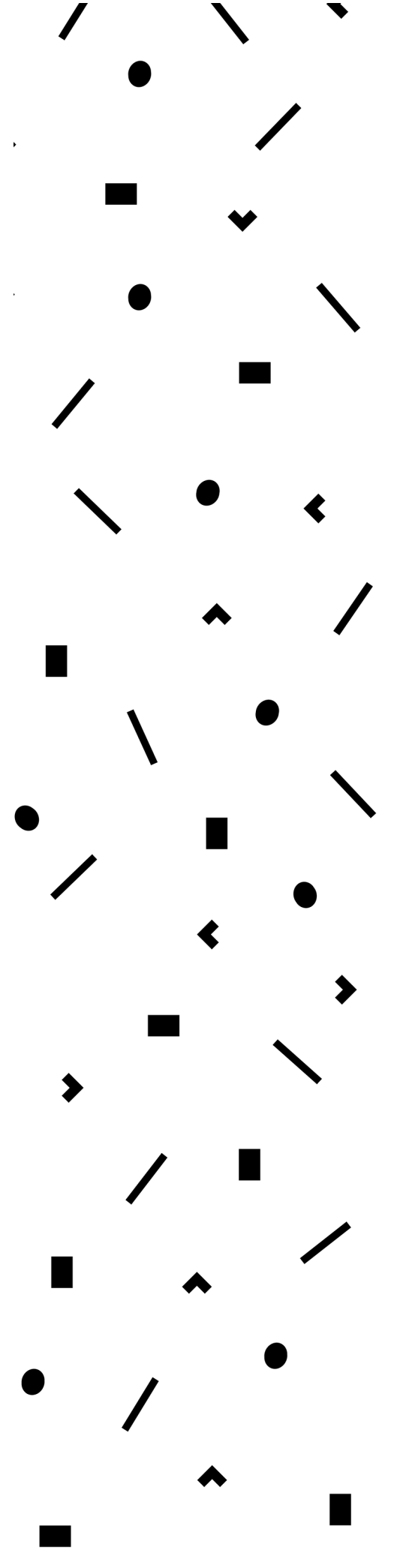




LAMK

Lahden ammattikorkeakoulu
Lahti University of Applied Sciences

MASENNUKSEN LÄÄKKEETÖN HOITO

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Sairaanhoitaja
Syksy 2018
Petra Nikuri

Tiivistelmä

Tekijä(t) Nikuri, Petra	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Valmistumisaika Syksy 2018
	Sivumäärä 44	
Työn nimi Masennuksen lääkkeetön hoito Kuvaileva kirjallisuuskatsaus		
Tutkinto Sairaanhoitaja		
Tiivistelmä Opinnäytetyöni aiheena on masennuksen lääkkeetön hoito. Työ toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Työn tavoitteena on tutkia, mitä näyttöön perustuvaa tietoa löytyy masennuksen lääkkeettömistä hoitokeinoista. Opinnäytetyön teoriaosuudessa käydään läpi masennukseen liittyviä käsitteitä ja karotitetaan erilaisia masennustiloja. Teoriaosuudessa käydään läpi myös masennuksen diagnosointi ja keskeisimmät oireet. Lähteinä käytettiin sekä kirja- että sähköisiä lähteitä. Tutkimusosuudessa käydään läpi kuusitoista eri keinoa masennuksen hoitoon lääkkeettömästi. Näitä keinoja ovat erilaiset psykoterapiat, neuromodulaatiohoidot, musiikki- ja taideterapia, liikunta, ravitsemus, kirkasvalohoito ja mindfulness. Lähes jokaisesta hoitokeinosta on mainittu yksi tai useampi tutkimus. Opinnäytetyön tiedonhaussa käytettiin neljää eri tietokantaa: Pubmed, Medic, PsycINFO ja Cinahl. Tiedonhaku suoritettiin käyttämällä lähinnä englanninkielisiä hakusanoja, kuten 'Depression AND Physical Activity'. Tutkimustuloksia rajasin muun muassa julkaisuvuoden perusteella. Opinnäytetyöhön valikoitui lopulta 14 tutkimusta. Tutkimusten perusteella jokaiselle tutkimukseen mukaan otetulla lääkkeettömällä hoitokeinolla oli positiivisia vaikutuksia masennuksen hoidossa.		
Asiasanat Masennus, lääkkeetön hoito, psykoterapia, neuromodulaatiohoidot		

Abstract

Author(s) Nikuri, Petra	Type of publication Bachelor's thesis	Published Autumn 2018
	Number of pages 44	
Title of publication Non-Pharmacological Treatment for Depression Descriptive literature review		
Name of Degree Nurse		
Abstract The topic of this thesis is Non-Pharmacological Treatment for Depression. The thesis was executed as descriptive literature review. The aim for this thesis was to research various non-pharmacological treatments for depression. Concept of depression and various types of depression are discussed in the theoretical part of the thesis. Also in this part the diagnosis of depression and the main symptoms are explained. Both book and electrical sources were used in this part. Sixteen different non-pharmacological treatment options are explained in the study part of thesis. These treatment options are different kinds of psychotherapies, neuromodulation treatment, music and art therapy, physical activity, dietary, bright light therapy and mindfulness. Four different databases were used on this thesis. These databases were Pubmed, Medic, PsycINFO and Cinalh. Information retrieval was carried out using English keywords like 'Depression AND Physical Activity'. Research results were limited for example by publishing year. At the end fourteen studies were chosen for the thesis. Based on the studies used on the thesis all the non-pharmacological treatment options have a positive effect on the treatment of depression.		
Keywords Depression, non-pharmacological-treatment, psychotherapy, neuromodulation treatment		

SISÄLLYS

KÄSITTEISTÖ	1
1 JOHDANTO	2
2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS.....	4
3 DEPRESSIO.....	5
3.1 Depression ja masennusten käsitteet	5
3.2 Depressiiviset häiriöt.....	5
3.3 Depression diagnosointi.....	7
3.4 Depression hoito	8
3.4.1 Lääkehoito	9
3.4.2 Lääkkeetön hoito	10
4 LÄÄKKEETTÖMÄT HOITOKEINOT.....	11
4.1 Psykoterapia	11
4.1.1 Psykodynaaminen psykoterapia.....	12
4.1.2 Kognitiivinen psykoterapia.....	12
4.1.3 Interpersoonallinen psykoterapia	13
4.1.4 Ratkaisukeskeiset terapiat	14
4.1.5 Nettiterapiat	15
4.2 Neuromodulaatiohoidot.....	15
4.2.1 ECT-hoito	15
4.2.2 Transkraniaalinen magneettistimulaatio.....	17
4.2.3 Syväaivostimulaatio.....	18
4.2.4 Aivojen tasavirtastimulaatio.....	19
4.2.5 Vagushermon stimulointi	19
4.3 Musiikkiterapia	20
4.4 Kuvataideterapia	20
4.5 Kirkasvalohoito.....	21
4.6 Liikunta.....	21
4.7 Ravitsemus	22
4.8 Mindfulness.....	24
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	25
5.1 Kirjallisuuskatsaukset.....	25
5.2 Tutkimuskysymys.....	25
5.3 Aineiston keruu	26

5.4 Sisällönanalyysi	28
6 TULOKSET.....	30
7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	32
8 POHDINTA.....	33
LÄHTEET	34
LIITTEET	39

KÄSITTEISTÖ

AQoL-8D	Käytetään mittaamaan elämänlaatua (Richardson 2014).
BDI	Beckin depressioasteikko eli masennusmittari (Käypä hoito 2016).
DASS	Käytetään masennuksen, ahdistuksen ja stressin mittaamiseen (Psychology Foundation of Australia 2018).
DEPS	Suomessa kehitetty masennusmittari (Pajunen 2016).
DPS	Syväaivostimulaatio (Deep Brain Stimulation). Neuromodulaatiohoito, jossa aivoihin asennetaan kaksi elektrodia, joiden kautta aivoihin johdetaan sähkövirtaa (Hiltunen 2018).
ECT	ECT-hoidolla tarkoitetaan sähköhoitoa (Isometsä 2017).
HAM-D	Hamiltonin depressioasteikko on psykiatriassa yleisimmin käytetty masennusasteikko. (Koponen 2016)
MADRS	Montgomery-Åsbergin depressioasteikko on psykiatriassa käytettävä masennustesti, jolla mitataan masennuksen tasoa (Koponen 2016)
PANAS	Koostuu kahdesta mieliala asteikosta, toisella mitataan positiivisia vaikutuksia ja toisella negatiivisia vaikutuksia (Watson & Clark 2018).
SNRI	Masennuslääkeryhmä, serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjät (Isometsä & Leinonen 2017).
SSRI	Masennuslääkeryhmä, serotoniinin takaisinoton estäjät (Isometsä & Leinonen 2017).
TMS	Transkraniaalinen magneettistimulaatio. Neuromodulaatiohoito, jossa stimuloidaan vasenta aivolohkoa magneettikentän avulla (Hiltunen 2018).
VNS	Vagushermostimulaatio (Vagus Nerve Stimulation). Neuromodulaatiohoito, jossa vagushermoon asennetaan muutama elektrodi sähkövirran johtamiseksi. (Hiltunen 2018).

1 JOHDANTO

On arvioitu, että masennuksesta kärsii vuosittain noin 30 miljoonaa eurooppalaista. Sen vuosittaiset kustannukset nousevat Euroopan tasolla noin 610 miljardiin euroon. Merkittävimmän osan tästä muodostavat työntekijöiden sairauspoissaolot ja heikentynyt työteho. WHO:n mukaan vuoteen 2030 mennessä masennus tulee olemaan suurin työkyvyttömyyden aiheuttaja maailmalla. (Wahlbeck 2015.)

Suomessa Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) arvioi, että noin joka viides suomalainen sairastuu elämänsä aikana masennukseen (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015), mikä tekee siitä vakavan kansanterveydellisen ongelman. Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien jälkeen masennus on yleisin työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen syy Suomessa (Suomen Mielenterveysseura 2018). Vuonna 2015 on arvioitu, että jopa 37 000 suomalaista oli eläkkeellä masennuksen vuoksi (Tolonen 2016). Masennus altistaa myös itsemurhalle ja Suomessa tehdään noin 600 masennustilaan liittyvää itsemurhaa vuosittain (Käypä hoito 2016).

Altistavia tekijöitä masennuksen puhkeamiselle ovat muun muassa perinnöllinen taipumus, persoonallisuuden masennukselle altistavat piirteet ja masennuksen laukaisevat kielteiset elämäntapahtumat. Näitä elämäntapahtumia voivat olla esimerkiksi läheisen menehtyminen, ero tai työpaikan menetys. Masennuksen ydinoireita ovat masentunut mieliala, mielihyvän menetys ja väsymysoireet. (Käypä hoito 2016.)

Masennuksen keskeisenä hoitona Suomessa on lääkehoito. Masennuslääkkeillä on kuitenkin melko paljon erinäisiä sivuvaikutuksia, esimerkiksi ruuansulatuselimistöön liittyviä. Tiettyjen masennuslääkeryhmien, kuten trisyklisten masennuslääkkeiden, käyttö on nykyäänä jäänyt vähemmälle juuri niiden aiheuttamien vakavien sivuvaikutusten vuoksi. (Isometsä 2017.) Sivuvaikutuksista huolimatta masennuksen käypähoitosuosituksessa tärkeimmiksi hoitokeinoiksi nimetään lääkehoito ja psykoterapia (Käypähoito 2016).

Masennukseen on olemassa myös muita hoitokeinoja lääkehoidon lisäksi. Näitä lääkkeitömiä hoitokeinoja ovat muun muassa psykoterapian eri muodot, liikunta, ravitsemus, mindfulness ja neuromodulaatiohoidot. Näillä kaikilla hoidoilla on tutkimusten valossa todettu olevan positiivisia vaikutuksia masennuksen hoitoon. (Isometsä 2017.)

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan masennuksen lääkkeettömiä hoitokeinoja ja niihin liittyviä tutkimustietoja. Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Tiedonhaussa käytettiin neljää eri tietokantaa: Pubmed, Medic, PsycINFO ja Cinahl. Näistä tietokannoista valittiin opinnäytetyöhön yhteensä 14 tutkimusta, jotka liittyvät masennuksen lääkkeettömiin hoitokeinoihin. Tutkimuksista suurin osa oli toteutettu kliinisinä tutki-

muksina ja muutama kirjallisuuskatsauksina. Suurin osa käytetystä materiaalista oli englanninkielistä.

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tavoitteena on tutkia kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla, mitä näyttöön perustuvaa tietoa löytyy masennuksen lääkkeettömistä hoitokeinoista. Työhön on koottu ainoastaan ne lääkkeettömät hoitokeinot, joilla on tutkimusten valossa todettu olevan positiivisia vaikutuksia masennuksen hoidossa.

Opinnäytetyön pääasiallisena tarkoituksena on tehdä kattava ja tiivis opinnäytetyö, jota hoitoalalla työskentelevät voivat käyttää tukena työskennellessään masentuneiden ihmisten kanssa ja tarjota heille lääkkeettömiä masennuksen hoitokeinoja lääkehoidon tueksi. Tarkoituksena on myös, että hoitoalan opiskelijat, masennuksesta kiinnostuneet ja masennusta sairastavat voivat hyödyntää opinnäytetyötäni.

3 DEPRESSIO

3.1 Depression ja masennusten käsitteet

Masennus -sanalla on useita eri merkityksiä sekä arkikielessä että ammattilaisten keskuudessa. Arkikielessä sanalla viitataan usein ohimenevään alakuloiseen mielialaan, joka voi johtua erilaisista pettymyksistä, epäonnistumisista tai menetyksistä. Masennuksen tunne on normaali reaktio tällaisiin tapahtumiin eikä vaadi sellaisenaan erityistä hoitoa. Se on normaalia mielialan vaihtelua, joka kuuluu elämään. Jos masennuksen tunne tai masentunut mieliala kestää pidempään, voi kyseessä olla erilaisista mielialahäiriöistä tai muista sairauksista johtuva oire. Tällöin asia vaatii usein lisäselvittelyä. (Kampman, Heiskanen, Holi, Huttunen & Tuulari 2017, 10)

Masennustilasta käytetään sanaa depressio, jolla viitataan yleiseen sairauteen. Depressiot kuuluvat mielialahäiriöihin psykiatrisissa tautiluokituksissa. Depression ydinoireena on pitkittynyt masentuneisuuden tunne, uupumus, unihäiriöt ja keskittymiskyvyttömyyden tunne. Depressio on sairaus, joka vaikuttaa elämään laajasti monilla eri osa-alueilla kuten työkyky, ihmissuhteet ja ylipäättään arjesta selviytyminen. Sairauden kesto voi vaihdella viikoista jopa vuosiin. (Kampman ym. 2017, 11).

3.2 Depressiiviset häiriöt

Depressioilla tarkoitetaan mielenterveyshäiriöitä, joissa tyypillistä on mielialan lasku ja mielihyvän kokemisen heikentyminen. Depressioita voi esiintyä missä elämänvaiheessa tahansa lapsuudesta vanhuuteen. ICD-10 tautiluokituksen mukaan depressiiviset häiriöt luokitellaan Mielialahäiriöt (affektiiviset häiriöt) -pääryhmän alle eli välille F30-39. Tähän ryhmään kuuluvat masennustila (F32), toistuva masennustila (F33) ja pitkäaikainen masentuneisuus eli dystymia (F34). (Lönngqvist 2017.)

ICD-10 tautiluokitus (International Classification of Disease and Related Health Problems) on julkaistu ensimmäisen kerran jo vuonna 1990. Siihen tehdään lisäyksiä lähes vuosittain. ICD-10 tautiluokitusta käytetään muun muassa kliinisessä hoitotyössä diagnoosimerkintöjä tehdessä sekä tutkimus- ja kehittämistyössä. (Kela 2018.)

Masennustilan alaryhmiä luokittelussa ovat lievä masennustila (F32.0), keskivaikea masennustila (F32.1) ja vaikea masennustila (F32.2). Masennuksen toistuessa se luokitellaan toistuvaksi masennukseksi (F33). Pitkäaikainen masennus eli dystymia on masennuksen lievempi ja kroonisempi muoto. Sen diagnosointi edellyttää tiettyjen oireiden esiintymistä yli kahden vuoden ajan. (Lönngqvist 2017.)

Muita depressiivisiä häiriöitä ovat lapsuuden aikainen mielialan säätelyhäiriö, premenstruaalinen dysforinen häiriö, somaattisen sairauden aiheuttama häiriö, kemialliseen aineeseen ja lääkkeeseen liittyvä depressiivinen häiriö, muut spesifiset depressiiviset häiriöt ja tarkemmin määrittelemätön depressiivinen häiriö. Nämä ovat tarkemmin esitelty Liitteessä 1. (Lönnqvist 2017.)

Depressiosta voidaan oirekuvan perusteella erottaa myös keskeiset kliiniset alaryhmät, joita ovat psykoottinen masennus, somaattinen oireyhtymä eli melankolinen masennus, epätyypillinen masennustila, synnytyksen jälkeinen masennus ja vuodenaikaan liittyvä masennustila. (Isometsä 2017.)

Psykoottista masennusta pidetään masennustilojen vaikeimpana muotona. Sen oirekuvan kuuluvat vaikea-asteisten masennusoireiden lisäksi psykoottisia oireita, kuten harhaluuloja ja aistiharhoja, sekä osassa tapauksia voimakkaita neuropsykologisia toimintahäiriöitä. Lääkehoitona käytetään sekä antipsykoottista- että depressiolääkitystä. ECT- eli sähköhoidon on todettu olevan tehokkain hoitomuoto psykoottiseen masennukseen. (Isometsä 2017.)

Somaattinen oireyhtymä eli melankolinen depressio on depression alamuoto, joka on aiemmin tunnettu nimellä sisäsyntyinen masennus. Se on usein oirekuvaltaan vaikea ja usein myös psykoottinen. Melankolisen depression keskeisimpiä oireita ovat aamuyön unettomuus, mielialan vaihtelu vuorokauden mukaan, mielialan vaihtelu riippumatta ympäristön tapahtumista, psykomotorinen hidastuminen tai kiihtyneisyys, ruokahalun menetys ja laihtuminen, seksuaalisen vietin lasku ja voimakas, jopa harhaluulon asteinen, syyllisyydentunne. Hoitomuodoista eniten tehoa on havaittu biologisilla hoitomuodoilla. Lääkehoidossa kaksoisvaikuttavilla lääkkeillä on todettu hieman parempi vaste kuin serotoniinin takaisinoton estäjillä. (Isometsä 2017.)

Epätyypillinen masennustila eli atyyppisen masennustilan oireita ovat niin sanotut käänteiset vegetiiviset oireet: liikaunisuus, lisääntynyt ruokahalu ja lihominen. Lääkehoidossa tulisi välttää sedatiivisiä masennuslääkkeitä ja suosia esimerkiksi MAO-estäjiä ja serotoniinin takaisinoton estäjiä. Psykoterapeuttisista hoidoista on myös tutkimusten mukaan ollut hyötyä. (Isometsä 2017.)

Synnytyksen jälkeisellä masennustilalla tarkoitetaan noin neljän viikon kuluttua synnytyksestä alkavaa masennustilaa. Masennuksen hoitoon voidaan käyttää tavallisia hoitomuotoja. Lääkehoidossa tulisi välttää fluoksetiinin ja trisyklisten masennuslääkkeiden käyttöä niiden pitkän puoliintumisajan vuoksi. Synnytyksen jälkeisessä masennuksen hoidossa voidaan hyödyntää myös lyhytpsykoterapiaa ja masennustilan ollessa vaikea ECT- eli sähköhoitoa. (Isometsä 2017.)

Vuodenaikaan liittyvä masennustila SAD (Seasonal Affective Disorder) on nimensä mukaisesti masennustila, joka liittyy vahvasti vuodenaikaan. Se ilmenee aina tiettyinä vuodenaikana ja helpottuu vuodenajan vaihtuessa. Talvikauteen liittyy esimerkiksi niin kutsuttu kaamosmasennus, jonka hoitona voidaan käyttää kirkasvalohoitoa ja lääkehoitoa. (Isometsä 2017.)

3.3 Depression diagnosointi

Masennuksen diagnosointi perustuu aina kliiniseen tutkimukseen, jonka lääkäri suorittaa (Isometsä, 2017). Diagnosoinnin apuna käytetään ICD 10 -tautiluokitusta. Masennusdiagnoosi voidaan asettaa, jos seuraavista masennuksen ydinoireista vähintään kaksi on kestänyt yhtäjaksoisesti kahden viikon ajan ja ilmenneet suurimman osan ajasta:

1. Masentunut mieliala
2. Kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen sellaisia asioita kohtaan, joista henkilö on tavallisesti ollut kiinnostunut tai jotka ovat tuottaneet hänelle mielihyvää
3. Vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys

Ja jos seuraavista oireista (vähintään neljä mukaan lukien yllä mainitut oireet) jokin tai jotkin ovat kestäneet vähintään kahden viikon ajan ja ilmenneet suurimman osan ajasta:

1. Ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painonmuutos
2. Unettomuus tai liiallinen nukkuminen
3. Alentunut itsetunto tai arvottomuuden tunteet
4. Perusteettomat tai kohtuuttomat itsesyytökset ja syyllisyydentunteet
5. Koettu tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä päättämättömyytenä tai asioiden jähkailuna
6. Fyysinen kiihtymys tai hidastuneisuus, joka voi olla koettu tai havaittu
7. Toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2015.)

Masennuksen vaikeutta arvioitaessa otetaan huomioon oireiden lukumäärä: lievässä masennuksessa oireita on 4-5, keskivaikeassa 6-7 ja vaikeassa 8-10 oireita. Masennusta voidaan myös arvioida erilaisten mittareiden avulla kuten Beckin depressioasteikon (BDI) avulla. (Käypä hoito 2016.)

Käypä hoidon sivuilla masennuksen tärkeimmiksi hoitokeinoiksi nimetään lääkehoito ja erilaiset psykoterapeuttiset hoidot. Paras hoitotulos saavutetaan, kun niitä käytetään samanaikaisesti. Masennuksen hoito voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen: akuuttihoito, jatkohoito ja ylläpitohoito. (Käypä hoito 2016.)

3.4 Depression hoito

Depression hoito jaetaan kolmeen eri vaiheeseen: akuuttihoito, jatkohoito ja ylläpitohoito. Akuuttihoitoon tärkeimpänä tavoitteena on mahdollisimman pikainen ja täydellinen toipuminen. Jatkohoidon pääasiallisena tavoitteena voidaan pitää masennustilan välittömän uusiutumisen ehkäisemistä. Ylläpitohoidolla tavoitellaan potilaan suojaamista taudin uudelleen puhkeamiselta. (Isometsä 2017.)

Akuuttihoitossa ensi askeleena on elimellisen mielialahäiriön poissulkeminen erinäisin somaattisin tutkimuksin. Tämän jälkeen arvioidaan masennuksen vaikeusaste ja havainnoidaan, onko masennuksen ohella psykoosioireita. Tärkeää on myös ottaa huomioon muut hoitoon vaikuttavat sairaudet, kuten persoonallisuushäiriö, ahdistuneisuushäiriö, päihdeongelma ja somaattiset sairaudet. Hoidon aikana arvioidaan potilaan itsetuhoariskia ja kartoitetaan toimintakykyä. Alla olevasta taulukosta (Taulukko 1.) voi nähdä akuuttivaiheen hoitokeinoja ja niiden hyötyjä verraten masennuksen vaikeusasteeseen. (Isometsä 2017.)

Hoitomuoto	Lievä	Keskivaikea	Vaikea	Psykoottinen
Psykoterapia	+	+	(+)	-
Masennuslääkkeet	+	+	+	+
Psykoosilääkkeet	-	-	-	+
ECT	-	-	+	+

Taulukko 1. Akuuttivaiheen hoito (Isometsä 2017).

Jatkohoitovaiheessa lääkkeiden ottoa on tärkeä jatkaa niin kauan, että oireet ovat olleet poissa puolen vuoden ajan. Jatkohoidon aikana potilaan tilaa tulisi seurata säännöllisesti ja arvioida ylläpitohoidon tarvetta. Tärkeää on myös tukea potilaan hoitomyönteisyyttä, informoida potilasta mahdollisesta uusiutumisriskistä ja kertoa selkeästi, mistä potilas voi hakea apua, jos oireita alkaa uudelleen esiintyä. (Isometsä 2017.)

Ylläpitohoidon aloitus on suositeltavaa, jos potilas on kärsinyt kolmesta tai useammasta keskivaikeasta masennusjaksosta. Ylläpitovaiheessa potilaan tilaa seurataan ajoittain.

Hoitomyöntyvyyden tukemista auttaa niiden lääkkeiden käyttö, joilla on mahdollisimman vähän haittavaikutuksia. Lääkehoidosta voidaan luopua asteittain, kun masennusoireita ei ole esiintynyt vuosiin. (Isometsä 2017.)

3.4.1 Lääkehoito

Suomessa masennuksen hoidossa tavallisimmin käytettyjä lääkkeitä ovat selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät eli SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) -lääkkeet, serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjät eli SNRI- (Serotonin-Norepinephrine-Reuptake-Inhibitors) -lääkkeet ja trisykliset lääkkeet. Tutkimusten mukaan suurimmat erot lääkkeiden välillä ovat lääkkeiden haittavaikutuksissa eikä tehossa niinkään. (Isometsä & Leinonen 2018, 76.)

SSRI-lääkkeet ovat olleet Suomessa käytössä jo noin 20 vuotta. Tällä hetkellä markkinoilla on kuusi tämän ryhmän lääkettä: essitalopraami, fluoksetiini, fluvoksamiini, paroksetiini, sertraliini ja sitalopraami. Keskeisimpiä eroja lääkkeiden välillä ovat puoliintumisaika, hinta ja lääkeaineiden yhteisvaikutusten riskit. SSRI-lääkkeiden etuna voidaan pitää helppoa annostelua: hoito voidaan aloittaa suoraan tehokkaalla hoitoannoksella ilman titraamisvaihetta ja lääke voidaan annostella yhtenä annoksena. Etuna voidaan pitää myös niiden tehoa ahdistuneisuushäiriön hoidossa, josta noin puolet masennuspotilaista kärsii. (Isometsä ym. 2017, 77.)

SSRI-lääkkeiden käytön haittavaikutuksina ovat pahoinvoinnin tunne (esiintyy noin 15-30% potilaista), ripuli ja vatsanväänteet. Muita haittavaikutuksia ovat unettomuus, hikoilu, päänsärky, alkuun lisääntynyt ahdistuneisuus ja seksuaaliset toimintahäiriöt (miehillä impotenssi ja ejakulaatiovaikeus, naisilla seksuaalinen haluttomuus ja orgasmivaikeus). SSRI-lääkkeet eivät merkittävästi eroa toisistaan haittavaikutusten ja tehon suhteen. Mutta joissakin tapauksissa lääkkeen vaihtamisesta ryhmän sisällä voi kuitenkin olla hyötyä. (Isometsä 2017.)

Serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjät (SNRI) kuuluvat SSRI-lääkkeiden ohella niin kutsuttuihin uusiin masennuslääkkeisiin. Niiden teho perustuu kaksoisvaikutukseen: ne estävät sekä serotoniinin että noradrenaliinin takaisinottoa. Tämän omaisuuden on toivottu lisäävän lääkeryhmän tehoa verrattuna SSRI-lääkkeisiin. Venlafaksiini on SNRI-lääkkeistä tunnetuin ja käytetyin. SNRI-lääkkeillä on pääosin samat haittavaikutukset kuin SSRI-lääkkeillä. (Isometsä 2017.) Muita uusia Suomessa markkinoilla olevia masennuslääkkeitä ovat agomelatiini, bupropioni, mianseriini, mirtatsapini, moklobemidi, reboksetiini, tratsodoni ja vortiooksetiini.

Trisykliset depressiolääkkeet ovat vanhin käytössä oleva masennuslääkeryhmä. Niiden käyttö on nykyaikana jäänyt vähemmälle niiden runsaiden haittavaikutusten vuoksi. Suomessa käytettäviä trisyklisiä masennuslääkkeitä ovat amitriptyliini, doksepiini, klomipramiini, nortriptyliini ja trimipramiini. Trisyklisten masennuslääkkeiden teho perustuu niiden tehokkaaseen noradrenaliinin takaisinoton estoon. (Isometsä 2017.)

Trisyklisten depressiolääkkeiden käyttö tulee aina aloittaa pienellä annostuksella haittavaikutusten välttämiseksi. Annosta lisätään asteittain, kunnes päästään tavoitetasolle. Oikean vuorokausiannoksen löytäminen on vaativaa, koska annoksen ja seerumipitoisuuden suhde vaihtelee huomattavasti. Näin ollen yliannostelu on vaarana ja potilailta tulisi seurata seerumipitoisuutta. (Isometsä 2017.)

Kuten aiemmin mainittiin, trisyklisillä depressiolääkkeillä on runsaasti haittavaikutuksia. Antikolinergisia haittoja ovat muun muassa suun kuivuminen, ummetus ja virtsaamisvaikeudet. Antihistaminergisiä haittoja ovat painon nousu ja sedaatio. Trisykliset depressiolääkkeet vaikuttavat myös sydämen johtoradan toimintaan ja vakava yliannostus voi johtaa kuolemaan. Tämän vuoksi itsetuhoisten potilaiden hoidossa tulisi välttää trisyklisiä depressiolääkkeitä. (Isometsä ym. 2017, 79.)

3.4.2 Lääkkeetön hoito

Masennuksen lääkkeettömiä hoitokeinoja ovat erilaiset psykoterapiat, joita ovat kognitiivinen psykoterapia, interpersoonallinen psykoterapia, psykodynaaminen psykoterapia, ratkaisukeskeiset terapiat ja nettiterapia. Muita lääkkeettömiä hoitokeinoja ovat neuromodulaatiohoidot eli ECT-hoito, transkraniaalinen magneettistimulaatio, syväaivostimulaatio, aivojen tasavirtastimulaatio ja vagushermon stimulointi. Näiden lisäksi tutkimustietoa löytyy liikunnan, ruokavalion, mindfulneksen, kirkasvalohoidon sekä musiikki- ja taideterapian vaikutuksesta masennukseen. (Isometsä 2017.) Lääkkeettömistä hoitokeinoista lisää seuraavissa kappaleissa.

4 LÄÄKKEETTÖMÄT HOITOKEINOT

4.1 Psykoterapia

Suomessa yleisesti käytettyjä psykoterapian muotoja ovat psykoanalyttinen terapia tai psykodynaaminen psykoterapia, kognitiivinen psykoterapia, kognitiivis-analyttinen psykoterapia, interpersoonallinen psykoterapia ja ratkaisukeskeinen psykoterapia (Huttunen, 2017, 85.) Näiden lisäksi lähivuosina on kehitetty nettiterapiaa, joka hyödyntää erilaisia internetin sovelluksia (Isometsä 2017).

Psykoterapian on todettu olevan erittäin tehokasta masennuksen hoidossa (Huttunen 2017, 85) ja se vaikuttavuutta on tutkittu useissa tutkimuksissa. Psykoterapiaa pidetään tärkeänä osana masennuksen hoitoa ja se sisältyy lääkehoidon lisäksi sekä kansainvälisiin että kansallisiin hoitosuosituksiin. (Kontunen 2017, 85.)

Psykoterapiassa hoitotuloksen saavuttamiseksi riittää usein melko lyhyt terapiasuhte, jopa alle 20 tapaamiskertaa (Kontunen 2017, 85). Usein potilas ja psykoterapeutti tapaa- vat 1-2 kertaa viikossa noin 45-50 minuuttia kerrallaan. Lyhytaikaisen psykoterapian kesto sovitaan etukäteen. (Isometsä 2017.)

Psykoterapia hoitomuotona sopii parhaiten potilaille, joilla masennuksen on laukaissut jokin tietty tekijä, esimerkiksi menetys. Tutkimukset ovat osoittaneet, että psykoottistasoisesta masennuksesta, vaikeasta persoonallisuushäiriöstä ja muilta oireiltaan vaikeasta masennuksesta kärsivät potilaat eivät hyödy psykoterapiasta. Parhaimman hyödyn psykoterapiasta saavat potilaat, joiden masennus on lievää tai keskivaikeaa ja joiden ongelmat ovat kapea-alaisia. (Isometsä 2017.)

Psykoterapiassa hoidon kohteeksi valitaan, jokin tietty ongelma-alue, jota lähdetään käsittelemään. Tällainen ongelma-alue voi olla esimerkiksi jo aiemmin mainittu ajankohtainen masennuksen laukaissut menetys. Tällöin hoidossa käydään läpi ajankohtaista menetystä, mahdollisia muita menetyksiä ja niiden herättämiä tunteita ja mielikuvia. Terapeutin tehtävänä on auttaa potilasta kuuntelemalla myötätuntoisesti, esittämällä tarkentavia kysymyksiä ja tekemällä tulkintoja potilaan puheiden perusteella. Lyhyessä psykoterapiassa korostuu terapeutin aktiivinen rooli. (Isometsä 2017.)

Pidempikestoiset psykoterapiat kestävät usein noin 2-4 -vuotta ja tapaamiskertoja on 1-3 kertaa viikossa. Pidemmissä psykoterapioissa hoidon kesto ei sovita etukäteen vaan hoito jatkuu, kunnes hoidolle asetetut tavoitteet on saavutettu. Tällöin terapiassa on mahdollista käsitellä monimuotoisia ongelmia perusteellisemmin kuin lyhytterapiassa. Pidem-

mässä psykoterapiassa terapeutin rooli on kuuntelevampi ja aihetta ei rajata samalla tavoin kuin lyhytterapiassa. (Isometsä 2017.)

Lyhytpsykoterapian hyödyistä on paljon tutkimuksia ja näiden valossa, sillä on todettu olevan selkeä hyöty lievän ja keskivaikean masennuksen hoidossa. Pitkäaikaista psykoterapiaa on tutkittu melko vähän, mutta tutkimusten valossa on pystytty osoittamaan terapiasta olevan merkittävästi hyötyä osalle potilaista. (Isometsä 2017.)

Aivojen kuvantamismenetelmät ovat kehittyneet vuosien varrella ja näin ollen psykoterapian vaikutuksia aivotoimintoihin on voitu mitata objektiivisesti eri kuvantamismenetelmillä. Aiemmin psykoterapian vaikutuksia on voitu arvioida ainoastaan kliinisillä arvioilla ja potilaiden omilla kokemuksilla. Kuvantamistutkimuksissa psykoterapian keskeisimmiksi vaikutuksiksi todettiin etuotsalohkon alueiden yliaktiivisuuden normalisoituminen ja limbisten alueiden aktiivisuuden lisääntyminen lepotilassa eli toisin sanoen psykoterapia normalisoi tunteiden käsittelystä vastaavien aivoalueiden reaktioita tunnepitoisiin ärsykkeisiin ja näin ollen vähensi masennusoireita. (Perämäki & Koivisto 2015.)

4.1.1 Psykodynaaminen psykoterapia

Psykodynaamisen psykoterapian perustana on tunnistaa varhaisten vuorovaikutustekijöiden, tunnetekijöiden ja sisäisten ristiriitojen merkitys persoonallisuuden kehityksessä sekä psyykkisten ongelmien muodostumisessa. Terapiamuoto sopii sekä akuuttivaiheeseen että pitkäaikaisen masennuksen hoitoon ja se voidaan toteuttaa joko yksilö-, pari- tai ryhmäterapiana. Siinä on tavoitteena auttaa potilasta käsittelemään vuorovaikutussuhteisiin liittyviä ristiriitojaan ja löytämään keinoja lievittää tai poistaa masennusoireilua lisääviä tekijöitä. (Lindfors 2017, 92.)

Tutkimuksissa on todettu, että noin puolet psykodynaamiseen psykoterapiaan osallistuneista toipuu masennustilasta muutaman kuukauden terapian jälkeen ja suurin osa muistakin osallistujista hyötyy siitä. (Lindfors 2017, 95).

4.1.2 Kognitiivinen psykoterapia

Psykoterapian muodoista kognitiivista psykoterapiaa on tutkittu psykoterapioista eniten ja sen vaikuttavuudesta on olemassa erittäin vahva näyttö (Isometsä 2017). Terapian on alun perin tuonut tunnetuksi yhdysvaltalaispsykiatri Aaron T. Beck, jota pidetään nykypäivänä kognitiivisen psykoterapian isänä (Aaron T. Beck Psychopathology Research Center 2018.) Kognitiivista psykoterapiaa käytetään lievien ja keskivaikeiden masennusten hoidossa (Isometsä 2017). Sen on myös todettu olevan erityisen hyödyllistä masennuksen

ollessa akuuttivaiheessa (Karila 2017, 95). Tavallisesti potilas ja psykoterapeutti tapaavat 15-25 kertaa (Isometsä 2017).

Kognitiivisen psykoterapian menetelmä perustuu kognitiiviseen teoriaan masennuksen etiologiasta. Sen lähtökohta on, että ”potilaan uskomukset eli kognitiot maailmasta liittyvät myös hänen tunnetilaansa, että nämä kognitiot ovat tietoisia tai voidaan muuttaa tietoisiksi ja että näitä uskomuksia muuttamalla voidaan myös muuttaa potilaan tunnetilaa”. (Isometsä 2017).

Kognitiivisessa psykoterapiassa keskitytään potilaan jäykkiin ja kielteisiin ajatuksiin ja uskomuksiin (Karila 2017). Sen tarkoituksena on auttaa potilasta tunnistamaan masennusta aiheuttavat ja sitä ylläpitävät uskomukset sekä havaitsemaan depressiivisiin tunteisiin liittyvät negatiiviset ajatukset. (Isometsä 2017). Terapiassa autetaan potilasta löytämään keinoja, joiden avulla hän pystyy kääntämään automaattiset kielteiset ajatukset ja tunteet tilanteeseen paremmin sopiviksi (Karila 2017).

Kognitiivisessa psykoterapiassa oleellista on potilaan oma aktiivinen työskentely ja potilaalle annetaan usein kotitehtäväksi pitää ajatuksistaan ja tunteistaan päivittäin kirjaa. Tämän avulla potilasta autetaan tunnistamaan ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen välisiä yhteyksiä. Psykoterapeutti ja potilas miettivät yhdessä automaattisten tunteiden todennukaisuutta ja selvittävät, mihin tosiasioihin potilaan uskomukset perustuvat. Näillä keinoilla hoidossa pyritään saamaan pysyvä muutos potilaan tavassa nähdä itsensä, maailmansa ja tulevaisuutensa. (Isometsä 2017.)

Kognitiivisen psykoterapian tukena käytetään usein käyttäytymisterapeuttisia eli behavioraalisia menetelmiä. Näistä on todettu olevan hyötyä erityisesti hoidon alkuvaiheessa. Käyttäytymisen aktivointi (behavioral activation) on myös itsenäisesti käytettynä hyvä keino depression lievittämiseen. (Isometsä (2017.)

Kognitiivisista psykoterapioista on useita eri hoitosuuntauksia. Uusista hoitosuuntauksista merkittävimmät ovat tutkimusten mukaan krooniseen masennukseen kehitetty CBASP (Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy) ja masennuksen uusiutumisen ehkäisyyn kehitetty MBCT (Mindfulness-based cognitive therapy). Yhtenä uutena hoitosuuntauksena on myös ACT (Acceptance and commitment therapy), mutta tutkimustieteen hyödyistä depression hoidossa on vielä heikko. (Isometsä 2017.)

4.1.3 Interpersoonallinen psykoterapia

Interpersoonallinen psykoterapia on lähtöisin Yhdysvalloista ja sitä on käytetty 1980-luvulta lähtien. Sen vaikuttavuudesta on vahva näyttö. Interpersoonallinen psykoterapia

on tarkoitettu käytettäväksi avohoidossa masennusta sairastavien potilaiden hoitotyössä. Sen perustana on psykoanalyttisen teorian interpersoonallinen suuntaus ja John Bowlbyn kiintymyssuhdeteoria (attachement theory). (Isometsä 2017.)

Interpersoonallinen psykoterapia on lyhytpsykoterapian muoto, jossa on 12-16 viikoittaista käyntikertaa. Interpersoonallinen psykoterapia on käytännönläheistä (Kontunen 2017, 102.) Sen lähtökohtana on ajatus, että useimmat masennustilat alkavat jonkin kielteisen elämänmuutoksen jälkeen. Terapian tavoitteena on auttaa potilasta tunnistamaan masennuksen alkuun liittyvä elämänmuutos ja löytämään keinoja, joilla edesauttaa sopeutumista muuttuneeseen elämäntilanteeseen. (Isometsä 2017.)

Interpersoonallisen psykoterapian hoitoprosessi jaetaan kolmeen vaiheeseen: aloitus-, keski- ja lopetusvaihe (Kontunen 2017, 103). Ensimmäinen vaihe kattaa kolme ensimmäistä tapaamista. Näillä tapaamisilla annetaan tietoa masennuksesta ja psykoterapiasta sekä määritellään ongelma-alue. Hoidon toisessa vaiheessa käsitellään hoidon kohteeksi valittua ongelma-aluetta ja siihen liittyviä potilaan kokemia tunteita kuten surua. Kolmannessa vaiheessa käsitellään hoitojakson kulkua ja valmistaudutaan hoidon päättymiseen. (Isometsä 2017.)

Interpersoonalliseen psykoterapiaan on kehitetty myös jatkohoitomuoto, jossa on terapeutti ja potilas tapaavat kerran kuukaudessa. Jatkohoitomuoto on tarkoitettu niille potilaille, joiden alttius masennuksen uusiutumiselle sairashistorian perusteella on suuri. (Isometsä 2017.)

4.1.4 Ratkaisukeskeiset terapiat

Ratkaisukeskeiset terapiat ovat yksinkertaisia ongelmanratkaisuun keskittyviä lyhytpsykoterapioita. Malli on kehitetty erityisesti perusterveydenhuollon käyttöön jo 1980-luvulla. Ratkaisukeskeinen terapia on lyhytterapiaa, joka koostuu 4-6 kerrasta, jotka kestävät noin 30-60 minuuttia kerrallaan. (Isometsä 2017.)

Terapiassa tulisi keskittyä asiakkaan toivomaan tulevaisuuteen menneiden ja nykyisten ongelmien sijaan. Mallissa ajatellaan, että yksilöt omaavat omasta takaa tarvittavat keinot ongelmiansa ratkaisuun. Tarkoituksena on auttaa asiakasta löytämään henkilökohtaiset merkitykselliset tavoitteet ja auttaa kasvattamaan asiakkaan omia voimavaroja (Barker 2009, 377).

Ratkaisukeskeisien ja ongelmanratkaisuterapioiden hyötynä voidaan pitää sitä, että terapeutina voi toimia terveyskeskuslääkäri tai sairaanhoitaja. Terapiamallista hyötyvät erityisesti lievää masennusta sairastavat henkilöt. Terapian tavoitteena on saada potilas itse

työskentelemään ongelmiansa ratkaisemiseksi ja samalla näin lievittää masennusta. (Isometsä 2017.) Terapiassa käytetään apuna kysymyssarjaa, jotta terapeutti pystyy ymmärtämään asiakkaan näkemyksiä ja kannustamaan asiakasta kohti positiivisia suuntauksia (Barker 2009, 377.)

4.1.5 Nettiterapiat

Lähivuosina on kehitetty paljon erilaisia internetiä hyödyntäviä sovelluksia koskien nettiterapiaa (Isometsä 2017). Niiden hyötynä voidaan pitää sitä, että terapia on ajasta ja paikasta riippumatonta. Nettiterapioissa käytetään valmista sähköistä oppimisympäristöä (Stenberg 2017, 120-121). Pääpaino on potilasopetuksella ja potilaan itse tekemillä tehtävillä, jotka on suunniteltu tukemaan toipumista. Terapeutti antaa tehtävistä usein palautetta sähköisesti (Isometsä 2017).

Nettiterapioiden on osoitettu olevan tehokkaita etenkin lievien masennusten hoidossa. (Stenberg 2017, 120-121). Malli soveltuu hyvin perusterveydenhuollon tueksi. (Isometsä 2017.)

4.2 Neuromodulaatiohoidot

Neuromodulaatiohoitoja ovat ECT-hoito eli sähköhoito, transkraniaalinen magneettistimulaatio, DBS-hoito eli syväaivostimulaatio, aivojen tasavirtastimulaatio ja vagushermostimulaatio. Neuromodulaatiohoitoja annetaan, kun lääkeshoidosta ei saada tarpeeksi suurta tai nopeaa vastetta. (Hiltunen 2018, 119.)

Neuromodulaatiohoitojen toimintatapa perustuu aivojen hermoston säätelyyn erilaisia menetelmiä käyttäen joko kohdennetusti tai laaja-alaisesti. Hoitojen avulla tehostetaan aivojen hermoverkkojen välistä informaation siirtoa ja lisätään aivojen muovautuvuutta. Hoitoja käytetään usein rinnakkain muiden hoitomuotojen kanssa kuten lääkeshoidon ja psykoterapian ohella. Joissakin tapauksissa neuromodulaatiohoitoja käytetään myös yksistään, esimerkiksi jos lääkehoito ja muut hoitokeinot ovat osoittautuneet tehottomiksi. (Hiltunen 2018, 119.)

4.2.1 ECT-hoito

ECT- hoidossa (Electroconvulsive Therapy) eli sähköhoidossa potilaalle johdetaan nukutuksessa kalloon sähkövirtaa, jonka tarkoituksena on aiheuttaa kouristuskohtaus (Isometsä 2017). Kouristuskohtauksien on todettu tutkimuksissa lievittävän muun muassa vaikeaa masennusta. Sähköhoitoa käytetäänkin erityisesti psykoottisten masennusten ja vaikeiden depressioiden hoidossa. Taulukossa 2. on esitelty sähköhoidon käyttöaiheita.

Vakava masennus	- Lääkehoito ei tehoa/sovi käytettäväksi - Esiintyy psykoottisia/katatonisia oireita - Itsensä/muiden vahingoittamisen vaara
Mania	- Lääkehoito ei sovellu käytettäväksi - Esiintyy katatonisia oireita
Skitsofrenia	- Esiintyy äkillisesti katatonisia tai vaikeita positiivisia oireita

Taulukko 2. Sähköhoidon käyttöaiheet (Isometsä 2017).

ECT-hoitoa käytetään, kun hoitovasteen tulee olla nopea. Tämä tulee kyseeseen hoidettaessa muun muassa suuren itsemurha-alttiuden omaavia potilaita, psykoottisia potilaita ja potilaita, joille ei saada lääkähoidolla tarpeeksi suurta vastetta. (Hiltunen 2018, 120.) ECT-hoitoa annetaan tavallisesti 6-12 kertaa 2-3 kertaa viikossa. Antotavoista yleisimmät ovat oikeanpuoleinen unilateraalinen ja bitemporaallinen -antotapa. Hoitomuotona ECT-hoito on turvallinen (Isometsä 2017.). ECT-hoito vaikuttaa aivojen aineenvaihduntaan ja lisää aivojen muovautuvuutta eli plastisiteettia. Sen avulla pystytään korjaamaan aivojen vaurioita, joita depressio on aiheuttanut. (Hiltunen 2018, 121.)

Haittavaikutuksena ECT-hoidolla on lyhytaikaiset kognitiiviset vaikutukset eli ohimenevä muistinmenetys. ECT-hoidon aiheuttama muistinmenetys paranee kuitenkin viimeistään puolen vuoden sisällä hoidon päättymisestä. Varsinaisia kontraindikaatioita ECT-hoidolle ei ole, mutta suhteellisia vasta-aiheina voidaan pitää kallonsisäisen paineen kohoamista, tuoretta sydäninfarktia, tuoretta aivoinfarktia ja aivoverisuonten valtimonpullistumaa. (Isometsä 2017.)

ECT-hoitoa voidaan antaa myös ylläpitohoitona 1-4 viikon välein tiettyjen kriteerien täytyessä. Näitä kriteereitä ovat muun muassa: oireiden uusiutuminen pian ECT-hoidon päätyttyä, vaikea mielenterveyden häiriö, vaikea masennus psykoottisilla oireilla, lääkähoidon sopimattomuus ja lääkekielisyys. (Isometsä 2017.)

Vuonna 2016 julkaistiin tutkimus unilateraalisen ECT-hoidon annosta masennuspotilaille. Tutkimuksessa potilaille annettiin ECT-hoitoa korkeammalla teholla kuin normaalisti. Aiemmin on tutkittu, että perustuen sähkövirran voimakkuuteen unilateraalinen ECT ei ole niin tehokasta kuin bitemporaallinen ECT. Mutta korkeammalla antoannoksella huomattiin vaikutuksien olevan samalla tasolla kuin bitemporaalisessa antotavassa ilman bitemporaalisen ECT:n kognitiivisia haittavaikutuksia. Kyseessä oleva tutkimus toteutettiin Etelä-Brasiliassa sijaitsevassa sairaalassa Clinicas de Porto Alegre toukokuun 2011 ja huhtikuun 2013 välillä. Tutkimuksen tuloksia arvioitiin käyttämällä Hamiltonin depressioasteikkoa (HAM-D). (Alves, Freire, Fleck & Rocha 2016.)

Kriteereinä tutkimukseen osallistumiselle olivat vähintään 18 vuoden ikä, masennusdiagnoosi ja hoidon kesto ennen tutkimuksen alkamista vähintään seitsemän päivää. Tutkimukseen valittiin näillä kriteereillä 147 potilasta, joista 43 kuuluivat ECT-ryhmään ja loput ei-ECT-ryhmään. Kaikki 43 potilasta saivat suurella annoksella unilateraalista ECT-hoitoa 8-12 kertaa. Tutkimuksen loppupäätelmänä on, että unilateraalinen ECT-hoito on hyvä vaihtoehto masennusta sairastavien hoidossa. Tutkimuksessa ECT-hoitoa saaneiden potilaiden HAM-D -pistemäärä sairaalaan tullessa oli korkeampi kuin ei-ECT-ryhmässä olleiden, mutta uloskirjausvaiheessa tulokset olivat lähes samalla tasolla. Tämä puoltaa ECT-hoidon tehokkuutta vaikean masennuksen hoidossa. (Alves ym. 2016.)

4.2.2 Transkraniaalinen magneettistimulaatio

Transkraniaalista magneettistimulaatiota (TMS) on annettu Suomessa 1990-luvulta lähtien. Sen käyttöaiheita ovat muun muassa depression ja migreenin hoito (Hiltunen 2018, 128). Kuvantamistutkimuksissa depressiopotilailla on havaittu aivojen verenkierron ja aineenvaihdunnan vähenemistä. TMS-hoidossa stimuloidaan vasenta aivolohkoa magneettikentällä toistuvasti kallon luiden läpi, tarkoituksena aktivoida heikosti toimivia hermoratoja. (Hiltunen 2018, 122). Hoitokertoja on yleisimmin 10-16 useampana päivänä viikossa. Hoidon kesto on muutaman viikon mittainen. Transkraniaalisen magneettistimulaation hyödyiksi voidaan lukea sen vähäiset sivuvaikutukset ja ettei siinä tarvita anestesiaa (Isometsä 2017.). Sitä voidaan mieltää vaihtoehdoksi, jos potilas ei halua syödä lääkkeitä tai saa niistä paljon sivuvaikutuksia ja ei halua psykoterapiaa (Hiltunen 2018, 128). Hoitokeinona TMS-hoidon on todettu olevan yhtä tehokasta kuin lääkehoito (Isometsä 2017).

Transkraniaalisesta magneettistimulaatiosta julkaistiin kiinalaistutkimus vuonna 2017. Kyseessä oli satunnaistettu vertaiskoe, jossa oli yhteensä 281 osallistujaa. Osallistujat jaettiin kolmeen ryhmään, 91 sai ainoastaan TMS-hoitoa, 108 käyttivät ainoastaan masennuslääkkeitä ja 82 saivat sekä TMS-hoitoa että käyttivät lääkehoitoa. Osallistujat olivat iältään 18-65 vuotta. Tutkimus toteutettiin vuosien 2013-2015 välillä Kiinassa. Tuloksia arvioitiin Hamiltonin depressioasteikolla (HAM-D), jota kontrolloitiin kuukauden välein. Tutkittavia seurattiin kahdentoista kuukauden ajan ja tapaamisia oli joko kahden viikon välein tai kuukausittain. (Wang, Wang, Zhang, Wang, Cai, Zhang, Sun, Guo, Qiao, Liu, He, Wang, Wan, Tan & Zhang 2017.)

Tuloksista tuli ilmi, että TMS-hoitoa saaneet ja TMS-hoitoa ja lääkehoitoa saaneilla masennuksen uusiutumisriski oli huomattavasti alhaisempi kuin ainoastaan masennuslääkkeitä syöneellä ryhmällä. Tutkimuksessa todettiin myös, että parhain tulos masennuksen hoitoon saatiin TMS-hoidon ja lääkehoidon yhdistelmällä. (Wang ym. 2017.)

4.2.3 Syväaivostimulaatio

Syväaivostimulaatio (Deep Brain Stimulation, DBS) on neuromodulaatiohoitojen äärimmäisin muoto. Sen teho perustuu kahteen elektrodiin, jotka asennetaan aivoihin, joko nukutuksessa tai puudutuksen avulla. Elektrodien kautta aivojen hermoverkkoihin johdetaan sähkövirtaa. Stimulaattori asennetaan potilaan rinnan kohdalle, siitä lähtevät johdot kulkevat ihon alla yhdistäen elektrodit ja stimulaattorin. (Hiltunen 2018, 133)

DBS-hoito on alun perin kehitetty helpottamaan Parkinsonin tautia sairastavien oirekuva. Maailmalla DBS-laite on asennettu noin 150 000 Parkinsonin tautia sairastavalle. Lähi-vuosina DBS-stimulaattoria on alettu käyttämään myös masennuspotilaiden ja pakko-oireista kärsivien hoidossa. Suomessa psykiatri Kaija Järventausta Tampereen yliopistollisesta sairaalasta on erikoistunut syväaivostimulaatioon. Hän kertoo, että Tampereella syksyyn 2017 mennessä on hoidettu yhteensä 12 potilasta syväaivostimulaatiolla, joista kahdella on todettu olevan hoitoresistentti masennus ja lopuilla vaikeita pakko-oireita. Hoitotulokset ovat olleet hyviä. Esimerkkinä vakavaa masennusta sairastanut potilas, joka oli ollut osastohoidossa vuosia. Hänen kohdallaan oli kokeiltu muun muassa lääkehoitoa ja sähköhoitoa tuloksetta. DBS-laitteen asennuksen jälkeen oireet helpottivat huomattavasti. Potilas asuu jälleen kotona ja pystyy normaaliin elämään. (Hiltunen 2018, 133)

DBS-hoidon sivuvaikutuksina on hikoilu, kasvojen punoitus, kiihtyneisyys ja rauhattomuus. Näitä voidaan kuitenkin lievittää säätämällä sähkövirtaa lääkärin valvonnassa. Tavoitteena on saada hyöty mahdollisimman suureksi ja sivuvaikutukset mahdollisimman pieniksi. Tämän vuoksi alkuun aktiivinen kontakti hoitavan lääkärin kanssa onkin tarpeen, jotta löydetään laitteelle optimaaliset säädöt. Hoidon vaste voi tulla esille hyvinkin nopeasti, mutta välillä siinä voi kestää kauemmin. (Hiltunen 2018, 134.)

Suomessa DBS-hoitoon pääseminen on vielä melko hankalaa ja alkuun tulee kokeilla muita hoitokeinoja. Läheksi DBS-hoidon arviointiin voidaan kirjoittaa, jos masennus on kestänyt yli viisi vuotta, masennus on lääkeresistentti ja invalidisoiva. (Hiltunen 2018, 134.)

Vuonna 2017 julkaistiin systemaattinen kirjallisuuskatsaus syväaivostimulaation (DBS-hoito) vaikutuksesta masennuksen ja pakko-oireiden hoidossa. Katsauksessa käytiin läpi yhdeksän tutkimusta, yhteensä 100 potilasta, liittyen masennukseen ja DBS-hoitoon. Tutkimusten kestot vaihtelivat, mutta kaikissa tutkimuksissa tuloksia arvioitiin samalla mittarilla, Hamiltonin Depressioasteikolla. Suurimassa osassa tutkimuksissa tuloksena oli 50 % parempi tulos DBS-hoidon jälkeen. Huolimatta lupaavista tuloksista DBS-hoito on edelleen kokeellista hoitoa masennuksen hoidossa. (Naesström, Blomstedt & Bodlund 2017.)

4.2.4 Aivojen tasavirtastimulaatio

Tasavirtastimulaatio (transkraniaalinen tasavirtastimulaatio, tDCS) on sähköhoitoa, jota käytetään masennuksen ja aivohalvauspotilaiden hoidossa (Hiltunen 2018, 135). Sen tarkoituksena on magneettistimulaation tavoin korjata aivojen aineenvaihduntaa. Tasavirtastimulaatiossa heikkoa sähkövirtaa johdetaan elektrodien läpi, jotka on asetettu potilaan kallon päälle. Hoito kestää 30 minuuttia kerrallaan ja hoitoa toistetaan viisi kertaa viikossa kolmen viikon ajan. Ylläpitohoitoa voidaan tämän jälkeen jatkaa yksi tai kaksi kertaa viikossa. (Hiltunen 2018, 136). tDCS-hoidossa käytettävä laite on pieni ja kannettava, jonka ansiosta potilas voi lainata laitetta ja toteuttaa hoitoa myös kotonaan. tDCS-hoidon etuina voidaan pitää sen helppoutta ja kivuttomuutta ja vähäisiä sivuvaikutuksia. (Hiltunen 2018, 135.)

Itä-Suomen yliopisto on tehnyt vuonna 2016 tutkimuksen aivojen tasavirtastimulaation sivuvaikutuksista. Tutkimukseen osallistui 82 aikuista miestä, joista puolet sai aitoa stimulaatiota ja puolet lumestimulaatiota. Stimulaatiota annettiin viitenä peräkkäisenä päivänä. Tutkimus tehtiin, koska hoidollisesti stimulaatiota annetaan usein jopa kymmenenä peräkkäisenä päivänä ja haluttiin tutkia stimulaation sivuvaikutuksia useamman hoitokerran jälkeen. Tuloksista havaittiin, että stimulaation haittavaikutuksena on lähinnä ihon punoitusta elektrodien kohdalla ja sivuvaikutukset pysyvät lievinä riippumatta stimulaatiokertojen lukumäärästä. Aivojen tasavirtastimulaatiota pidetään tulevaisuudessa lupaavana hoitomuotona masennuksen hoidossa. (Toikkanen 2016.)

4.2.5 Vagushermon stimulointi

Vagushermo eli kiertäjähermo ulottuu ihmisen suolistosta aivoihin tehden siitä ihmisen pisimmän aivohermon. Hermon on todettu olevan yhteydessä aivoalueisiin, jotka vaikuttavat ihmisen mielialaan. Alun perin vagushermo stimulaatio (Vagus Nerve Stimulation, VNS) kehitettiin hoitamaan lääkeresistenssiä epilepsiaa. Kun sen huomattiin vaikuttavan positiivisesti myös potilaiden mielialaan, sitä alettiin kokeilla masennuspotilaiden hoidossa. (Hiltunen 2018, 137.)

VSN-hoidossa potilaan kaulalla sijaitsevaan vagushermoon asennetaan leikkauksessa muutama elektrodi. Elektrodit yhdistetään pulssigeneraattoriin, joka lähettää niihin sähköimpulsseja. Hoidon on todettu auttavan osaa potilaista, mutta ongelmana on hoitovasteen saavuttamisen hitaus, joka voi kestää jopa yhdeksän kuukautta. VSN-hoito on edelleen kokeellinen hoitomuoto, koska sen tehosta depression hoidossa ei ole vielä tarpeeksi tutkimustietoa. (Hiltunen 2018, 138.)

Vagushermon stimuloinnin vaikutuksesta masennuksen hoidossa on julkaistu tutkimus vuonna 2016. Tutkimukseen osallistui 34 potilasta, joista 19 sai VSN-hoitoa ja loput lume-hoitoa. Tutkimus kesti neljä viikkoa ja tutkimuksen aikana potilaat eivät saaneet muuta hoitoa. Tuloksia arvioitiin Hamiltonin Depressio-asteikolla (HAM-D) ja aivojen MRI-kuvauksella. Molemmissa oli nähtävissä selkeää parannusta VSN-hoidon jälkeen. (Fang, Rong, Hong, Fan, Liu, Wang, Zhang, Chen, Shi, Wang, Liu, Hwang, Li, Tao, Wang, Zhu & Kong 2016.)

4.3 Musiikkiterapia

Musiikkiterapiassa hyödynnetään musiikin keinoja itseilmaisun ja vuorovaikutuksen tehostamiseksi. Musiikkiterapia on vaihtoehtoinen ilmaisukanava, jossa herätellään ja aktivoidaan tunteita. Tarkoituksena on synnyttää erilaisia mielikuvia ja muistoja. Tämä on oleellista terapeuttisen työskentelyn kannalta. Musiikin avulla on todettu vahvojenkin tunteiden, kuten vihan, pelon ja aggression, ilmaisun olevan helpompaa. Musiikkiterapiaan osallistuminen ei edellytä aiempaa musiikillista taustaa. Terapiassa asiakkaan ja terapeutin välinen vuorovaikutus on keskeisessä roolissa. (Erkkilä 2017, 114-116.)

Vuonna 2015 julkaistiin systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jossa tutkittiin rentouttavien interventoiden vaikutusta masennukseen ja ahdistukseen. Katsauksessa käytiin läpi viimeisen kahdenkymmenen vuoden ajalta 15 eri tutkimusta aiheeseen liittyen. Rentoutus interventioita, joita tutkimuksessa käytiin läpi olivat hieronta, rentoutusharjoitukset, stressinhallintataidot, lihastenrentoutusharjoitukset, jooga ja musiikki. Tuloksena oli, että eniten hyötyä masennuksen hoidossa oli musiikin kuuntelulla ja joogalla. (Klainin-Yobas, Nuang Oo, Yew & Lau 2015.)

4.4 Kuvataideterapia

Kuvataideterapia on psykoterapian erityismuoto. Siinä yhdistetään kuvallinen ja sanallinen ilmaisu. Värin on havaittu edistävän tunteita ja lisäävän tämän kautta itsetuntemusta. Kuvataideterapiaa on olemassa sekä yksilö- että ryhmämuotoista. Taideterapian on todettu voivan auttaa löytämään masennuksen vuoksi kadoksissa olleen luovuuden. Se on erityisen hyödyllinen työkalu, kun potilaan sanallinen ilmaisu on niukkaa ja keskustelukontaktilla ei päästä hoidossa eteenpäin. Taideterapia sopii kaikille ikäryhmille. Se auttaa tunnekokemusten jäsentelyssä ja sanoittamisessa. Muutokset asiakkaan tekemissä kuvissa kertovat muuttumisesta. (Leijala-Marttila 2017, 117.)

Vuonna 2015 julkaistiin tutkimus taideterapian vaikutuksesta mielenterveyteen: Art Making as a Mental Health Recovery Tool for Change and Coping. Tutkimukseen osallistui 12

aikuista, viisi miestä ja seitsemän naista. Iältään osallistujat olivat 20-50 -vuotiaita. Tutkimus kesti vuoden ajan ja tuloksia arvioitiin kolmella (ennen tutkimusta, kuuden kuukauden kohdalla ja vuoden kohdalla) haastatteluilla. Jokainen haastattelu oli kestoltaan noin 1,5 tuntia. Tutkimuksessa tuli esiin, että taideterapia toimi selviytymisstrategiana, jonka avulla osallistujat löysivät yksilöllisiä keinoja mielenterveysongelmansa helpottamiseen. Kaikki tutkimukseen osallistuneet hyötyivät taideterapiasta ja tutkimuksen perusteella mielenterveysongelmista kärsivät voisivat hyötyä taideterapiasta, koska se auttaa etsimään joustavampia ja mukautuvampia lähestymistapoja mielenterveysongelmasta toipumiseen. (Van Lith 2015.)

4.5 Kirkasvalohoito

Kirkasvalohoito on todettu hyödylliseksi hoitokeinoksi niille potilaille, joiden masennustila on selkeästi sidonnainen tiettyyn vuodenaikaan. Tällaista masennusta voidaan kutsua kaamosmasennukseksi. Kirkasvalohoidossa potilaalle annetaan kirkasvaloa vähintään 2 500 luxin teholla 30-60 minuutin ajan. Hoitoaika voi olla lyhyempi, jos tehoa nostetaan. Tehon noston haittapuolena on mahdollinen silmien ärtyminen. Jos kirkasvalohoidosta havaitaan olevan tehoa, niin usein potilaita kannustetaan ostamaan myös kotikäyttöinen kirkasvalolamppu. (Isometsä 2017.)

Vuonna 2016 julkaistiin tutkimus kirkasvalohoidon vaikutuksesta ei-vuodenaikaan sidonnaiseen masennukseen. Tutkimukseen osallistui 122 potilasta iältään 19-60 vuotta. Osallistujat jaettiin satunnaisesti neljään eri ryhmään: valoterapiaa ja plasebolääkettä saavat, fluoksetiinilääkettä ja tekovaloterapiaa saavat, plasebolääkettä ja tekovaloterapiaa saavat sekä fluoksetiinilääkettä ja valoterapiaa saavat. Osallistujia seurattiin kahdeksan viikon ajan. Tuloksia arvioitiin käyttämällä MADRS -depressioasteikkoa. Parhain tulos saavutettiin ryhmällä, joka sai sekä fluoksetiinilääkettä että valoterapiaa. Tällä ryhmällä oli myös merkittävimmät tulokset masennuksen remission saavuttamisessa. Kirkasvalohoidosta todettiin olevan siis hyötyä myös ei-vuodenaikaa sidotussa masennuksen hoidossa. (Eniola, Bacigalupo & Mounsey 2016.)

4.6 Liikunta

Liikunta vaikuttaa ihmisen fyysiseen ja psyykkiseen vointiin eri mekanismien kautta. Masennuksessa todennäköisin vaikutus liittyy liikunnan neuroprotektiivisuuteen, jolla tarkoitetaan hermostoa säästävää (Leppämäki 2007.) Säännöllisen liikunnan on todettu lievittävän masennuksen oireita ja auttavan sen ehkäisyssä. Tutkimuksissa on huomattu liikunnan vähyyden tai puutteen lisäävän riskiä masennuksen puhkeamiselle. Liikuntamuodolla

ei ole havaittu olevan vaikutusta, ennemmin sillä, onko liikunta mielekästä ja palkitsevaa. (Leppämäki 2007.)

Vuonna 2015 tehdyssä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa kartoitettiin eri tutkimuksia liittyen liikunnan merkitykseen masennuksen hoidossa. Siinä todettiin fyysisen aktiivisuuden lisäävän lihaskuntoa, kognitiivisia funktioita, yleistä hyvinvointia ja lievittävän monia eri mielenterveysongelmien oireita, esimerkkinä masennustilan oireita. Katsauksessa huomattiin aiheesta olevan monia tutkimuksia. Ongelmana tutkimusten luotettavuudessa on niissä käytetyt metodit. Monissa tutkimuksissa ei muun muassa ollut ollenkaan verrokkiryhmää. Ongelmana on myös eri tutkimuksissa esiintyvät ristiriitaiset tiedot parhaiten tehoavimmasta liikunnan määrästä ja aktiviteetin tyypistä. Eri tutkimuksissa ollaan kuitenkin yhtä mieltä siitä, että liikunnalla ylipäättään on positiivisia vaikutuksia masennuksen hoidossa. (Nyström, Neely, Hassman & Carlbring 2015.)

Tutkimuksissa on eniten tutkittu aerobisen liikunnan, kuten juoksun, kävelyn ja pyöräilyn vaikutuksia. Näiden välillä ei löydetty eroa tehossa. Tärkeimmäksi nousi aktiviteetin kesto ja määrä. Optimaaliseksi määräksi nousi noin 30 minuuttia aktiviteettia kerralla kolme kertaa viikossa. Tästä huolimatta tuloksissa nousi esille minkä tahansa liikunnan tärkeys ja pääasia olisi saada potilas tekemään mitä vain liikuntaa. (Nyström ym. 2015.)

Vuonna 2017 julkaistiin laaja kansainvälinen tutkimus, jossa oli mukana lähes 34 000 norjalaista. Tutkimukseen osallistujia seurattiin yhdentoista vuoden ajan. Yhdelläkään tutkimuksessa mukana olleella ei ollut liikuntarajoitteita tai mielenterveyden ongelmia tutkimuksen alkaessa. Tutkimuksessa tuli ilmi, että harjoittamalla yksi tunti liikuntaa kerran viikossa on riittävä määrä suojaamaan masennukselta. Siinä huomattiin myös, että osallistujilla, jotka eivät harjoittaneet ollenkaan liikuntaa, oli 44 % korkeampi riski sairastua masennukseen. (Harvey, Overland, Hatch, Wessely, Mykletun, Hotopf 2017.)

4.7 Ravitsemus

Tutkimusten valossa on tullut ilmi, että terveellinen ruokavalio voi suojata masennusoireiden kehittymiseltä. On huomattu, että matalat B₁₂-vitamiini, folaatti- ja rasvahappo - pitoisuudet voivat suurentaa riskiä sairastua masennukseen. (Seppälä, Kauppinen, Kautiainen, Vanhala & Koponen 2014.)

Ravinnosta saatavia, välttämättömiä omega-rasvahappoja, ovat omega-3-sarjan alfa-linoleenihappo ja omega-6-sarjan linoliuhappo. Näistä kahdesta rasvahaposta elimistö muodostaa pitkäketjuisia omega-rasvahappoja, jotka ovat tärkeitä eikosanoidiaineenvahdunnan lähtöaineita. Eikosanoidit säätelevät muun muassa elimistön tulehdus- ja immunologisia reaktioita. Suurten omega-3-sarjan pitoisuuksien on tutkimuksissa todettu vaikutta-

van aivojen serotoniini- ja dopamiiniinetrotransmissioihin. Näin ollen omega-3-sarjan rasvahapoilla voi olla yhteys masennukseen ja siitä toipumiseen. Tutkimusten mukaan ne voivat myös tehostaa masennuslääkkeiden vaikutusta. (Seppälä ym. 2014.)

Vuonna 2017 julkaistussa australialais-tutkimuksessa (Parletta, Zarnowiecki, Cho, Wilson, Bogomolova, Villani, Itsiopoulos, Niyonsengra, Blunden, Meyer, Segal, Baune & O'Dea 2017.) tutkittiin välimerenruokavalion vaikutusta masennusta sairastavien aikuisten elämäntilaan. Tutkimukseen osallistui 152 aikuista, joista 105 oli naisia ja 47 miehiä. Iältään osallistujat olivat 18-65 -vuotiaita. Tutkimukseen osallistujille annettiin kalaöljykapseleita otettavaksi kaksi päivässä kolmen kuukauden ajan. Tämän lisäksi osallistujille järjestettiin kahden viikon välein ryhmätapaamisia, jossa käytiin läpi terveellistä ruokavaliota ja kokattiin yhdessä välimerenruokavalioon sopivia ruokia. Tuloksia mitattiin DASS, PANAS, AQoL-8D -mittareilla. Kolmen kuukauden jälkeen tuloksista kävi ilmi, että masennus oli merkittävästi helpottanut tutkimukseen osallistuneilla. Tuloksista kävi ilmi myös ahdistuksen ja stressin vähentyneen. (Parletta ym. 2017.)

Vuonna 2017 julkaistiin myös toinen tutkimus ruokavalion vaikutuksesta vakavaan masennukseen: "A randomised controlled trial of dietary improvement for adults with major depression (the SMILES' trial)". Tämä tutkimus toteutettiin 12 viikon jaksona, jossa osallistuja jaettiin kahteen ryhmään: osa osallistui ruokavalion muutokseen ja osa sosiaalisentuen ryhmään. Ruokavalioryhmän toteutus koostui seitsemästä henkilökohtaisesta tapaamisesta ravintoterapeutin kanssa, jossa luotiin henkilökohtainen ruokavalio ja annettiin neuvoja ja tukea terveellisemmän ruokavalion noudattamiseen. Ruokavalio-ohjeissa kiinnitettiin huomiota 12:sta tärkeään ruokaryhmään ja niiden lisäämiseen ruokavaliossa. Näitä tuotteita ovat kokojyvätuotteet, kasvikset, hedelmät, palkokasvit, pähkinät, kala, liha, kana, kananmunat, oliiviöljy, vähärasvaiset ja makeuttamattomat maitotuotteet. Ohjeistuksissa kehoitettiin välttämään/vähentämään pikaruokaa, makeisten, uppopaistettujen, prosessoitujen lihojen ja sokeristen juomia kulutusta.

Tutkimuksen tuloksia arvioitiin MADRS-asteikolla. Osallistujia oli yhteensä 56, joista 31 osallistui ruokavalion muutokseen ja loput sosiaalisentuen ryhmään. Tuloksissa oli havaittavissa selkeä parannus MADRS-tuloksissa ruokavalioryhmän kohdalla verrattuna sosiaalisentuen ryhmään. Tutkimuksessa suositellaan kannustamaan potilaita noudattamaan terveellistä ruokavaliota. (Jacka, O'Neil, Opie, Itsiopoulos, Cotton, Mohebbi, Castle, Dash, Mihalopoulos, Chatterton, Brazionis, Dean, Hodge & Berk 2017.)

4.8 Mindfulness

Mindfulness -termillä tarkoitetaan tietoisista läsnäoloa, jolla tarkoitetaan keskittymistä, havainnoimista ja läsnäoloa nykyhetkessä. Sen juuret ovat itämaisissa uskonnollis-filosofisissa traditioissa. Mindfulnessia voidaan kuitenkin harjoittaa ilman sitoutumista tiettyyn uskontoon tai kulttuuriin. (Raevuori 2016.)

Tutkimusten mukaan mindfulnessilla on positiivisia vaikutuksia terveyteen. On olemassa vahvaa näyttöä sen lievittävästä vaikutuksesta krooniseen kipuun ja masennukseen. Mindfulness lievittää myös stressiä, ahdistusta ja negatiivisia tunnetiloja. Lievään ja keski-vaikeaan masennukseen sillä on todettu olevan yhtä suuri vaikutus kuin masennuslääkkeillä. (Raevuori 2016.)

Nykylääketieteessä on kehitetty erilaisia interventioita pohjautuen mindfulnessiin. Näistä käytetyimmät ovat mindfulnessiin perustuva stressinhallinta (mindfulness-base stress reduction, MBSR) -interventio ja mindfulnessiin perustuva kognitiivinen terapia (mindfulness-based cognitive therapy, MBCT) -interventio. MBSR-interventio on kehitetty jo 1970-luvulla Yhdysvalloilla. Se on ryhmämuotoinen ja kestoltaan kahdeksan viikkoa. MBCT-interventiossa noudatetaan samaa peruspohjaa kuin MBSR-interventiossa. Erona näiden välillä on, että MBCT on muokattu palvelemaan erityisesti toistuvasta masennuksesta kärsiviä. (Raevuori 2016.)

MBCT -interventiosta julkaistiin vuonna 2016 tutkimustulokset, jossa tutkittiin MBCT:n vaikutusta masennukseen. Tutkimuksessa oli mukana 173 aikuista ja intervention kesto oli kahdeksan viikkoa. Tutkimus toteutettiin vuosien 2009-2013 aikana. Tutkimukseen valittiin potilaita eri psykiatrian klinikoilta. Kriteereinä tutkimukseen osallistumiselle oli 18 vuoden ikä, sujuva englannin kielen taito ja masennuslääkkeiden käyttö. Masennustilan arvioimiseen käytettiin Hamiltonin depressioasteikkoa (Hamilton Depression Rating Scale, HAM-D), jonka avulla oireita arvioitiin tutkimuksen alussa (viikko 0), puolivälissä (viikko 4) ja hoidon lopussa (viikko 8). Tutkimuksen tuloksena oli, että MBCT-interventio vähensi merkittävästi masennuksen vakavuutta ja lisäsi hoidon tehoa. (Eisendrath, Gillung, Delucchi, Segal, Nelson, McInnes, Mathalon & Feldman 2016.)

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Kirjallisuuskatsaukset

Stolt, Axelin ja Suhonen (2015) nimeävät kirjallisuuskatsauksien tärkeimmäksi tehtäväksi olemassa olevan teorian arvioimisen ja kehittämisen ja sekä tieteenalan että teoreettisen ymmärryksen ja käsitteistön kehittämisen. Kirjallisuushaku tehdään jokaisen tutkimuksen, laajan tai yksittäisen, perustaksi. Tämä tekee siitä merkittävän välineen tutkimustyössä. (Stolt, Axelin & Suhonen 2015, 7.) Kirjallisuuskatsausta käytetään, kun halutaan kartoittaa, minkälaista olemassa olevaa tutkimustietoa tutkittavasta aiheesta löytyy. (JAMK 2018.) Kirjallisuuskatsausta voidaan kuvata tutkimukseksi tutkimuksista, sen perimmäisenä tarkoituksena on luoda kokonaiskuva aiemmasta tutkimustiedosta. (Stolt, ym. 2015, 8).

Kirjallisuuskatsaukset jaetaan pääasiallisesti kolmeen erityyppiseen katsaukseen; kuvailevat katsaukset (narrative literature reviews), systemaattiset kirjallisuuskatsaukset (systematic reviews) ja meta-analyysit (meta-analysis). Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa kartoitetaan kyseessä olevaan aiheeseen liittyvää aikaisempaa tutkimustietoa. (Stolt, ym. 2015, 8.) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi yleisimmin käytetty kirjallisuuskatsauksen tyyppi. Sitä voidaan kuvata ikään kuin yleiskatsaukseksi, jossa ei ole tiukkoja tai tarkkoja sääntöjä ja ilmiöitä voidaan kuvata laaja-alaisesti. (JAMK 2018.)

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa kartoitetaan tietyn aihepiirin keskeistä sisältöä. Siinä tiivistetään jo olemassa olevaa tutkimustietoa, tarkoituksena tuottaa hoitosuosituksia ja etsiä parhaiten näyttöön perustuvaa tietoa. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen keskeisimmät piirteet ovat tarkasti muotoiltu tutkimuskysymys, tarkka menetelmän valinta ja kattava aiempien tutkimusten haku. (Stolt, ym. 2015, 14.)

Meta-analyysit voidaan jakaa kahteen ryhmään: laadullinen ja määrällinen meta-analyysi (Stolt, ym. 2015, 15). Meta-analyysissa usein yhdistetään aiempia tutkimuksia. Tätä tehdään erityisesti, jos aiemmat tulokset ovat ristiriitaisia tai vaikutuksen suuruudesta ollaan epävarmoja. Meta-analyysia käytetään usein kokeellisten tutkimusten arvioinnissa. (Miettinen 2009.)

5.2 Tutkimuskysymys

Kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen askel on tarkoituksen määrittäminen. Tämä antaa suunnan katsauksen prosessille. Aiheen valinnassa on tärkeää huomioida, onko tutkijalla

aihetta kohtaan aitoa kiinnostusta: sen on todettu olevan tärkeä motivaatio työn loppuunsaattamiselle. (Stolt, ym. 2015, 24.)

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksen määrittämisen jälkeen on hyvä pohtia työlle tutkimuskysymys tai -kysymykset. Hyvä tutkimuskysymys on riittävän fokusoitunut ja relevantti aiheeseen nähden. Tutkimuskysymyksen ei tule olla liian laaja eikä liian suppea. (Stolt, ym. 2015, 24.)

Opinnäytetyöni tutkimuskysymys on:

- Millaisilla lääkkeettömillä masennuksen hoitokeinoilla on näyttöön perustuen positiivisia vaikutuksia masennuksen hoidossa?

5.3 Aineiston keruu

Opinnäytetyössäni käytin tiedonhaun apuna eri tietokantoja. Opinnäytetyössä käytetyt tietokannat valitsin tutkimalla niiden sisältöjä. Aluksi tarkoitukseni oli käyttää seuraavia tietokantoja: Medic, AMED, CINAHL, Medline, PsycINFO ja PubMed. Näistä kuitenkin jätin työn edetessä pois AMED:n ja Medline:n.

Tiedonhaun aloitin pohtimalla, mitä hakusanoja käytän. Käyttämistäni tietokannoista ainoastaan yksi on suomalainen tietokanta (Medic), joten hakusanoina käytin lähestulkoon ainoastaan englanninkielisiä ilmauksia. Tiedonhaun aloitin käyttämällä ilmausta 'Depression AND non-pharmacological treatment'. Opinnäytetyön edetessä hakusanat vaihtuivat kuitenkin yksityiskohtaisempiin hakusanoihin kuten 'Depression AND Transcranial Magnetic Stimulation. Alkuun rajasin tulokset koskemaan kaikkia viimeisten viiden vuoden sisällä julkaistuja ihmisiin liittyviä tekstejä, joista on koko teksti ja lähdeviitteet saatavilla. Tätä kuitenkin useassa kohdassa rajasin lisää lisäämällä hakuehdoksi 'clinical trial' eli koskemaan ainoastaan kliinisiä tutkimuksia. Muutaman hakusanan kohdalla jouduin hyväksymään julkaistut tutkimukset edelliseltä kymmeneltä vuodelta, kun viimeisten viiden vuoden aikana ei oltu julkaistu uudempia tutkimuksia.

Materiaalin seuraava rajausta tapahtui otsikoiden perusteella. Kävin läpi kaikki kriteerini täyttäneiden tutkimusten otsikot ja valitsin niistä eniten opinnäytetyöhöni liittyvät. Suuressa osassa tutkimuksissa oli tutkittu masennusta somaattisen sairauden rinnalla ja nämä jätin automaattisesti valitsematta. Pyrin ainoastaan valitsemaan tutkimuksia, jotka liittyivät puhtaasti masennukseen.

Seuraavan rajauksen tein abstraktin perusteella. Useaan otteeseen otsikon perusteella lupaava tutkimus tippui pois abstraktin luvuvaiheesta. Jos tutkimus vaikutti abstraktin perusteella opinnäytetyöhöni sopivalta, luin koko tutkimuksen. Tämän jälkeen aloitin sisäl-

lönanalyysin. Alla olevassa taulukossa (Taulukko 3.) on näkyvillä käyttämäni tietokannat, hakusanat, rajaukset, tulokset ja opinnäytetyöhön valitut tutkimukset.

Liitteessä 2. on esitelty tarkemmin opinnäytetyöhön valitut tutkimukset, tutkimusten tarkoitukset ja pääasialliset tulokset. Opinnäytetyöhön valittiin neljätoista tutkimusta neljästä eri tietokannasta. Suurin osa työhön valituista tutkimuksista on englanninkielisiä. Tutkimuksissa käsitellään ruokavalion, liikunnan, mindfulneksen ja erilaisten terapioiden ja neuro-modulaatiohoitojen vaikutuksia masennuksen hoidossa. Jokaisella opinnäytetyössä käsitellyllä lääkkeettömällä hoitokeinolla voidaan todeta olevan hyötyä masennuksen hoidossa.

Tietokannata	Hakusana	Rajaukset	Tulokset	Valitut
Pubmed	Depression AND Dietary	Clinical trial, Free full text, 5 years, Humans	145	1
Pubmed	Depression AND Mindfulness	Clinical trial, Free full text, 5 years, Humans	14	1
Pubmed	Transcranial Magnetic Stimulation AND Depression	Clinical trial, Free full text, 5 years, Humans	25	1
Pubmed	Bright Light Therapy AND Depression	Clinical trial, Free full text, 5 years, Humans	8	1
Pubmed	Depression AND ECT	Clinical trial, Free full text, 5 years, Humans	10	1
Pubmed	Depression AND Music Therapy	Clinical trial, Free full text, 5 years, Humans	8	0
Pubmed	Depression AND Vagus Nerve Stimulation	Clinical trial, Free full text, 5 years, Humans	5	1
Cinahl	Depression AND Non-pharmacological Treatment	Full Text, References available, Last five years	1	0
Cinahl	Depression AND Exercise or Physical activity	Full Text, References available, Last five years	63	1
Cinahl	Depression AND Music Therapy	Full Text, References available, Last five years	4	1
Cinahl	Depression AND Mindfulness	Full Text, References available, Last five years	11	0
Cinahl	Depression AND Deep Brain Stimulation	Full Text, References available, Last five years	4	0
Cinahl	Depression AND ECT	Full Text, References available, Last five years	10	0

Cinahl	Depression AND Dietary	Full Text, References available, Last five years	9	1
Cinahl	Mental Health AND Art Therapy	Full Text, References available, Last five years	5	1
Medic	Transkra*	Koko teksti, 2014-2018	10	0
Medic	Masennus AND Ruokavalio	Koko teksti, 2014-2018	3	1
Medic	Masennus AND Lääkkeetön hoito AND Psykoterapia	Koko teksti, 2014-2018	12	1
PsycINFO	Deep Brain Stimulation AND Depression	Full Text, References available, Last five years	21	1
PsycINFO	Depression AND Exercise or Physical Activity	Full Text, References available, Last five years	9	1

Taulukko 3. Aineiston haku.

5.4 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi aloitetaan pelkistämällä eli redusoinnilla. Pelkistämällä tarkoitetaan aineistossa esiintyvien lauseiden yksinkertaistamista yksittäisiksi ilmaisuiksi (Tuomi & Sarajärvi 2018, 114). Näin saadaan karsittua tutkimukselle olevat epäolennaiset asiat suoraan pois. Pelkistämisessä ikään kuin pilkotaan aineistoa osiin. (Tuomi ym. 2018, 123). Taulukossa 4. on esimerkki pelkistämisestä.

Alkuperäinen lause	Pelkistetty lause
"There are multiple mechanisms by which nutrients can have effect on the development, maintenance and relapse of depression"	Ruokavalio vaikuttaa monella tavalla masennukseen.
"Music therapy groups had better improvement in depressive symptoms and quality of life compared to control group.."	Musiikkiterapialla positiivisia vaikutuksia masennuksen hoidossa.

Taulukko 4. Pelkistäminen (Tuomi ym. 2018).

Pelkistämisen jälkeen aineisto klusteroidaan (Taulukko 5.). Tällä tarkoitetaan aineiston ryhmittelyä. Klusteroinnissa luokitellaan pelkistämisessä esiin tulleita tutkimuksen kannalta olennaisia käsitteitä eri alakategorioiden eli alaluokkien alle. Alaluokka nimetään sisältöä kuvaavaksi. Tässä työvaiheessa tutkimuksen aineisto tiivistyy. (Tuomi ym. 2018, 124).

Alkuperäinen lause	Pelkistetty lause	Alaluokka
"There are multiple mechanisms by which nutrients can have effect"	Ruokavalio vaikuttaa monella tavalla masennukseen.	Masennuksen lääkkeettömät hoitokeinot

on the development, maintenance and relapse of depression”		
”Music therapy groups had better improvement in depressive symptoms and quality of life compared to control group..”	Musiikkiterapialla positiivisia vaikutuksia masennuksen hoidossa.	Masennuksen lääkkeettömät hoitokeinot

Taulukko 5. Klusterointi (Tuomi ym. 2018).

Kolmas vaihe sisällönanalyysissä on aineiston abstrahointi. Abstrahoinnilla tarkoitetaan käsitteellistämistä. Tässä vaiheessa erotellaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja muodostetaan teoreettisia käsitteitä alkuperäisaineistossa esiintyneiden kielellisten ilmauksien sijaan. Abstrahointia (Taulukko 6.) jatketaan niin pitkään kuin se on sisällöllisesti mahdollista. (Tuomi yms. 2018, 125).

Alkuperäinen lause	Pelkistetty lause	Alaluokka	Pääluokka
”There are multiple mechanisms by which nutrients can have effect on the development, maintenance and relapse of depression”	Ruokavalio vaikuttaa monella tavalla masennukseen.	Masennuksen lääkkeettömät hoitokeinot	Masennuksen hoito
”Music therapy groups had better improvement in depressive symptoms and quality of life compared to control group..”	Musiikkiterapialla positiivisia vaikutuksia masennuksen hoidossa.		

Taulukko 6. Abstrahointi (Tuomi ym. 2018).

6 TULOKSET

Opinnäytetyötä tehdessäni kävin läpi runsaan määrän erilaisia tutkimuksia eri lääkkeitömistä keinoista hoitaa masennusta. Tutkimusten ja sisällönanalyysin perusteella nimesin opinnäytetyössäni kuusitoista eri lääkkeitöntä hoitokeinoa, joita voidaan käyttää masennuksen hoidossa. Hoitokeinot valitsin sen perusteella, millä oli näyttöön perustuen positiivisia vaikutuksia masennuksen hoidossa. Vaihtoehtoiset hoidot rajasin työstäni pois, koska niistä ei ole vielä julkaistu tarpeeksi näyttöön perustuvaa tietoa.

Työssäni läpi käymistä lääkkeitömistä keinoista ainoastaan neljä on puhtaasti sellaisia, joita jokainen voi itse kotioloissa kokeilla: ruokavalio, liikunta, kirkasvalohoito ja mindfulness. Muut keinot vaativat lisäksi joko terapeuttia tai isompaa moniammatillista työryhmää, kuten ECT-hoito, johon osallistuvat muun muassa anestesialääkäri, psykiatri ja hoitajat.

Liikunnan vaikutusta masennuksen hoitoon on tutkittu melko paljon, mutta tutkimuksia ei ole voinut pitää täysin luotettavina muun muassa puuttuvien verrokkiryhmien vuoksi. Toisena ongelmana on ollut tutkimuksissa esiintynyt erimielisyys sopivasta liikunnan määrästä. Tutkimuksista on kuitenkin oltu yhtä mieltä, että eniten liikunta on hyödyttänyt ohjattuna, ryhmämuotoisena toimintana (Nyström ym. 2015.) Liikunta ei myöskään missään tutkimuksessa ole ollut hyödyttömiä ja jopa pienellä määrällä liikuntaa viikossa on todettu joissakin tutkimuksissa olevan hyötyä masennuksen hoidossa (Leppämäki 2007).

Ruokavalion vaikutusta masennukseen on tutkittu melko paljon ja hyviä tutkimustuloksia onkin saavutettu. Erityisesti esille nousi terveellisen, mahdollisimman vähän prosessoidun ruokavalion noudattaminen. Välimeren ruokavalion hyödyistä on myös olemassa kliiniseen tutkimukseen perustuvaa tutkimustietoa. (Parletta ym. 2017.) Muutamista lähteistä nousi esiin myös mielenkiintoisia pohdintoja muun muassa B- ja D-vitamiinien vaikutuksesta masennukseen (Seppälä ym. 2014). Tästä kuitenkin tarvitaan vielä lisää tutkimustietoa.

Kirkasvalohoidon on todettu hyödyttävän etenkin vuodenaikaan liittyvän masennuksen eli kaamosmasennuksen hoidossa. Kirkasvalohoitoa on myös tutkittu ”normaalin” masennuksen hoidossa ja tutkimustulokset ovat lupaavia. Vielä ei voi sanoa aiheesta olevan vahvaa näyttöä, mutta aiheita toivottavasti tutkitaan vielä lisää. Tutkimustulos on siitä hyödyllinen, että kuka tahansa voi melko helposti kokeilla kirkasvalohoitoa ostamalla kotikäyttöisen lampun kotiin. (Eniola ym. 2016.)

Musiikki- ja taideterapiasta on julkaistu melko vähän tutkimustietoa viimeisen viiden vuoden aikana liittyen puhtaasti masennukseen. Suurin osa tutkimuksista liittyivät jonkin so-

maattisen sairauden hoitoon. Kuitenkin niissä tutkimuksissa, mitä aiheesta löytyy, tulokset ovat hyviä. Sekä musiikki- että taideterapian todettiin olevan hyödyllisiä masennuksen hoidossa. Molemmista teemoista tarvittaisiin kuitenkin uudempaa ja päivitettyä tutkimustietoa.

Mindfulnesssta on tutkittu melko paljon ja sen on todettu olevan masennuksen hoidossa tehokasta. Erityisesti on tutkittu eri mindfulness-interventioita, kuten MBCT-interventiota, ja niiden vaikutusta masennuksen hoidossa. Mindfulnessin etuna voidaan pitää muun muassa, että jokainen voi toteuttaa sitä mihin aikaan päivästä tahansa ja myös sen edullisuutta verrattuna esimerkiksi joihinkin muihin hoitomuotoihin. (Eisendrath ym. 2016.)

Kuten aiemmin on jo mainittu psykoterapiaa suositellaan Käypä hoidossa yhdeksi masennuksen hoitokeinoksi lääkehoidon ohella. Psykoterapiasta löytyy siis hyvin tietoa myös Duodecimin julkaisemasta Psykiatria -kirjasta. Olemassa oleva näyttö psykoterapian tehosta on siis vahva, erityisesti vielä kognitiivisen psykoterapian osalta. (Isometsä 2017.) Löysin kuitenkin mielestäni erittäin mielenkiintoisen suomalaistutkimuksen, jossa eri kuvantamismenetelmien avulla tutkittiin psykoterapian vaikutusta aivotointoihin ja sitä kautta masennukseen. Kuvantamistuloksilla pystyttiin vahvistamaan psykoterapian teho masennuksen hoidossa. (Perämäki ym. 2015.)

Neuromodulaatiohoidoista ECT-hoitoa on tutkittu eniten ja näin ollen näyttö sen vaikuttavuudesta on vahva. ECT-hoito on edelleen tehokkain ja nopein keino hoitovasteen saavuttamisessa masennuksen hoidossa. (Hiltunen 2018, 120.) TMS-hoidon myös todettu olevan tehokasta masennuksen hoidossa. Sen kontraindikaatioina on kuitenkin, että sen on teholtaan samalla tasolla masennuslääkkeiden kanssa ja sen on erittäin kallista toteuttaa. (Isometsä 2017.) Syväaivostimulaatio on vielä kokeellisella tasolla, mutta tutkimustyötä sen vaikutuksista masennukseen tehdään koko ajan muun muassa Suomessa ja tutkimustulokset ovat olleet lupaavia (Hiltunen 2018, 133).

Tasavirtastimulaation osalta on myös saatu lupaavia tuloksia. Sen suurena etuna on sen helppokäyttöisyys, joten potilaat voivat käyttää sitä myös kotona. Tasavirtastimulaatiolla ei myöskään ole tutkimusten perusteella löydetty vakavia sivuvaikutuksia. (Hiltunen 2018, 135.) VNS-hoito on vielä masennuksen hoidossa kokeellinen hoitomuoto näytön puutteen vuoksi. Muutamia tutkimuksia aiheen tiimoilta on kuitenkin julkaistu ja niissä tuloksena on ollut masennusoireiston lievittyminen. (Fang ym. 2016.)

7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Etiikka sana tulee kreikan kielen sanasta *ethos* joka tarkoittaa yleisesti omaksuttua tapaa tai käytäntöä. Etiikka on oma tieteenalansa, joka tutkii oikeaa ja väärää. Sillä tarkoitetaan pohdittua näkemystä oikeasta ja väärästä. (Juujärvi, Myyry & Pesso 2007.)

Opinnäytetyön teossa olen pyrkinyt noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Suomessa tutkimustöiden eettisyyttä valvoo opetusministeriön asettama tutkimuseettinen lautakunta, joka on laatinut ohjeet tieteellisten toimintatapojen noudattamisesta. Ohjeisiin on kerätty seitsemän eri kohtaa, joita kaikkien tutkijoiden ja tieteellisten asiantuntijoiden tulisi noudattaa tutkimustyössään. Tutkimusta tehdessä tulisi aina noudattaa erityistä rehellisyyttä, tarkkuutta ja huolellisuutta. Tiedonhankinta menetelmänä tulee käyttää luotettavia tieteellisiä kriteereitä ja eettisyyttä noudattavia tietokantoja ja muita lähteitä. Tutkimuksessa käytettäviä alkuperäistutkimuksia tulee käyttää kunnioittaen ja antaen niille niiden ansaitsemansa arvon. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23-24.)

Tutkimuksen luotettavuutta eli reliaabeliutta tulee arvioida jokaisessa tutkimuksessa. Reliaabeliudella tarkoitetaan tutkimustulosten toistettavuutta. Tutkimusta voidaan pitää luotettavana jos esimerkiksi kaksi tutkijaa päätyy samaan tulokseen. Reliaabeliuden toteamiseen on kehitetty erilaisia mittareita, joilla voidaan kohottaa mittauksen tasoa ja näin ollen myös reliaabeliutta. Validius on toinen tärkeä käsite, kun arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta. Validiuksilla tarkoitetaan tutkimuksen pätevyyttä eli pystytäänkö valitulla mittarilla mittaamaan sitä, mitä tutkimuksessa on tarkoitus mitata. Tutkijan tarkka selostus tutkimuksen vaiheista ja toteuttamisesta lisäävät tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.)

Opinnäytetyöni on tehty huolellisesti luotettavia lähteitä käyttäen, ilman plagiointia tai tutkimustulosten väärentämistä ja noudattaen eettisiä periaatteita. Tulokset olen pyrkinyt tuomaan esiin kunnioittaen alkuperäisiä tutkimuksia. Tiedonhankinnassa olen käyttänyt tieteellisesti hyväksytyjä tietokantoja ja tieteellisiä lähteitä. Opinnäytetyön toteutuksen olen pyrkinyt kuvaamaan mahdollisimman tarkasti ja kaikki työssä käytetyt tutkimukset voidaan nähdä Liitteestä 2.

8 POHDINTA

Opinnäytetyöni tuloksena on kirjallisuuskatsaus, joka vastaa tutkimuskysymykseeni: millaisilla lääkkeettömillä masennuksen hoitokeinoilla on näyttöön perustuen positiivisia vaikutuksia masennuksen hoidossa. Työni tuloksista käy ilmi työssä käsiteltävillä lääkkeettömillä hoitokeinoilla olevan positiivisia vaikutuksia masennuksen hoidossa. Mielestäni tämä on tärkeä havainto, joka tulisi ottaa huomioon aina masennusta sairastavia potilaita hoidettaessa.

Kuten aiemmin työssäni on tullut esille, Suomessa Käypä hoito nimeää masennuksen tärkeimmäksi hoidoksi lääkehoidon (Käypähoito 2016). Suomessa lääkehoitoa suositellaan käytettäväksi jo lievissäkin masennustiloissa, vaikka kansainvälisten tutkimusten mukaan näitä voitaisiin hoitaa tehokkaasti myös esimerkiksi pelkän psykoterapian avulla (Furman 2017).

Työssäni psykiatrisessa sairaalassa törmään hyvin usein siihen, kuinka ainoana hoitokeinona masennuksen hoitoon tarjotaan lääkehoitoa. Lääkehoidolla on toki paikkansa ja sillä on suuri merkitys masennuksen hoidossa. Myös näyttö lääkehoidon vaikuttavuudesta masennuksen hoidossa on vahva. Masennuslääkkeiden moninaisia haittavaikutuksia ei tulisi kuitenkaan unohtaa. Näitä ovat muun muassa ruuansulatuselimistöön liittyvät ongelmat ja seksuaaliset toimintahäiriöt (Isometsä 2017.)

Mielestäni hoitoalalla, erityisesti masennusta sairastavien kanssa, työskentelevien tulisi ottaa selvää lääkkeettömistä masennuksen hoitokeinoista. Erityisesti, koska osaa lääkkeettömistä hoitokeinoista voi kokeilla lähes missä vain ja milloin vain. Hoitajien olisikin hyvä ehdottaa ja suositella potilailleen esimerkiksi terveellisen ruokavalion noudattamista, liikunnan lisäämistä ja mindfulnessin harjoittamista. Näitä hoitokeinoja hoitaja ja potilas voisivat yhdessä käydä läpi. Hoitoalalla työskentelevien on myös hyvä tiedostaa psykoterapian ja neuromodulaatiohoitojen hyödyt.

LÄHTEET

Alves, L., Freire, T., Fleck, M. & Rocha, N. 2016. A naturalistic study of high-dose unilateral ECT among severely depressed inpatients: how does it work in the clinical practice? [viitattu 6.6.2018.] Saatavissa:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5106807/pdf/12888_2016_Article_1095.pdf

Barker, P. 2009. Psychiatric and mental health nursing. The craft of caring. London. Edward Arnold.

Depressio. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016 (viitattu 20.5.2018). Saatavilla:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50023#K1>

Eisendrath, S., Gillung, E., Delucchi, K., Segal, Z., Nelson, J., McInnes, L., Mathalon, D. & Feldman, M. 2016. A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treatment-Resistant Depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*. [viitattu 8.8.2018.] Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4756643/>

Eniola, K., Bacigalupo A. & Mounsey, A. 2016. Light therapy for nonseasonal major depressive disorder. [viitattu 15.7.2018.] Saatavissa:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4980118/>

Erkkilä, J. 2017. Masennus. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Fang, J., Rong, P., Hong, Y., Fan, Y., Liu, J., Wang, H., Zhang, G., Chen, X., Shi, S.,

Wang, L., Liu, R., Hwang, J., Li, Z., Tao, J., Wang, Y., Zhu, B. & Kong, J. 2016.

Transcutaneous Vagus Nerve Stimulation Modulates Default Mode Network in Major Depressive Disorder. *Biological Psychiatry*. [viitattu 4.8.2018.] Saatavissa:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4838995/>

Furman, B. 2017. Masennuksen hoitosuositus on korostetun lääkemyönteinen.

Lääkärilehti. [viitattu 25.8.2018.] https://www.laakarilehti.fi/kirjautuminen-vaadittu/?show_ad=content_login&login_to_page=471765

Harvey, S., Overland, S., Hatch, S., Wessely, S., Mykletun, A. & Hotopf, M. 2017. Exercise and Prevention of Depression: Results of the HUNT Cohort Study. *The American Journal of Psychiatry*. [viitattu 1.8.2018.] Saatavissa:

<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2017.1611-1223>

- Hiltunen, E. 2018. Masennuksesta selviää. Jyväskylä. Docendo Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna. Kariston Kirjapaino Oy.
- Huttunen, M. 2017. Masennus. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim
- Isometsä, E. 2017. Psykiatria. Depressiolääkkeet. Duodecim. [viitattu 2.6.2018.] Saatavissa: <http://www.oppiporrtti.fi/op/pkr00710/do>
- Isometsä, E. 2017. Psykiatria. Kirkasvalohoito. Duodecim. [viitattu 11.7.2018] Saatavissa: <http://www.oppiporrtti.fi/op/pkr00710/do>
- Isometsä, E. 2017. Psykiatria. Masennustilojen hoito. Duodecim. [viitattu 9.4.2018]. Saatavissa: <http://www.oppiporrtti.fi/op/pkr00710/do>
- Isometsä, E. 2017. Psykiatria. Masennustilojen keskeisiä kliinisiä alaryhmiä. Duodecim. [viitattu 15.7.2018]. Saatavissa: <http://www.oppiporrtti.fi/op/pkr00702/do>
- Isometsä, E. 2017. Psykiatria. Psykoterapia. Duodecim. [viitattu 10.6.2018.] Saatavissa: <http://www.oppiporrtti.fi/op/pkr00710/do>
- Isometsä, E. 2017. Psykiatria. Sähköhoito. Duodecim. [viitattu 12.7.2018.] Saatavissa: <http://www.oppiporrtti.fi/op/pkr00710/do>
- Isometsä, E. 2017. Psykiatria. Transkraniaalinen magneettistimulaatio. Duodecim. [viitattu 20.7.2018.] Saatavissa: <http://www.oppiporrtti.fi/op/pkr00710/do>
- Isometsä, E. & Leinonen, E. 2018. Masennus. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.
- Jacka, F., O'Neil, A., Opie, R., Itsiopoulos, C., Cotton, S., Mohebbi, M., Castle, D., Dash, S., Mihalopoulos, C., Chatterton, M-L., Brazionis, L., Dean, O., Hodge, A. & Berk, M. 2017. A randomised controlled trial of dietary improvement for adults with major depression (the SMILES' trial). BMC Medicine. [viitattu 30.7.2018.] Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5282719/>
- JAMK. 2018. Kirjallisuuskatsaukset. [viitattu 15.5.2018.] Saatavissa: <https://oppimateriaalit.jamk.fi/yamk-kasikirja/kirjallisuuskatsaukset/>
- Juujärvi, S., Myyry, L. & Pesso, K. 2007. Eettinen herkkyyys ammatillisessa toiminnassa. Helsinki. Tammi.
- Kampman, O., Heiskanen, T., Holli, M., Huttunen, M. & Tuulari J. 2017. Masennus. Kustannus Oy Duodecim.

Karila, I. 2017. Masennus. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Klainin-Yobas, P., Nuang Oo, W., Yew, P. & Lau, Y. 2015. Effects of relaxation interventions on depression and anxiety among older adults: a systematic review. [viitattu 1.8.2018.] Saatavissa: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2014.997191?journalCode=camh20>

Kela. 2018. [viitattu 11.8.2018.] Saatavissa: <http://koodistopalvelu.kanta.fi/codeserver/pages/classification-view-page.xhtml?classificationKey=23>

Kontunen, J. 2017. Masennus. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Koponen, H. 2016. Muistisairaahan käytösoireiden arviointi. Käypä hoito. [viitattu 13.8.2018.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix02420>

Leijala-Marttila, M. 2017. Masennus. Kustannus Oy Duodecim.

Lindfors, O. 2017. Masennus. Kustannus Oy Duodecim.

Lönnqvist, J. 2017. Psykiatria. Depressiiviset häiriöt. Duodecim. [viitattu 24.7.2018.] Saatavissa: [http://www.oppiporssi.fi/op/pkr00306/do?p_haku=lönnqvist psykiatria#q=lönnqvist psykiatria](http://www.oppiporssi.fi/op/pkr00306/do?p_haku=lönnqvist%20psykiatria#q=lönnqvist%20psykiatria)

Miettunen, J. 2009. Meta-analyysit. [viitattu 12.8.2018.] Saatavissa: www.joukomiettunen.net/uploads/meta-analyysit,%20esitys%20130909.ppt

Naesström, M., Blomstedt, P. & Bodlund, O. 2017. A systematic review of psychiatric indications for deep brain stimulation, with focus on major depressive and obsessive-compulsive disorder. [viitattu 5.8.2018.] Saatavissa: <https://web-a-ebshost.com.ezproxy.napier.ac.uk/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=fea2abf0-56d1-4556-b42c-3a78526d4566%40sessionmgr4006>

Nyström, M., Neely, G., Hassme, P. & Carlbring, P. 2015. Treating Major Depression with Physical Activity: A Systematic Overview with Recommendations. [viitattu 11.7.2018.] Saatavissa: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/16506073.2015.1015440?journalCode=sbeh20>

Pajunen, I. 2016. Moni mittaa masennuksen oireitaan netissä – mutta voiko nettikyselyihin luottaa. [viitattu 10.8.2018.] Saatavissa: <https://yle.fi/uutiset/3-8611233>

- Parletta, N., Zarnowiecki, D., Cho, J., Wilson, A., Bogomolova, S., Villani, A., Itsiopoulos, C., Niyonsengra, T., Blunden, S., Meyer, B., Segal, L., Baune B. & O'Dea, K. 2017. A Mediterranean-style dietary intervention supplemented with fish oil improves diet quality and mental health in people with depression: A randomized controlled trial (HELFIMED). *Nutritional Neuroscience*. [viitattu 22.7.2018.] Saatavissa: <https://doi.org/10.1080/1028415X.2017.1411320>
- Perämäki, T. & Koivisto, M. 2015. Psykoterapian vaikutukset aivotoimintoihin masennustilassa. [viitattu 12.7.2018.] Saatavissa: <https://research.utu.fi/converis/getfile?id=5568732&portal=true>
- Psychology Foundation of Australia. 2016. Depression, anxiety, stress scales (DASS). [viitattu 15.8.2018.] Saatavissa: <http://www2.psy.unsw.edu.au/dass/>
- Raevuori, A. 2016. Mindfulnessin terveysvaikutukset - mitä lääkärin on hyvä tietää. [viitattu 1.7.2018.] Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo13356.pdf>
- Richardson, J. 2016. Validity and reliability of the Assessment of Quality of Life (AQoL)-8D multi-attribute utility instrument. [viitattu 15.8.2018.] Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24271592>.
- Seppälä, J., Kauppinen, A., Kautiainen, H., Vanhala, M. & Koponen, H. 2014. Masennus ja ruokavalio. [viitattu 2.8.2018] Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo11636>
- Stenberg, J-H. 2017. Masennus. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.
- Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku. Juvenes Print.
- Suomen Mielenterveyseura. 2018. Masennus on yleinen mielenterveyden häiriö. [viitattu 10.5.2018.] Saatavissa: <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/mielenterveyden-hairiot/masennus/masennus-yleinen-mielenterveyden-hairio>
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Masennus. [viitattu 19.5.2018.] Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/keinoja-mielenterveyden-edistamiseen/time-out-aikalisa-elama-raiteilleen/aikalisaohjaajien-materiaalipaketti/mielenterveys/masennus>
- Toikkanen, U. 2017. Aivojen tasavirtastimulaatiota siedetään hyvin. *Lääkärilehti*. 12.10.2017. [viitattu 22.7.2018.] Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/aivojen-tasavirtastimulaatiota-siedetaan-hyvin/>

Tolonen, L. 2015. Masennus käy kalliiksi yhteiskunnalle – turvallinen lapsuus on avain sairauden ehkäisyssä. Yle. 25.11.2015. [viitattu 20.5.2018.] Saatavissa: <https://yle.fi/uutiset/3-8479862>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Van Lith, T. 2015. Art Making as a Mental Health Recovery Tool for Change and Coping. Journal of the American Art Therapy Association. [viitattu 4.8.2018.] Saatavissa: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07421656.2015.992826?journalCode=uart20>

Wahlbeck, K. 2015. Masennus on suurilta osin ehkäistävissä. [viitattu 12.8.2018.] Saatavissa: [https://www.mielenterveysseura.fi/fi/masennus-suurelta-osin-ehkäistävissä](https://www.mielenterveysseura.fi/fi/masennus-suurelta-osin-ehkaistaevissa)

Wang, H-N., Wang, X-X., Zhang, R-G., Wang, Y., Cai, M., Zhang, Y-H., Sun, R-Z., Guo, L., Qiao, Y-T., Liu, J-C., He, H., Wang, Y-C., Wan, Tan Q-R. & Zhang, Z-J. 2017. Clustered repetitive transcranial magnetic stimulation for the prevention of depressive relapse/recurrence: a randomized controlled trial. [viitattu 13.7.2018.] Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5802466/>

Watson, D. & Clark, L-E. 2018. Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). [viitattu 15.8.2018.] Saatavissa: <http://www.statisticssolutions.com/positive-and-negative-affect-schedule-panas/>

LIITTEET

Liite 1. Depressiiviset häiriöt.

Depressiiviset häiriöt	Erottelu	ICD-10 tauti-luokitus
Masennustila: lievä, keskivaikkea, vaikea, psykoottinen	Perustana yhdeksän ominaista oiretta, joista tietyn määrän tulee esiintyä vähintään kahden viikon ajan. Luokitellaan vaikeusasteen mukaan.	F32.0 Lievä masennustila F32.1 Keski- vaikkea masennustila F32.2. Vaikea tai psykoottinen masennus
Masennustilan erityispiirteet	Masennuksella on tiettyjä erityispiirteitä, joihin voidaan löytää yhteys, esimerkiksi vuodenaikaan, raskauteen, ahdistuneisuuteen tai melankoliaan.	
Pitkäaikainen masennus, dystyyminen häiriö	Diagnosointi edellyttää tiettyjen oireiden kestoja vähintään kahden vuoden ajan ja oireeton jakso ollut maksimissaan kahden kuukauden mittainen.	F34.1
Lapsuuden aikainen mielialan säätelyhäiriö	Ilmenee toistuvina raivokohtauksina ja jatkuvana ärtyisyytenä.	F34.8
Premenstruaalinen dysforinen häiriö	Aina ennen kuukautisia ilmenee muun muassa mielialan laskua, ahdistuneisuutta ja muita depressiivisiä oireita.	N94.3
Somaattisen sairauden aiheuttama häiriö	Suora seuraus somaattisesta sairaudesta.	F06
Kemialliseen aineeseen ja lääkkeeseen liittyvä depressiivinen häiriö	Monien tunnettujen lääkkeiden ja kemiallisten aineiden käyttäminen, esimerkiksi päihteiden käyttö.	F10-19
Muut spesifiset depressiiviset häiriöt: lyhyt ma-	Masennus on diagnosoitavissa, mutta ei täytä depressiivisen häiriön kriteereitä.	Esimerkiksi F38.1 Lyhyt

sennusjakso, atyyppinen depressio		masennusjakso tai 32.8 Atyyppinen depressio
Tarkemmin määrittelemättömän depressiivinen häiriö	Masennus sisältää sellaisia piirteitä, joita ei voida luokitella muualle	F32.9

Liite 2. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset.

Tutkimuksen tekijät ja vuosi	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Tulokset	Lääkkeetön keino
Nyström, M. Neely, G. Hassme, P. & Carlbring, P. 2015. Ruotsi	Treating Major Depression with Physical Activity: A Systematic Overview with Recommendations	Tutkimuksessa tutkittiin liikunnan vaikutusta masennuksen hoidossa.	Jo tunti liikuntaa viikossa riitti suojaamaan masennuksen puhkeamiselta.	Liikunta
Eniola, K. Bacigalupo, S. & Mounsey, A. 2016. Yhdysvallat	Light therapy for non seasonal major depressive disorder?	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia kirkasvalohoidon vaikutusta ei-vuodenaikaan liittyvään masennukseen.	Kirkasvalohoidosta on hyötyä masennuksen hoidossa. Paras tulos saavutettiin kuitenkin lääkehoidon ja valohoidon yhdistelmällä.	Kirkasvalohoito
Fang, J. Rong, P. Hong, Y. Fan, Y. Liu, J. Wang, H. Zhang, G. Chen, X, Shi, S. Wang, L. Liu, R. Hwang, J. Li, Z. Tao, J. Wang, Y. Zhu, B. & Kong. J. 2016. Kiina	Transcutaneous Vagus Nerve Stimulation Modulates Default Mode Network in Major Depressive Disorder	Tutkimuksessa selvitettiin vagushermostimulaation vaikutusta masennuksen hoidossa.	HAM-D -tuloksissa ja aivojen MRI-tutkimuksessa oli havaittavissa selkeää parannusta VNS-hoidon jälkeen.	Vagushermostimulaatio
Perämäki, T & Koivisto, M. 2015. Suomi	Psykoterapian vaikutukset aivotoimintoihin masennustilassa	Katsauksessa käytiin läpi psykoterapian vaikutuksia aivotoimintoihin.	Kuvantamistutkimuksissa psykoterapiasta oli havaittavissa selkeää hyötyä.	Psykoterapia

Tutkimuksen tekijät ja vuosi	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Tulokset	Lääkkeetön keino
Klainin-Yobas, P. Oo, W-N. Yew, P. & Lau, Y. 2015. Singapore	Effects of relaxation interventions on depression and anxiety among older adults: a systematic review	Kirjallisuuskatsauksessa käytiin läpi tutkimuksia erilaisen rentoutusohjelmien muun muassa musiikin vaikutuksesta masennukseen.	Musiikilla todettiin olevan positiivisia vaikutuksia masennukseen.	Musiikkiterapia
Van Lith, T. 2015. Yhdysvallat	Art Making as a Mental Health Recovery Tool for Change and Coping	Tutkimuksessa selvitettiin taideterapian vaikutuksia mielenterveyteen.	Taideterapian avulla potilaat onnistuivat löytämään uusia keinoja käsitellä mielenterveysongelmiaan.	Taideterapia
Eisendrath, S. Gillung, E. Delucchi, K. Segal, Z. Nelson, J. McInnes, L. Mathalon, D. & Feldman, M. 2016. Yhdysvallat	A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treatment-Resistant Depression	Kognitiivisen mindfulness -terapian vaikutuksia tutkittiin hoitoresistentin masennuksen hoidossa.	Kognitiivinen mindfulness -terapia vähensi merkittävästi masennustilan oireita ja lisäsi muun hoidon toimivuutta.	Mindfulness
Seppälä, J. Kauppinen, A. Kautiainen, H. Vanhala, M. &	Masennus ja ruokavalio	Tutkimuksessa käytiin läpi eri vitamiiniryhmien vaikutuksia masen-	Ruokavaliolla näyttäisi olevan merkitystä masennuksen	Ruokavalio

Koponen, H. Suomi		nuksen hoidossa.	hoidossa.	
Tutkimuksen tekijät ja vuosi	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen tulokset	Lääkkeetön keino
Jacka, F. O'Neil, A. Opie, R. Itsiopoulos, C. Cotton, S. Mohebbi, M. Castle, D. Dash, S. Mihalopoulos, C. Chatterton, M. L. Brazionis, L. Dean, O. Hodge, A. & Berk, M. 2017. Australia ja Uusi-Seelanti	A randomised controlled trial of dietary improvement for adults with major depression (the 'SMILES' trial)	Tutkimuksessa tutkittiin ruokavali- on vaikutusta masennuksen hoitoon.	Terveellisellä ruokavaliolla huomattiin olevan suuri merkitys masennuksen hoidossa verrattuna verrokiryhmään.	Ruokavalio
Parletta, N. Zarnowiecki, D. Cho, J. Wilson, A. Bogomolova, S. Villani, A. Itsiopoulos, C. Niyonsengra, T. Blunden, S. Meyer, B. Segal, L. Baune B. & O'Dea, K. 2017. Australia	A Mediterranean-style dietary intervention supplemented with fish oil improves diet quality and mental health in people with depression: A randomized controlled trial (HELFIMED)	Tutkimuksen tarkoitus oli saada selville, voidaanko välimeren ruokavaliolla ja kalanmaksölyn lisäämisellä ruokavalioon vai- kuttaa masennuksen hoitoon.	Välimeren ruokavaliota noudattavilla ja kalanmaksöly- jykapseleita syöneillä masennusoireet vähenivät merkittävästi tutkimuksen aikana.	Ruokavalio
Alves, L. Freire, T. Fleck, M. & Rocha, N. 2016. Brasilia	A naturalistic study of high-dose unilateral ECT among severely depressed inpatients: how does	Unilateraalisen ECT-hoidon vaikutus vakavasti masentuneiden hoidossa.	ECT-hoidolla oli selkeää vastetta vakavasti masentuneiden hoidossa.	Sähköhoito

	it work in the clinical practice?			
Tutkimuksen tekijät ja vuosi	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen tulokset	Lääkkeetön hoito
Wang, H-N. Wang, X-X. Zhang, R-G. Wang, Y. Cai, M. Zhang, Y-H. Sun, R-Z. Guo, L. Qiao, Y-T. Liu, J- C. He, H. Wang, Y-C. Wan, Tan Q-R. & Zhang, Z- J. 2017. Kiina	Clustered repetitive transcranial magnetic stimulation for the prevention of depressive relapse/recurrence: a randomized controlled trial	Tutkimuksessa tutkittiin transkraniaalisen magneettistimulaation vaikutuksia masennuksen uusiutumiseen.	TMS-hoitoa saaneiden masennuksen uusiutumisriski pieneni. Parhain tulos saavutettiin lääkeshoidon ja TMS-hoidon yhdistelmällä.	Transkraniaalinen magneettistimulaatio
Harvey, S. Overland, S. Hatch, S. Wessely, S. Mykletun, A. & Hotopf, M. 2017.	Exercise and Prevention of Depression: Results of the HUNT Cohort Study.	Tutkimuksessa tutkittiin liikunnan vaikutusta masennuksen hoidossa.	Optimaalinen määrä liikuntaa viikossa on 3 x 30 minuuttia, mitä tahansa liikuntaa.	Liikunta
Naesström, M. Blomstedt, P. & Bodlund, O. 2017.	A systematic review of psychiatric indications for deep brain stimulation, with focus on major depressive and obsessive-compulsive disorder.	Kirjallisuuskatsauksessa käytiin läpi eri tutkimuksia DBS-hoidon vaikutuksesta masennukseen ja pakko-oireisiin.	Hoidosta selkeää hyötyä, mutta tutkimuksia ei vielä tarpeeksi.	Syväaivo-stimulaatio