noradrenergisiä ja serotonergisiä vaikutuksia. Mirtatsapiinista puuttuu tyypilliset SSRI-lääkkeiden haittavaikutukset, kuten ruoansulatuskanavan oireet, liiallinen aktiivisuus/levottomuus ja seksuaalitoimintojen häiriöt. Se kuitenkin vaikuttaa histamiinireseptoreissa, minkä takia mirtatsapiini aiheuttaa erityisesti hoidon alussa väsymystä ja ruokahalun kasvamista. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 545.) Ruokahalun kasvaminen aiheuttaa usein potilaalle painonnousua. Mirtatsapiinin sedatiivinen vaikutus tehostuu, jos potilas käyttää lääkkeen kanssa bentsodiat-

sepiineja. Mirtatsapiinia on käytetty erityisesti vaikeiden masennustilojen hoidossa, jos potilas kärsii unihäiriöistä. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 545.)

Venlafaksiini on erityisen käytetty vakavan masennustilan ja ahdistuneisuushäiriön hoidossa. Sen toiminta perustuu voimakkaaseen serotoniinin takaisinoton estoon. Venlafaksiini aiheuttaa SSRI-lääkkeiden kaltaisia haittavaikutuksia. Lisäksi hoidon alussa venlafaksiini voi nostaa verenpainetta. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 545.)

5.4.3 Trisykliset masennuslääkkeet

Trisykliset masennuslääkkeet estävät pääasiassa noradrenaliinin takaisinottoa, mutta vaikuttavat myös serotoniiniin. Ne ovat vanhimpia käytössä olevia masennuslääkkeitä. Arvellaan, että trisyklisten masennuslääkkeiden masennusta lievittävä vaikutus liittyy niiden kykyyn vahvistaa hermosolupäätteiden toimintaa. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 545.)

Trisyklisille masennuslääkkeille tyypillistä on hitaasti alkava vaikutus, kapea terapeuttilinen alue sekä lukuisat haittavaikutukset. Haittojen takia lääkettä käytetään nykyään lähinnä vain vaikeiden masennustilojen hoidossa, ja vain yli 18-vuotiailla. Varsinkin hoidon alussa trisykliset masennuslääkkeet aiheuttavat antikolinergisia haittoja, joita ovat esimerkiksi suun kuivuminen, ummetus, virtsaretentio ja silmän akkomodaatiohäiriöt. Tämän vuoksi niitä ei käytetä iäkkäillä ihmisillä, vaikka haittavaikutukset helpottavat yleensä hoidon jatkuessa. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 546.)

Trisyklisiin lääkkeisiin liittyy myös vakava depressiolääkemyrkytysriski, joka aiheuttaa voimakkaita keskushermostovaikutuksia. Depressiolääkemyrkytys voi johtaa kouristeluun, joka johtaa koomaan tai hengityslamaan. 1000 milligramman annos voi johtaa myrkytykseen. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 546.)

5.4.4 Muut masennuslääkkeet

Muut masennuslääkkeet –kategoriaan kuuluvat lääkkeet vaikuttavat eri mekanismeilla (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 546). Käytetyimpiä ovat mianseriniini (Tolvon®), moklobemidi (Aurorix®, Moclobemid®), tratsodoni (Azona®) ja agomelatiini (Valdoxan®).

Mianserniinin vaikutus perustuu noradrenaliinin vapautumiseen ja se vaikuttaa jonkin verran serotoniiniaineenvaihduntaan. Mianserniini on sedatiivinen masennuslääke ja sillä ei ole antikolinergisiä eikä sydämeen kohdistuvia haittavaikutuksia. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 546-547.)

Moklobemidi on MAO:n estäjä, eli se estää noradrenaliinin ja serotoniinin hajoamista. Serotoniinioireyhtymäriskin takia moklobemidi ei sovellu potilaalle, jolla on käytössä SSRI- tai SNRI-lääkitys. Moklobemidillä hoidetaan epätyypillisiä masennustiloja, joiden oireina ovat esimerkiksi väsymys, painonnousu sekä ahdistus- ja masennustilat. Yleisimmät haittavaikutukset ovat unettomuus ja huimaus. Potilailla voi esiintyä myös pahoinvointia, päänsärkyä ja ärtyneisyyttä. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 547.)

Tratsodoni on sedatiivinen masennuslääke, jonka vaikutus perustuu serotoniinin takaisinoton estoon hermopäätteessä. Tratsodoni soveltuu hyvin unihäiriöisten masennuspotilaiden hoitoon, eikä lääkellä juuri ole antikolinergisiä haittavaikutuksia. Tratsodonia käytetään myös psykoosien hoidossa. Lääkettä käyttäessä voi ilmetä haittavaikutuksina rytmihäiriöitä, maha-suolikanavan oireita, huimausta, päänsärkyä ja väsymystä. Miespotilaat voivat kärsiä pitkittyneestä ja kivuliaasta erektiosta. Potilaalle tulee kertoa erektiohäiriön mahdollisuudesta ja sen hoidosta. Jos sitä ilmenee, on syytä lopettaa tratsodonin käyttö. Tratsodonilla on yhteisvaikutuksia monien lääkkeiden kanssa. Esimerkiksi se voimistaa verenpainetta alentavien lääkkeiden vaikutusta ja heikentää varfariinin (Marvan®) tehoa. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 547.)

Agomelatiini on uusi masennuslääke, jonka käytöstä on vielä vähän kokemuksia. Agomelatiini vaikuttaa melatonergisiin reseptoreihin sekä serotoniinireseptoreihin ja lisää dopamiinin ja noradrenaliinin eritystä (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 547). Haittavaikutuksina voi ilmetä päänsärkyä ja huimausta.

5.4.5 Lääkehoidon tärkeys

Depressiojakson uusiutuminen on tavallista (≥ 50 %), joten sen hoitaminen ja seuranta on tärkeää. Korkean uusiutumisriskin takia masennuslääkehoitoa jatketaan aina vähintään puoli vuotta oireiden poistuttua. (Isometsä 2013). Depressiolääkitys lopetetaan porrastetusti pienentämällä annosta ja vointia seura-

ten. Liian nopea lääkehoidon lopetus voi aiheuttaa pahoinvointia, ripulia, erilaisia vatsavaivoja, väsymystä, ahdistuneisuutta, ärtyisyyttä, huimausta ja hikoilua. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 542-543.) Pieni kielteinen tapahtuma voi laukaista uuden depressiojakson, jos potilas on lopettanut lääkityksen ennen kuin on täysin toipunut (Vuorilehto & Riihimäki 2014). Jos oireet palaavat jatketaan lääkehoitoa 4-9 kuukauteen (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 543). Estolääkitystä suositellaan, jos masennusjaksoja on esiintynyt useasti viiden vuoden aikana (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 548).

6 Ryhmän ohjaus

Jokaisella ryhmällä on jokin tietty sisältöalue tai tavoite, on ryhmä sitten projekti-ryhmä, työryhmä tai mikä tahansa ryhmä (Kinnunen & Herrala & Perheentupa & Aalto & Intke & Ohrankämmen & Halonen & Pukaralammi & Collin & Hyppönen & Pesonen & Horila & Lehtonen & Leskinen & Westersund & Jokitalo 2010, 145). Tämän ryhmän tavoitteena on edistää potilaiden tietämystä depressiosta ja täten parantaa hoitomyönteisyyttä. Jotta ryhmä toimii hyvin ja tavoitteellisesti, on ryhmän vetäjän hallittava ryhmän sisältöalueet (Kinnunen ym. 2010, 145). Tätä tukee ohjaajana toimivan hoitajan ammatillinen koulutus ja työkokemus. Johtajan tai vetäjän on ymmärrettävä ja hyödynnettävä ryhmän sisäistä dynamiikkaa johtaessaan ihmisiä ja toimintaa haluttuun suuntaan.

Ryhmän alussa ohjaajan tulee olla aktiivinen ja hänen pitää edistää tunneilma-
ston ja vuorovaikutuksien syntymistä (Heikkinen-Peltonen ym. 2009, 107). Ohjaamalla ja johtamalla ryhmää pyritään vaikuttamaan ryhmän jäsenten asenteisiin ja toimintaa. Ohjaajan tehtävänä on myös auttaa yksittäisiä jäseniä sopeutumaan ryhmään ja ympäristöön sekä selkeyttää ryhmän päämääriä jäsenille. (Kinnunen ym. 2010, 148.)

Johtaminen voidaan määrittää toiminnaksi, jossa ryhmän johtaja/vetäjä/ohjaaja suuntaa toimintaa ryhmän päämäärän saavuttamiseksi. Johtamisen voi myös nähdä prosessina, toimintana kohti päämäärää, johon koko ryhmä osallistuu. (Kinnunen ym. 2010, 145.)

Ohjaaja takaa ryhmän jäsenille turvallisuuden. Turvallisuudella ryhmässä tarkoitetaan sitä, ettei yksilöön kohdistu ryhmän tai muiden toimesta uhkaavia tekijöitä, jotka voivat aiheuttaa pelkoa, häpeää, syyllisyyttä tai arvottomuuden tunnetta. Kun yksilöille taataan turvallisuus, he voivat tuoda esiin huolia, murheita ja henkilökohtaisia asioita. Ryhmä, jossa yksilöiden turvallisuus on taattu, auttaa yksilöitä itsetuntemuksen lisäämisessä ja uusien asioiden oppimisessa. (Kinnunen ym. 2010, 148.) Turvallinen ryhmä voidaan taata potilaille yhteisillä säännöillä. Yksilön turvallisuutta lisäävä sääntö on esimerkiksi, ettei ryhmässä kuultuja henkilökohtaisia asioita saa kertoa eteenpäin.

7 Pohdinta

Opinnäytetyön tekeminen oli työlästä, haastavaa ja mielenkiintoista. Suunnitellin tekeväni opinnäytetyön alun perin eri aiheesta, mutta sairaanhoitajaopintojen aikana mielenkiintoni heräsi mielenterveystyöhön. Opinnäytetyön aiheen vaihtuessa päätin tehdä lopputyön, joka käsittelee masennusta, koska masennuksesta minulla on jonkinlaista henkilökohtaista kokemusta. Aiheen tutkiminen oli äärimmäisen mielenkiintoista, ja usein lukeminen opinnäytetyölle oleellisista aiheista keskeytyi, kun kiinnostuin lukemaan muita masennukseen liittyviä tutkimuksia. Masennuksen hoitaminen ja selviämismenetelmät ovat olleet mielestäni mielenkiintoisia jo ennen opinnäytetyön tekemistä, ja kiinnostukseni aiheeseen on kasvanut entisestään. Koen oppineeni paljon lisää aiheesta työskennellessäni opinnäytetyön parissa, mutta työtä tehdessä huomasin, että olen tutustunut vasta pintaraapaisuun.

Opinnäytetyön tein lyhyellä aikataululla, joten koin äärimmäisen hyödylliseksi ohjaavan opettajan hyvän ohjauksen ja avun, jonka sain osastolta Ps1. Kirjoittaminen oli suurta opettelua jatkuvasti, vaikka opinnäytetyön tekemiseen on jo pitkän aikaa koulussa tutustuttu. Koen tiukasta aikataulusta huolimatta antaneeni paljon tälle työlle ja toivon, että opinnäytetyön tuotoksen tavoittamat potilaat saavat hyötyä sairautensa hoitamisesta.

7.1 Eettiset kysymykset

Etiikka viittaa teoreettiseen tasoon ja käsittää alueen, joka tutkii sekä pohtii moraalialia ja laatii siitä teorioita. Moraalilla viitataan käytännön toimintaan ja käsityksiin, jotka ovat yksilöiden ja yhteiskunnan hyväksymiä. Etiikan perustana ovat eettiset arvot, jotka ilmaisevat, mihin on hyvä ja oikein pyrkiä, mikä on hyvää ja oikein toteuttaa tai mikä on vähemmän hyvää ja vältettävää. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 37-38.)

Opinnäytetyön eettisiä ongelmia on kerätyn tiedon luotettavuus, koska tuotetta tullaan käyttämään tukena psykiatrisessa hoitotyössä. On eettisesti väärin käyttää hoitotyössä virheellistä tietoa. Opinnäytetyön materiaalia käytetään hoitotyön tukena, joten sen pitää olla tietoon ja tutkimukseen perustuvaa. Tuloksessa ei saa olla omia näkemyksiä, jotka voisivat vääristää masennuksen hoitoa. Opinnäytetyössä on käyty esitettävät asiat yksityiskohtaisesti, jotta väärin ymmärryksiltä välttyttäisiin. Tutkimuksen raportointi ei saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista tieteellisen tutkimuksen eettisten arvojen mukaan (Hirsjärvi ym. 2009, 26).

Opinnäytetyön riskinä on psykoedukaatioryhmien järjestämiseen liittyvät ongelmat. Materiaalia ei ehditä kokeilla osastolla, joten tuotteesta saadut hyödyt saatavat olla vain vähäisiä. Riskinä voi olla opinnäytetyön sisällön paikkansa pitämättömyys. Tietoa hakiessani olen voinut ymmärtää jonkin asian väärin ja omin sanoin kirjoittaa opinnäytetyöhön muuta, kun mitä alkuperäinen lähteen kirjoittaja on tarkoittanut.

7.2 Kehitysmahdollisuudet

Opinnäytetyön tuote todennäköisesti muovautuu käytännön läheisemmäksi sen jälkeen, kun sitä päästään testaamaan käytännössä.

Kehitysmahdollisuudet ovat aihepiirissä lähes rajattomat. Etelä-Karjalan keskussairaalan Ps1:llä tullaan tekemään muista mielenterveyden sairauksista vastaavia tuotteita ja uskon tämän opinnäytetyön toimivan pätevänä mallina.

Suurimpana kehitysmahdollisuutena pidän masennuksen itsehoitoa. Tarkoitan, että olisi ollut mielenkiintoista tehdä esimerkiksi koko opinnäytetyö masennuk-

sen itsehoitoa käsittelevänä. Opinnäytetyöstä potilaat saavat tietoa monesta hoitoon liittyvästä keinosta, mutta itsehoidolle voisi järjestää omia ryhmiä, jotka olisivat jatkuvia.

Kuvat

Kuva 1. Haavoittuvuus-stressi –malli, s. 8

Lähteet

Ahokas, M. & Ferchen, M. & Hankonen, N. & Lautso, A. & Pyysiäinen, J. 2008. Sosiaalipsykologia. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy

Berg, L. & Johansson, M. 2003. Psykoedukaation työkirja. Lievestuore: profami oy

Eksote. 2015.
<http://www.eksote.fi/fi/terveyspalvelut/keskussairaala/sivut/default.aspx> Luettu 23.10.2015

Heikkinen-Peltonen, R. & Innamaa, M. & Virta, M. 2009. Mieli ja terveys. Helsinki: Edita Prima

Heikman, P. 2004. Sähköhoidon uusia näkymiä. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim. 120:10, 1219-25
http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo94286&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=#s1 Luettu 23.10.2015

Hirsjärvi, S. & Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Isometsä, E. 2013. Lääkärin käsikirja: Depressio.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ykt00845 Luettu 11.10.2015.

Isometsä, E. & Kivekäs, T. & Lindfors, O. & Marttunen, M. & Tarnanen, K. & Tuunainen, A. 2015. Mieli maassa, mikä avuksi? (Depressio). Helsinki: Terveyskirjasto
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00044 Luettu 6.10.2015

Järventausta, K. 2014. Psykiatrinen sähköhoito.
<http://www.vshp.fi/suopa/pdf/ECT%20operatiiviset%20pv%C3%A4t.ppt1.pdf>
Luettu 23.10.2015

Karjalainen, T. & Raudaskoski, J. 2014 Orientaatioluento – Orientaatio psykoedukaatioon. Lappeenranta: Saimaan Ammattikorkeakoulu. Luento 17.3.2014

Kemppinen, J. 2015. Sähköhoidot. Lappeenranta: Etelä-Karjalan keskussairaala, osasto Ps1.

Kinnunen, T. & Herrala, J. & Perheentupa, C. & Aalto, J. & Intke, P. & Ohran-kämmen, O. & Halonen, P. & Pukaralammi, P. & Collin, R. & Hyppönen, H. & Pesonen, J. & Horila, J. & Lehtonen, Y. & Leskinen, J. & Westersund, M. & Jo-
kitalo, J. 2010. Johtajan käsikirja. Tampere: Juvenes Print Oy

Koffert, T. & Kuusi, K. 2002. Depressiokoulu. Helsinki: SMS-Tuotanto Oy

Käypä hoito. 2014. Depressio. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50023> Luettu
1.10.2015.

Lindfors, O. 2014. Psykoedukaatio ja itseapuoppaat masennustilojen hoidossa. Duodecim.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=299CEDF3B325CC6A14AC0723D7F36A89?id=nak06934> Luettu 26.10.2015

Lönnqvist, J. & Heikkinen, M. & Henriksson, M. & Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) 1999. Psykiatria. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim.

Mankad, M. & Beyer, J. & Weiner, R. & Krystal, A. 2010. Clinical Manual of Electroconvulsive Therapy Arlington: American Psychiatric Publishing Inc.

Masennusinfo. 2015. Depressiohoitajan näkökulmaa masennukseen.
http://masennusinfo.fi/hoito/Depressiohoitajan_nakoekulmaa_masennukseen
Luettu 26.10.2015.

- Mielenterveystalo. 2015. Psykoedukaatio. HUS.
<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/oireenhallinta.aspx> Luettu 26.10.2015
- Mielenterveystalo. 2014. Tietoa psykoosista: Haavoittuvuus-stressi-malli (2014) HUS. https://www.youtube.com/watch?v=p_GA0yOI-A4
- Psykoterapia perustuu keskusteluun ja vuorovaikutukseen. Masennusinfo. http://masennusinfo.fi/masennus/Mielenterveys_on_tarkea_osa_terveytta Luettu 20.10.2015
- Ritschkoff, J. & Vataja, R. 2009. Sähköhoitoa ei saa unohtaa. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 125:5, 480-482
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo97878& Luettu 23.10.2015
- Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2014. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy
- Salminen, A. 2011. Mikä on kirjallisuuskatsaus? Vaasan yliopiston julkaisuja. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf Luettu 28.10.2015
- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita Prima
- Vuorilehto, M. & Riihimäki, K. 2014. Depression hyvä hoito perusterveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 69:48, 3259-3264

Ryhmänvetäjän muistilista

- Valmistele ryhmän toteutus etukäteen
 - Varaa tila, jossa ryhmä järjestetään
 - Käy materiaali läpi ennen sen esittämistä
- Mieti etukäteen aloitus ja lopetus. Ryhmätilanne kulkee sujuvammin.
- Muista esittäytyä, varsinkin jos ryhmässä on vieraita jäseniä.
- Pyydä jäsenten kertomaan etunimensä. Esittäytyminen ja osallistujien tietäminen lisää osallistujien luottamusta ryhmäläisiin.
- Käy läpi yhteiset pelisäännöt. Esimerkiksi käyttäytyminen ryhmässä, saako käydä tupakalla kesken ryhmän, kuultuja henkilökohtaisia asioita ei kerrota eteenpäin ja ei puhuta toisten päälle
- Arvioi ryhmän kesto osallistujille
- Ole tasapuolinen. Kannusta kaikkia osallistumaan. Tarvittaessa jaa puheenvuoroja, jos joku vie liikaa huomiota tai joku ei osallistu ollenkaan. Pakko ei ole vastata.
- Ole innostunut, se välittyy ryhmään.
- Lopetuksen jälkeen pyydä palautetta
- Muista kiittää osallistujia.
- Lopuksi mieti omaa toimintaa. Mitä voisi tehdä ensikerralla paremmin?

Depressio eli masennustila

Masennus tarkoittaa tunnetta

- Masennus on tunne, jonka jokainen tuntee esimerkiksi epäonnistumisen tai pettymyksen jälkeen. Arkikielessä puhuttaessa masennuksesta voidaan tarkoittaa hetkellistä tunnetta. Depressiossa eli masennustilassa masennuksen tunne muuttuu kuitenkin hetkellisestä pysyvämmäksi tunnevireeksi, joka voi kestää viikkoja, kuukausia ja joskus jopa vuosia riippuen sairauden vakavuudesta.

Depressio on pitkäaikainen masentunut tunnevire

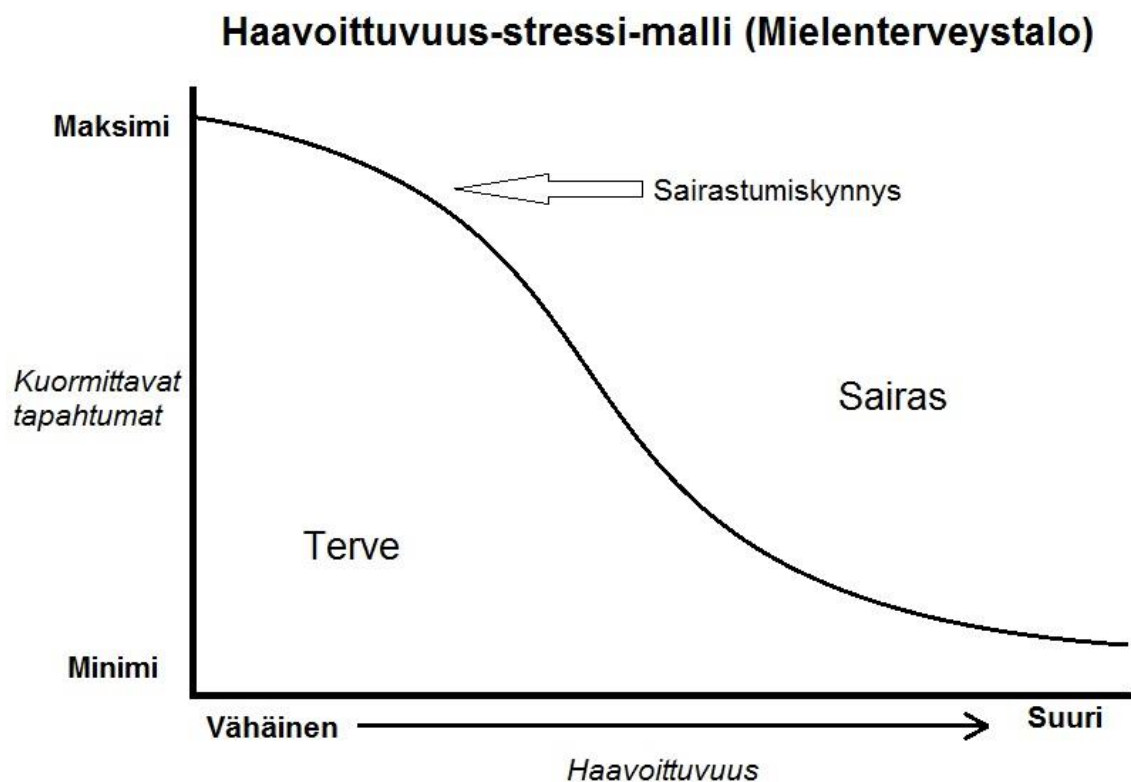
- Depressio eli masennustila on sairaus, jossa henkilö kärsii jatkuvasta alakuloisuudesta ja hänen kykynsä tuntea kiinnostusta tai mielihyvää on heikentynyt tai kadonnut. Depressio laskee merkittävästi sairastavan toimintakykyä.

Yhteiskunnallinen merkitys

- Vuosittain depressiosta kärsii noin 4-5 % suomalaisista. Masennustilaan liittyy selvä itsemurhariski, joka on miehillä naisia suurempi. On arvioitu, että Suomessa tehdään vuodessa 600 itsemurhaa, johon liittyy masennustila. Kahteen kolmasosaan kaikista itsemurhista on todettu liittyvän masennustila. Depressio aiheuttaa merkittävästi myös työkyvyttömyyttä Suomessa. Tällä hetkellä se on suurin työkyvyttömyyseläkkeen aiheuttaja. Vuonna 2013 on arvioitu 35 500 työikäisen olevan työkyvyttömyyseläkkeellä masennuksen takia. Pelkästään vuonna 2013 masennuksesta johtuvia uusia työkyvyttömyyseläkkeitä myönnettiin noin 3600 kappaletta.

Miksi sairastutaan?

- Masennuksen voi laukaista elämäntapahtuma tai pitkittynyt stressi.
- Joillain ihmisillä on geneettinen taipumus sairastua helpommin ja sitä selitetään haavoittuvuus-stressi-mallilla, jossa osa ihmisistä on haavoittuvaisempia sairastumaan mielenterveyssairauksiin.
- Haavoittuvuus-stressi-mallissa selitetään: ihminen, jolla on suuri haavoittuvuus-alttius (eli sairastumisriski) sairastuu pienemmästä stressimäärästä.



Masennuksen tunnistaminen

Diagnosointi

- Masennuksen diagnoosin tekee lääkäri. Lääkäri käyttää usein apunaan masennusseuloja. Diagnoosin tekemiseen on tärkeä tietää esitiedot esimerkiksi miten pitkään mieliala on ollut alakuloinen ja miten se näkyy arkielämässä. Jotta masennusdiagnoosi tehdään, masennuksen pitää aiheuttaa merkittävää kärsimystä ja haittaa.
- Masennuksen vaikeusastetta arvioidaan oireiden lukumäärän mukaan: lievä 4-5, keskivaikea 6-7 ja vaikea 8-10 oiretta.
- Masennuksen oireet voivat johtua jostain somaattisesta sairaudesta, kuten foolihapon tai B12-vitamiinin puutoksesta, sydän- tai aivoinfarktista, endokrinologisista häiriöistä, pahanlaatuisesta kasvaimesta tai neurologisesta sairaudesta. Masennuksen somaattiset syyt pitää pois sulkea. Pois pitää myös sulkea mahdollisen lääkehoidon tai päihteiden käytön aiheuttamat masennustilat ja muut mielisairaudet.
- Masennusseulat antavat konkreettista suuntaa depression vakavuudesta ja oireista. Osastolla käytetään yleensä MADRS-masennusseulaa ja joskus BDI-masennusseulaa.

Itse tunnistamisohjeita ja oireita

- Oireita ja tunnusmerkkejä masennukseen on monia. Sairastavalla on jatkuva alakuloisuuden, surun, turtuneisuuden ja ärtyneisyyden tunne. Omat velvollisuudet voivat tuntua ylittävältä, mikä lisää aloitekyvyttömyyttä, saamattomuuden sekä väsymyksen tunnetta.
- Unen saaminen voi olla vaikeaa tai uni voi olla katkonaista. Henkilö voi kokea vaikeaksi tulla toimeen muiden ihmisten kanssa ja kokea syyllisyyttä. Hän voi myös tuntea, että ansaitsee tulla rangaistuksi.
- Fyysisinä tuntemuksina/oireina on ruokahaluttomuus tai ruokahalun lisääntyminen sekä erilaiset kipu- ja särkytilat. Ruokahaluttomuus voi johtaa depressiota sairastavalla painonlaskuun ja ruokahalun lisääntyminen painonnousuun.
- Seksuaalisissa toiminnoissa voi ilmetä häiriöitä, useimmiten haluttomuutta.
- Kokonaisuudessaan masentunut on negatiivinen, itsetunto on laskenut ja hän kokee itsensä arvottomaksi.
- Usein potilas ei itse tunnista masentunutta mielialaansa eikä hahmota kärsimystään depressioksi.
- Vaikeassa depressiossa voi ilmetä psykoottisia oireita. Näitä voivat olla esimerkiksi todellisuuden tajun hämärtyminen, harhat tai harhaluulot.
- Vaikean masennuksen psykoottiset oireet pitää aina hoitaa psykoosilääkkeillä.

Depression hoito yleisesti

- Depression tehokkaimmaksi hoidoksi on todettu vaikuttavaksi osoitetun psykoterapian ja lääkehoidon yhdistelmä. Lääkehoidon merkitys kasvaa mitä vakavammasa masennuksesta on kyse. Keskivaikeassa ja vaikeassa masennuksessa voidaan käyttää apuna sähköhoitoa lääkehoidon ohella. Sähköhoitoa tehdään Etelä-Karjalan keskussairaalassa.
- Masennuksen hoitaminen on pitkä prosessi ja se jatkuu osastohoidon jälkeen avohoidossa.

Psykoterapia

- Ammatilliseen keskusteluun ja vuorovaikutukseen perustuva hoitomuoto
- Monia erilaisia ja ne on todettu tehokkaiksi lievien ja keskivaikeiden masennuksien hoidoissa. Lievässä masennuksessa psykoterapia voi olla yksittäinen hoitomuoto, mutta vaikeammissa depressioissa tarvitaan avuksi lääkehoito.
- Tavoitteena on löytää syy masennuksen taustalla, sitä ylläpitävät tekijät sekä opettaa ja auttaa masentunutta löytämään uudenlaisia ratkaisuja sekä suhtautumistapoja omaan elämäntilanteeseen. Masennusta sairastava usein ajattelee kaikki asiat negatiivisesti ja pessimistisesti, joten psykoterapialla pyritään edistämään toipumista vaikuttamalla näihin ajatusmalleihin, mielikuviin, tunne-elämään, minäkäsitykseen ja toimintatapoihin.

ECT

- Sähköhoito on käytetty hoitomuoto vaikean ja psykoottisen masennustilan hoidossa.
- Sähköhoito on todettu lääkehoitoa tehokkaammaksi hoitomuodoksi vaikean masennustilan hoidossa
- Yksi turvallisimmista nukutuksessa annettavista lääketieteellisistä hoidoista
- Sähköhoidossa potilaalle annetaan sähköä, mikä aiheuttaa aivokuorelle paikallisalkuisen epileptisen purkauksen, josta syntyy kouristus
- Epäillään, että sähköhoito todennäköisesti palauttaa häiriintyneitä välittäjäainemääriä joko lisäämällä niiden pitoisuutta keskushermostossa tai aktivoimalla niiden reseptoreja
- Sähköhoito voi lieventää oireita tai poistaa ne kokonaan
- Haittavaikutuksina voi ilmetä muistihäiriöitä sähköhoitopäivinä ja sähköhoitojakson aikana sekä lihaskipua ja sekavuutta, jotka ovat kuitenkin ohimeneviä
- Vain omalla suostumuksellaan
- Hoitokertoja annetaan sarjana kahden tai kolmen viikon ajan kolme kertaa viikossa. Sarjassa sähköä annetaan yleensä 6-12 kertaa
- Sähköhoitoa voidaan antaa myös ylläpitohoitona, jossa potilas tulee väliajoin poliklinisesti sähköhoitoon

Itsehoito

- Humalajuomisen välttäminen
- Liikunta, vähäinenkin parantaa vointia
- Miellyttävän tekemisen lisääminen, pikkuasiat. Esimerkiksi
 - Pukeutuminen mukaviin vaatteisiin
 - Hyvän ruoan syöminen
 - Ystävien ja kavereiden tapaaminen
 - Elokuvissa käynti
 - Hyvän kirjan lukeminen
 - yms. Pienet asiat, mitkä itse kokee miellyttävänä
- Tekemisen suunnittelu, esim. yllä mainitut
- Kiinnittää huomiota omiin negatiivisiin ja pessimistisiin ajatuksiin ja pyrkiä kääntää ne positiivisiksi.
 - Esimerkiksi "Minussa ei ole mitään hyvää" tai "mikään ei koskaan suju minulta." → "Vaikka nyt mokasin, voin oppia siitä tulevaisuuden varalle."
- Kirjallisuutta: Irti masennuksesta, Depressiokoulu
- Verkko-ohjelma Moodgym

Depression lääkehoito

Lääkehoidon tärkeys

- Yksi masennuksen hoidon tärkeimmistä osa-alueista
- Masennuslääkkeistä apua saa noin kaksi kolmasosaa depressiopotilaista ja lääkkeen teho on sitä ilmeisempi, mitä vaikeampi depressio on kyseessä
- Jaetaan kolmeen eri vaiheeseen: akuuttivaiheeseen, jatkohoitoon ja ylläpitohoitoon
- Yleensä potilaan vointi ei kohene ensimmäisten viikkojen aikana, koska depressiolääkkeiden vaste alkaa hitaasti
- Hidas lääkkeen vaste rajoittaa lääkehoidon tehoa huonon hoitoon sitoutumisen ohella
- Lääkkeillä on haittavaikutuksia, jotka helpottavat kehon totuttua niihin
- Joidenkin haittavaikutuksien takia pitää lääkeaine vaihtaa sopivampaan
- Depressio voi olla myös lääkeresistenssi. Lääkeresistentiksi depressioksi kutsutaan tilaa, jossa depressioon ei saada vastetta
- Depressiojakson uusiutuminen on tavallista (≥ 50)
- Korkean uusiutumisriskin takia masennuslääkehoitoa jatketaan aina vähintään puoli vuotta oireiden poistuttua
- Depressiolääkitys lopetetaan porrastetusti pienentämällä annosta ja vointia seuraten.
- Liian nopea lääkehoidon lopetus voi aiheuttaa pahoinvointia, ripulia, erilaisia vatsavaivoja, väsymystä, ahdistuneisuutta, ärtyisyyttä, huimausta ja hikoilua.
- Pieni kielteinen tapahtuma voi laukaista uuden depressiojakson, jos lääkehoito on lopetettu liian aikaisin.
- Jos oireet palaavat jatketaan lääkehoitoa 4-9 kuukauteen
- Estolääkitystä suositellaan, jos masennusjaksoja on esiintynyt useasti viiden vuoden aikana

Lääketaulukko

Geneerinen nimi	Lääkevalmiste	Tavallisimmat haittavaikutukset
Selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät (SSRI)		pahoinvointi, suolisto-oireet ja seksuaalitoimintojen häiriöt
Essitalopraami	Ciprallex®	
Fluoksetiini	Seromex® Seronil®	
Fluvoksamiini	Fluvosol®	
Paroksetiini	Optipar® Paroxetin® Seroxat®	
Sertraliini	Sertralin® Zoloft®	
Sitalopraami	Cipramil® Citalopram® Sepram®	
Kaksoisvaikutteiset masennuslääkkeet		
Bupropioni	Voxra® Zyban®	Päänsärky, unettomuus, pahoinvointi
Duloksetiini	Cymbalta® Yentreve®	Pahoinvointi, suun kuivuminen, päänsärky, uneliaisuus
Milnasipraani	Ixel®	Pahoinvointi, sydämentykytys, virtsaamisongelmat
Mirtatsapiini	Remeron® Trimazimyl® Mirtazapin®	Väsymys, painon nousu
Venlafaksiini	Efexor® Venlafaxin®	SSRI:n kaltaiset
Trisykliset masennuslääkkeet		Suun kuivuminen, näön hämärtyminen, huimaus, ummetus, virtsaamisvaikeudet, turvotus
Amitriptyliini	Triptyl® Klotriptyl®	
Doksepiini	Doxal® Dexedyn®	
Klomipramiini	Anafranil®	
Nortriptyliini	Noritren® Nortyl®	
Trimipramiini	Surmontil®	
Muut masennuslääkkeet		
Agomelatiini	Valdoxan®	Päänsärky, huimaus
Mianseriini	Tolvon® Miaxan®	Väsymys, huimaus
Moklobemidi	Aurorix® Moclobemid®	Unettomuus, huimaus
Tratsodoni	Azona®	Väsymys, huimaus, rytmihäiriöt