

Laura Arola & Heikki Rantanen

# MASENNUKSEN LÄÄKKEETTÖMÄT HOITOKEINOT

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto

Sairaanhoitaja- ja ensihoitajakoulutus

2025



**Kaakkois-Suomen  
ammattikorkeakoulu**

Tutkintonimike	Ensihoitaja ja sairaanhoitaja AMK
Tekijä/Tekijät	Laura Arola ja Heikki Rantanen
Työn nimi	Masennuksen lääkkeettömät hoitokeinot
Toimeksiantaja	Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu, Xamk
Vuosi	2025
Sivut	52 sivua, liitteitä 23 sivua
Työn ohjaaja(t)	Terhi Hede

## TIIVISTELMÄ

Masennus on yleinen mielenterveyden häiriö, jonka hoitoon on lääkehoidon lisäksi kehitetty useita lääkkeettömiä menetelmiä. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata saatavilla olevien masennuksen lääkkeettömien hoitokeinojen vaikutuksia aikuisilla.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tutkittua ja luotettavaa tietoa masennuksen erilaisten lääkkeettömien hoitokeinojen vaikutuksesta ja tehokkuudesta masennuksen hoidossa. Tietoa, jota hoitoalan ammattilaiset voivat hyödyntää työssään masennuspotilaiden kanssa. Opinnäytetyötä voivat hyödyntää myös alan opiskelijat, potilaat sekä muut asiasta kiinnostuneet

Aineiston analyysissä hyödynnettiin teemoittelua, ja tarkasteluun valittiin 16 tutkimusta. Analyysin tuloksena muodostui kolme pääteemaa: erilaisten terapioiden vaikutus masennuksen hoidossa, stimulaatiomenetelmien vaikutukset masennuksen hoidossa sekä ravitsemuksen, liikunnan, itsenäisesti tehtävien hoitokeinojen vaikutus masennuksen hoidossa-

Tulosten perusteella psykoterapia on osoittautunut vaikuttavaksi hoitomuodoksi erityisesti lievän ja keskivaikean masennuksen hoidossa. Myös lyhytterapiat ja digitaaliset terapiamuodot, kuten nettiterapia, ovat tehokkaita ja saatavutettavia vaihtoehtoja. Aivostimulaatiomenetelmät, kuten transkraniaalinen magneettistimulaatio ja sähköhoito, soveltuvat vaikeahoitoisen masennuksen hoitoon. Fyysinen aktiivisuus puolestaan lievittää masennusoireita ja tukee kokonaisvaltaista hyvinvointia. Luovat menetelmät, kuten musiikki- ja taideterapia, edistävät tunneilmaisua ja emotionaalista säätelyä. Lisäksi sosiaalinen ja vertaistuki vahvistavat toipumista ja ehkäisevät uusiutumista. Lääkkeettömät hoitomuodot täydentävät lääkehoitoa ja voivat merkittävästi parantaa potilaiden elämänlaatua. Ne tarjoavat yksilöllisiä ja kokonaisvaltaisia keinoja masennuksen hoitoon ja toipumisen tukemiseen.

Jatkotutkimuskohteiksi esitetään masennuksen omahoidon keinojen, kuten ravitsemuksen, liikunnan, mindfulnessin ja kirkasvalohoidon vaikutusten tarkempaa selvittämistä.

**Asiasanat:** masennus, lääkkeetön hoito, psykoterapia, neuromodulaatiohoito

Degree title	Bachelor of Health Care
Author (authors)	Laura Arola and Heikki Rantanen
Thesis title	Non-Pharmacological Treatment for Depression
Commissioned by	South-Eastern Finland University of Applied Science
Time	2025
Pages	52 pages, 23 pages of appendices
Supervisor	Terhi Hede

## ABSTRACT

Depression is a common mental health disorder, and in addition to pharmacological treatment, several non-pharmacological methods have been developed for its management.

The purpose of this thesis is to describe the effects of available non-pharmacological treatments for depression in adults.

The aim of the thesis is to produce researched and reliable information on the impact and effectiveness of various non-pharmacological treatments for depression. This information can be utilized by healthcare professionals in their work with patients suffering from depression. The thesis may also be beneficial for students in the field, patients, and other interested parties. Thematic analysis was used in the data analysis, and 16 studies were selected for review. The analysis resulted in three main themes: the impact of various therapies on the treatment of depression, the effects of stimulation methods, and the influence of nutrition, exercise, and self-administered treatments.

According to the results, psychotherapy has proven to be an effective form of treatment, particularly for mild and moderate depression. Short-term therapies and digital therapy forms, such as online therapy, are also effective and accessible alternatives. Brain stimulation methods, such as transcranial magnetic stimulation and electroconvulsive therapy, are suitable for treatment-resistant depression. Physical activity alleviates depressive symptoms and supports overall well-being. Creative methods, such as music and art therapy, promote emotional expression and regulation. In addition, social and peer support strengthen recovery and help prevent relapse.

Non-pharmacological treatments complement medication and can significantly improve patients' quality of life. They offer individualized and holistic approaches for treating depression and supporting recovery.

Future research should further investigate the effects of self-care methods for depression, such as nutrition, exercise, mindfulness, and bright light therapy.

**Keywords:** depression, non-pharmacological treatment, psychotherapy, neuromodulation therapy

## SISÄLLYS

1.	Johdanto.....	6
2.	Masennus.....	7
2.1	Masennushäiriöt .....	7
2.2	Masennuksen diagnosointi .....	11
2.3	Masennuksen hoito .....	14
2.3.1	Lääkehoito.....	15
2.3.2	Ketamiini-infuusio .....	18
3.	Lääkkeettömät hoitokeinot.....	19
3.1	Psykoterapiat .....	19
3.1.1	Psykodynaaminen psykoterapia .....	20
3.1.2	Kognitiivinen psykoterapia.....	21
3.1.3	Interpersoonallinen psykoterapia.....	22
3.1.4	Ratkaisukeskeiset terapiat ja nettiterapiat.....	24
3.2	Neuromodulaatiohoidot .....	25
3.2.1	ECT-hoito.....	25
3.2.2	Transkraniaalinen tasavirtastimulaatio (tDCS) ja aivojen transkraniaalinen magneettistimulaatio (rTMS).....	26
3.2.3	Syväaivostimulaatio ja vagushermon stimulointi .....	29
3.3	Ravitsemus ja liikunta .....	30
3.4	Musiikkiterapia ja kuvataideterapia .....	31
3.5	Kirkasvalohoito ja mindfulness .....	33
4.	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys .....	35
5.	Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä .....	35
5.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus .....	35
5.2	Tiedonhaku ja aineiston valinta .....	36
5.3	Aineiston analyysi .....	37
6.	Tulokset.....	38
6.1	Erilaiset terapiat ja niiden vaikutus masennuksen hoidossa .....	38
6.2	Stimulointimenetelmien vaikutukset masennuksen hoidossa .....	39
6.3	Itsenäisesti tehtävien hoitokeinojen vaikutukset masennuksen hoidossa .....	40
7	Pohdinta.....	42
7.1	Tulosten tarkastelu .....	42

7.2 Eettisyys ja luotettavuus .....	46
7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset .....	47
LÄHTEET .....	49

## LIITTEET

Liite 1. Tiedonhakutaulukko

Liite 2. Tutkimustaulukko

Liite 3. Teemoittelutaulukko

## 1. JOHDANTO

Masennushäiriöt ovat kansanterveyden kannalta keskeisin mielenterveyshäiriö. Masennushäiriöt ovat yksi suurimmista kansanterveysongelmistamme kaikki sairaudet mukaan lukien. Vuoden aikana ainakin 5 prosenttia aikuisväestöstä kärsii vakavasta masennustilasta. Masennus on suurin yksittäinen työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen syy ja vuonna 2020 masennuksen perusteella työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi 3 600 henkilöä. Masennus on myös yleisin sairauspäivärahalta korvattavia poissaolopäiviä aiheuttava mielenterveyden häiriö. (THL. 2022)

Masennuksen kehittymiseen vaikuttavat moninaiset tekijät, jotka vaihtelevat yksilöllisesti. Keskeisiä ovat biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät. Biologisiin tekijöihin kuuluvat muun muassa perinnöllinen alttius sekä neurokemialliset ja neurofysiologiset mekanismit. Psykologisella tasolla masennukselle voivat altistaa tietyt persoonallisuuden piirteet, kuten estyneisyys ja tunteiden epävakaus, sekä traumaattiset kokemukset, kuten lapsuuden aikainen kaltoinkohtelu. Sosiaaliset tekijät, kuten stressaavat elämäntapahtumat, työttömyys, avioero tai sosiaalisen tuen puute, voivat myös lisätä masennuksen riskiä (Käypä hoito, 2023).

Masennushäiriötä sairastavan potilaan hoidossa tulisi yhdistää masennuksen eri hoitokeinoja. Masennuksen hoitokeinoja ovat muun muassa psykoterapia, lääkehoito ja psykososiaaliset hoitomuodot. (THL. 2022).

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata saatavilla olevien masennuksen lääkkeettömien hoitokeinojen vaikutuksia aikuisilla. Tavoitteena on tuottaa tutkittua ja luotettavaa tietoa erilaisten masennuksen lääkkeettömien hoitomuotojen vaikutuksesta, jota hoitoalan ammattilaiset voivat hyödyntää työssään masennuspotilaiden kanssa. Opinnäytetyötä voivat hyödyntää myös alan opiskelijat, potilaat sekä muut asiasta kiinnostuneet. Kirjallisuuskatsauksen avulla tuodaan esille tutkittua tietoa masennuksen lääkkeettömistä hoitokeinoista sekä niiden vaikutuksesta. Opinnäytetyön tutkimuskysymys on: millaisia vaikutuksia lääkkeettömillä hoitokeinoilla on masennuksen hoidossa.

Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu, XAMK.

## **2. MASENNUS**

Masennus, eli depressio, on yleinen mielenterveyden häiriö, jota arvioidaan esiintyvän tällä hetkellä noin kuudella prosentilla väestöstä. Masennustilat vaihtelevat lievistä vaikeisiin, ja selkeästä masennuksesta kärsii arviolta noin viisi prosenttia aikuisista. Psykoottinen masennus on harvinaisempi, ja sitä esiintyy alle yhdellä prosentilla väestöstä. Elämänsä aikana masennusoireita kokee noin joka kuudes ihminen. Masennukseen liittyy myös kohonnut riski itsetuhoiselle käyttäytymiselle — noin viisi prosenttia masentuneista tekee lopulta itsemurhan, ja vakavien masennustilojen yhteydessä riski voi nousta jopa 15–20 prosenttiin (Rovasalo, 2022).

Masennustilassa eli depressiossa ihmisen tavanomainen mieliala on kokonaisvaltaisesti huonontunut. Masennus vaikuttaa tunne-elämään, ajatteluun ja toimintakykyyn. Masennus voi ilmetä jopa kehon toimintojen muutoksina. Pitkittyessään masennus on uhka esimerkiksi työkyvylle, mutta hyvän hoidon ja kuntoutuksen avulla masennuksen ennuste on varsin hyvä. Lievien masennustilojen hoidossa korostuvat erilaiset psykoterapiat. Vaikeammassa masennustiloissa korostuu lääkehoito. Erilaisten nettiterapioiden ja neuromodulaatiohoitojen käyttö lisääntyy ja sähköhoito on mainettaan parempi hoitovaihtoehto vaikeimmissa masennustiloissa. (Rovasalo. 2022)

### **2.1 Masennushäiriöt**

Masennus eli depressio on yksi yleisimmistä mielenterveyden häiriöistä. Masennusta esiintyy jokaisessa ikäluokassa lapsista aikuisiin. Tyypillisesti masennus alkaa vaikeiden elämän tapahtumien yhteydessä. Masennus voi kuitenkin alkaa myös hyvin tavallisessa elämänvaiheessa. (Mielenterveystalo. 2023)

Masennushäiriöt ovat keskeisin mielenterveyshäiriö sekä yksi suurimmista kansanterveysongelmistamme kaikki sairaudet mukaan lukien. Masennus on suurin yksittäinen työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen syy. Masennuksen perusteella työkyvyttömyyseläkkeelle vuonna 2020 siirtyi 3 600 henkilöä. Masennus on myös yleisin sairauspäivärahalla korvattavia poissaolopäiviä aiheuttava mielenterveyden häiriö. (THL. 2022)

Alakuloisuuden ja lyhytkestoisen masennuksen tunteet kuuluvat elämään, mutta pitkittyessään masennuksella tarkoitetaan sairautta, jossa erilaisia oireita esiintyy yhtäjaksoisesti pidemmän aikaa. Masennus jaetaan oireiden keston ja vaikeusasteen mukaan lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan masennukseen. (Mielenterveystalo. 2023)

Masennushäiriöiden syntyyn vaikuttaa useita tekijöitä, ja niiden taustalla on sekä biologisia että psykologisia ja sosiaalisia mekanismeja. Aivojen toiminta, psyykkinen kehitys, tunteiden säätelykyky sekä sosiaaliset suhteet ovat kaikki mahdollisia vaikuttavia tekijöitä. Lisäksi fyysiset sairaudet voivat laukaista masennusoireita, samoin kuin tiettyjen lääkkeiden tai päihteiden käyttö (THL, 2022). Masennukseen liittyy usein myös ahdistusta eri muodoissaan sekä lisääntynyttä alkoholin kulutusta, ja päihteiden käyttö voi puolestaan lisätä masennusoireiden riskiä. (Rovasalo. 2022)

Masennus on sairaus, jossa erilaisia oireita esiintyy yhtäjaksoisesti pidemmän aikaa. Masennukselle tyypillisiä oireita ovat mielialaan liittyvät oireet, itseluottamuksen väheneminen, itsesyytösten lisääntyminen, pitkittynyt alakuloisuus, ärsyntyneisyys, kuolemaan liittyvät ajatukset, päätöksen teon vaikeus, keskittymisvaikeudet sekä kiinnostuksen puute asioihin, jotka ennen tuottivat mielihyvää. Masennuksen fyysisiä oireita ovat uupumus ja väsymys, toimintakyvyn aleneminen ja aikaansaamattomuus, ruokahalun muutokset sekä uni-häiriöt (liikaunisuus, aamuyön heräily, vaikeus nukahtaa uudelleen). Lisäksi voi esiintyä selittämättömiä fyysisiä oireita, kuten päänsärkyä, pahoinvointia ja lihaskipuja. (Mielenterveystalo. 2023)

Masennustilat jaotellaan oireiden vakavuuden perusteella lieviin, keskivaikeisiin, vaikeisiin ja psykoottisiin muotoihin. Lievässä masennuksessa oireet aiheuttavat vain vähäistä haittaa sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, työssä tai ihmissuhteissa. Työkyky voi säilyä, erityisesti silloin, kun työ ei ole henkisesti erityisen kuormittavaa. Keskivaikeassa masennuksessa toimintakyky heikkenee jo selvästi, ja henkilö voi olla kyvytön tekemään säännöllistä työtä, kun taas arjen rutiinit saattavat käydä hankaliksi. Vaikea masennus vaikuttaa laaja-alaisesti elämään, vaikeuttaen lähes kaikkia toimintoja merkittävästi. Tällöin saatetaan tarvita jopa sairaalahoitoa arjesta selviytymisen turvaamiseksi. (Rovasalo. 2022) Itsetuhoiset ajatukset voivat kuulua myös lievempiin masennustiloihin, mutta vakavampien masennusten yhteydessä ne ovat yleisempiä ja voivat kehittyä konkreettisiksi suunnitelmiksi. Jos henkilö tekee itsemurhayrityksen vakavassa mielentilassa, tilaa pidetään usein psykoottisena masennuksena. (Rovasalo. 2022)

Psykoottinen masennus on masennuksen vakavin muoto, jossa masennusoireet yhdistyvät psykoottisiin oireisiin, kuten hallusinaatioihin ja harhakuvitelmiin. Tämä häiriö voi ilmetä joko pääasiassa masennusoireiden tai pääasiassa psykoottisten oireiden kautta, mutta molemmat oireet ovat yhtä tärkeitä diagnosoinnissa ja hoidossa (Nietola, Jääskeläinen & Korkeila, 2021). Psykoottinen masennus on usein vaikea erottaa muista masennuksen muodoista, mutta sen tunnistaminen on tärkeää, koska se vaatii erityistä hoitoa ja usein sairaalahoitoa (Käypä hoito, 2020).

Psykoottinen masennus voi ilmetä esimerkiksi silloin, kun masennukseen liittyy synkkiä harhakuvitelmia, kuten omien epäonnistumisten tai arvottomuuden jatkuvaa ajattelua. Hallusinaatiot voivat olla esimerkiksi ääniä, jotka kommentavat henkilöä tekemään haitallisia asioita (Nietola, Jääskeläinen & Korkeila, 2021). Hoito keskittyy sekä masennuksen että psykoottisten oireiden lievittämiseen. Lääkityksellä, erityisesti masennuslääkkeillä ja antipsykooteilla, on keskeinen rooli hoidossa (Rovasalo, 2022).

Psykoterapia on myös osa hoitoa, mutta se on yleensä vähemmän tehokasta ilman lääkehoitoa psykoottisen masennuksen yhteydessä. Tällöin lääkkeet

voivat vähentää psykoottisia oireita, mikä mahdollistaa myöhemmän psykologisen tuen tarjoamisen ja keskustelun vaikeista ajatuksista ja tunteista (Käypä hoito, 2020). Hoitoon kuuluu usein sekä antipsykoottien että masennuslääkkeiden yhdistäminen, mikä on osoittautunut tehokkaaksi strategiana (Nietola, Jääskeläinen & Korkeila, 2021).

Noin 1 % aikuisista sairastaa kaksisuuntaista mielialahäiriötä ja alttius sairastua on osittain perinnöllinen. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan lapsilla on n. 10–15 % riski sairastua samaan häiriöön. Kaksisuuntaisille mielialahäiriöille on ominaista vaihtelevin välein toisiaan seuraavat masennus- ja mania- tai hypomaniajaksot. (Sadeniemi. 2021) Tyypin 1 kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä puhutaan silloin, kun sairastuneella on masennuksen lisäksi selviä manioita tai sekamuotoisia jaksoja. Tyypin 2 kaksisuuntaisella mielialahäiriöllä potilaalla on todettu masennustiloja ja hypomanioita. (Tarnanen, Suominen, Lähteenmäki, Laukkala. 2021) Kaksisuuntaisen mielialahäiriön yhteydessä esiintyvät masennusjaksot muistuttavat oireiltaan tavanomaisia masennustiloja, mutta niiden kesto voi olla jonkin verran lyhyempi. Näissä jaksoissa esiintyy kuitenkin tavallista useammin psykoottisia oireita sekä toiminnan ja ajattelun hidastumista. Tyypillisiä ovat myös liiallinen nukkuminen, lisääntynyt ruokahalu ja painonnousu. Masennuksen lääkehoitoa suunniteltaessa on olennaista selvittää, onko kyseessä kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyvä masennusvaihe vai jokin muu masennustila. (Sadeniemi. 2021)

Synnytyksen jälkeinen masennus viittaa masennustilaan, joka puhkeaa kuuden viikon kuluessa synnytyksestä. Hoitoon hakeutumista suositellaan, mikäli oireet jatkuvat vähintään kaksi viikkoa tai jos ne ovat luonteeltaan vakavia. Vakavina oireina voidaan pitää muun muassa itsetuhoisia ajatuksia, vaikeaa unettomuutta tai voimakasta toivottomuuden tunnetta. Riskitekijöihin kuuluvat raskauden aikana ilmennyt masennus sekä aiempi masennushistoria. Elämän kuormittavat tekijät, kuten stressi, voivat myös lisätä sairastumisriskiä. (Hertzberg. 2022) Tämä masennustyyppi on yleisin lapsivuodeaikaan liittyvä psyykinen terveyshäiriö, ja sitä esiintyy arviolta 10–20 prosentilla synnyttäneistä naisista. Myös isät voivat sairastua, ja heillä synnytyksen jälkeisen masennuksen esiintyvyys on noin 8–10 prosenttia. Hoitomenetelmät

vastaavat yleensä muiden masennustilojen hoitoa, mutta lisäksi korostuu varhainen vuorovaikutuksen tukeminen vauvan kanssa. (Hertzberg. 2022)

Kaamosmasennus on masennuksen muoto, jossa oireet toistuvat vuodesta toiseen erityisesti syksyisin ja talvisin. Suomessa arviolta 1–2 prosenttia väestöstä sairastaa kaamosmasennusta, mikä tarkoittaa, että noin kymmenesosa kaikista masentuneista kuuluu tähän ryhmään. Lisäksi 20–30 prosenttia väestöstä kokee lievempiä kaamosoireita ilman täysimittaista masennusta. Tätä tilaa kutsutaan kaamosrasitukseksi, ja sen oireita voivat olla muun muassa jatkuva väsymys, makeanhimo sekä painonnousu. (Partonen. 2022) Kaamosmasennuksen oireet ilmaantuvat tyypillisesti lokakuun aikana ja voimistuvat marraskuusta tammikuuhun. Useimmiten oireet lievittyvät helmikuun lopulla, eikä kesäkuukausina (touko–elokuu) esiinny masennusoireita. Joillakin henkilöillä saattaa kuitenkin kesäaikaan ilmetä hypomanian tai manian kaltaista mielialan kohoamista. (Partonen. 2022) Kaamosmasennuksen oirekuva sisältää sekä tyypillisiä että epätyypillisiä masennusoireita. Tunnusomaisia oireita ovat esimerkiksi lisääntynyt makeanhimo, painonnousu ja liiallinen unentarve, jossa uni ei kuitenkaan virkistä. Lisäksi kaamosmasennukseen liittyy usein surullinen mieliala, kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen, väsymys, ahdistus sekä arvottomuuden, syyllisyyden ja päättämättömyyden tunteet. Muita yleisiä oireita ovat vähentynyt fyysinen aktiivisuus, vetäytyminen sosiaalisista tilanteista ja seksuaalisen halun heikkeneminen. (Partonen. 2022)

## **2.2 Masennuksen diagnosointi**

Masennus on oireyhtymä, jonka diagnosointi edellyttää sekä yksittäisten oireiden että niiden muodostaman kokonaisuuden tunnistamista. Diagnoosi tehdään kliinisen haastattelun perusteella, jossa arvioidaan oireiden määrä, voimakkuus, kesto ja ajallinen esiintyvyys. Näiden tietojen pohjalta päätellään, täyttyvätkö masennustilalle asetetut kriteerit. Masennuksen päämuodot jaetaan kertaluonteiseen masennustilaan sekä toistuvaan masennukseen, jossa henkilöllä on ollut aiempi masennusjakso ja uusiutumisen riski on merkittävä. Diagnoosin kannalta on olennaista, että oireet ovat olleet yhtäjaksoisesti läsnä päivittäin vähintään kahden viikon ajan ja niiden on

oltava kliinisesti merkittäviä eli arkea merkittävästi haittaavia. (Käypä hoito. 2023)

Masennustilan toteamiseksi tulee esiintyä vähintään neljä kymmenestä kriteerioireesta (ks. Taulukko 1). Masennuksen vaikeusaste määräytyy oireiden lukumäärän mukaan ICD-10-luokituksen mukaisesti: lievässä masennuksessa havaitaan 4–5 oiretta, keskivaikeassa 6–7 ja vaikeassa 8–10 oiretta. Lisäksi vaikeaan masennukseen kuuluu aina vähintään yksi vakava ydinoire ryhmästä B.

Taulukko 1.

Oirekriteerit	Oirekuva
A. Masennusjakso on kestänyt vähintään 2 viikon ajan.	
B. Todetaan vähintään 2 seuraavista oireista.	1. Masentunut mieliala suurimman osan aikaa
	2. Kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat tavallisesti kiinnostaneet tai tuottaneet mielihyvää
	3. Vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys

C. Todetaan jokin tai jotkin seuraavista oireista niin, että oireita on yhteensä (B ja C yhteen laskettuina) vähintään 4.	4. Itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen
	5. Perusteettomat tai kohtuuttomat itesyytökset
	6. Toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoihin käyttäytyminen
	7. Subjektiiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä myös päättämättömyytenä tai jahkailuna
	8. Psykomotorinen muutos (kiihtymys tai hidastuneisuus), joka voi olla subjektiivinen tai havaittu
	9. Unihäiriöt
	10. Ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos

Masennuksen vaikeusastetta arvioidaan ICD-10:ssä oireiden lukumäärän mukaan, mutta sitä voidaan arvioida myös erilaisten oiremittareiden mukaan.

- Montgomery-Åesbergin depressioasteikko MADRS
- Beckin depressioasteikko BDI
- PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) -masennuskysely
- suomalainen DEPS seula
- EPDS-seula (Edinburgh Postnatal Depression Scale) juuri synnyttäneille naisille

- GDS-15- tai GDS-30-kyselyä (geriatriinen depressioasteikko, Geriatric Depression Scale) yli 65-vuotiaille

Masennuksen vaikeusastetta voidaan arvioida paitsi oireiden lukumäärän, myös toimintakyvyn heikentymisen perusteella. Lievässä masennuksessa henkilö kokee subjektiivista kärsimystä, mutta hänen toimintakykynsä arjessa säilyy yleensä lähes ennallaan. Keskivaikeassa masennuksessa toimintakyky on usein selvästi alentunut ja vaikuttaa päivittäiseen jaksamiseen. Vaikeassa masennuksessa henkilö voi tarvita merkittävää tukea selviytyäkseen tavallisista arjen tehtävistä. Psykoottisessa masennuksessa esiintyy tavanomaisten masennusoireiden lisäksi esimerkiksi harhaluuloja tai aistiharhoja. Harvinaisissa tapauksissa tila voi johtaa depressiiviseen stuporiin eli sulkutilaan, jossa henkilö ei reagoi ympäristöönsä. (Käypä hoito. 2023)

### **2.3 Masennuksen hoito**

Masennuksen hoito etenee tyypillisesti kolmessa vaiheessa: akuutti-, jatko- ja ylläpitovaiheessa. Akuuttivaiheen ensisijaisena tavoitteena on saavuttaa oireettomuus mahdollisimman nopeasti. Tässä vaiheessa tehokkaina hoitomuotoina pidetään sekä psykoterapiaa että lääkitystä, ja niiden yhdistelmähoito on usein tuloksellisin vaihtoehto. Mikäli masennus aiheuttaa työkyvyttömyyttä yli kahden kuukauden ajan, lääkityksen aloittaminen on yleensä suositeltavaa psykoterapian ohella. Potilaan ohjaaminen sairaudesta ja sen hoitomahdollisuuksista on oleellinen osa hoitoprosessia. (Tarnanen, Isometsä & Tuunainen. 2020) Akuuttivaiheen hoidon keskiössä on nopea ja vaikuttava hoitovaste, jonka avulla pyritään sekä oireiden lievitykseen että työ- ja toimintakyvyn palauttamiseen.

Relapsi, eli masennusoireiden oireiden palaaminen, pyritään estämään masennuksen jatkohoidolla. Lääkitystä ei tule lopettaa heti oireiden hävittyä, sillä silloin oireiden palaamisen vaara on suuri. Kun oireettomuutta on ollut yhtäjaksoisesti noin puolen vuoden ajan, voidaan lääkitystä purkaa asteittain muutama viikon aikana. On huomioitava, että joidenkin lääkkeiden lopettamiseen

voi liittyä erilaisia vieroitusoireita. Vieroitusoireina voi esiintyä esimerkiksi hui-  
mausta, univaikeuksia, ahdistuneisuutta, pahoinvointia ja päänsärkyä. Vieroit-  
tusoireita pyritään välttämään lääkkeen hitaalla asteittaisella lopettamisella.  
Tämän vuoksi lääkityksen asteittainen vähentäminen on suositeltavaa vasta,  
kun potilas on ollut oireeton pidemmän aikaa. (Tarnanen, Isometsä, Tuunai-  
nen. 2020). Pitkällä aikavälillä masennuslääkkeiden käyttö voi vaikuttaa poti-  
laan elämänlaatuun ja toimintakykyyn (Isometsä, 2020).

Masennuksen ylläpitohoidolla pyritään ehkäisemään masennuksen uusiutu-  
mista. Ylläpitohoidon aloittaminen onkin suositeltavaa silloin, jos potilaalla on  
takanaan jo kaksi aiempaa masennusjaksoa ja masennus on osoittautunut  
toistuvaksi ja vähintään keskivaikeaksi. Ylläpitohoito toteutetaan samalla lää-  
keannoksella kuin akuutti- ja jatkohoito. Psykiatrian erikoislääkäri tai yleislää-  
käri tekee päätöksen ylläpitohoidon aloittamisesta ja lopettamisesta yhdessä  
potilaan kanssa. Masennuksen ylläpitohoidossa potilaan tilaa seurataan vas-  
taanottokäynnein vähintään vuosittain, vaikka potilas olisikin täysin oireeton.  
Lääkityksen varovaista asteittaista lopettamista voidaan harkita silloin, kun po-  
tilas on ollut oireeton useamman vuoden ajan. Tällöin potilaan tilaa on seurat-  
tava tiheämmin masennuksen uusiutumisvaaran vuoksi. (Tarnanen, Isometsä,  
Tuunainen. 2020. Ylläpitohoidossa pyritään estämään masennuksen uusiutu-  
minen ja tukemaan potilaan mielenterveyttä mahdollisten tulevien masennus-  
jaksojen varalta. Erityisesti potilailla, jotka ovat kokeneet toistuvia masennus-  
jaksoja, lääkehoitoa jatketaan pidempään. Ylläpitohoito voi kestää useita kuu-  
kausia tai jopa vuosia, ja sen aikana potilasta seurataan säännöllisesti. Mikäli  
potilas on ollut oireeton useamman vuoden ajan, lääkitystä voidaan harkita lo-  
petettavaksi, mutta tätä vaihetta seurataan tarkasti uusien oireiden varalta  
(Käypä hoito, 2020).

### **2.3.1 Lääkehoito**

Masennuksen lääkehoito tulee perustua lääkärin haastattelun perusteella teke-  
mään diagnoosiin. Lääkehoito on sitä tärkeämpää, mitä vaikea-asteisempi ma-  
sennushäiriö on. Lääkehoitoa suositellaan aina vaikea-asteiseen ja psykoottiseen

masennukseen. Lievässä ja keskivaikeassa masennuksessa lääkehoidon ja psykoterapian on todettu olevan yhtä tehokkaita ja niiden yhdistäminen on yleensä tehokkainta. Tehoerot masennuslääkkeissä ovat yleensä pieniä, mutta hoitovasteet ja haittavaikutukset ovat yksilöllisiä. (Viikki, Isometsä. 2023)

Lääkityksen valinta ja sen aloitus vaihtelevat potilaan tarpeiden mukaan, mutta nykykäytännön mukaan lääkehoitoa suositellaan erityisesti silloin, jos masennus on keskivaikeaa tai vaikeaa (Käypä hoito, 2020). Masennuksen hoidossa yleisimmin käytetyt lääkkeet ovat masennuslääkkeet, kuten SSRI-lääkkeet (selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät) ja SNRI-lääkkeet (serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjät), joiden tehokkuus on monissa tutkimuksissa osoitettu. (Viikki & Isometsä. 2023)

Noin kaksi kolmasosaa masennuslääkkeitä säännöllisesti käyttävistä potilaista kokee selvän vasteen lääkitykselle, ja 40–50 % heistä kokee oireiden lähes täydellisen häviämisen 4–12 viikon kuluessa. Ajan myötä toipuneiden osuus kasvaa. (Käypä hoito. 2023)

Lääkevasteet ja mahdolliset haittavaikutukset ovat kuitenkin yksilöllisiä. Vaikka ryhmätasolla eri lääkevalmisteiden välillä on vain pieniä eroja tehossa ja siedettävyydessä, trisyklisiä masennuslääkkeitä siedetään yleensä huomattavasti verrattuna muihin vaihtoehtoihin. Lääkkeen valinnassa on keskeistä huomioida mahdolliset haittavaikutukset ja potilaan suhtautuminen niihin, hänen somaattiset sairaudet sekä mahdolliset yhteisvaikutukset muiden lääkkeiden kanssa. (Käypä hoito. 2023)

Yleisimmin käytetty masennuslääkkeiden ryhmä on selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät eli SSRI lääkkeet. Saatavilla on kuusi tämän lääkeryhmän lääkettä (essitalopraami, fluoksetiini, fluvoksamiini, paroksetiini, sertraliini ja sitalopraami). Tämän lääkeryhmän käytön etuja ovat helppo annostelu sekä teho samanaikaisissa ahdistushäiriöissä, joista noin puolet masennusta sairastavista kärsii samanaikaisesti. (Isometsä, Leinonen. 2017, 77)

SSRI-lääkkeet ovat usein ensisijaisia avohoidossa käytettäviä lääkkeitä vähäisten haittavaikutusten vuoksi. SSRI-lääkkeiden etuna on myös muihin lääkkeisiin verrattuna, että lääkkeen käyttö voidaan usein aloittaa suoraan hoitoannoksella.

SSRI-lääkkeet eivät aiheuta riippuvuutta tai tottumista, lisää ruokahalua, väsyä tai lisää alkoholin vaikutuksia. (Isometsä, Leinonen. 2017, 77)

Teholtaan SSRI-lääkkeet eivät kovin merkittävästi eroa toisistaan, mutta haittavaikutusten vuoksi lääkkeen vaihtaminen ryhmän sisällä saattaa silti olla hyödyllistä yksilöllisten erojen vuoksi. (isometsä, Leinonen. 2017, 77)

SSRI-lääkkeiden tyypillisimpiä haittavaikutuksia ovat pahoinvoinnin tunne (15–30 prosenttia) ja joskus vatsanväänneet ja ripuli. Lisäksi SSRI-lääkkeet voivat aiheuttaa unettomuutta, hikoilua ja päänsärkyä. Hoidon alkuvaiheessa voi esiintyä lisääntyntä ahdistuneisuutta. Tyypillisesti hoidon alkuvaiheen haittavaikutukset menevät ohi parin ensimmäisen hoitoviikon aikana. SSRI-lääkkeet aiheuttavat myös seksuaalisia toimintahäiriöitä. Esimerkiksi miehillä impotenssia ja ejakulaation estymistä, naisilla orgasmivaikeutta sekä sukupuolista haluttomuutta. Oireet ovat ainakin osittain riippuvaisia annostuksesta, jonka vuoksi joudutaan joskus joko alentamaan lääkkeen annosta tai vaihtamaan lääke toisentyypiseen masennuslääkkeeseen. Essitalopraami ja sitalopraami lisäävät korkealla annostuksella sydämen kammioperäisten rytmihäiriöiden riskiä pidentämällä EKG:ssä QT-aikaa. Tästä syystä niiden lääkkeiden enimmäisannosta on laskettu turvalliselle tasolle. (Isometsä, Leinonen. 2017, 77)

Serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjien, eli SNRI-lääkkeiden, ryhmän yhteinen ominaisuus on se, että ne ovat niin sanotusti kaksoisvaikuttavia masennuslääkkeitä. SNRI-lääkkeet estävät sekä serotoniinin että noradrenaliinin takaisinottoa, minkä on esitetty hieman lisäävän näiden lääkkeiden tehoa SSRI-lääker ryhmään verrattuna. Erityisesti vaikeimmissa masennuksissa kaksoisvaikutteiset masennuslääkkeet saattavat olla SSRI-lääkkeitä tehokkaampia ja kaksoisvaikutteisilla masennuslääkkeillä on vähemmän haittavaikutuksia kuin vanhemmilla laajakirjoisilla masennuslääkkeillä (trisykliset masennuslääkkeet). SNRI-lääkkeiden ryhmään kuuluu muun muassa venlafaksiini, duloksetiini, milnasipraani ja mirtasapiini. (Isometsä, Leinonen. 2017, 78)

Kolmas tärkeä masennuslääkeryhmä SSRI- ja SNRI-lääkkeiden lisäksi ovat trisykliset masennuslääkkeet. Nimensä lääkeyhmä on saanut kemiallisen rakenteen vuoksi. Trisykliset masennuslääkkeet ovat vanhimpia vielä käytössä olevia ma-

sennuslääkkeitä ja niitä on käytetty yli 50 vuoden ajan. Trisyklisten masennuslääkkeiden parhaina etuina pidetään lääkkeiden edullista hintaa ja hyvää tehoa. Lääkeryhmään kuuluvia masennuslääkkeitä ovat amitriptyliini, doksepiini, klomipramiini, nortriptyliini ja trimipramiini. Kaikki trisykkliset lääkkeet ovat tehokkaita noradrenaliinin takaisinoton estäjiä ja klomipramiini, doksepiini ja amitriptyliini estävät lisäksi serotoniinin takaisinottoa. (Isometsä, Leinonen. 2017, 78–79)

Haittavaikutuksia trisykklisillä masennuslääkkeillä on monenlaisia. Tavallisimpia haittavaikutuksia ovat autonomisen hermoston antikolinergiset haittavaikutukset, kuten suun kuivuminen, ummetus, näön hämärtyminen ja virtsaamisvaikeudet. Muita haittavaikutuksia ovat väsymys, painon nousu, ortostaattisen verenpaineen lasku ja huimaus. Jo kolmin-nelinkertainen annos (tavanomaiseen hoitoannokseen verrattuna) trisyklistä masennuslääkettä voi aiheuttaa vakavan myrkytyksen, joten itsetuhoisia potilaita hoidettaessa pyritään välttämään trisyklisten lääkkeiden käyttöä tai lääkettä määrätään vain pieniä määriä kerrallaan. (Isometsä, Leinonen. 2017, 79)

Serotoniinisedektiivisten, kaksoisvaikutteisten ja trisyklisten masennuslääkkeiden lisäksi Suomessa on markkinoilla useita muita masennuslääkkeitä, joita ei voi luokitella edellä mainittuihin ryhmiin. Näitä lääkkeitä ovat mianseriini, tratsodoni, moklobemidi, reboksetiini ja uusimpina bupropioni, agomelatiini ja vortiooksetiini (Isometsä, Leinonen. 2017, 79)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidon perusta ovat mielialaa tasaavat lääkkeet ja uudemmat psykoosilääkkeet sairauden ajankohtaisen vaiheen mukaan. (Käypä hoito. 2021)

### **2.3.2 Ketamiini-infuusio**

Ketamiini-infuusiot annosteltuna laskimoon 1–3 kertaa viikossa ovat nopein ja tehokkain käytettävissä oleva masennuksen hoitomuoto. (Taiminen, T. 2017). Yksittäinen hoitokerta on lyhytvaikutteinen. Yleensä noin muutamasta päivästä muutamaan viikkoon. Yleensä yksittäistä hoitoa käytetään tilanteissa,

joissa katsotaan tärkeäksi nopea hoidollinen vaikutus. Esimerkkinä vakava itsetuhoisuus. Hoitomuoto on vakiintumaan päin psykiatrisen erikoissairaanhoidon toimintana. (Isometsä, E. 2020).

Hoitoresistenttiä masennusta hoidetaan tavallisesti 1–2 viikkoinfuusiolla ennalta suunnitellun ajan. Vaikka erityisesti ketamiinin pitkäaikaiskäyttöön liittyy mahdollisia haittavaikutuksia, eli neuropsykologisen suorituskyvyn heikkeneminen, psykoosi, addiktio, sekä syöpäriskin lisääntyminen, ei näitä ole havaittu pitkäkestoisessa masennuksen hoidossa. (Taiminen, T. 2017)

### **3. LÄÄKKEETTÖMÄT HOITOKEINOT**

Masennuksen lääkkeettömiä hoitokeinoja ovat erilaiset psykoterapiat, kuten kognitiivinen psykoterapia, interpersoonallinen psykoterapia, psykodynaaminen psykoterapia sekä ratkaisukeskeiset terapiat ja nettiterapia. Muita lääkkeettömiä hoitokeinoja ovat neuromodulaatiohoidot, eli ECT-hoito, transkraniaalinen magneettistimulaatio, syväaivostimulaatio, aivojen tasavirtastimulaatio (tDSC) ja vagushermon stimulointi. Lisäksi tutkittua tietoa löytyy liikunnan, ravitsemuksen, kirkasvalohoidon, mindfulneksen sekä musiikki- ja taideterapian vaikutuksesta masennukseen. (Isometsä 2017.)

#### **3.1 Psykoterapiat**

Psykoterapiat perustuvat vankkaan teoreettiseen pohjaan ja tutkimustietoon, joka kattaa mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt, psyykkisen kehityksen eri vaiheet sekä psykoterapian muutosprosessit. Näistä teorioista johdetut kliiniset käytännöt soveltuvat psykoterapian eri muotoihin ja hoitomenetelmiin. (Käypä hoito. 2023)

Psykoterapian tavoitteena on vaikuttaa masennusta ylläpitäviin ajattelutapoihin, tunteisiin, minäkäsitykseen ja toimintamalleihin. Hoidossa pyritään siihen, että potilas toipuu ja kykenee parantamaan toimintakykyään. Psykoterapian tarpeen arvioinnista vastaa yleensä psykiatrian erikoislääkäri, joka keskustelee potilaan kanssa eri hoitovaihtoehtoista, hoidon kestosta

(lyhyt- vai pitkäkestoista terapiaa) ja hoidon mahdollisista vaikutuksista. Potilaan omat odotukset ja toiveet hoidosta ovat keskeisiä päätöksenteon tekijöitä. (Tarnanen, Isometsä & Tuunanen. 2020)

Psykoterapia on kunnan vastuulla terveydenhuoltolain mukaan silloin, kun se liittyy sairaanhoitoon. Kelan osittain korvaamaan kuntoutuspsykoterapiaan tai potilaan omakustanteiseen psykoterapiaan potilas ottaa itse yhteyttä sopivaksi katsomaansa terapeuttiin. Psykoterapioiden saatavuus Suomessa vaihtelee paljon alueittain. Joissakin tapauksissa psykoterapiaa voidaan toteuttaa myös etäyhteyden turvin. (Tarnanen, Isometsä, Tuunanen. 2020)

Psykoterapiaa harjoittavat ammattihenkilöt ja psykoterapeutti on terveydenhuollon ammattihenkilö, joka on peruskoulutukseltaan lääkäri, psykologi, sairaanhoitaja tai sosiaalityöntekijä. Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto (Valvira) on määritellyt psykoterapeutin koulutuskriteerit sekä valvoo psykoterapeuttien toimintaa. (Huttunen. 2017, 85)

Suomessa yleisimmin käytössä olevat psykoterapiat ovat psykodynaaminen tai psykoanalyttinen, kognitiivinen psykoterapia, kognitiivis-analyttinen psykoterapia, interpersonaalinen psykoterapia, traumaterapia sekä ratkaisukeskeinen psykoterapia. (Huttunen. 2017, 85)

### **3.1.1 Psykodynaaminen psykoterapia**

Psykodynaaminen psykoterapia kattaa laajan joukon psykoanalyysin pohjalta kehitettyjä lyhyt- ja pitkäkestoisten dynaamisten terapioiden muotoja. Psykodynaamisessa psykoterapiassa painotetaan varhaisten vuorovaikutuksellisten tekijöiden, tunnetekijöiden ja sisäisten ristiriitojen merkitystä persoonallisuuden kehityksessä, psyykkisten ongelmien muodostumisessa, ylläpitämisessä ja hoidossa. (Lindfors. 2017, 92) Psykodynaaminen psykoterapia perustuu siihen, että menneisyys vaikuttaa ihmisen nykyiseen kokemusmaailmaan. (Mielenterveystalo. 2023)

Psykodynaamiset psykoterapiat soveltuvat monenlaisen masennuksen, myös samanaikaisesti masennustilojen kanssa esiintyvien muiden mielenterveyshäiriöiden ja muiden psyykkisten sekä ihmissuhdeongelmien hoitoon. Tavoitteena on ennen kaikkea lisätä potilaan kykyä käsitellä sisäisiä ja vuorovaikutussuhteisiin liittyviä ristiriitojaan, edistää psyykkistä kasvua ja kehitystä sekä vaikuttaa niin, että masennusoireita ylläpitävät ja synnyttävät tekijät poistuisivat tai lievittyisivät. Psykodynaamisesti orientoitunut terapia soveltuu niin masennuksen akuuttihoitoksi kuin myös pitkittyneeseen ja komplisoituneeseen masennukseen liittyvän psyykkisen haavoittuvuuden hoitoon. (Lindfors. 2017, 92)

Psykodynaaminen psykoterapia voi olla kestoltaan lyhyt- tai pitkäkestoista. Lyhytkestoisessa terapiassa käyntikertoja on noin 20 kerran viikossa ja pitkäkestoisessa terapiassa viikoittaisia käyntikertoja on 1–3 vuoden tai useamman aikana. (Lindfors. 2017, 94)

Lyhyen psykodynaamisen psykoterapian vaikuttavuus masennustilojen hoidossa on yhtäläinen kuin muilla vakiintuneilla akuutin masennuksen psykoterapioilla. Noin puolet potilaista toipuu masennustilasta muutaman kuukauden hoidon jälkeen ja valtaosa hyötyy terapiasta. Pitkäkestoinen psykodynaaminen psykoterapia on osoitettu toimivaksi hoitomuodoksi masennuksen ja kompleksisten psyykkisten häiriöiden hoidossa. Sen vaikutuksen ilmaantuvat hitaammin kuin lyhytterapioissa ja pidemmässä seurannassa se tuottaa usein parempia tuloksia, kuin tavanomainen psykiatrinen hoito tai lyhyemmät terapiat. (Lindfors. 2017, 95)

### **3.1.2 Kognitiivinen psykoterapia**

Kognitiivisen terapian isä on yhdysvaltalainen psykiatri Aaron T. Beck. Masennuksen hoidon kognitiivinen malli on Beckin ja hänen työtovereidensa hoitokäsikirjaksi kehittämä malli, joka soveltuu ensisijaisesti akuutin masennuksen hoitoon. Kognitiivisessa psykoterapiassa huomio kohdennetaan kielteisiin aja-

tuksiin sekä ehdottomiin ja jäykkiin uskomuksiin. Masentuneen havainnot, tulkinnat ja toiminnot ohjautuvat näiden mukaan (Karila, 2017, 95; Rovasalo, 2022).

Masennuksen kognitiivinen malli ohjaa sekä terapeuttia että potilasta käsitteellistämään sen, miten masennus on ymmärrettävissä, mikä sitä ylläpitää ja mitä pitäisi muuttaa. Terapiassa potilas oppii terapeutin avustamana taitoja, joiden avulla hän pystyy tunnistamaan välittömiä mieleen tulevia kielteisiä ajatuksiaan, näkemään vaihtoehtoisuutta ja muuttamaan ajatuksia paremmin tilanteeseen sopiviksi. Potilas on oman hoitonsa aktiivinen osallistuja masennuksen aste huomioon ottaen (Karila, 2017, 96; Mielenterveystalo, 2023).

Kognitiivisessa psykoterapiassa käytetään monia eri tavoin painottuvia työtapoja, jotka pohjautuvat käsitteellistämiseen ja terapian vaiheeseen. Käyttäytymiseen painottuvia (behavioraalisia) työtapoja ovat muun muassa toiminta aikataulujen luominen, aikatauluihin liittyvä hallinnan ja tyytyväisyyden arviointi sekä pienin askelin etenevät tehtävät ja jämäkkyysharjoitukset. Kognitiivisia työtapoja ovat muun muassa sokraattinen dialogi, joka on kyselymenetelmä, jonka tarkoituksena on aktivoida henkilön omaa ajattelua ja tavoittaa hänen ajatuspolkujaan. Muita kognitiivisia työtapoja ovat esimerkiksi mielikuvatyökentely, jatkumotekniikka (kuinka vahvasti uskoo esimerkiksi ajatukseen asteikolla 0–100) sekä vaihtoehtojen tarkastelu: edut ja haitat. Kokemuksellisten työtapojen tarkoituksena on aktivoida keskeneräisiksi jääneitä tilanteita ja kiipeitä tunteita niihin liittyvine ajatuksineen (Karila, 2017, 98; Rovasalo, 2022).

### **3.1.3 Interpersoonallinen psykoterapia**

Interpersoonallisen psykoterapian (ITP) teoreettinen tausta liittyy Harry Stack Sullivanin ympärille muodostuneeseen interpersoonalliseen koulukuntaan psykiatriassa. Sullivanin mukaan psykoterapian tavoitteena on mahdollistaa ihmisten välisistä suhteista oppiminen eli interpersoonallinen oppiminen. Sullivanin teorioihin pohjautuen Gerald Klerman ja Myrna Weissman sekä heidän kollegansa kehittivät 1970-luvulla yksinkertaisen, määräämättömän psykologisen

hoitomuodon vaihtoehdoksi sekä pitkäkestoiselle psykoterapialle että masennustilan lääkehoidolle. (Kontunen. 2017. 102)

Interpersoonallinen psykoterapia on lyhytkestoista ja vaiheittain etenevää hoitoa, joka koostuu yleensä 12–16 viikoittaisesta tapaamisesta. Terapian kokonaiskesto on tyypillisesti 12–16 viikkoa. Tämä hoitomuoto keskittyy ajankohtaisiin ihmissuhteisiin ja huomioi masennusdiagnoosin. Interpersoonallisessa psykoterapiassa lähtökohtana on, että potilas oppii ymmärtämään elämäntilanteensa stressitekijöiden ja masennusoireiden välisiä yhteyksiä sekä oppii ratkaisemaan tunneperäisesti latautuneita ihmissuhteisiin ja omiin rooliodotuksiinsa liittyviä ongelmia. (Kontunen. 2017. 102)

Interpersoonallisen psykoterapian hoitoprosessi jakautuu kolmeen vaiheeseen: aloitus-, keski- ja lopetusvaiheeseen. Aloitusvaiheeseen kuuluu kolme käyntiä, joiden aikana luodaan pohja työskentelylle ja kerätty tieto kootaan yhteen keskeiseksi ongelma-alueeksi, jota aletaan työstää keskivaiheessa. Interpersoonallisen psykoterapian keskivaiheessa keskustelujen sisältönä ovat ongelma-alueeseen liittyvät ajankohtaiset tapahtumat ja ihmissuhteet. Tavoitteena on löytää uusia käyttäytymistapoja, joita potilasta rohkaistaan kokeilemaan tapaamisten välillä. Loppuvaiheessa keskustellaan terapian loppumiseen liittyvistä ajatuksista ja tunteista sekä arvioidaan hoidon tulosta. Terapian lopussa voidaan tarvittaessa sopia harvempijaksoisista jatkokäynneistä ja jatkohoidosta. Hoidon tavoitteena on, että potilas oppii käsittelemään elämänsä kriisitilanteita itsenäisesti ja sosiaalisen verkostonsa tuella. (Kontunen. 2017, 103)

Yli kolmenkymmenen vuoden aikana interpersoonallisen psykoterapian vaikuttavuus on osoitettu satunnaistetuilla kokeellisilla tutkimuksilla niin, että interpersoonallinen psykoterapia on otettu laajasti mukaan sekä kansainvälisiin että kansallisiin depression hoitosuosituksiin. (Kontunen. 2017, 102)

### 3.1.4 Ratkaisukeskeiset terapiat ja nettiterapiat

Ratkaisukeskeinen terapia kehittyi 1970- ja 1980-luvulla aiempien lyhyt- ja perheterapiasuuntausten pohjalta. Ratkaisukeskeisessä terapiassa näkökulma on systeeminen ja vuorovaikutukseen painottuva. Menetelmää voidaan käyttää yksittäisten ihmisten, pariskuntien, kuin perheidenkin kanssa työskennellessä. Ratkaisukeskeisessä terapiassa tavataan yleensä yksittäisiä ihmisiä, mutta silloinkin huomio kiinnitetään erityisesti ihmisen sosiaalisiin suhteisiin. (Aarninsalo. 2017, 106)

Ratkaisukeskeisessä terapiassa on keskeistä ottaa selvää, mikä potilaan mielestä on toivottu tilanne tulevaisuudessa. Terapian painopiste on tulevaisuudessa, ei ongelmien kehityshistorian tai ongelmien syiden tutkimisessa. Ratkaisukeskeistä terapiaa käytettäessä masennuksen hoidossa terapiasuhteen alussa muut ratkaisukeskeiset teemat ovat usein tulevaisuusvisioita enemmän esillä. (Aarninsalo. 2017, 106)

Masennusta hoidettaessa tapaamiskertojen määrä vaihtelee ja useimmiten tapaamiskertoja on toistakymmentä puolesta vuodesta vuoteen kestävänpä terapian aikana. (Aarninsalo. 2017, 107)

Nettiterapiat perustuvat laajaan tutkimusnäyttöön ja olemassa oleviin käytäntöihin, ja niitä pidetään toimivina hoitomuotoina masennuksen hoidossa. Ne ovat osa masennuksen käypää hoitoa. Nettiterapiat ovat osittain automatisoituja hoitomuotoja, joissa psykoterapiasisältöihin on yhdistetty tietoteknisiä esityksiä ja opetussisältöjä. Terapeutti tukee potilasta hoitoprosessin aikana, mutta osassa hoitoa potilas voi edetä itsenäisesti. Nettiterapiat hyödyntävät todistetusti vaikuttavia hoitomenetelmiä, kuten ajatusten uudelleen käsittelyä, käyttäytymisen aktivoimista, ahdistuksen ja empatian vahvistamista sekä motivaation, yhteistyösuhteiden ja itsereflektioiden tukemista. Suomessa nettiterapiat ovat saatavilla laajalti eri puolilla maata keskeisiin psykiatriin sairauksiin, ja lähetyksen niihin voi tehdä kuka tahansa lääkäri. Nettiterapia on asiakkaalle maksutonta. (Stenberg, Joutsenniemi & Holi. 2015)

## 3.2 Neuromodulaatiohoidot

Lääkehoitojen ja psykoterapian rinnalle on nousemassa kolmas hoitomuotokokonaisuus, eli neuromodulaatiohoidot (Rovasalo, A. 2020). Neuromodulaatiohoidoilla tarkoitetaan hoitomuotoja, joiden tarkoituksena on vaikuttaa hermoston toimintaan eri energiakenttien, kuten sähköön, magneettikenttien tai molempien avulla. Näihin hoitomuotoihin kuuluvat muun muassa aivojen sähköhoito (ECT), syväaivostimulaatio (DBS), transkraniaalinen magneettistimulaatio (TMS) sekä uusimpana hoitomuotona aivojen tasavirtastimulaatio (tDCS) (Kyrklund, 2019). Neuromodulaatio tarkoittaa hermoston toiminnan säätelyä ja siihen liittyy pitkäkestoisten, mutta ohimenevien keskushermoston toiminnan muutosten aikaansaaminen.

Neuromodulaatiohoidot voidaan jakaa kahteen pääryhmään: kajoamattomiin hoitoihin, jotka eivät vaadi kirurgisia toimenpiteitä, sekä kajoaviin hoitoihin, joissa kehoon asennetaan sähköinen stimulaattori. Kajoamattomat hoidot eivät yleensä aiheuta vakavia haittoja, kun taas kajoavat hoidot edellyttävät kirurgisia toimenpiteitä, kuten stimulaattoreiden asentamista keskushermostoon. (Tyks. 2025)

### 3.2.1 ECT-hoito

Aivojen sähköhoidon (Electroconvulsive Therapy) eli ETC:n keskeisiä käyttöaiheita ovat vaikeat psykoottiset tai melankoliset masennustilat sekä niihin liittyvä itsemurhan vaara. ECT-hoitoa käytetään myös vaikean lääkeresistentin masennuksen hoidossa. ECT-hoito on vaikeissa ja psykoottisissa masennuksissa yleensä tehokkaampi keino kuin lääkehoito. Hoitoa pidetäänkin usein etenkin psykoottisen masennuksen ensilinjan valintana. Hoidon vaikutus alkaa yleensä nopeammin kuin lääkkeiden, mikä on tärkeää etenkin itsetuhoisia potilaita hoidettaessa. (Isometsä, Leinonen. 2017, 81)

Sähköhoidon kontraindikaatio (vasta-aihe) on kohonnut kallon sisäinen paine (tarvittaessa pään TT on tehtävä ennen hoidon aloitusta). Muita vasta-aiheita ovat tuore (alle 3 kuukautta) aivotapahtuma, kuten vuoto tai halvaus tai sydäninfarkti. Potilaan tietoinen kieltäytyminen hoidosta on vasta-aihe hoidolle,

ellei kieltäytyminen ole luonteeltaan psykoottista. Koska ECT-hoito annetaan yleisanestesiassa anestesian vasta-aiheet (kuten akuutti infektiio) ovat myös sähköhoidon vasta-aiheita. Raskaus ei ole absoluuttinen vasta-aihe sähköhoidon toteutukselle. (Leppämäki. 2020)

Sähköhoito annetaan laskimoanestesiassa, tavallisesti 2–3 kertaa viikossa yhteensä 6–12 hoitokertaa. (Isometsä, Leinonen. 2017, 81) Hoidossa päähän johdetaan muutaman sekunnin ajan sähkövirta, joka aiheuttaa aivoissa sähköisen purkauksen. Hoito on potilaalle kivuton. Joissain tapauksissa sähköhoitoa voidaan jatkaa ylläpitohoitona, jolloin potilas käy saamassa yhden hoitokerran esimerkiksi 2–4 viikon välein. Hoitosuunnitelma tehdään aina yksilöllisesti ja potilaan vointia seuraten. Sähköhoidossa voi käydä sekä osastohoidosta että kotoa käsin. (Mielenterveystalo. 2023)

Sähköhoidon haittavaikutukset ovat pääsääntöisesti lieviä ja ohimeneviä ja liittyvät osaltaan myös anestesia-aineisiin. Yleisiä haittoja sähköhoidon jälkeen ovat lihaskivut ja päänsärky. Näitä kipuja voidaan lievittää tulehduskipulääkkeillä. Lihaskivut yleensä häviävät ensimmäisen hoitokerran jälkeen, eivätkö uusi uusilla hoitokerroilla. (Leppämäki. 2020) ECT hoidon keskeisin haittavaikutus on toimenpiteen jälkeen ohimenevästi ilmenevä muistamattomuus. (Isometsä, Leinonen. 2017, 81)

Sähköhoito on turvallinen hoitomuoto, eikä se aiheuta pitkäaikaisia haittavaikutuksia. Vaikka hoidon vaikutusmekanismit tunnetaan vielä osittain puutteellisesti, on todettu, että sähköhoito stimuloi hermokasvutekijöiden synteesiä ja vahvistaa esimerkiksi dopamiinivälitteistä hermovälitystä. (Isometsä, Leinonen. 2017, 81)

### **3.2.2 Transkraniaalinen tasavirtastimulaatio (tDCS) ja aivojen transkraniaalinen magneettistimulaatio (rTMS)**

Aivojen tasavirtastimulaatio (transcranial direct current stimulation, tDCS) on kajoamaton neuromodulaatiotekniikka. Tässä menetelmässä aivojen hermosolujen aktiopotentialin laukaisukynnystä joko nostetaan tai madalletaan.

Tätä hoitomuotoa on tutkittu masennuksen lisäksi muun muassa pakko-oireisen häiriön, skitsofrenian, traumaperäisen stressihäiriön, hermoperäisen kivun, migreenin sekä muiden neurologisten sairauksien hoidossa. Suurin osa tutkimuksista on keskittynyt unipolaarisen masennuksen hoitoon, kun taas bipolaarisen masennuksen tutkimus on jäänyt vähemmälle huomiolle. (Koho, Valtavaara, Lehto, Taiminen, Roisko, Jääskeläinen & Halt. 2021)

Aivojen tasavirtastimulaatio on masennuksen hoitoon kehitetty neuromodulaatiomenetelmä, jossa hoitoa toteutetaan päähän vedettävän elektrodimyssyn avulla. Tämän hoitomuodon perusajatuksena on stimuloida aivokuoren neuroneja kallon läpi annetun heikon tasavirtastimulaation avulla. Tasavirtastimulaation oletetaan laskevan depolarisaatiokynnystä, mikä puolestaan kohdenetusti vahvistaa hermovälitystä aivokuoren alueilla, joilla se on masennuksen yhteydessä heikentynyt. (Isometsä, E. 2020)

Aivojen tasavirtastimulaatiota voidaan toteuttaa joko yksilö- tai ryhmähoitona polikliinisesti. Potilaan on mahdollista toteuttaa hoitoa myös kotiooloissa, sillä hoito on turvallinen ja helppokäyttöinen. (Koho, Valtavaara, Lehto, Taiminen, Roisko, Jääskeläinen & Halt. 2021)

Tavallisesti hoito kestää noin 20–30 minuuttia kerrallaan ja hoitoa toteutetaan viitenä päivänä viikossa, 2-3 viikon ajan. Hoidon aikana potilas on hereillä. Hoito on yleensä hyvin siedetty, yleisin haittavaikutus päänahan ihon lievä paikallinen ärsytys. (Isometsä. 2020)

Aivojen transkraniaalisessa magneettistimulaatiohoidossa (transcranial magnetic stimulation, rTMS) johdetaan kallon läpi magneettikenttä, joka voi hidastaa tai kiihdyttää aivokuoren hermosolujen toimintaa. Aivojen magneettistimulaatiohoito perustuu sähkömagneettiseen induktioon, jotka toistuessaan johtavat hermosolujen depolarisaatioon. Voimakkaalla sähkövirralla saadaan aikaan muuttuva magneettikenttä, joka johdetaan stimulaatiokeilaan. Sarjamagneettistimulaatio lisää serotoniinin, serotoniinin hajoamistuotteiden pitoisuuksia sekä muuttaa dopamiinin aineenvaihduntaa aivoissa. On myös saatu viitteitä siitä, että rTMS vaikuttaisi myönteisellä tavalla hermosolu-

jen muovautuvuuteen. Toistettavana sarjana annettavaa magneettistimulaatiota (repeated TMS, rTMS) käytetään akuutin ja lääkeresistentin masennuksen hoidon lisäksi useiden psykiatristen ja neurologisten sairauksien hoidossa. Lääkeresistentiksi masennus katsotaan silloin, jos potilaalla on kokeiltu vähintään kahta asianmukaisesti toteutettua masennuslääkettä ilman selvää vastetta. Suomessa rTMS-hoitoa suositellaan osaksi lääkeresistentin masennuksen hoitoa. (Jääskeläinen; Holi; Mainio; Roine; Isojärvi & Sihvo. 2017)

Sarjamagneettistimulaation vaikutus ei ole pysyvä. Yhden rTMS-hoitokerran teho on suurimmillaan noin kolmantena päivänä hoidon jälkeen ja vähenee tyypillisesti reilun viikon kuluessa. Toistuvat hoitokerrat kuitenkin kumuloituvat, eli niiden vaikutukset kasautuvat, mikä voi johtaa useita kuukausia kestävään terapeutiseen vasteeseen sarjahoidon jälkeen. Ylläpitohoitoa harkitaan, jos oireet vähenevät 30–50 % lähtötilanteeseen verrattuna ja potilas kokee selkeää hyötyä hoidosta, esimerkiksi unen laadun tai toimintakyvyn paranemisen muodossa. Yhdellä hoitokerralla voidaan tarvittaessa hoitaa useampia sairauksia samanaikaisesti, kuten masennusta ja neuropaattista kipua, jotka usein esiintyvät samoilla potilailla. (Jääskeläinen, Taiminen. 2020)

Nykyisten turvasuosituksen mukaan rTMS-hoito ei aiheuta merkittäviä sivuvaikutuksia. Yleisimpiä haittoja ovat epämiellyttävät tuntemukset, jotka johtuvat lihasten tai tuntohermojen aktivaatiosta, sekä väsymys ja jännityspäänsärky, joita esiintyy noin 5–10 % potilaista. Yksi mahdollinen, mutta erittäin harvainen sivuvaikutus on epileptinen kohtaus, joka voidaan välttää välttämällä voimakkaiden pulssien nopeita ja pitkiä sarjoja. (Jääskeläinen & Taiminen. 2020) rTMS-hoidon vasta-aiheet ovat samat kuin aivojen magneettikuvauksessa. Hoidosta saatava hyöty on punnittava riskejä vasten, joten esimerkiksi epilepsia ja raskaus ovat suhteellisia vasta-aiheita. rTMS-hoidosta voi olla apua hoitoresistenttiin epilepsiaan ja hoito voi myös olla turvallisin vaihtoehto raskaudenaikaisen vaikean masennuksen hoidossa. Bupropionin ja klotsapiinin antosta yleensä pienennetään hoidon ajaksi, sillä niillä on kouristuskyvystä alentava vaikutus. Lisäksi hoidon aikana käytetään kuulonsuojaimia, sillä magneettipulssit tuottavat melko voimakkaan äänen. (Jääskeläinen, Taiminen. 2020)

### 3.2.3 Syväaivostimulaatio ja vagushermon stimulointi

Aivojen syvien osien stimulaatio (DBS) on eniten viime vuosina huomiota saavuttanut neuromodulaatiohoito. Vastaavaa menetelmää on jo vuosia käytetty Parkinsonin taudin hoidossa. (Isometsä, Karlsson. 2017, 63–64) Syväaivostimulaatiota tutkitaan muun muassa Alzheimerin taudissa, sarjoittaisessa päänsäryssä, vaikeissa kiputiloissa, pakko-oireisessa häiriössä ja masennuksessa. (Pekkonen. 2013)

Syvällä aivostimulaatiolla ei aiheuteta pysyvää vauriota aivoihin. Mikäli hoito ei tehoa, asetetut elektrodit voidaan poistaa. Aivojen syvien osien stimulaatio voidaan kohdentaa tarkasti haluttuun anatomiseen paikkaan ja annetun stimulaation määrää voidaan annostella. Hoidon tehosta depression on viime vuosina saatu ristiriitaisia tuloksia, ja sen arvo hoitomuotona on epäselvä. (Isometsä, Karlsson. 2017, 64)

Vagushermon stimulaatiossa kaulalla sijaitsevan vagushermon runkoa stimuloidaan heikolla sähkövirralla pienellä laitteella. Laite asetetaan kirurgisesti soliskuoppaan. Hoitomuodon yleisiä haittavaikutuksia ovat äänen muuttuminen ja käheys sekä kurkkukipu. Vagushermon stimulointi on ainoana uusista hoitomuodoista saanut Yhdysvalloissa lääketieteen tekniikkaa valvovan FDA:n hyväksynnän muuhun hoitoon reagoimattoman depression hoidossa. Hoidolla on todellista tehoa, mutta vain harvat potilaat hyötyvät hoidosta kovin paljoa. (Isometsä, Karlsson. 2017, 64)

Vuonna 2022 julkaistiin ensimmäinen tutkimus, joka arvioi vagushermon stimulaation (VNS) turvallisuutta ja terapeutista tehoa lisähoitona kiinalaisille potilaille, jotka kärsivät hoitoresistentistä masennuksesta. Tutkimuksessa yhteensä seitsemälle potilaalla, joilla oli hoitoresistentti masennus, tehtiin VNS-laitteen kirurginen implantaatio ja heitä seurattiin 9 kuukauden ajan. Masennus- ja ahdistuneisuusoireiden arvioimiseen käytettiin 24-kohdan Hamiltonin masennuksen arviointiasteikkoa (HAMD-24) ja 14-kohtaista Hamiltonin ahdistuneisuusasteikkoa (HAMA). Neurokognitiivinen toiminta mitattiin Wechsler

Adult Intelligence Scale (WAIS) ja Wechsler Memory Scale (WMS) -asteikolla. Kolmen kuukauden VNS-hoidon jälkeen masennuslääkevaste oli 42,9 % ja remissioaste 28,6 %. Yhdeksän kuukauden VNS-hoidon jälkeen vaste ja remissio lisääntyivät 85,7 prosenttiin ja 57,1 prosenttiin. Tämä alustava tutkimus osoitti, että VNS oli tehokas ja turvallinen hoidettaessa kiinalaisia potilaita, jotka kärsivät hoitoresistentistä masennuksesta, ja hoidon teho parani ajan myötä. Lisäksi masennuslääketeho kiinalaisille potilaille, joilla oli hoitoresistentti masennus, kasvoi ajan myötä. VNS-hoidon yleisimmät haittavaikutukset olivat äänen vaihtelu ja yskimistiheyden lisääntyminen. (Xun; Yan-Mei; Yu-Ping; Li-Ping; Ying-Hua; Jia-Qi; Ming-Jun; Wei. 2022)

### **3.3 Ravitseminen ja liikunta**

Masennuksen ja ruokavalion välisestä suhteesta on tehty runsaasti tutkimuksia. Viime vuosina kiinnostus erilaisiin ruokavalioihin on kasvanut myös masennuksen näkökulmasta. Tavoitteena on, että tutkimalla näiden kahden yhteyttä voitaisiin saada lisää tietoa masennuksen taustatekijöistä ja ehkäisystä. Samalla toivotaan, että ruokavalion avulla voidaan tukea masennuksen hoitoa sekä tehostaa muiden hoitomuotojen vaikutusta. Tutkimuksissa on tarkasteltu erityisesti ruokavalion ja masennuksen välistä yhteyttä, mutta myös ruokavalion mahdollista roolia masennuksen hoidossa. (Seppälä, Kauppinen, Kautiainen, Vanhala & Koponen. 2014)

B12-vitamiinilla, foolihapolla, D-vitamiinilla ja omega-3-rasvahapoilla saattaa olla yhteyttä masennukseen. Alhaiset B12-vitamiini-, folaatti- ja D-vitamiinipitoisuudet voivat lisätä masennuksen riskiä. B12-vitamiinista ja foolihaposta saattaa olla hyötyä masennuksen hoidossa, mutta D-vitamiinin tehosta ei ole vielä riittävästi tutkimusnäyttöä. Omega-3-rasvahappojen saanti voi edistää masennuksen ehkäisyä ja hoitoa joko itsenäisesti tai osana terveellistä ruokavaliota. Tutkimusten perusteella monipuolinen ja ravitseva ruokavalio, joka sisältää riittävästi B12- ja D-vitamiinia, foolihappoa ja kalaöljyä, vaikuttaa olevan hyödyllinen myös mielenterveyden kannalta. (Seppälä ym. 2014)

Liikunta aktivoi elimistön autonomisen hermoston toimintaa ja nostaa välittömästi vireystilaa. Yhden liikuntakerran jälkeen useimmat ihmiset kokevat positiivisten tunteiden lisääntyvän ja vastaavasti kielteisten tunnetilojen vähentyneen. Liikunta vaikuttaa mieleen monin tavoin. (Leppämäki. 2017, 196) Liikunta vähentää masennusoireita ja voi vähentää ahdistuneisuutta sekä traumaperäisen stressihäiriön ylivireysoireita. Tutkimusnäyttöä liikunnan hyödyistä mielenterveysongelmissa on eniten masennuksessa. (Laukkala, Kukkonen-Harjula. 2019)

Liikuntaa on tutkittu masennustilojen hoitona joko yksinään tai yhdistettynä masennuslääkkeeseen. Säännöllinen ja etenkin ryhmämuotoinen ja ohjattu liikuntaharjoittelu vaikuttaa parantavan lievän tai keskivaikean masennuksen hoidon tulosta. Joissakin pienissä tutkimuksissa liikuntaharjoittelu on vastannut teholtaan kognitiivista psykoterapiaa tai SSRI-lääkehoitoa. Kuitenkaan selvää näyttöä siitä, että liikunta parantaisi masennuslääkityksen tehoa, ei ole. (Leppämäki. 2017, 197) Näyttöä on kuitenkin siitä, että liikunnan jatkaminen ehkäisee masennustilan uudelleen puhkeamista etenkin niillä, jotka ovat toipuneet masennuksesta liikunnan avulla. (Leppämäki. 2017, 198)

Liikunnan hyöty tulee esiin varsin nopeasti, jo 2–4 viikossa säännöllisen liikuntaohjelman aloittamisen jälkeen. Mielialan kohoaminen ei ole suoraan sidoksissa fyysisen kunnon kohoamiseen. Liikunta vaikuttaa useimpiin masennusoireisiin, esimerkiksi lisäämällä tarmokkuutta, vähentämällä negatiivisia ajatuksia ja lievittämällä unihäiriöitä. Masennustilojen hoidossa liikunnan muodolla ei ole suurta merkitystä, sekä aerobinen että anaerobinen liikunta sopivat. Monissa tutkimuksissa liikunta on ollut ryhmämuotoista ja ryhmämuotoinen liikunta saattaa olla yksilöliikuntaa tehokkaampaa. (Leppämäki. 2017, 198)

## **1.1 Musiikkiterapia ja kuvataideterapia**

Musiikkiterapia on kokonaisvaltainen ja toiminnallinen kuntoutusmuoto, jota toteuttaa siihen koulutettu terapeutti. Yksilöllisten tavoitteiden saavuttamiseksi musiikkiterapiassa käytetään musiikkia terapeuttisessa vuorovaikutuksessa. Musiikkiterapian muotoja voi olla esimerkiksi yksilö-, ryhmä- tai

perhemuotoinen lääkinällinen kuntoutus. Se voi toimia joko pääasiallisena terapiana tai muiden hoitomuotojen tukena. (Sätälä, Ruhalahti, Hilpinen & Luukkonen. 2020)

Musiikkiterapia soveltuu hyvin kaikenikäisille ja sillä voidaan saavuttaa myönteisiä ja positiivisia tuloksia niin psyykkisten, fyysisten, neurologisten kuin sosiaalistenkin oireiden hoidossa. (Suomen musiikkiterapiayhdistys ry. 2023) Kuntoutusta haetaan kuntoutustyöryhmän laatiman kuntoutussuunnitelman perusteella. Kelan tukema musiikkiterapia kuuluu vaativaan lääkinälliseen kuntoutukseen, mikäli terapeutti on tehnyt palveluntuottajasopimuksen. Terapian maksaja voi olla myös potilas itse, vakuutusyhtiö, sosiaali- ja terveystoimi tai vammaispalvelu. (Sätälä ym. 2020).

Fysioakustinen hoito (eli matalataajuinen äänivärähtelyhoito) on Suomessa kehitetty biofysikaalinen hoitomuoto, jossa hyödynnetään 27–113 Hz:n matalataajuisia siniääntä. Hoito toteutetaan erityisesti suunnitellussa tuolissa, ja sen vaikutukset kohdistuvat samanaikaisesti kudoksiin, verenkiertoon, nestekiertoon, aineenvaihduntaan ja hermoston toimintoihin. Hoito voi olla sekä aktivoivaa että rauhoittavaa ja vaikuttaa myös psykologisiin toimintoihin, kuten vireystilaan ja mielialaan (Terapiapalvelu Tuuli, 2023). Fysioakustisella hoidolla on saatu hyviä tuloksia stressiperäisten oireiden, uupumuksen, masennuksen, unihäiriöiden, ahdistuksen ja jännityksen hoidossa. Hoidon ensisijaisena tavoitteena on rentoutuminen ja rauhoittuminen, ja vaikutukset ovat usein nopeita ja tehokkaita myös henkilöillä, joilla on vaikeuksia rentoutumisessa. (Epshep. 2023)

Kuvataideterapia yhdistää kuvallisen ilmaisun terapiaprosessiin. (Haapasalo-Pesu. 2021) Kuvataideterapian tarkoitus on kuvata, ilmaista ja tutkia omaa psykososiaalista todellisuutta erilaisin materiaalein, värein ja muodoin. Kuvataiteen tekeminen vaikuttaa vireystilaan ja koetun stressin määrään. Taiteen tekeminen tuo materiaaliksi sanattomia kokemuksia ja tunteita. Kuten kaikissa muissakin luovissa terapiamuodoissa, voi potilas tutkia tunteita ja kokemuksiaan symboliikan kautta. (Erkkilä, Rankanen. 2020)

Taiteellinen ilmaisu nähdään kokonaisvaltaisena kehon ja mielen aktivoijana. Tämä ei kuitenkaan poissulje sanallista vuorovaikutusta, vaan tuo lisää mahdollisuuksia ilmaisuun, kokemusten jäsentymiseen ja erilaisiin tarkastelutapoihin. (Erkkilä, Rankanen. 2020)

### **3.4 Kirkasvalohoito ja mindfulness**

Kirkasvalohoito on tehokas hoito erityisesti kaamosmasennukseen, ja kirkasvalohoito onkin vakiintunut kaamosmasennuksen ensisijaiseksi hoitokeinoksi. (Partonen. 2017, 273) Tutkimusten perusteella kirkasvalohoito tehoaa myös vuodenajasta ja valoisuudesta riippumattomaan masennukseen. (Taiminen. 2016)

Kirkasvalohoidoksi kutsutaan silmille näkyvää keinovaloa. Kirkasvalohoidossa käytetään tavallisimmin valkoista valoa, jonka lähteenä ovat joko ledit tai loistelamput. Kirkasvalohoidoksi kutsutaan silmille näkyvää keinovaloa, jonka valaistusvoimakkuus on kasvoilta silmän korkeudelta mitattuna 2 500–10 000 luksia. Valaistusvoimakkuus riippuu valonlähteen etäisyydestä. Kirkasvalohoito voidaan toteuttaa kirkasvalohoitolaitteella (kirkasvalolampulla) tai hoitoyksikön hoituhuoneessa kirkasvaloalueella, jossa valonlähteet voidaan kiinnittää kattoon tai seiniin. Potilas viettää kirkasvalohoidossa tavallisesti 30–60 minuutti kerrallaan pitäen silmänsä avoinna, mutta välttämättä katsomasta suoraan valoon. Hoito on tehokkainta aamuisin, kello 5.30–9.00 välillä otettuna. (Partonen. 2020)

Kirkasvalohoidon käyttöä kotiooloissa on seurattu tutkimusten yhteydessä vuosia. Kirkasvalohoidon tavallisia haittavaikutuksia ovat olleet silmien ärsytys, päänsärky, pahoinvointi sekä levottomuus. Haittavaikutukset ovat yleensä olleet lieviä ja ohimeneviä, ja vähentyneet hoitoannosta pienentämällä. Haittavaikutukset ovat ilmaantuneet yleensä heti hoidon alkuvaiheessa, eivätkä ole johtaneet hoidon keskeyttämiseen kuin harvoin (kolmessa tapauksessa sadasta). Kirkasvalohoito ei ole aiheuttanut vakavaa tai pysyvää silmiin kohdistuvaa haittaa. (Partonen. 2017, 274)

Kaamosmasennuksen itsehoidolla voidaan täydentää sairauden muuta hoitoa. Hoitona voidaan käyttää kotiin ostettavaa kirkasvalolaitetta, sarastusvaloa (herätysvalo), säännöllistä kuntoliikuntaa, ateria- ja vuorokausirytmisiä noudattamalla sekä sosiaalisten suhteiden vaaliminen vetäytymistä ja eristäytymistä ehkäisemällä masennuksesta huolimatta. Valossa oleskelu ehkäisee kaamosmasennuksen oireita. Lisäksi ulkona liikkuminen tehostaa valon vaikutusta. (Partonen. 2022)

Mindfulness- eli tietoisuustaidot tarkoittavat keskittymistä nykyhetken kokemiseen, havainnointiin ja hyväksymiseen ilman arvottamista. Mindfulnessin on todettu olevan hyödyllistä muun muassa masennuksen, ahdistuksen, stressin ja kivun lievittämisessä. Sen harjoittaminen voi johtaa onnellisempaan, rennompaan ja tietoisempaan elämään. Säännöllinen mindfulness-harjoittelu tukee myös fyysistä terveyttä ja vahvistaa vastustuskykyä. Myös lapset ja nuoret voivat hyötyä tietoisuustaitojen harjoittamisesta esimerkiksi keskittymisen, rauhoittumisen ja oppimisen tukena. (Mieli.fi. 2024)

Tietoisuustaidot juontavat juurensa tuhansien vuosien takaiseen itämaiseen meditaatioperinteeseen, mutta niiden länsimainen soveltaminen yleistyi 1970-luvulla. Tällöin amerikkalainen Jon Kabat-Zinn kehitti tietoisuustaitoihin perustuvan stressinhallintaohjelman, jota alettiin käyttää kroonisesti sairaille ja kiputilaille. Ohjelman tulokset ovat olleet erittäin hyviä ja sen vaikutuksia on tutkittu laajasti. (Mieli.fi. 2024)

Kuten minkä tahansa uuden taidon oppiminen, myös mindfulness- eli tietoisuustaitojen oppiminen edellyttää harjoittelua. Harjoittelu voi aluksi tuntua työläältä, mutta taitojen karttuessa harjoittelu muuttuu helpommaksi. (Mielenterveystalo. 2025)

#### **4. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS**

Opinnäytetyön tarkoituksena on kirjallisuuskatsauksen avulla selvittää, millä tavalla vaikutuksia masennuksen lääkkeettömällä hoitokeinoilla on masennuksen hoidossa. Tavoitteena on tuottaa tutkittua ja luotettavaa tietoa masennuksen erilaisten lääkkeettömien hoitokeinojen vaikutuksesta ja tehokkuudesta masennuksen hoidossa. Tietoa, jota hoitoalan ammattilaiset voivat hyödyntää työssään masennuspotilaiden kanssa. Opinnäytetyötä voivat hyödyntää myös alan opiskelijat, potilaat sekä muut asiasta kiinnostuneet.

Opinnäytetyömme tutkimuskysymys on:

Millaisia vaikutuksia on masennuksen lääkkeettömällä hoitokeinoilla?

#### **5. KIRJALLISUUSKATSAUS TUTKIMUSMENETELMÄNÄ**

##### **5.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus**

Tämä opinnäytetyö tehdään kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, joka on yksi yleisimmin käytetyistä kirjallisuuskatsauksen perustyypeistä. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voi luonnehtia yleiskatsaukseksi ilman tarkkoja ja tiukkoja sääntöjä ja aineistot ovat laajoja. Tutkittava ilmiötä pystytään kuitenkin kuvaamaan laaja-alaisesti. Tarvittaessa voidaan luokitella tutkittavan ilmiön ominaisuuksia. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tutkimuskysymykset ovat systemaattista katsausta ja meta-analyyseja väljempiä. (Salminen, A. 2011) Kuvailevat kirjallisuuskatsaukset kuvaavat tai kertovat aiheeseen liittyvää aiempaa tutkimusta, sen laajuutta, syvyyttä ja määrää. (Kunnela, A. 2022) Kirjallisuuskatsauksen tärkein tehtävä on kehittää tieteenalan teoreettista käsitteistöä ja ymmärrystä, arvioida voimassa olevaa teoriaa tai kehittää sitä. (Stolt, Axelin, Suhonen 2016, 7.)

Kirjallisuuskatsauksia voidaan tehdä erilaisiin tarkoituksiin ja tämän vuoksi on olemassa erityyppisiä katsauksia. Katsaustyyppit voidaan pääsääntöisesti jakaa kolmeen eri päätyyppiin, joita ovat; kuvailevat katsaukset (narrative litera-

ture reviews), systemaattiset kirjallisuuskatsaukset (systematic reviews, systematised reviews) sekä määrällinen meta-analyysi ja laadullinen metasynthesei (meta-analysis). (Stolt, ym. 2015, 8.)

## **5.2 Tiedonhaku ja aineiston valinta**

Opinnäytetyössämme käytimme tiedonhaun apuna eri tietokantoja ja tietokannat valittiin tutkimalla niiden sisältöjä. Opinnäytetyössä käytettiin luotettavia hoitotyön tietokantoja, kuten Medic, Pubmed ja PsycINFO (Liite 1). Laajensimme tiedonhakua Googleen löytääksemme enemmän englanninkielisiä tutkimuksia opinnäytetyömme aiheesta.

Tiedonhaun aloitimme pohtimalla, mitä hakusanoja aiomme käyttää, jotta tulokset vastaisivat tutkimuskysymykseen. Käyttämistämme tietokannoista ainoastaan Medic on suomalainen tietokanta, joten käytimme hakusanoina pääosin englanninkielisiä ilmauksia. Aloitimme tiedonhaun käyttämällä englanninkielistä ilmaisuja Depression AND psychotherapy, Depression AND drug free ja Depression AND neuromodulation. Opinnäytetyömme edetessä tiedonhaun hakusanat tarkentuivat kuitenkin yksityiskohtaisempiin ilmauksiin, kuten Depression AND tDCS. Tiedonhaun rajauksina käytimme enintään kymmenen vuoden sisällä julkaistuja suomenkielisiä ja englanninkielisiä tutkimuksia. Materiaalin seuraavan rajauksen teimme otsikoiden perusteella. Kävimme läpi tutkimusten otsikot ja valitsimme niistä eniten opinnäytetyöhömmme liittyvät julkaisut. Suuressa osassa tutkimuksia masennusta oli tutkittu muun psykiatrisen sairauden tai somaattisen sairauden rinnalla, mutta valitsimme työhömmme tutkimuksia, jotka liittyivät puhtaasti masennukseen. Seuraava rajaus tehtiin abstraktin perusteella. Jos tutkimus vaikutti abstraktin perusteella opinnäytetyöhömmme sopivalta, luimme koko tutkimuksen ja otimme tutkimustuloksista mukaan tulokset ja aloitimme sisällönanalyysin. Opinnäytetyön sisäänotto- ja poissulkukriteereinä olivat julkaisuvuosi, kieli, tutkimuskysymys sekä julkaisun tyyppi. Sisäänottokriteereinä olivat esimerkiksi julkaisun ikä (korkeintaan 10 vuotta vanha), kieli (suomi, englanti), julkaisun vastaaminen tutkimuskysymykseen, vähintään YAMK tasoinen julkaisu ja ilmaiset lähteet. Opinnäytetyön poissulkukriteereinä esimerkiksi julkaisun ikä (yli 10 vuotta vanha) ja julkaisu

ei vastannut tutkimuskysymykseen, julkaisu oli muulla kuin suomen tai englannin kielellä, AMK tasoinen tai maksullinen julkaisu (taulukko 2).

Taulukko 2. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Enintään 10 vuotta vanhat suomenkieliset tutkimukset. Enintään 10 vuotta vanhat englanninkieliset tutkimukset.	Yli 10 vuotta vanhat suomenkieliset tutkimukset. Yli 10 vuotta vanhat englanninkieliset tutkimukset.
Kielet: Suomi, Englanti	Muut kielet
Vastaa tutkimuskysymykseen	Ei vastaa tutkimuskysymykseen
Vähintään YAMK-tasoinen julkaisu, alkuperäinen tutkimus tai käsittelee alkuperäistä tutkimusta	AMK opinnäytetyö
Ilmaiset lähteet	Maksulliset lähteet

### 5.3 Aineiston analyysi

Teemoittelu tarkoittaa keskeisten aihepiirien jäsentämistä valikoidusta tutkimusaineistosta. Teemat muodostuvat aineistossa toistuvista aiheista tai ilmiöistä. Teemoittelu on laadullisen aineiston ryhmittelyä ja erittelyä aihepiirien mukaan, ja sen avulla voidaan vertailla tiettyjen teemojen esiintymistä aineistossa. Tarkoituksena on tunnistaa aineistosta merkityksellisiä aiheita ja kuvata niitä mahdollisimman ymmärrettävästi (Tuomi & Sarajärvi, 2018).

Teemoittelun päätavoitteena on paikantaa tutkimusongelman kannalta olennaisimmat aiheet, joten se toimii myös sisällönanalyysin muotona (Juhila, s.a.). Kirjallisuuskatsauksessa teemoja esittelevien osioiden yhteydessä käytetään usein ns. *näytepaljoja* eli suoria lainauksia aineistosta. Näiden tarkoituksena on konkretisoida esitettyjä näkemyksiä ja osoittaa lukijalle, että tutkija on perehtynyt aineistoon, johon analyysi perustuu. Samalla ne vahvistavat lukijan käsitystä siitä, että teemat ovat nousseet aineistosta, eivät

tutkijan omista oletuksista. Lainauksien tulee kuitenkin olla tarkkaan valittuja ja tuoda esille analyysin keskeiset sisällöt. (Saaranen-Kauppinen, A & Puusniekka, A. 2006b.) Kirjallisuuskatsauksen aineiston analyysimenetelmäksi valikoitui teemoittelu, joka on yksi sisällönanalyysin muodoista ja yksi laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmistä. Aloitimme teemoittelun kirjoittamalla valitsemistamme tutkimuksista päätulokset eli keskeiset sisällöt tutkimustaulukkoon. Tutkimusten päätulokset kävimme läpi kirjoittamalla teemoittelutaulukkoon aineiston tuloksissa toistuvat aihepiirit ja muodostimme teemoille otsikot.

## **6. TULOKSET**

Opinnäytetyötä tehdessämme kävimme läpi useita eri tutkimuksia, joissa käsiteltiin masennuksen lääkkeettömien hoitokeinojen vaikutuksia. Tutkimusten tulosten perusteella otimme opinnäytetyöhömmme mukaan kuusitoista eri tutkimusta. Tutkimuksissa tuli esille masennuksen lääkkeettömien hoitokeinojen vaikutus masennuksen hoidossa. Valitsimme lääkkeettömät hoitokeinot näyttöön perustuvan tutkimustuloksen perusteella. Opinnäytetyössämme läpi käydystä lääkkeettömistä hoitokeinoista neljä oli puhtaasti kotioloissa ja itsenäisesti toteutettavissa olevia. Näitä hoitokeinoja olivat ravitsemus, liikunta, mindfulness ja kirkasvalohoito. Muut opinnäytetyössämme olevat lääkkeettömät hoitokeinot vaativat lisäksi joko ohjaajaa (nettiterapiat, kuvataide- musiikkiterapiat), terapeuttia (psykoterapiat) tai isompaa moniammatillista työryhmää (neuromodulaatiohoidot).

### **6.1 Erilaiset terapiat ja niiden vaikutus masennuksen hoidossa**

Psykoterapialla havaittiin olevan pieni tai kohtalainen vaikutus elämänlaatuun, kohtalainen vaikutus mielenterveyteen sekä pieni, mutta tilastollisesti merkittävä terveysvaikutus (Kolovos, Kleiboer & Cuijpers. 2018). Erilaiset lyhyet psykoterapiamuodot näyttävät toimivan hyvin masennuksen hoidossa (Perämäki

& Koivisto. 2015). Lyhyt psykoterapia oli merkittävästi tehokkaampaa masennukseen. Yksittäisten lyhyt psykoterapioiden ja muiden psykoterapioiden välillä ei havaittu merkittäviä eroja hoidon jälkeen (Kolovos, Kleiboer & Cuijpers. 2018).

Nettiterapioita pidetään laajan tutkimusnäytön ja käytännön toiminnan perusteella toimivina hoitoina, ja ne on otettu mukaan esimerkiksi masennuksen Käypä hoito -suositukseen. Erilaisia nettiterapioita voidaan antaa reaaliaikaisesti ja toisaalta myöskin ajasta ja paikasta riippumatta. (Stenberg, Sequeiros, Holi, Kampman, Kiesepä, Korkeila, Mäki, Wahlbeck, Joffe, Häll & Joutsenniemi. 2016).

Musiikkiterapiasta on huomattu olevan iso apu masennuksen hoidossa. Musiikkiterapialla havaittiin olevan myönteisiä vaikutuksia masennukseen (Tang, Huang, Zhou & Ye. 2020).

On tehty kansainvälisiä tutkimuksia, joiden perusteella on vahvaa näyttöä siitä, että taiteella ja taiteellisella toiminnalla on positiivisia vaikutuksia mielen hyvinvointiin ja mielenterveyteen. Tutkimuksissa on myös saatu viitteitä siitä, että taiteella on pitkäaikaisia positiivisia vaikutuksia mielen hyvinvointiin (Laitinen. 2017).

## **6.2 Stimulointimenetelmien vaikutukset masennuksen hoidossa**

Opinnäytetyöhömme valituista tutkimuksista kajoamattomia neuromodulaatiohoitoja olivat aivojen sarjamagneettistimulaatio (rTMS), transkraniaalinen tasavirtastimulaatio (tDCS), toistuva transkraniaalinen magneettistimulaatio (TMS) sekä sähkökonvulsiivinen hoito (ECT), joka on tehokkain hoitomuoto useisiin psykiatrisiin sairauksiin, mukaan lukien hoitoresistentti masennus (Kritzer, Peterchev & Camprodon. 2023).

Aivojen sarjamagneettistimulaation (rTMS) on osoitettu lyhytkestoisissa tutkimuksissa vaikuttavaksi erityisesti lääkeresistentin masennuksen hoidossa,

mutta tuloksia pitkäaikaisvaikutuksista on vielä vähän. Aivojen sarjamagneettistimulaatio on todennäköisesti lääkehoitoa kustannustehokkaampaa. Ylläpito hoidon tehosta ja tehokkaasta hoidon toteuttamistavasta tarvitaan lisää tutkimustietoa (Jääskeläinen, Holi, Mainio, Roine, Isojärvi & Sihvo. 2017).

Tutkimukset viittaavat transkraniaalisen tasavirtastimulaation (tDCS) jonkinlaiseen tehokkuuteen akuutin masennushäiriön hoidossa (kohtalainen vaikutus). Hoitoresistentissä masennuksessa teho on alhainen. Transkraniaalista tasavirtastimulaatiota pidetään turvallisena hoitovaihtoehtona ja sillä on erittäin vähän sivuvaikutuksia (Palm, Hasan, Strube & Padberg. 2016). Hoitoa voidaan toteuttaa kotioloissa.

Tutkimuksen mukaan toistuva transkraniaalinen magneettistimulaatio (TMS) parantaa masennusoireiden vakavuutta ja onkin nyt laajalti saatavilla masennuksen kliiniseen hoitoon, mutta siihen liittyvä aika- ja taloudellinen taakka ovat potilaille ongelmallisia (Sonmez, Camsari, Nandakumar, Vande Voort, Kung, Lewis & Croarkin. 2019).

Opinnäytetyöhömme valituissa tutkimuksissa kajoavia neuromodulaatiohoitoja oli vain yksi: aivojen syvästimulaatio (deep brain stimulation eli DBS), jota on tutkittu laajasti terapeuttisena vaihtoehtona hoitoresistentissä masennuksessa (Figuee, Riva-Posse, Choi, Bederson, Mayberg & Kopell. 2022). Syväaivostimulaatio tarjoaa viimeisen oljenkorren vaikean, muille hoidoille resistentin masennuksen hoitoon. Se sopii esimerkiksi potilaille, joilla sähköhoito ei riitä ylläpito hoidoksi (Soininen. 2016).

### **6.3 Itsenäisesti tehtävien hoitokeinojen vaikutukset masennuksen hoidossa**

Ravitsemuksella ja terveellisillä elämäntavoilla on vaikutusta mielenterveyteen. Useat terveelliset elintarvikkeet, kuten oliiviöljy, kala, hedelmät, vihan-

nekset, pähkinät, palkokasvit, siipikarja, maitotuotteet ja jalostamaton liha vähentävät riskiä masennukseen ja niiden on jopa oletettu parantavan masennoireita (Lang, Beglinger; Schweinfurth, Walter & Borgwardt. 2015). Ekincin & Sanlierin (2015) artikkelissa käsitellään masennusta ja syömiskäyttäytymistä, ruokavalion laatua, foolihappoa, B12-vitamiinia, B6-vitamiinia, D-vitamiinia, omega-3-rasvahappoja, magnesiumia, seleeniä, sinkkiä ja kuparia, prebiootteja ja probiootteja. Aiheeseen liittyvä tutkimus korostaa, että ruokavalion laatu voi myös vaikuttaa masennuksen esiintymiseen.

Liikunta ja fyysinen harjoittelu on tehokas hoito unipolaariseen masennukseen. Liikunta on verrattavissa psykoterapiaan ja masennuksen masennuslääkkeisiin. Liikunta ja masennuslääkkeet ovat yhdessä tehokas hoitomuoto masennukseen (Kvam, Kleppe, Nordhus & Hovland. 2016). Liikunnalla on todettu olevan depressio-oireita vähentävä ja depression ilmenemisen todennäköisyyttä alentava vaikutus. Säännöllisen liikunnan tulisi kuulua depression ehkäisyyn, hoitoon ja kuntoutukseen muiden tarvittavien hoitojen ja elintapamuutosten ohella (Jansson & Stenberg. 2017).

Mindfulness, eli tietoinen läsnäolo, on nykyhetkessä olemista tietoisena siitä, mitä on juuri nyt. Se on havainnointia ja siinä vaalitaan myötätuntoista suhtautumista omaa itseä ja ympäristöään kohtaan. Mindfulnessin säännöllinen harjoittaminen lisää tietoista läsnäoloa. Mindfulnessissa stressivasteessa tapahtuu muutos reaktio ja stressistä palautuminen nopeutuu. Mindfulnessin harjoittaminen mahdollistaa myös resilienssin eli psyykkisen joustavuuden lisääntymisen ja henkisen kasvun. Mindfulnessissa harjoitellaan pysähtymistä, suunnataan tarkkaavaisuutta, keskitytään ja havainnoidaan (Raevuori. 2016). Tutkimusnäytön mukaan mindfulnessilla on useita myönteisiä vaikutuksia aikuisten terveyteen, jotka ilmenevät jo muutaman viikon kuluessa harjoitusten aloittamisesta. Mindfulnessin vaikutus lievässä ja keskivaikeassa masennuksessa on suunnilleen samansuuruinen kuin masennuslääkkeillä aikaansaatu oireiden lievittyminen (Raevuori. 2016).

Kirkasvalohoito on vakiintunut hoitomuoto kausittaiseen masennukseen. Kahden viime vuosikymmenen aikana kiinnostus kirkasvalohoitoa kohtaan on laajentunut koskemaan muita ei-kausiluonteisia masennuksen tyyppejä. Analyysin tulos paljasti, että kirkasvalohoito paransi merkittävästi masennusoireita potilailla, joilla oli ei-kausiluonteista masennusta. Tutkimus osoitti masennusoireiden merkittävää vähenemistä kirkasvalohoidon jälkeen. Erityisesti tehokas kirkasvalohoito on 2–5 viikon hoitajakson aikana sekä monoterapiana (Al-Karawi & Jubair. 2016)

## **7 POHDINTA**

### **7.1 Tulosten tarkastelu**

Tutkimusten perusteella psykoterapia on tehokasta masennuksen hoidossa. Kaikki psykoterapiat perustuvat ensi sijassa terapeutin ja potilaan väliseen keskusteluun masennukseen vaikuttavista ja sitä ylläpitävistä psykososiaalisista tekijöistä (Huttunen. 2017, 85). Lyhyt psykoterapia oli merkittävästi tehokkaampaa masennukseen (Kolovos, Kleiboer & Cuijpers. 2018). Teoreettisen viitekehyksemme mukaan psykoterapiassa tavoitteena voidaan pitää potilaan toipumista ja toimintakyvyn paranemista. Tarpeen psykoterapialle arvioi yleensä psykiatrian erikoislääkäri keskustelemalla potilaan kanssa psykoterapian eri hoitovaihtoehtoista, vaikutuksesta ja kestosta (lyhyt- vai pitkäkestoinen terapia). Myös potilaan omat toiveet ja odotukset hoidon suhteen vaikuttavat päätökseen. (Tarnanen, Isometsä, Tuunanen. 2020). Psykodynaaminen psykoterapia kattaa laajan joukon psykoanalyysin pohjalta kehitettyjä lyhyt- ja pitkäkestoisten dynaamisten terapioiden muotoja (Lindfors. 2017, 92).

Etäyhteydellä toteutettavat lyhytterapiat sekä nettiterapiat (verkkoterapiat) ovat tehokkaita etenkin lievien masennustilojen hoidossa ja ne ovat helposti saatavilla (Stenberg. 2017, 120). Nettiterapioita pidetään laajaan tutkimusnäyttöön ja olemassa oleviin käytäntöihin perustuen toimivina hoitoina. Nettiterapiat ovat osa masennuksen käypää hoitoa. Menetelminä nettiterapiat sisäl-

tävät vaikuttaviksi todettuja hoitomenetelmiä, joita ovat muun muassa ajatus-  
ten uudelleenmuotoilu, käyttäytymisen aktivointi sekä ahdistuksen, empatian,  
yhteistyösuhteen ja motivaation vahvistaminen ja yleinen itsereflektion tukemi-  
nen (Stenberg, Joutsenniemi & Holi. 2015).

Musiikkiterapiasta on huomattu olevan iso apu masennuksen hoidossa. Musii-  
kin kuuntelun tiedetään aikaansaavan välittömiä, mutta myös sangen pitkä-  
kestoisia emotionaalisia ja fysiologisia muutoksia. Musiikki vaikuttaa monin ta-  
voin myös aivojen tasolla (Erkkilä & Tervaniemi. 2012). Teoreettisen viiteke-  
hyksemme mukaan musiikkiterapia soveltuu kaikenikäisille ja sillä voidaan  
saavuttaa myönteisiä tuloksia psyykkisten, fyysisten, neurologisten ja sosiaa-  
listen oireiden ja sairauksien hoidossa (Suomen musiikkiterapiayhdistys ry.  
2023).

Taiteen ja taiteellisen toiminnan positiivisista vaikutuksista on vahvaa näyttöä  
mielen hyvinvointiin, mielenterveyteen sekä mielen sairauksista paranemiseen  
ja toipumiseen. On myös saatu viitteitä positiivisten vaikutusten pitkäaikaisuu-  
desta. (Laitinen. 2017). Kuvataiteen tekeminen vaikuttaa vireystilaan ja koetun  
stressin määrään. Taiteellinen ilmaisu nähdään kokonaisvaltaisena kehon ja  
mielen aktivoijana (Erkkilä, Rankanen. 2020).

Sähkökonvulsiivinen hoito (ECT), joka on tehokkain hoitomuoto useisiin psyki-  
atriin sairauksiin, mukaan lukien hoitoresistentti masennus (Kritzer, Peter-  
chev & Camprodon. 2023). Aivojen sähköhoidon (Electroconvulsive Therapy)  
eli ETC:n keskeisiä käyttöaiheita ovat vaikeat psykoottiset tai melankoliset  
masennustilat sekä niihin liittyvä itsemurhan vaara. ECT-hoitoa käytetään  
myös vaikean lääkeresistentin masennuksen hoidossa. ECT-hoito on vai-  
keissa ja psykoottisissa masennuksissa yleensä tehokkaampi keino kuin lää-  
kehoito. Hoitoa pidetäänkin usein etenkin psykoottisen masennuksen ensilin-  
jan valintana. Hoidon vaikutus alkaa yleensä nopeammin kuin lääkkeiden,  
mikä on tärkeää etenkin itsetuhoisia potilaita hoidettaessa (Isometsä, Leino-  
nen. 2017, 81).

Transkraniaalista tasavirtastimulaatiota (tDCS) pidetään turvallisena hoitovaihtoehtona ja sillä on erittäin vähän sivuvaikutuksia (Palm, Hasan, Strube & Padberg. 2016). Hoitoa voidaan toteuttaa kotiloissa. Hoidon ajatellaan laskevan depolarisaatiokynnystä anodialueella, ja siten kohdennetusti voimistavan hermovälitystä sellaisilla aivokuoren alueilla, joilla se on masennuksen yhteydessä lamaantunut (Isometsä, E. 2020). Transkraniaalista tasavirtastimulaatiota on tutkittu masennuksen hoidon lisäksi mm. pakko-oireisen häiriön, traumperäisen stressihäiriön, skitsofrenian, migreenin, hermoperäisen kivun sekä muiden neurologisten sairauksien hoidossa. Tutkimuksia on tehty unipolaarisen masennuksen hoidosta, ei niinkään bipolaarisen masennuksen (Koho, Valtavaara, Lehto, Taiminen, Roisko, Jääskeläinen & Halt. 2021).

Tutkimuksen mukaan toistuva transkraniaalinen magneettistimulaatio (rTMS) parantaa masennusoireiden vakavuutta ja onkin nyt laajalti saatavilla masennuksen kliiniseen hoitoon, mutta siihen liittyvä aika- ja taloudellinen taakka ovat potilaille ongelmallisia (Sonmez, Camsari, Nandakumar, Vande Voort, Kung, Lewis & Croarkin. 2019). Suomessa rTMS -hoitoa suositellaan osana akuutin ja lääkeresistentin masennuksen hoitoa (Jääskeläinen; Holi; Mainio; Roine; Isojärvi & Sihvo. 2017).

Aivojen syvästimulaatiota (deep brain stimulation eli DBS) on tutkittu laajasti terapeuttisena vaihtoehtona hoitoresistentissä masennuksessa (Figuee, Riva-Posse, Choi, Bederson, Mayberg & Kopell. 2022). Syväaivostimulaatio tarjoaa viimeisen oljenkorren vaikean, muille hoidoille resistentin masennuksen hoitoon. Se sopii esimerkiksi potilaille, joille sähköhoito ei riitä ylläpitoheidoksi (Soininen. 2016). Hoidon tehosta depression on viime vuosina saatu ristiriitaisia tuloksia, ja sen arvo hoitomuotona on epäselvä. (Isometsä, Karlsson. 2017, 64)

Ravitsemuksella ja terveellisillä elämäntavoilla on vaikutusta mielenterveyteen. Useat terveelliset elintarvikkeet vähentävät riskiä masennukseen ja niiden on jopa oletettu parantavan masennusoireita (Lang, Beglinger; Schweinfurth, Walter & Borgwardt. 2015). Ruokavalion laatu voi myös vaikuttaa masen-

nuksen esiintymiseen (Ekici & Sanlier. 2015). Masennuksen ja ruokavalion välisestä suhteesta on viime vuosina tehty runsaasti tutkimuksia. Viime vuosina kiinnitetty enenevässä määrin huomiota erilaisiin ruokavalioihin ja niiden merkitykseen myös masennuksen näkökulmasta ja osana masennuksen kokonaisvaltaista hoitoa. Toiveet kohdistuvat myös siihen, että ruokavalion avulla pystyttäisiin hoitamaan masennusta ja samalla parantamaan muiden hoitomuotojen tehoa. Tutkimuksissa on käsitelty erityisesti masennuksen ja ruokavalion yhteyttä, mutta myös ruokavalion merkitystä masennuksen hoidossa (Seppälä, Kauppinen, Kautiainen, Vanhala & Koponen. 2014). Tutkimusten mukaan monipuolisella, terveellisellä ja riittävästi B12- ja D-vitamiinia, folaattia ja kalaöljyä sisältävällä ruokavaliolla näyttäisi olevan positiivisia vaikutuksia masennuksen hoidossa (Seppälä ym. 2014).

Liikunta ja fyysinen harjoittelu on tehokas hoito unipolaariseen masennukseen. Liikunta on verrattavissa psykoterapiaan ja masennuksen masennuslääkkeisiin. Liikunta ja masennuslääkkeet ovat yhdessä tehokas hoitomuoto masennukseen (Kvam, Kleppe, Nordhus & Hovland. 2016). Joissakin tutkimuksissa liikuntaharjoittelu on teholtaan vastannut kognitiivista psykoterapiaa tai SSRI-lääkehoitoa, mutta tutkimukset ovat olleet pieniä (Leppämäki. 2017, 197). Myös teoreettisen viitekehiksemme mukaan joissakin pienissä tutkimuksissa liikuntaharjoittelu on vastannut teholtaan kognitiivista psykoterapiaa tai SSRI-lääkehoitoa. Kuitenkaan selvää näyttöä siitä, että liikunta parantaisi masennuslääkityksen tehoa, ei ole (Leppämäki. 2017, 197.) Näyttöä on kuitenkin siitä, että liikunnan jatkaminen ehkäisee masennustilan uudelleen puhkeamista etenkin niillä, jotka ovat toipuneet masennuksesta liikunnan avulla (Leppämäki. 2017, 198). Monissa tutkimuksissa liikunta on ollut ryhmämuotoista ja ryhmämuotoinen liikunta saattaa olla yksilöliikuntaa tehokkaampaa (Leppämäki. 2017, 198).

Mindfulnessin vaikutus lievässä ja keskivaikeassa masennuksessa on suunnilleen samansuuruinen kuin masennuslääkkeillä aikaansaatu oireiden lievittyminen (Raevuori. 2016).

Analyysin tulos paljasti, että kirkasvalohoito paransi merkittävästi masennusoireita potilailla, joilla oli ei-kausiluonteista masennusta. Tutkimus osoitti masennusoireiden merkittävää vähenemistä kirkasvalohoidon jälkeen. Erityisesti tehokas kirkasvalohoito on 2–5 viikon hoitajakson aikana sekä monoterapiana (Al-Karawi & Jubair. 2016). Teoreettisen viitekehiksemme mukaan kirkasvalohoito on tehokas hoito erityisesti kaamosmasennukseen, ja kirkasvalohoito onkin vakiintunut kaamosmasennuksen ensisijaiseksi hoitokeinoksi. (Partonen. 2017, 273) Tutkimusten perusteella kirkasvalohoito tehoaa myös vuodenajasta ja valoisuudesta riippumattomaan masennukseen. (Taiminen. 2016)

## 7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Hyvän aineistonhallinnan opinnäytetyön aineistot kerätään ja käsitellään tutkimuseettisiä periaatteita noudattaen. Tutkimusetiikka on osa hyvää aineistonhallintaa. Suomessa tehtäviä tutkimuksia koskevat yleiset eettiset periaatteet koskevat myös opinnäytetöitä. Hyvä tieteellinen käytäntö on menettelyohjeisto, jonka tarkoituksena on varmistaa, että tutkimus on toteutettu eettisesti hyväksyttävästi ja tutkimustulokset ovat uskottavia. Hyvä tieteellinen käytäntö koskee varsinaisen tieteellisen tutkimuksen lisäksi myös opinnäytetöitä, opetusta ja ohjausta korkeakouluissa (Haaga-Helia. 2025). Opinnäytetyön teossa olemme pyrkineet noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Olemme tutustuneet opinnäytetyön tekijän eettisiin ohjeisiin, joihin on koottu kolmetoista kohtaa, joita opinnäytetyön tekijän tulisi noudattaa tutkimustyössään (Arene. 2025).

Opinnäytetyömme on tehty huolellisesti luotettavia lähteitä käyttäen.

Luotettavuus, eli reliabiliteetti ilmaisee sen, miten luotettavasti ja toistettavasti käytetty mittaus- tai tutkimusmenetelmä mittaa haluttua ilmiötä (Avoin tiede. 2018).

Työ on tehty ilman plagiointia tai tutkimustulosten väärentämistä.

Tulokset on pyritty tuomaan esiin kunnioittaen alkuperäisiä tutkimuksia.

Tiedonhankinnassa olemme käyttäneet tieteellisesti hyväksytyjä tietokantoja

ja tieteellisiä lähteitä. Opinnäytetyön toteutuksessa olemme pyrkineet

kuvailemaan tutkimuksia tarkasti. Kaikki opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset ovat nähtävissä Taulukosta 3.

### 7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyömme tuloksena on kirjallisuuskatsaus, joka vastaa tutkimuskysymykseen: millaisia vaikutuksia on masennuksen lääkkeettömällä hoitokeinoilla? Työn tuloksista käy ilmi millaisia vaikutuksia työhön valituilla lääkkeettömällä hoitokeinoilla on masennuksen hoidossa. Pääsääntöisesti lääkkeettömällä hoitokeinoilla oli positiivisia vaikutuksia masennuksen hoidossa. Tämä on tärkeä havainto, joka tulisi ottaa huomioon masennusta sairastavia potilaita hoidettaessa.

Depression hoito jaetaan kolmeen vaiheeseen: akuuttivaiheen hoidon tavoitteena on oireettomuus, jatkohoidon tavoitteena on estää oireiden palaaminen (relapsi) ja ylläpito-hoidon tavoitteena on ehkäistä uuden sairausjakson puhkeaminen. Depression akuuttihoitossa voidaan käyttää vaikuttavaksi osoitettua psykoterapiaa ja lääkehoitoa tai molempia yhtäaikaisesti taikka joissakin tapauksissa sähköhoitoa, kirkasvalohoitoa, transkraniaalista magneettistimulaatiohoitoa tai muita neuromodulaatiohoitoja (Käypä hoito. 2025). Depressio on vakava häiriö, jossa hoidon saamisen ja jatkuvuuden turvaaminen on tärkeää. Depression hoito tulee toteuttaa yhteistyössä potilaan kanssa ja hänen hyväksymiään hoitomuotoja käyttäen. Hyvin usein masennuksen hoidossa pidetään lääkehoitoa ainoana hoitokeinona. Hoitoresistentti masennus ja masennuslääkkeiden haittavaikutukset tulisi kuitenkin huomioida lääkkeettömien hoitokeinojen valinnassa.

Mielestämme hoitoalalla tulisi osana masennuksen hoitoa ottaa esiin masennuksen lääkkeettömät hoitokeinot. Osaa lääkkeettömistä hoitokeinoista voi kokeilla lähes missä ja milloin vain. Esimerkiksi liikunnan lisääminen, terveellinen ruokavalio, mindfulnessin harjoittaminen ja kirkasvalohoito ovat helposti saatavissa olevia lääkkeettömiä hoitokeinoja, joita voidaan toteuttaa osana masennuksen hoitoa joko lääkehoidon kanssa tai lääkehoidon sijasta. Hoitoalalla

masennuspotilaiden kanssa työskentelevien on myös tärkeää tiedostaa psykoterapioiden, erilaisten netti-, taide- ja musiikkiterapioiden sekä neuromodulaatiohoitojen hyödyt masennuksen hoidossa.

Tutkimuksia masennuksen lääkkeettömistä hoitokeinoista on tehty paljon, mutta ne ovat kuitenkin jääneet vähemmälle huomiolle osana masennuksen tehokasta hoitoa. Erityisesti masennusta sairastavan kannustaminen ja tukeminen niin sanottuun omahoitoon tulisi ottaa paremmin huomioon masennuksen hoidossa. Jatkotutkimusehdotuksina voisikin pitää masennuksen omahoitoa, kuten ravitsemuksen- ja liikunnan, mindfulnessin ja kirkasvalohoidon vaikutusta masennukseen.

## LÄHTEET

Arene. 2025. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Saatavissa: [https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?\\_t=1578480382](https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?_t=1578480382) [viitattu 26.3.2025]

Avoin tiede. 2018. Todennettavuus ja todistettavuus. Saatavissa: <https://avoin-tiede.fi/fi/ajankohtaista/todennettavuus-ja-toistettavuus> [viitattu 7.4.2025]

Duodecim. 1994. Depression tunnistaminen ja hoito. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo40515> [viitattu 26.3.2025]

Duodecim. 2023. Masennuslääkkeiden haittavaikutukset. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01334> [viitattu 26.3.2025]

Erkkilä & Tervaniemi. 2012. Musiikkiterapia masennuksen hoidossa. Saatavissa: [https://jyx.jyu.fi/jyx/Record/jyx\\_123456789\\_93140#](https://jyx.jyu.fi/jyx/Record/jyx_123456789_93140#) [viitattu 18.3.2025]

Erkkilä & Rankanen. 2020. Kun sanat eivät riitä – luovat terapiat. Duodecim. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo15795> [viitattu 30.7.2023]

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2023. Fysioakustinen hoito (matalataajainen äänivärähtelyhoito). Saatavissa: [https://www.epshp.fi/hoitopalvelut/kuntoutus\\_ja\\_erityispalvelut/fysiatria\\_ja\\_kuntoutus/fysio-ja\\_toimintaterapia/fysioakustinen\\_hoito](https://www.epshp.fi/hoitopalvelut/kuntoutus_ja_erityispalvelut/fysiatria_ja_kuntoutus/fysio-ja_toimintaterapia/fysioakustinen_hoito) [viitattu 2.5.2023]

Haaga-helia. 2025. Aineistonhallinta opinnäytetyössä: Tutkimusetiikka. Saatavissa: [https://libguides.haaga-helia.fi/Aineistonhallinta\\_opinnaytetyossa/Tutkimusetiikka](https://libguides.haaga-helia.fi/Aineistonhallinta_opinnaytetyossa/Tutkimusetiikka) [viitattu 26.3.2025]

Haapasalo-Pesu. 2021. Lasten ja nuorten psykoterapeuttiset hoidot. Lääkärin käsikirja. Saatavissa: <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt00818> [viitattu 30.7.2023]

Hertzberg, T. 2022. Synnytyksen jälkeinen masennus. Duodecim. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00505> [viitattu 20.4.2023]

Isometsä, E. 2020. Aivojen tasavirtastimulaatio (tDCS) depression akuuttihoitossa. Käypä hoito. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nak09363> [viitattu 23.4.2023]

Isometsä, S. 2020. Ohje depression sähköhoidon käytännön toteutuksesta. Käypä hoito. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix02125> [viitattu 28.4.2023]

Jääskeläinen, S. K. & Taiminen, T. 2020. Sarjamagneettistimulaatio kivun ja neurologisten sairauksien hoidossa. Katsausartikkeli. Saatavissa:

<https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/sarjamagneettistimulaatio-kivun-ja-neurologisten-sairauksien-hoidossa/?pub-lic=c12a317afd575c9cbad9ab78f395c125> [viitattu 23.4.2023]

Jääskeläinen; Holi; Mainio; Roine; Isojärvi & Sihvo. 2017. Katsausartikkeli. Aivojen magneettistimulaatio masennuksen hoidossa. Saatavissa: [https://www.ppshp.fi/dokumentit/Kehitys%20ja%20tutkimus%20sisltyyppi/Aivojen%20magneettistimulaatio%20masennuksen%20hoidossa\\_VE\\_summary%202017.pdf](https://www.ppshp.fi/dokumentit/Kehitys%20ja%20tutkimus%20sisltyyppi/Aivojen%20magneettistimulaatio%20masennuksen%20hoidossa_VE_summary%202017.pdf) [viitattu 23.4.2023]

Kampman, Heiskanen, Holi, Huttunen, Tuulari. 2017. Masennus. 1. painos. Kustannus Oy Duodecim. [viitattu 25.4.2023]

Karila, S. 2017. Kognitiivinen psykoterapia. Duodecim. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo12345> [viitattu 5.2.2025]

Kunnela, A. 2022. Kirjallisuuskatsaukset. Opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. Saatavissa: <https://oppimateriaalit.jamk.fi/yamk-kasikirja/kirjallisuuskatsaukset/> [viitattu 28.4.2023]

Kyrklund, E. 2019. Neuromodulaatiomenetelmät masennuksen hoidossa. Tutkielma. Saatavissa: <https://core.ac.uk/reader/224642840> [viitattu 2.5.2023]

Käypä hoito. 2020. Ketamiini-infuusio lääkeresistentin depression hoidossa. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nak08360> [viitattu 24.7.2023]

Käypä hoito. 2020. Miten hoitaa depressiota? Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/xmedia/khp/khp00044.pdf> [viitattu 26.3.2025]

Käypä hoito. 2023. Depressio. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023#s5> [viitattu 20.4.2023]

Käypä hoito. 2025. Depressio. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023#s13> [viitattu 26.3.2025]

Laukkala & Kukkonen-Harjula. 2019. Liikunta tukee mielen toipumista. Lääkärilehti. Saatavissa: <https://www.laakarilehti-fi.ezproxy.xamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/liikunta-tukee-mielen-toipumista/> [<https://www.laakarilehti-fi.ezproxy.xamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/liikunta-tukee-mielen-toipumista/>] [viitattu 27.4.2023]

Lindfors. 2017. Masennus. 1. painos. Kustannus Oy Duodecim. [viitattu 17.3.2025]

Mieli.fi. 2024. Mitä ovat mindfulness tietoisuustaidot? WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://mieli.fi/vahvista-mielenterveyttasi/harjoitukset/mindfulness/> [viitattu: 18.3.2025]

Mielenterveystalo. 2025. Kirkasvalohoito kaamosmasennukseen. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/masennus/kirkasvalohoito-kaamosmasennukseen> [viitattu 18.3.2025]

Mielenterveystalo. 2023. Perustietoa masennuksesta. Saatavissa: <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/masennus/perustietoa-masennuksesta> [viitattu 20.4.2023]

Mielenterveystalo.fi. 2023. Aivojen sähköhoito. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/aivojen-sahkohoito> [viitattu 28.4.2023]

Mielenterveystalo.fi. 2023. Psykoterapian suuntaukset. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/terapia/psykoterapian-suuntaukset> [viitattu: 26.4.2023]

Mielenterveystalo. 2025. Miten tietoisuustaitoja harjoitellaan? WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/tietoisensa-naolon-omahoito-ohjelma/miten-tietoisuustaitoja-harjoitellaan> [viitattu 18.3.2025]

Nietola, M., Jääskeläinen, E. & Korkeila, J. 2021. Psykoottinen masennus. Duodecim. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo16555> [viitattu 20.4.2023]

Partonen, T. 2020. Kaamosmasennus. Duodecim. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00377#s3> [viitattu 28.4.2023]

Partonen, T. 2022. Kaamosmasennus. Duodecim. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00377#s1> [viitattu 20.4.2023]

Pekkonen, E. 2013. Syväaivostimulaatio neurologisissa sairauksissa. Duodecim. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo10841> [viitattu 27.4.2023]

Rovasalo, A. 2022. Masennustila eli depressio. Duodecim. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00389> [viitattu 19.4.2023]

Sadeniemi, M. 2021. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Duodecim. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00378> [viitattu 20.4.2023]

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Saatavissa: [https://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](https://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf) [viitattu 28.4.2023]

Seppälä; Kauppinen; Kautiainen; Vanhala & Koponen. 2014. Masennus ja ruokavalio. Saatavissa: <https://www-terveysportti-fi.ezproxy.xamk.fi/xmedia/duo/duo11636.pdf> [viitattu 1.5.2023]

Soininen. 2016. Masennuksen hoidon seuraavat trendit. Saatavissa: <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/masennuksen-hoidon-seuraavat-trendit/> [viitattu 18.3.2025]

Stenberg, Joutsenniemi & Holi. 2015. Nettiterapiat - mitä tiedetään toimivuudesta. Duodecim. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo12324> [viitattu: 27.4.2023]

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku. Juvenes Print. [viitattu 27.2.2025]

Suomen musiikkiterapiayhdistys ry. 2023. Mitä musiikkiterapia on? Saatavissa: <https://www.musiikkiterapia.fi/musiikkiterapia/mita-musiikkiterapia-on/> [viitattu 2.5.2023]

Sätälä, Ruhalahti, Hilpinen & Luukkonen. 2020. Musiikkiterapia ja musiikin käyttö neurologisten erityislasten kuntoutuksessa. Duodecim. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo15935> [viitattu 2.5.2023]

Taideterapiayhdistys. 2025. Taideterapia. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.suomentaideterapiayhdistys.fi/> [viitattu 18.3.2025]

Taiminen, T. 2016. Tutkimus: Kirkasvalohoito tehoaa myös muuhun kuin kaamosmasennukseen. Potilaan lääkärilehti. Saatavissa: <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/tutkimus-kirkasvalohoito-tehoaa-myoos-muuhun-kuin-kaamosmasennukseen/> [viitattu 28.4.2023]

Taiminen, T. 2017. Ketamiini masennuksen hoitona. Duodecim. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo13478> [viitattu 24.7.2023]

Tarnanen, K., Isometsä, E. & Tuunainen, A. 2020. Miten hoitaa depressiota? Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/khp00044#s5> [viitattu 20.4.2023]

Tarnanen, K., Suominen, K., Lähteenmäki, S. & Laukkala, T. 2021. Kaksi-suuntainen mielialahäiriö - mielialojen vuoristorata. Duodecim. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/khp00082> [viitattu 20.4.2023]

Terapiapalvelu Tuuli. 2023. Fysioakustinen hoito. Saatavissa: <https://www.terapiapalvelutuuli.com/fysioakustinen-hoito> [viitattu 2.5.2023]

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos THL. 2022. Masennushäiriöt. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/mielialahairiot> [https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/mielialahairiot] [viitattu 2.5.2023]

THL. 2022. Mielialahäiriöt. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/mielialahairiot> [viitattu 20.4.2023]

TYKS. 2025. Neuromodulaatiohoidot. Saatavissa: <https://www.tyks.fi/hoidot-ja-tutkimukset/neuromodulaatiohoidot> [viitattu 18.3.2025]

Viikki, M. & Isometsä, E. 2023. Masennuslääkkeiden käyttö depression hoidossa – minkä valitsen, kuinka seuran? Lääkärilehti. Saatavissa: <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.xamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/masennuslaakkeiden-kaytto-depression-hoidossa-minka-valitsen-kuinka-seuran/> [viitattu 23.4.2023]

Xun; Yan-Mei; Yu-Ping; Li-Ping; Ying-Hua; Jia-Qi; Ming-Jun; Wei. 2022. Ad-junctive vagus nerve stimulation for treatment-resistant depression: a preliminary study. Saatavissa: <https://www.tandfonline-com.ezproxy.xamk.fi/doi/abs/10.1080/13651501.2021.2019789?journal-Code=ijpc20> [viitattu 27.4.2023]

## LIITTEET

Liite 1.

### TIEDONHAKUTAULUKKO

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulokset	Otsikon perusteella valitut	Sisällön perusteella valitut

Medic	Depression* AND psycho- therapy*	2015- 2025, free full text, eng- lish	26	5	2
	depression* AND drug free*	2015- 2025, free full text, english	70	7	2
	depression AND tDCS	2015- 2025, free full text, english	1	1	0
	depression AND liikunta*	2015- 2025, free full text, english	36	3	0
	depression* AND rav- itsemus*	2015- 2025, free full text, english	10	0	0
	depression* AND mindful- ness	2015- 2025,	4	1	1

		free full text, english			
Pubmed	depression AND neuro-modulation*	2015-2025, full text, english	667	2	2
	depression AND ECT	2015-2025, full text, english	527	1	1
	depression AND brightlight	2015-2025, full text, english	7	1	0
PsycINFO	depression AND art therapy OR music	2015-2025, full text, english	1	1	0
	depression AND music therapy	2015-2025, full text, english	66	1	1
Google	depression AND psychotherapy	2015-2025	67 500	2	2
	depression AND tDCS	2015-2025	17 400	1	1
			408 000	1	1

depression AND exercise	2015- 2025	18 300	1	1
depression AND bright light therapy	2015- 2025	104 000	2	1
internet inter- ventions for de- pression	2015- 2025	443	1	1
masennus AND taidetera- pia	2015- 2025	199 000	2	2
depression AND nutrition	2015- 2025	4000	2	1
depression AND liikunta	2015- 2025			

Liite 2.

#### TUTKIMUSTAULUKKO

Tutkimuksen kirjoittaja(t), vuosi, julkaisu, maa	Artikkelin nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Päätulos
<i>Al-Karawi &amp; Jubair. 2016.</i>	Bright light therapy for nonseasonal depression: Meta-analysis of clinical trials	Tutkia kirkas- valohoitoa ei- kausittaiseen masennuk- seen	Tutkimus osoitti masen- nusoireiden merkittävää vähenemistä kirkasvalohoi- don jälkeen.

			Erityisesti tehokas 2-5 viikon hoitojakson aikana sekä monoterapiana.
<i>Ekinci &amp; Sanlier. 2023.</i>	The relationship between nutrition and depression in the life process: A mini-review	Tutkia ravitsemuksen ja masennuksen suhdetta	Artikkelissa käsitellään masennusta ja syömis-käyttäytymistä, ruokavalion laatua, foolihappoa, B12-vitamiinia, B6-vitamiinia, D-vitamiinia, omega-3-rasvahappoja, magnesiumia, seleeniä, sinkkiä ja kuparia, prebiootteja ja probiootteja. Aiheeseen liittyvä tutkimus korostaa, että ruokavalion laatu voi myös vaikuttaa masennuksen

			esiintymiseen.
<i>Figee, Riva-Posse, Choi, Bederson, Mayberg &amp; Kopell. 2022.</i>	Deep Brain Stimulation for Depression	Aivojen syvästimulaatio masennuksen hoidossa	Aivojen syvästimulaatiota on tutkittu laajasti terapeuttisena vaihtoehtona hoitoresistentissä masennuksessa. Aivojen syvästimulaatio eri kohteissa liittyy keskimäärin 60 %:n vasteprosentteihin aiemmin refraktorisilla kroonisesti masentuneilla potilailla.
<i>Jansson &amp; Stenberg. 2017. Suomi.</i>	Liikunnan anti-depressiiviset vaikutusmekanismit	Tutkia liikunnan vaikutuksia masennuksen hoidossa	Liikunnalla on todettu olevan depressio-oireita vähentävä ja depression ilmenemisen todennäköi-

			<p>syyttä alentava vaikutus. Säännöllisen liikunnan tulisi kuulua depression ehkäisyyn, hoitoon ja kuntoutukseen muiden tarvittavien hoitojen ja elintapamuutosten ohella</p>
<p><i>Jääskeläinen, Holi, Mainio, Roine, Isojärvi &amp; Sihvo. 2017. Suomi</i></p>	<p>Aivojen magneettistimulaatio masennuksen hoidossa</p>	<p>Järjestelmällisessä kirjallisuuskatsauksessa selvitetiin sarjamagneettistimulaation (rTMS) vaikuttavuutta masennuksen hoidossa, hoidon pitkäaikaisvaikuttavuutta, turvallisuutta, kustannuksia ja eri antotapojen vaikutusta tehoon.</p>	<p>rTMS-hoito on osoitettu lyhytkestoisissa tutkimuksissa vaikuttavaksi erityisesti lääkeresistentin masennuksen hoidossa, mutta tuloksia pitkäaikaisvaikuttavuudesta on vähän. rTMS on todennäköisesti lääkehoitoa kus-</p>

			tannusvaikut- tavampaa, mutta sähkö- hoito on rTMS-hoitoa kustannusvai- kuttavampaa. rTMS ylläpito- hoidon te- hosta ja te- hokkaasta hoidon toteut- tamistavasta tarvitaan lisää tutkimustie- toa.
<i>Kolovos, Kleiboer &amp; Cuijpers. 2018.</i>	Effect of psy- chotherapy for depression on quality of life: meta-analysis	Meta-analyysi psykoterapian vaikutuksista masennuk- seen	Psykoterapi- alla havaittiin olevan pieni tai kohtalai- nen vaikutus elämänlaa- tuun, kohta- lainen vaiku- tus mielenter- veyteen sekä pieni, mutta tilastollisesti merkittävä terveysvaiku- tus.

<p><i>Kritzer, Peterchev &amp; Campridon. 2023.</i></p>	<p>Electroconvulsive Therapy: Mechanisms of Action, Clinical Considerations, and Future Directions</p>	<p>Yhteenveto ECT:n yleiskuvasta sekä sen tehosta masennuksen hoidossa</p>	<p>Sähkökonvulsiivinen hoito (ECT) on tehokkain hoitomuoto useisiin psykiatrisiin sairauksiin, mukaan lukien hoitoresistentti masennus.</p>
<p><i>Kvam, Kleppe, Nordhus &amp; Hovland. 2016.</i></p>	<p>Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis</p>	<p>Meta-analyysi liikunnan vaikutuksesta masennukseen</p>	<p>Fyysinen harjoittelu on tehokas hoito unipolaariseen masennukseen. Liikunta on verrattavissa psykoterapiaan ja masennuksen masennuslääkkeisiin. Liikunta ja masennuslääkkeet yhdessä tehokas hoitomuoto masennukseen.</p>

<p><i>Laitinen, L. 2017.</i></p>	<p>Taide, taiteellinen toiminta ja mielenterveys</p>	<p>Tutkia taiteen ja taiteellisen toiminnan vaikutuksia mielenterveyteen</p>	<p>Kansainvälisen tutkimuksen perusteella on vahvaa näyttöä taiteen ja taiteellisen toiminnan positiivisista vaikutuksista mielen hyvinvointiin, mielenterveyteen sekä mielen sairauksista paranemiseen ja toipumiseen. Myös positiivisten vaikutusten pitkäaikaisuudesta on saatu viitteitä.</p>
<p><i>Lang, Beglinger; Schweinfurth, Walter &amp; Borgwardt. 2015.</i></p>	<p>Nutritional Aspects of Depression</p>	<p>Tutkia ravitsemuksen vaikutusta masennukseen</p>	<p>Useat terveelliset elintarvikkeet, kuten oliiviöljy, kala, hedelmät, vihannekset, pähkinät, palkokasvit, siipikarja, maito-</p>

			tuotteet ja jalostamaton liha, on yhdistetty käänteisesti masennuksen riskiin ja niiden on jopa oletettu parantavan masennusoireita
<i>Palm, Hasan, Strube &amp; Padberg. 2016.</i>	tDCS for the treatment of depression: a comprehensive review	Tutkia transkraniaalista tasavirtastimulaatiota (tDCS) vakavan masennushäiriön hoidossa.	tDCS:llä on erittäin vähän sivuvaikutuksia. Meta-analyysit viittaavat tDCS:n jonkinlaiseen tehokkuuteen akuutin masennushäiriön hoidossa, jolla on kohtalainen vaikutus, ja alhainen teho hoitoresistensissä masennuksessa. tDCS:tä pidetään turvallisena hoitovaihtoehtona,

			ja siihen liittyy vain vähäisiä sivuvaikutuksia.
<i>Perämäki &amp; Koivisto. 2015. Suomi</i>	Psykoterapian vaikutukset aivotoimintoihin masennustilassa	Tutkia psykoterapian vaikutuksia aivotoimintoihin masennuksen hoidossa	Erilaiset <i>lyhyet psykoterapiamuodot näyttävät toimivan hyvin</i> masennuksen hoidossa
<i>Raevuori. 2016. Suomi.</i>	Mindfulnessin terveysvaikutukset – mitä lääkärin on hyvä tietää?	Tutkia <i>mindfulnessin</i> terveysvaikutuksia	Lievien tai keskivaikeiden masennusoireiden yhteydessä mindfulnessin vaikutus on suunnilleen samansuurinen kuin masennuslääkkeillä aikaansaatu perusterveydenhuollon potilaiden oireiden lievittyminen.
<i>Stenberg, Sequeiros, Holi, Kampman, Kiesepä, Korkeila, Mäki, Wahlbeck,</i>	Mielenterveyttä etänä?	Tutkia psykologisia etähoitoja	Nettiterapioita pidetään laajan tutkimus-

<p><i>Joffe, Häll &amp; Joutsenniemi. 2016. Suomi</i></p>			<p>näytön ja käytännön toiminnan perusteella toimivina hoitoina, ja ne on otettu mukaan esimerkiksi masennuksen Käypä hoito -suositukseen.</p>
<p><i>Sonmez, Camsari, Nandakumar, Vande Voort, Kung, Lewis &amp; Croarkin. 2019.</i></p>	<p>Accelerated TMS for Depression: A systematic review and meta-analysis</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia toistuvan transkraniaalisen magneettistimulaation (TMS) nopeutettuja TMS-tutkimuksia masennushäiriöiden osalta</p>	<p>Kaiken kaikkiaan meta-analyysi ehdotti, että TMS parantaa masennuksen oireiden vakavuutta. Toistuva transkraniaalinen magneettistimulaatio (TMS) on nyt laajalti saatavilla masennuksen kliiniseen hoitoon, mutta siihen liittyvä talou-</p>

			dellinen ja aikataakka ovat potilaille ongelmallisia.
<i>Tang, Huang, Zhou &amp; Ye. 2020. Kiina.</i>	Effects of music therapy on depression: A meta-analysis of randomized controlled trials.	Selvittää ja vertailla musiikkiterapian ja musiikkilääketieteen vaikutuksia masennukseen sekä tutki- maan vaikutukseen liittyviä mahdollisia tekijöitä.	<i>Musiikkiterapialla ja musiikkilääketieteellä oli voimakkaampi vaikutus pitkään interventioiden verrattuna. Johtopäätökset: Nykyisessä meta-analysissämme havaittiin musiikkiterapian ja musiikkilääketieteen erilainen vaikutus masennukseen.</i>

Liite 3.

#### TEEMOITTELUTAULUKKO

<b>Pääteemat</b>	<b>Pelkistetyt ilmaukset</b>
<i>Eri terapioiden vaikutus masennuksen hoidossa</i>	Psykoterapioilla pieni tai kohtalainen vaikutus elämänlaatuun, kohtalainen vaikutus mielenterveyteen, pieni

	<p>mutta tilastollisesti merkittävä terveysvaikutus, lyhyen psykoterapeuttisen hoidon vaikuttavuus depression hoidossa, erilaiset lyhyet psykoterapiamuodot näyttävät toimivan hyvin masennuksen hoidossa,</p> <p>lyhyt psykoterapia oli merkittävästi tehokkaampaa masennukseen, nettiterapioita pidetään laajan tutkimusnäytön ja käytännön toiminnan perusteella toimivina hoitoina, otettu mukaan masennuksen Käypä hoito -suositukseen, vähentävät tehokkaasti masennuksen oireita potilailla, joilla on masennushäiriödiagnosi,</p> <p>musiikkiterapiassa havaittiin musiikkiterapian vaikutus masennukseen, tutkimuksen perusteella on vahvaa näyttöä taiteen ja taiteellisen toiminnan positiivisista vaikutuksista mielen hyvinvointiin, mielenterveyteen sekä mielen sairauksista paranemiseen ja toipumiseen, positiivisten vaikutusten pitkäaikaisuudesta on saatu viitteitä</p>
<p><i>Itsenäisesti tehtävien hoitokeinojen vaikutus</i></p>	<p>mindfulnessin vaikutus lievässä ja keskivaikeassa masennuksessa suunnilleen saman-suuruinen kuin masennuslääkkeillä aikaansaatu oireiden lievittyminen,</p>

fyysinen harjoittelu ja liikunta tehokas hoito unipolaariseen masennukseen, liikunta on verrattavissa psykoterapiaan ja masennuslääkkeisiin, liikunta ja masennuslääkkeet yhdessä tehokas hoitomuoto masennukseen, liikunnalla on todettu olevan masennusoireita vähentävä ja masennuksen ilmenemisen todennäköisyyttä alentava vaikutus, säännöllisen liikunnan tulisi kuulua depression ehkäisyyn, hoitoon ja kuntoutukseen muiden tarvittavien hoitojen ja elintapamuutosten ohella,

masennusoireiden merkittävää vähenemistä kirkasvalohoidon jälkeen, erityisesti tehokas 2-5 viikon hoitajakson aikana sekä monoterapiana, ravitsemus useat terveelliset elintarvikkeet vähentävät riskiä masennukseen ja niiden ja on jopa oletettu parantavan masennusoireita,

käsitellään masennusta ja syömis-käyttäytymistä, ruokavalion laatua, foolihappoa, B12-vitamiinia, B6-vitamiinia, D-vitamiinia, omega-3-rasvahappoja, magnesiumia, seleeniä, sinkkiä ja kuparia, prebiootteja ja probiootteja, aiheeseen liittyvä tutkimus korostaa, että ruokavalion laatu voi myös vaikuttaa masennuksen esiintymiseen

*Stimulointi menetelmien vaikutus masennuksen hoidossa*

sähkökonvulsiivinen hoito (ECT) on tehokkain hoitomuoto hoitoresistenttiin masennukseen,

aivojen syvästimulaatiota (deep brain stimulation eli DBS), on tutkittu laajasti terapeuttisena vaihtoehtona hoitoresistentissä masennuksessa, 60% hoitovaste,

toistuva transkraniaalinen magneettistimulaatio (TMS) parantaa masennuksen oireiden vakavuutta, laajalti saatavilla masennuksen kliiniseen hoitoon,

transkraniaalinen tasavirtastimulaatio (tDCS) kohtalainen vaikutus akuutin masennushäiriön hoidossa, alhainen teho hoitoresistentissä masennuksessa, turvallinen hoitovaihtoehto, vain vähän sivuvaikutuksia,

aivojen sarjamagneettistimulaatio (rTMS) on osoitettu lyhytkestoisissa tutkimuksissa vaikuttavaksi erityisesti lääkeresistentin masennuksen hoidossa, tuloksia pitkäaikaisvaikuttavuudesta on vähän, todennäköisesti lääkehoitoa kustannusvaikuttavampaa,

ylläpitohoidon tehosta ja tehokkaasta  
hoidon toteuttamistavasta tarvitaan li-  
sää tutkimustietoa