

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyö

Sairaanhoitaja

2014

Nita Salminen & Laura Tiitinen

LÄÄKKEETTÖMÄT HOITO- MUODOT MASENNUKSEN HOIDOSSA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoidaja

Syksy 2014 | 51 sivua + 1

Ohjaaja: FT Maika Kummel

Nita Salminen & Laura Tiitinen

LÄÄKKEETTÖMÄT HOITOMUODOT MASENNUKSEN HOIDOSSA

Opinnäytetyön tarkoitus oli määritellä lääkkeettömien hoitomuotojen vaikutuksia masennusta sairastavilla potilailla luotettavien tutkimusten perusteella. Tavoitteena oli tutustua erilaisiin lääkkeettömän hoidon interventioihin ja arvioida niiden toimivuutta masennuksen hoidossa.

Opinnäytetyö toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena, johon valittiin 11 hoito- tai lääketieteellistä tutkimusta. Aineisto kerättiin sähköisistä tietokannoista: PubMed, Medic ja CINAHL. Tutkimukset analysoitiin ohjaavien tutkimuskysymysten mukaisesti.

Tutkimuskysymyksiksi valittiin: 1. Millaisia erilaisia lääkkeettömiä interventioita masennuksen hoidossa käytetään? 2. Onko lääkkeettömällä hoitomuodoilla vaikutusta masennuksen hoidossa?

Kaikilla opinnäytetyöhön valituilla lääkkeettömällä hoitomuodoilla oli positiivisia vaikutuksia masennuksen hoidossa. Toiset niistä soveltuivat paremmin masennuksen ennaltaehkäisyyn ja relapsien estoon, kun taas toisilla voitiin helpottaa masennuksen akuuttivaiheessa ilmeneviä oireita. Masennuksen hoito keskittyy Suomessa pääasiassa lääkkeellisiin interventioihin, vaikka niillä saattaa olla suuriakin haittavaikutuksia. Lääkkeettömistä hoitomuodoista on paljon ennakkokäsityksiä, eikä niitä osata välttämättä pyytää taikka suositella.

Lääkkeettömiä hoitumuotoja tulisi ottaa enemmän käyttöön masennuksen hoidossa. Terapia on perinteinen ja hyväksi todettu interventiomuoto, mutta myös vähemmän tunnetuilla innovatiivisilla interventioilla on merkittävä vaikutus masennuksen hoidossa. Useita erilaisia lääkkeettömiä hoitumuotoja kokoavia katsauksia on tehty Suomessa vähän ja lisää tutkimusta aiheesta tarvittaisiin.

ASIASANAT:

Masennus, lääkkeettömät hoitomuodot, interventio, mielenterveys

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing | Nurse

Autumn 2014 | 51 pages+ 1

Instructor: PhD Maika Kummel

Nita Salminen & Laura Tiitinen

NON-PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF DEPRESSION

The purpose of this thesis was to define effects of non-pharmacological treatments for patients with depression through trustful researches. The aim was to get to know different kinds of non-pharmacological interventions and to evaluate their effect in treatment of depression.

The thesis was carried out as systematic review of literature, where there was chosen 11 researches about nursing science or medicine. Researches were analyzed by this thesis' research problems. Material was collected from databases: PubMed, Medic and Cinahl.

The research problems were: 1. What kind of non-pharmacological interventions are used for treatment of depression? 2. Does non-pharmacological treatments have effect on treatment of depression?

All non-pharmacological treatments that were chosen to this thesis had positive influence for treatment of depression. The ones fitted better for preventing of depression and prevent of relapses, and the others for easing symptoms of depression on acute period. In Finland treatment of depression focuses in pharmacological interventions, even though they might have major adverse effects. People have lots of prejudices of non-pharmacological treatments and they don't quite know how to ask or recommend them.

Non-pharmacological treatment options should be taken in place of treatment of depression. Therapy is traditional and good form of intervention, but also less known innovative interventions have significant influence in treatment of depression. In Finland there has been done only few researches that include several different non-pharmacological treatments and there should be more of these.

KEYWORDS:

Depression, non-pharmacological treatment, intervention, mental-health

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET JA KÄSITTEET	6
1 JOHDANTO	8
2 KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELY	10
2.1 Masennus	10
2.2 Masennuspotilas	11
2.3 Lääkkeetön hoito	14
2.4 Interventio	14
3 LÄÄKKEETTÖMÄT HOITOMUODOT	16
3.1 Akupunktio	16
3.2 Eläinavusteinen terapia	17
3.3 Fyysinen aktiivisuus	18
3.4 Neurostimulaatiohoidot	18
3.5 Ravitseminen	20
3.6 Terapiat	21
3.7 Lääkkeettömien hoitomuotojen käyttö	23
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA OHJAAVAT KYSYMYKSET	24
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	25
5.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	25
5.2 Tiedonhakuprosessi	25
5.3 Sisältöanalyysi	27
6 TULOKSET	29
6.1 Akupunktio	29
6.2 Eläinavusteinen terapia	30
6.3 Fyysinen aktiivisuus	32
6.4 Mindfulness	32
6.5 Musiikkiterapia	33
6.6 Neurostimulaatiohoidot	34
6.7 Ruokavalio	35
6.8 Sähköhoito	35
6.9 Taideterapia	38
6.10 Tulosten yhteenveto	39
7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	41
7.1 Eettisyys	41

7.2 Luotettavuus	42
8 POHDINTA	44
9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA SUOSITUKSET	47
LÄHTEET	48

LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

TAULUKOT

Taulukko 1. Hakutaulukko	28
Taulukko 2. Lääkkeettömien hoitomuotojen vaikuttavuus masennukseen	39

KÄYTETYT LYHENTEET JA KÄSITTEET

BDI	Beck Depression Inventory, masennuksen kognitiivisia puolia mittaava itsearviointimittari (Lönngqvist 2009).
CBI	Chronic Brain Impairment, psyykelaäkkeiden pitkäaikaisesta käytöstä mahdollisesti syntyvä oireyhtymä (Breggin 2011).
CES-D	The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, depressio-oireiden tunnistamiseen ja vaikeusasteen arviointiin soveltuva mittari, haastattelu ja itsearviointilomake (THL 2014).
DEPS	Depressioseula, joka on kehitetty yleislääkärien käyttöön helpottamaan depression toteamista (Lönngqvist 2009).
Dopamiini	Keskushermoston välittäjäaine, masennuspotilailla on yleensä häiriintynyt dopamiiniaineenvaihdunta (Karlsson 2012).
ECT	Electroconvulsive therapy eli aivojen sähköhoito, tehokas hoitomuoto vaikeissa masennustiloissa (Aivojen sähköhoito ja vaikea psykoottinen depressio: Käypä hoito –suositus, 2014).
HDRS	Hamilton Depression Rating Scale, mittaa masennusoireiden lisäksi masennukseen liittyviä ahdistus- ja somaattisia oireita (Lönngqvist 2009).
Isofluraani	Hengitysteitse annettava nukutusaine, eli inhalaatioanesteti (Duodecim 2014a).
KELA	Kansaneläkelaitos, joka huolehtii Suomessa asuvien perusturvasta eri elämäntilanteissa (KELA 2014).
KIMS	Kentucky Inventory of Mindfulness Skills, 39 kohtainen Mindfulness-kykyjä mittaava testi (Batink ym. 2013).
MADRS	Montgomery-Åsberg Depression Scale on testi, jolla mitataan masentuneisuutta mielialanvaihteluista kärsivillä (Erkkilä & Tervaniemi 2012).
Noradrenaliini	Hormoni, jota lisämunuaisydin erittää ja aivoissa esiintyvä välittäjäaine. Eritys on häiriintynyt masennuspotilailla. (Duodecim 2014b.)
PHQ	Patient Health Questionnaire on testi, jonka potilas saa itse täyttää oireidensa perusteella. Siitä on useita versioita, mutta kaikki mittaavat eri mielenterveydenhäiriöitä. (MacPherson ym. 2013.)

QIDS-SR16	Quick Inventory of Depressive Symptomatology on 16 osainen masennusta mittaava testi, josta on sekä potilaan itse täytettävä että lääkärin täytettävä versio. (Weeks ym. 2013.)
Serotoniini	Useissa eri kudoksissa esiintyvä aine, jonka toiminta masentuneella on häiriintynyt. Useat masennuslääkkeet perustuvat serotoniinin toimintaan. (Karlsson. 2012.)
SSRI-lääke	Serotoniinin takaisinoton estäjä – lääkkeet vahvistavat serotoniinin vaikutusta keskushermostossa. Eniten käytetty masennuslääke. (Huttunen 2013a.)
TAU	Treatment as usual eli tavanomainen hoito. Hoitoon kuuluvat perinteiset lääkkeettömät ja lääkkeelliset hoidot sekä lisäksi sähköhoito. (Olin ym. 2012.)
TENK	Tutkimuseettinen neuvottelukunta toimii opetus- ja kulttuuriministeriön alaisena, sen tehtävänä on edistää hyvää tieteellistä käytäntöä (Tenk 2013).
VNS	Vagus Nerve stimulation eli vagushermostimulaatio. Masennuksen (ja epilepsian) hoidossa käytetty hoitomuoto. VNS-laite stimuloi vasenta kiertäjähermoa kaulan alaosassa. Ei ole käytössä Suomessa masennuksen hoitoon, ei riittävästi tutkittu. (Leppämäki 2012.)

1 JOHDANTO

Suomessa aikuisväestöstä noin 700 000 käyttää vuosittain psyykelääkeitä ainakin lyhyen aikaa, ja noin joka kymmenes aikuisväestöstä käyttää niitä säännöllisesti. Psyykeläkkeillä voidaan lievittää psykiatristen sairauksien oireita sekä lyhentää sairaalajaksoja. Kaikilla lääkkeillä saattaa kuitenkin toivotun vaikutuksensa lisäksi olla eriasteisia sivu- ja haittavaikutuksia. Masennuslääkkeiden yleisimpiä haittavaikutuksia ovat väsymys, suolistohäiriöt, motorinen levottomuus sekä riippuvuuden syntyminen ja toleranssin kasvu. (Huttunen 2013a.)

Opinnäytetyön tarkoitus oli luotettavien tutkimuksien perusteella määritellä lääkkeettömien hoitomuotojen vaikutuksia masennusta sairastavilla potilailla. Opinnäytetyö toteutetaan systemaattisena kirjallisuuskatsauksena, jonka avulla voidaan esittää tutkimusten tuloksia tiiviissä muodossa sekä arvioida niiden johdonmukaisuutta. Opinnäytetyöhön valittiin 11 hoitotieteellistä tai lääketieteellistä tutkimusta, joista osa on toteutettu kliinisinä tutkimuksina ja osa kirjallisuuskatsauksina.

Lääkkeettömiä hoitumuuotoja on saatavilla runsaasti. Jo pelkät psykoterapiamuodot voidaan jakaa viiteen pääryhmään, joista masentunut voi valita erilaisia muotoja. (Depressio: Käypä hoito-suositus, 2014.) Masennuksen hoidossa voidaan käyttää apuna myös esimerkiksi eläimiä. Osallistamalla maatilalla eläinten hoitoon masentuneet saavat arkirutiineja ja kokevat siten itsensä tarpeellisiksi. (Green Care 2014.) Myös pelkillä elämäntapamuutoksilla voidaan ehkäistä masennuksen puhkeamista. Terveelliset elämäntavat, kuten hyvä ravitsemus vaikuttavat positiivisesti mielialaan. (Seppälä ym. 2014.)

Psyykelääkkeet saattavat olla pitkään käytettyinä erityisen haitallisia, joten lääkkeettömät hoitomuodot ovat tästä syystä suositeltavia. Haittavaikutukset ovat tavallisesti hankalimmillaan hoitoa aloitettaessa, mutta lievittyvät tai katoavat kokonaan ajan myötä. Hengenvaaralliset haittavaikutukset ovat äärimmäisen harvinaisia. Lääkäreillä on velvollisuus raportoida havaitsemistaan tai epäilemistään lääkehaitoista viranomaisille ja lääkeyrityksille. (Paakkari 2013.) Psyykeläkkeistä saattaa ajan myötä kehittyä oireyhtymä CBI, joka aiheuttaa ainakin

osittain pysyviä vaurioita aivoihin. Samankaltainen vaurio voi syntyä trauman tai sähköhoidon seurauksena. Aivovamman saaneiden henkilöiden kognitiiviset taidot heikkenevät ja täten he saattavat vaikuttaa dementiaan sairastuneilta. Kognitiiviset taidot voidaan kuitenkin vielä saada takaisin lääkkeiden lopettamisen jälkeen, vaikkakin siihen voi mennä vuosia. Potilaille voidaan tällöin tarjota lääkkeiden tilalle lääkkeetöntä hoitomuotoa. Potilaan ollessa hoitoon motivoitunut lääkkeettömät hoitomuodot voivat olla yhtä tehokkaita kuin lääkehoitokin. (Breggin 2011.) Pelkällä lääkehoidolla ei kyetä korjaamaan psyykkisiä oireita ylläpitäviä traumaattisia muistoja tai ristiriitoja. Usein esimerkiksi psykoterapia on lääkehoitoa parempi hoitokeino. Hyvän lääkehoidon tulee tukea hyvää psykoterapiaa ja päinvastoin. (Huttunen 2008a, 5–7.)

Työhön valitut tutkimukset käsittelevät masennuksen lääkkeetöntä hoitoa. Ne valittiin tietokannoista löydetyistä tieteellisistä julkaisuista, jotka todettiin lähdekritiikkiä käyttäen luotettaviksi. Tutkimusten aiheita olivat terapiat, elämäntapamuutokset sekä neurostimulaatiohoidot. Tuloksia analysoitiin sen perusteella missä masennuksen vaiheessa hoitomuodoilla on paras hoitovaste.

2 KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELY

Tässä kappaleessa käydään läpi opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä. Käsitteiksi valittiin yleisiä aihetta selittäviä termejä: masennus, masennuspotilas, lääkkeytön hoito sekä interventio. Valitut käsitteet koettiin tärkeäksi selvittää aiheen ymmärtämisen kannalta.

2.1 Masennus

Masennuksessa eli depressiossa keskeinen oire on akea mieliala, selvästi vähentynyt mielenkiinto tai mielihyvä. Masennustila jatkuu päivittäisenä vähintään kahden viikon ajan. Sairauden diagnosoiminen edellyttää myös useita samanaikaisia oireita. Pelkkä alentunut mieliala ei tarkoita masennustilaa. (Huttunen 2013b.) Masennus todetaan lääkärin tekemän perusteellisen haastattelun pohjalta. Diagnoosin tehtyään lääkäri arvioi, vaativatko masennuksen oireet ja kesto hoitoa. (Depressio: Käypä hoito –suositus, 2014.) Muut oireet voivat olla esimerkiksi painon suuri nousu tai lasku, unettomuus tai uneliaisuus, lähes jatkuva väsymys tai voimattomuus sekä vaikeudet keskittyä, ajatella tai tehdä päätöksiä. Myös kuolemaan liittyvät mielikuvat tai itsemurha-ajatukset ovat yleisiä. Ahdistuneisuus ja lisääntynyt alkoholin käyttö liittyvät myös usein masennusoireisiin. (Huttunen 2013b.)

Masennustilat voidaan erotella oirekuvan vakavuuden mukaan lieviksi, keskivaikeiksi, vaikeiksi tai psykoottisiksi. Lievän depression oireet ovat vielä vähäisiä ja ne haittaavat vain jonkin verran ammatillista toimintaa tai ihmissuhteita. Vaikeassa masennustilassa oireet haittaavat toimintakykyä ja ihmissuhteita merkittävästi. Harhaluulot eli deluusiot tai kuuloharhat depressiivisistä aiheista ilmenevät psykoottisissa masennustiloissa. Noin 10–15 % aikuisväestöstä kärsii lievästä masennustiloista, 5 % vakavista masennustiloista ja vajaa 1 % psykoottisista masennustiloista. (Huttunen 2013b.)

Masennustilat ovat useimmiten toistuvia. Vakavan masennuksen sairastaneella henkilöllä on 50 % todennäköisyys sairastua uuteen masennusjaksoon. Uusi-

tumisriski voidaan minimoida asianmukaisella hoidolla. Toistuvat masennustilat aiheuttavat kärsimystä paitsi potilaalle, myös hänen läheisilleen. Itsemurhariski on masentuneilla selvästi kohonnut. Noin 5 % masennuspotilaista päätyy lopulta itsemurhaan, ja vakavaa masennusta sairastavilla riski voi olla jopa 15–20 %. (Huttunen 2013b.)

Masennusalttiutta lisäävät perinnölliset tekijät, synnynnäinen temperamentti sekä itsetunnon hauraus taikka sisäiset negatiiviset ajattelumallit. Laukaiseva tekijä masennustilaan on usein ajankohtainen elämäntapahtuma, esimerkiksi pettymys tai menetys. Masennustilan taustalla on monesti pitkään tukahdutettu suru tai traumaattinen kokemus elämässä. (Huttunen 2013b.)

Selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät eli SSRI-lääkkeet ovat tavallisimmin käytettyjä masennuslääkkeitä. Myös muita masennuslääkkeitä on viime vuosina kehitelty. Lääkkeet ovat teholtaan, haittavaikutuksiltaan ja rakenteeltaan erilaisia. Lääkkeiden haittavaikutukset ja teho vaihtelevat myös yksilöllisesti potilaasta riippuen. (Huttunen 2008b.)

Aivojen välittäjäaineiden häiriöiden on todettu aiheuttavan tai altistavan masennukselle. Tämä on päätelty lääketutkimusten avulla, josta selvisi, että monoamiinien eli serotoniinin, noradrenaliinin sekä dopamiinin toiminta on masennuspotilailla häiriintynyt. Yksinkertaistettuna masennusta pidetään biologisesti näiden välittäjäaineiden neurokemiallisena häiriönä. Biologiset mekanismit masennuksen taustalla altistavat lisäksi somaattisille sairauksille. (Karlsson 2012.) Masennus ilmenee eri muodoissa eri kulttuureissa. Voidaan sanoa, että Suomessa masennusta pidetään kansantautina. Jatkuva paine selvitä eri elämänsien asettamista odotuksista on korkealla ja epäonnistuminen saattaa johtaa masennukseen. (Kähkönen 2009.)

2.2 Masennuspotilas

Eräs masennuksen suuri riskitekijä on sukupuoli. Masennusta esiintyy naisilla selvästi useammin kuin miehillä. Eroa on yritetty selittää biologisten, sosiaalisten, psykologisten ja kulttuuristen tekijöiden yhteisvaikutuksella. Masentuneen

ensimmäisen asteen sukulaisilla on kolminkertainen riski sairastua vakavaan masennustilaan normaaliin väestöön verrattuna. Myös ikä vaikuttaa masennuksen puhkeamiseen. Korkein riski sairastua vaikeaan masennukseen on myöhäinen keski-ikä. Vanhuksilla puolestaan esiintyy kroonista masennusta muita ikäryhmiä enemmän, joka osin selittyy kognitiivisten kykyjen heikentymisellä iän myötä. Suuret negatiivis-painotteiset elämänmuutokset, kuten erot ja menetykset, ovat masennuksen riskitekijöitä. (Lönqvist 2009.)

Masennuksen diagnosointi perustuu sekä itsearviointiin että asiantuntijan tekemään arvioon. Masennusta seulotaan nykyään sen yleisyyden sekä riittämättömän tunnistamisen vuoksi. Seulontatutkimusten avulla tunnistetaan selvästi masentuneet henkilöt, joita sen jälkeen voidaan tutkia tarkemmin ja tarvittaessa hoitaa. Seulonnoissa käytetään erilaisia mittareita. Mittareilla seurataan masennusta myös hoidon aikana, sillä ne ovat herkkiä tunnistamaan ja mittaamaan muutoksia. Mittareita ei kuitenkaan ole kehitetty masennuksen diagnosoimiseksi vaan kuvaamaan ensisijaisesti oireita, taudin syvyyttä ja sairauden kulussa tapahtuvia muutoksia. (Lönqvist 2009.)

Erilaisten väestöryhmien seulontaan parhaiten soveltuva ja tunnetuin itsearviointimittari on Beck Depression Inventory eli BDI. Se mittaa selvimmin kognitiivisia puolia masennuksesta. Suomessa on KELA:n toimesta kehitelty BDI:n pohjalta vastaava mittari, perusterveydenhuollossakin käytettävä DEPS-mittari. Lääkäreiden käytössä on myös Hamilton Depression Rating Scale eli HDRS. Se mittaa masennusoireiden lisäksi ahdistusoireita sekä masennukseen liittyviä somaattisia oireita. (Lönqvist 2009.)

Masennuspotilaita hoidetaan pääasiassa perusterveydenhuollossa. Vastaanotolle potilaat hakeutuvat usein somaattisten oireiden takia. Lyhytkestoisten vastaanottoaikojen takia masennuksen tunnistaminen on vaikeaa, varsinkin jos potilas on itse sairaudentunnoton. Lievä masennustila on hankalampi tunnistaa kuin vaikea. Masennuksen tunnistaminen tehostuu, jos hoitokontakti on jatkuva eli hoitokerrat toistuvat samalla lääkäriellä tai hoitajalla. Vastaanottoajan tulisi olla riittävän pitkä eli yli 15 minuuttia. Ensimmäisellä käynnillä perusterveydenhuol-

lon lääkäreiden on arvioitu tunnistavan vain 25–40 % kliiniseen masennukseen sairastuneista. (Lönnqvist 2009.)

Potilaan tulisi osallistua hoitosuunnitelmansa tekoon yhdessä lääkärin ja hoitajan kanssa (Terveystieteiden tutkimuskeskuslaki 1326/2010 24 § 3 mom.). Hoidon keskeisiä osa-alueita ovat potilaan elämäntilanteen selvittäminen, hoitovaihtoehtoihin tutustuminen, psykososiaalinen tuki ja jatkuva voinnin muutosten seuranta. Potilaalle kerrotaan keinoista, joilla hän voi arkipäiväisessä elämässään itse vaikuttaa mielialaansa. Potilaan hoitokontakteiksi perusterveydenhuollossa muodostuvat usein terveyskeskuslääkäri, depressiohoitaja sekä konsultoiva psykiatri. Depressiohoitajan päätehtävänä on auttaa potilasta sitoutumaan hoitoon. (Depressio: Käypä hoito –suositus, 2014.)

Masennuspotilaan hoito alkaa ihmisen kokemusten ja huolien kuuntelemisella. Hoitajan tulee välittää luottamusta ja turvallisuutta, sillä hoitosuhteessa korostuu dialoginen vuorovaikutus. Potilaan auttamisessa on tärkeää keskustella voimaa antavista ajatuksista ja asioista, vaikka tunteet ja ajatukset pääosin olisivatkin negatiivis-sävytteisiä. Hoitajan tulee muistuttaa potilasta riittävästä levosta ja stressaavien tilanteiden ennaltaehkäisystä, koska mahdollisten uniongelmien korjaantuminen saattaa jo palauttaa kadotetut voimavarat. (Noppari ym. 2007, 202–203.)

Erikoissairaanhoidon tulee masennuspotilaan kohdalla kyseeseen, mikäli potilaalla on vaikea tai psykoottinen masennus, sairaus on lääkille resistentti, potilas on monihäiriöinen tai itsetuhoisen tai potilaan toimintakyky ei ole psykiatrian erikoislääkärin konsultaatiotuesta huolimatta palautunut perustasolle (Depressio: Käypä hoito –suositus, 2014.) Potilas voidaan määrätä tahdonvastaiseen psykiatriseen sairaalahoitoon, jos hän on psykoottinen, hoitoon toimittamatta jättäminen olisi vaaraksi hänen tai muiden terveydelle tai turvallisuudelle, tai kun mikään muu käytettävissä oleva mielenterveyspalvelu ei ole hoidollisesti riittävä. Sairaalahoitoon lähettäminen tahdonvastaisesti tapahtuu neliportaisesti: tarkkailuun toimittaminen, tarkkailuun ottaminen, tarkkailulausunnon kirjaaminen sekä lopullinen päätös tahdonvastaisesta hoidosta psykiatrisessa hoitolaitoksessa. (Huttunen 2013c.)

Potilas lähetetään tarkkailuun M1-lausunnolla, jossa tutkiva lääkäri katsoo lain määräämien edellytysten täyttyvän. Potilaan voi ottaa M1-lähetteellä korkeintaan neljäksi päiväksi hoitoon, ja viimeistään viimeisenä päivänä lääkärin on annettava kirjallinen M2-lausunto. Lausunnossa lääkärin tulee ottaa kantaa tahdonvastaisen hoidon edellytysten täyttymiseen. Päätöksen tahdonvastaisesta hoidosta tekee psykiatrisesta hoidosta vastaava ylilääkäri, joka täyttää M3-kaavakkeen. Tahdonvastaista hoitoa voidaan jatkaa kerrallaan enintään kolme kuukautta. Alle 18-vuotias potilas voidaan määrätä samoin kriteerein tahdonvastaiseen hoitoon. Tämän lisäksi hänet voidaan määrätä hoitoon sairaalahoittoa vaativan sairauden vuoksi, vaikka hänen mielenterveyshäiriönsä ei olisi psykoottinen. Tällainen tilanne voi olla kyseessä esimerkiksi vakava-asteisissa laihuushäiriöissä. (Huttunen 2013c; Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116 2 § 8.)

2.3 Lääkkeetön hoito

Erilaisten psykiatristen sekä somaattisten sairauksien hoidossa käytetään nykypäivänä lääkehoidon ohella myös lääkkeettömiä hoitomuotoja. Lääkkeetön hoitomuoto voi olla esimerkiksi mielialaa ja luovuutta lisäävät kuvataiteet tai vaikka fyysistä toimintakykyä sekä motoriikkaa lisäävää tanssia. (Käytösoireisen muistipotilaan lääkkeetön hoito: Käypä hoito –suositus, 2010.) Liikunnalla on myös positiivisia vaikutuksia mielialaan. Vireyden ylläpitämiseksi lääkäri voi suositella harkinnan mukaan kirkasvalohoitoa, jolla on todettu olevan ainakin jonkin verran vaikutusta vuodenaikamasennuksien ehkäisyyn ja hoitoon. (Lönngqvist 2009.) Lääkkeellisiin hoitomuotoihin verrattuna lääkkeettömät hoitomuodot ovat kalliita. Esimerkiksi terapian kustannukset lääkkeiden hintoihin verrattuna voivat nousta moninkertaisiksi. (Sommar 2011.)

2.4 Interventio

Interventiolla eli väliintulolla tarkoitetaan puuttumista vallitsevaan tilanteeseen. Sitä käytetään eri aloilla eri merkityksissä ja sen tulkinta on usein asiayhteydestä riippuvainen. Hoitotyössä interventio tarkoittaa toimenpidettä, jolla pyritään vaikuttamaan yhden tai useamman henkilön terveydentilaan tai terveyskäyttä-

tymiseen. (Duodecim 2014c.) Mini-interventio on terveydenhuollossa tapahtuva potilaan alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen sekä tilanteeseen puuttuminen. Mini-interventiossa tapahtuva neuvonta on tutkimusten mukaan tehokas tapa ehkäistä alkoholi-riippuvuutta. (Työterveyslaitos 2012.)

3 LÄÄKKEETTÖMÄT HOITOMUODOT

Tässä luvussa käydään läpi aikaisempaa tutkittua tietoa masennuksen hoidosta lääkkeettömin hoitomuodoin. Useimmat masennuksen hoitoon käytetyistä lääkkeettömistä hoitomuodoista on johdettu perinteisestä psykoterapiasta. Kappa-leessa kuvattuja lääkkeettömiä hoitomuotoja voidaan käyttää myös muiden psykiatristen tai somaattisten sairauksien hoidossa.

3.1 Akupunktio

Akupunktio on vanha kiinalainen hoitomuoto, jossa potilaan tarkoin määriteltyihin pisteisiin pistellään neuloja. Akupunktuuripisteet määräytyvät kiinalaisen perinteen mukaan kehon elimiä kuvaavien mediaanien mukaan. Mediaanit muodostavat pitkiä linjoja ihmisen kehossa päästä varpaisiin saakka. Mediaanit on nimetty sen sisäelimen mukaan, josta se saa alkunsa. Päämääränä neulojen pistelyssä on elimistön tasapaino ja sairauksien hoito. Akupunktiota annetaan yleensä sarjoina tietyin aikaväleihin. Hoidon aikana potilas tuntee usein lisääntyntä raukeutta, ja unen laatu saattaa parantua. Akupunktioon käytetyt neulat valmistettiin alun perin luista ja kivistä. Nykyään neulat ovat usein kertakäyttöisiä teräsneuloja. (Saarelma 2014.)

Akupunktion tehosta sairauksien hoidossa on ristiriitaista tutkimustietoa. Vaihtoehtohoitoja kannattavien tutkijoiden mielestä Suomen Lääkärilehti on kieltänyt vuosikymmeniä akupunktuurin hyödyt, eikä lehti juuri ole julkaissut akupunktioon liittyviä artikkeleita. (Räsänen 2009, 1–3.) Osmo Saarelma kirjoittaakin Duodecimin artikkelissaan kriittisesti akupunktuurin hyödyistä ja toteaa, että akupunktion aloitus vaatii perusteellisen tutkimuksen mahdollisten muiden hoitomuotojen käytöstä (Saarelma 2014).

Erikoislääkäri Pauli Räsänen on koontanut akupunktiota käsittelevään kirjaansa erilaisia hoitokertomuksia akupunkturisti uransa varrelta. Hänen mukaansa nuorelle henkilölle ei tulisi aloittaa psyyken lääkitystä, ellei hänelle ole ensin kokeiltu akupunktiota. Hänen mukaansa akupunktiolla voidaan myös vähentää psyykelääkkeiden haittavaikutuksia. Kirjassaan hän kertoo potilastapauksesta, jossa

kolme kuukautta syvää masennusta potanut nainen tuli hänen vastaanotolleen. Yhden hoitokerran jälkeen nainen oli kertonut nauraneensa ääneen koko päivän ajan ja kokenut suurien patoumien purkautuneen tätä kautta. (Räsänen 2009, 45–46.)

3.2 Eläinavusteinen terapia

Suomessakin toimivan Green Care -yhdistyksen toiminnan perusteena on käyttää luontoa ihmisen mielen ja kehon hyvinvoinnin lähteenä. Toiminnassa käytetään erilaisia luontolähtöisiä menetelmiä erilaisissa ympäristöissä kuten metsässä tai maatilalla. Toiminnot suunnitellaan aina asiakkaan tarpeita vastaaviksi. (Green Care 2014.)

Eläinavusteisuutta on mahdollista käyttää terapian sekä fyysisen, sosiaalisen ja psyykkisen kuntoutuksen tukena. Eläinten avulla tapahtuvan työskentelyn tavoitteena on antaa asiakkaalle mahdollisuus saada kiinni omista tunteistaan ja ajatuksistaan. Tunnetuin eläinavusteisen terapian muoto Suomessa on ratsastusterapia. (Green Care 2014.) Asiakkaan motorisia, toiminnallisia ja psyykkisiä taitoja voidaan kehittää hevosen kanssa tehtävien harjoitteiden avulla. Ratsastusterapiaa kokeilleet, masennusta sairastavat asiakkaat ovat kokeneet terapiamuodon lisänneen toimeliaisuutta sekä toimintakykyä. Asiakkaat ovat kokeneet löytäneensä myös rohkeutta tehdä elämässään isoja muutoksia, kuten irtottautua tuhoisista ihmissuhteista tai hakeutua opiskelemaan täysin uutta alaa. Hyvä hoitotulos on asiakkaan masennusoireiden lievittyminen sekä kyky kokea positiivisia asioita omassa arjessaan. (Mattila-Rautiainen 2011, 188–189.) Nykyään alle 65-vuotiaat voivat saada ratsastusterapiasta Kelan kuntoutusrahaa, mikäli terapiamuoto toimii fysioterapian tai toimintaterapian tukena. Maksajana voi myös toimia asiakas itse, kunta tai sairaanhoitopiiri. (Ratsastusterapia 2008.)

Eläinavusteisessa toiminnassa voidaan käyttää hevosen lisäksi monia muita koti- ja lemmikkieläimiä. Hoitolaitoksiin tehdään vierailuja esimerkiksi kissojen ja koirien kanssa. Maatilan eläinten, kuten lehmien ja lampaiden, kanssa työskentelyyn ja toteutettavaan eläinavusteiseen terapiaan kohdistuva kiinnostus on

kasvamassa. Eläinten parissa työskentely tarjoaa mielekästä tekemistä sekä mahdollisuuden harjoittaa monia taitoja. (Green Care 2014.)

Turun kaupunki osti ympärivuorokautisen hoidon piiriinsä kuuluviin palveluihin viikoittaisia koiravierailuja Hali-koira-yritykseltä. Tärkeimpänä tehtävänä koiravierailuilla on viedä laitosympäristöön lisää elämäniloa. Koirien avulla on järjestetty ikäihmisille muun muassa kävelykouluja, joiden avulla vanhukset on saatu liikkeelle ja lenkkejä on hiljalleen pidennetty. (Green Care 2014.)

3.3 Fyysinen aktiivisuus

Elämäntapamuutoksilla voidaan edistää masennuksen hoitoa. Liikunnan vaikutuksista on ristiriitaista tutkimustietoa, mutta joissain tutkimuksissa niillä on todettu olevan vähintään yhtä suuri merkitys kuin lääkehoidolla. Tutkimusten mukaan liikunnan vähäisyys on yhteydessä masennukseen. Liikuntaharrastuksen puuttuminen voi jopa ennakoida masennusta myöhemmällä iällä. Erikoislääkäri Leppämäki referoi artikkelissaan Blumenthallin ym. (1999) tutkimusta, jossa liikunta todettiin tehokkaammaksi kuin masennuslääkitys. Tarpeeksi suuri liikunnanmäärä oli yksinään tehokkaampaa kuin liikunta ja lääkitys yhdessä. Myös seurantaryhmässä uudelleen sairastuneita oli vähemmän niiden joukossa, jotka olivat jatkaneet liikuntaa tutkimuksen jälkeen. (Blumenthall 1999, Leppämäen 2007 mukaan.) Liikuntaa tulisi harrastaa vähintään puoli tuntia kolmesti viikossa, jotta sillä olisi merkittävä vaikutus. Lajilla ei hänen mukaansa ole väliä, kunhan potilas itse nauttii liikunnasta. (Leppämäki 2007.) Liikunta parantaa myös unen laatua ja sen aikana masentuneen potilaan negatiivinen ajatuskierre saadaan katkaistua ja keskitettyä suoritukseen (Gerber ym. 2010).

3.4 Neurostimulaatiohoidot

Neurostimulaatiohoidoissa vaikutetaan keskushermoston toimintaan sähkömagneettisen stimuluksen avulla. Mielenterveyden häiriöiden hoidoissa hoitomuotoa on alettu käyttämään vasta viime vuosikymmeninä. Vanhin neurostimulaatiohoidoista on sähköhoito. Sähköhoidon rinnalle on kehittynyt uusia hoito-

muotoja, kuten translateraalinen magneettistimulaatiohoito eli rTMS ja vagushermostimulaatio. (Leppämäki 2012.)

Magneettistimulaatiohoidon on todettu olevan jopa lääkkeitä tehokkaampi lievän ja keskivaikean masennuksen oireiden lievittämiseen. TMS kehitettiin noin 25 vuotta sitten, ja jo muutaman vuoden kuluttua sitä kokeiltiin depression hoitona. Masennuksen hoitoon käytetään nykyisin toistettavaa transkraniaalista magneettistimulaatiota joko korkeataajuuksisena eli stimuloivana tai matalataajuuksisena eli inhiboivana. Masennuksen hoidossa hoito kestää useita viikkoja. Hoitoja voidaan antaa viitenä päivänä viikossa noin 20–40 minuuttia kerrallaan. Hoitoa voi antaa joko lääkäri tai hoitaja. Haittavaikutuksia hoidolla on raportoitu olevan vähän. Yleisin haittavaikutus on päänahan paikallinen, ohimenevä kipu. (Leppämäki 2012.)

Vagushermostimulaatiota eli VNS-hoitoa käytetään pääsääntöisesti epilepsian mutta myös masennuksen hoidossa. Vagushermostimulaatiolaitte implantoidaan ihon alle kaulan alaosaan, ja laitteen johto viedään vasemman kiertäjäherron ympärille. Yhdysvalloissa hoitoa on käytetty lääkeresistentin masennuksen hoitoon jo vuodesta 2005. VNS-hoidolla on kuitenkin melko pieni vaste masennukseen. Noin 15 % potilaista koki hoidosta olevan hyötyä. Suomessa hoitoa ei vielä käytetä masennuksen hoitoon sen heikon tehon vuoksi. (Leppämäki 2012.) Suomeen ensimmäinen ”sähkösoikkikoje” saatiin 1941, jolloin hoitomuotoa käytettiin pääasiassa skitsofrenian hoitoon. 50-luvulle tultaessa sähköhoidon käyttöalue laajeni käsittämään jo lähes kaikki mahdolliset psykiatriset sairaudet. Vanhemmat hoitomuodot, kuten insuliinikoomaterapia, syrjäytyivät pian sähköhoidon nopean tehon vuoksi. (Leppämäki 2012.)

Aivojen sähköhoito eli ECT (electroconvulsive therapy) on tehokas hoitomuoto vaikea-asteisissa ja psykoottisissa depressioissa. Todellisen ECT:n on useissa kliinisissä kokeissa todettu olevan simuloitua lume-ECT:tä tehokkaampi. Ohimeneviä kognitiivisia häiriöitä on todettu sähköhoidosta aiheutuvan, joskin pysyvistä psyykkisistä tai neurologisista haittavaikutuksista ei ole viitteitä. (Aivojen sähköhoito ja vaikea psykoottinen depressio: Käypä hoito –suositus, 2009.)

Useimmiten haittavaikutuksia raportoidaan lyhyt- ja pitkäkestoisessa muistissa, tilannenopeudessa sekä sanojen tuottamisessa (Weeks ym. 2013).

Ehdottomia vasta-aiheita ECT:hen osallistumisella on kohonnut kallonsisäinen paine ja kolmen kuukauden aikana tapahtunut sydän- tai aivoinfarkti. Potilaan kieltäytyminen hoidosta on luonnollisesti vasta-aihe hoidolle, ellei kyse ole psykoottisesta potilaasta tai henkeä uhkaavasta tilasta. Hoidon kestoa tulee arvioida myös anestesiakelpoisuuden kannalta. (Leppämäki 2012.)

ECT toteutetaan yleisanestesiassa. Toimenpiteen lyhyen keston vuoksi hapeuksen ylläpitämiseen riittää maskiventilaatio. Potilaan pään iholle asetetaan kaksi elektrodiä, joiden kautta sähköstimulaatio kulkee. Sähkön on tarkoitus purkautua aivokuorella, joka saa aikaan toonis-kloonisen lihaskouristuksen. Kouristus on kestoaltaan 15–60 sekuntia. Vasteen nopeuteen voidaan vaikuttaa vaihtamalla elektrodien paikkaa. Hoitosarjat kestävät tavallisesti 8–12 kertaa. Kaikki hoitosuunnitelmat laaditaan kuitenkin yksilöllisesti. Sähköhoitoa voidaan antaa myös ylläpitohoitona, jolloin potilas tulee saamaan hoitoa 2–7 viikon välein tai kerran kuukaudessa. Ylläpitosähköhoidon positiivisten tulosten seurauksena on mahdollisuus jättää lääkitys kokonaan pois. (Leppämäki 2012.)

3.5 Ravitsemus

Matala B12-vitamiini ja folaattipitoisuus ovat yhteydessä kasvaneeseen masennuksen riskiin. Rasvahappojen laadulla ja saantimäärillä on myös merkitystä, joskin tutkimusta tarvitaan vielä lisää. Myös D-vitamiinin vaikutuksia on tutkittu, mutta niille ei ole löydetty riittävää näyttöä. (Seppälä ym. 2014.)

B-vitamiinien ryhmään kuuluvat B12-vitamiini ja folaatti ovat välttämättömiä serotoniinin ja muiden välittäjäaineiden synnyssä. Etenkin serotoniinin pitoisuus on masennuksessa vähentynyt ja masennuslääkkeillä pyritäänkin yleensä vaikuttamaan serotoniinin takaisinottoon. Folaatin liian vähäinen saanti voi johtaa homokysteiniini-aminohapon liialliseen nousuun. (Seppälä ym. 2014.) Homokysteiniinin vaikutukset tarvitsevat vielä lisää tutkimusta, mutta sen on osoitettu ole-

van yhteydessä masennukseen ja muistisairauksiin. Folaattia saadaan esimerkiksi hedelmistä, marjoista sekä ruisleivästä. (Aro 2013.)

Ravinnosta saatavat välttämättömät rasvahapot ovat alfa-linoleenihappo, joka kuuluu lyhytketjuisiin omega-3-rasvahappoihin, sekä omega-6-rasvahappoihin kuuluva linolihappo. Nämä muodostavat elimistössä pitkäketjuisia omegarasvahappoja, jotka ovat tärkeitä aineenvaihdunnalle. Suurilla omega-3-rasvahappopitoisuuksilla saattaa solutasolla olla vaikutusta dopamiinin ja serotoniinin neurotransmissiossa eli välittäjäaineen vaikutukseen kohdesolussa. Omega-rasvahapot saattavat näin ollen vaikuttaa masennukseen sairastumiseen ja siitä paranemiseen. (Seppälä ym. 2014.) Kalaöljy sisältää runsaasti omega-rasvahappoja. Tutkimuksissa onkin todettu masentuneiden määrän olevan pienempi niissä maissa, joissa kalaa syödään enemmän. Etenkin naisiin tällä näyttäisi olevan suurempi vaikutus. (Tolmunen ym. 2006.)

Masennuksen ja ruokavalion välisen yhteyden tutkimuksessa tulee ottaa huomioon, että on vaikea arvioida johtuuko masennus huonosta ravitsemuksesta vai toisinpäin. Vaikka näyttöä ravintoaineiden yhteydestä depression on runsaasti, aiheuttaa masennus myös ruokahalun puutetta ja tätä kautta heikkoa ravitsemusta. Tutkimusten perusteella voidaan kuitenkin todeta, että yleisesti terveellisesti luokitellulla ruokavaliolla on positiivisia vaikutuksia myös mielen-terveyteen. (Seppälä ym. 2014.)

3.6 Terapiat

Psykoterapioiden tarkoituksena on saada potilas toipumaan ja hänen toimintakykynsä kohenemaan vaikuttamalla ajattelumalleihin, minäkäsitykseen sekä toimintatapoihin. Ne perustuvat teoreettisiin malleihin ja tutkittuun tietoon mielen-terveyden ongelmista sekä kehityksestä. Psykoterapia soveltaa näistä johdettuja kliinisiä käytänteitä. Suomessa yleisimmin käytetyt psykoterapiat ovat kognitiiviset, käyttäytymisterapeuttiset, psykodynaamiset, interpersoonalliset sekä ratkaisukeskeiset terapiat. Yleisin psykoterapiamuoto on potilaan ja terapeutin vuorovaikutukseen perustuva yksilöterapia. Lähes kaikkia suuntauksia

voidaan kuitenkin soveltaa esimerkiksi pari- tai ryhmäterapiaan tai käyttää osana taideterapian muotoja. (Depressio: Käypä hoito –suositus, 2014.)

Potilaan tarvetta psykoterapialle arvioi yleensä psykiatrian erikoislääkäri. Päättöksessä on otettava huomioon potilaan hoitoedellytykset, tarjolla olevat terapiat ja näiden soveltuvuus potilaalle lääkärin ja potilaan itsensä mielestä. Potilaan ja terapeutin yhteistyön sujuvuudella on suuri merkitys terapian onnistumisen kannalta. Terapiaa voidaan antaa lyhytkestoisena, jolloin käyntikertoja on vain muutama, tai pitkäkestoisena, jolloin terapia voi kestää vuosia. Lyhytkestoisella yksilö- ja ryhmäterapialla on todettu pitkällä aikavälillä olevan yhtä hyvät tulokset. Ryhmäterapiassa potilas saa terapiasuhteen lisäksi myös vertaistukea. Ryhmäterapiassa potilaat ovat usein samanlaisessa elämäntilanteessa, jolloin yhteiset keskustelut tuovat potilaalle uusia näkökulmia. Terapiassa on otettava kuitenkin huomioon yksilöllinen seuranta. (Depressio: Käypä hoito –suositus, 2014.)

Pari- ja perheterapiassa voidaan tukea niin masentunutta kuin hänen perheenjäseniäänkin. Näissä terapiamuodoissa voidaan myös ratkoa parisuhteen tai perheen sisäisiä ongelmia. Ne ovat kuitenkin harvoin riittäviä masennuksen hoitoon ainoana hoitomuotona. Myös psykoedukaatiosta, jossa potilaalle tarjotaan tietoa hänen sairaudestaan ja sen hoidosta, on todettu olevan hyötyä masennuksen hoidossa. (Depressio: Käypä hoito –suositus, 2014.)

Luovia terapiamuotoja ovat musiikki- ja taideterapiat. Niissä yhdistetään terapiaa ja vuorovaikutusta terapeutin kanssa potilaalle helpon ilmaisutavan kautta. (Depressio: Käypä hoito –suositus, 2014.) Taideterapiassa potilas voi maalata esimerkiksi kuvia tunteistaan tai kirjoittaa elämäkokemuksistaan. Terapiassa tutkitaan sekä itseilmaisun prosessia että sen aiheuttamia tunteita, muistoja ja ajatuksia. Potilas saa itse tulkita tuotostaan, ja sen avulla hän saattaa tunnistaa tiedostamattomia puolia itsestään. (Suomen taideterapiayhdistys 2014.) Musiikkiterapiassa potilas saa tuottaa mieleistään musiikkia, jonka avulla aivoissa vapautuu dopamiinia, ja näin luodaan suhde terapeuttiin. Terapiassa sekä potilas että terapeutti vuorovaikutuksen yhteydessä soittavat instrumentteja, ja ensimmäisillä hoitokerroilla pääosa vuorovaikutuksesta voikin muodostua soitosta. (Erkkilä & Lehtonen 1999, 273–275.)

Mindfulness eli suomennettuna tietoinen tai hyväksyvä läsnäolo on uudenlainen interventio, josta on koettu olevan apua niin psyykkisiin kuin fyysisiin vaivoihin. Se auttaa esimerkiksi ennaltaehkäisemään ahdistusta, parantamaan keskittymiskykyä ja tunteiden käsittelyä sekä helpottamaan kroonisten kipujen hallintaa ja stressihormonien laskemista. (Mälkiäinen 2012.)

Käytännössä tarkoitus on suunnata tarkkaavaisuus yhteen asiaan ja sen pohjalta havainnoida ja kuvailla omia kokemuksiaan. Kokemukset voivat olla ruumiintuntemuksia, tunteita tai ajatuksia. Hyväksyvä avoimuus ja uteliaisuus omille kokemuksille voidaan luonnehtia tietoiseksi läsnäoloksi. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä 2008.)

Mindfulness opettaa stressin ja ahdistavien tilanteiden hallintaa, jonka avulla opitaan arvostamaan omaa itseä ja nauttimaan hetkestä. Suhtautuminen elämiseen muuttuu, eikä arki ole jatkuvaa ponnistelua ja suorittamista. Mindfulnessin avulla opitaan näkemään haitalliset toimintatavat, joihin voidaan jatkossa vaikuttaa. (Mälkiäinen 2012.)

3.7 Lääkkeettömien hoitomuotojen käyttö

Lääkehoidon rinnalla on saatavalla runsaasti lääkkeettömiä hoitomuotoja, mutta niitä ei aina tarjota eikä niitä osata pyytää. Masennukseen sairastuneille tarjotaan ensisijaisesti usein lääkehoitoa, joka nähdään helppona ja halpana ratkaisuna. Lääkkeettömien hoitomuotojen kunto edesauttaa ennenkaikkia kuntoutumista, joka kuitenkin on jokaisen masennukseen sairastuneen päätavoite. (Sommar 2011.)

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) julkaisi vuonna 2009 selvityksen vaihtoehtoisten hoitomuotojen sääntelyn tarpeesta. Vaihtoehtoisiksi hoitumuodoiksi tässä selvityksessä määriteltiin kaikki peruslääketieteen hoitoihin kuulumattomat terapiat ja luontaishoidot. Etenkin mielenterveyden hoidossa STM ilmaisi huolensa potilasturvallisuuden toteutumisesta. STM:n työryhmä kaavailee lakiesitystä vaihtoehtohoitojen rajaamiseksi ja laadun takaamiseksi. (STM selvityksiä 2009.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA OHJAAVAT

KYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoitus oli luotettavien tutkimuksien perusteella määritellä lääkkeettömien hoitomuotojen vaikutuksia masennusta sairastavilla potilailla. Tutkimuskysymykset olivat:

1. Millaisia erilaisia lääkkeettömiä interventioita masennuksen hoidossa käytetään?
2. Onko lääkkeettömillä hoitomuodoilla vaikutusta masennuksen hoidossa?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tässä kappaleessa käsitellään opinnäytetyön toteutus prosessia. Aluksi käydään yleisesti läpi systemaattista kirjallisuuskatsausta. Sen jälkeen on avattu opinnäytetyöhön tehty tiedonhakuprosessi.

5.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena, jonka avulla voidaan esittää tutkimusten tuloksia tiiviissä muodossa sekä arvioida niiden johdonmukaisuutta. Sen avulla voidaan myös tuoda julki uusia tutkimustarpeita aikaisempien tutkimusten mahdollisten puutteiden takia. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa on tärkeää vastata tutkimuskysymykseen, arvioida valittujen tutkimusten laatua sekä referoida tutkimusten tuloksia objektiivisesti. Kirjallisuuskatsaus on sekundaaritutkimus, joka perustuu olemassa oleviin tarkasti valittuihin tutkimuksiin. Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan hahmottaa millaisia tutkimuksia aiheesta on tehty ja millaisia tuloksia aiheesta on jo saatu. (Salminen 2011, 9–10.) Opinnäytetyöhön valikoitui 11 tutkimusta, joista osa on toteutettu kliinisinä tutkimuksina ja osa kirjallisuuskatsauksina. Aineistoa analysoidaan opinnäytetyön tulos-osiossa sekä havainnollistetaan taulukoin. (Taulukot 1 & 2, liite 1.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen sisäänottokriteerit tulee asettaa johdonmukaisesti aiheen kannalta virheiden välttämiseksi. Hyväksyttävien ja poissuljettavien tutkimusten valinta tapahtuu kirjallisuuskatsauksessa perustuen siihen, kuinka hyvin tiedonhaussa löydetyt tutkimukset vastaavat asetettuja sisäänottokriteereitä. Tutkimuksia valitaan kolmivaiheisesti karsimalla otsikon, abstraktin ja lopulta kokotekstin perusteella. (Stolt & Routasalo 2007, 59.)

5.2 Tiedonhakuprosessi

Opinnäytetyön aihe oli aloitettaessa ”innovatiiviset interventiot hoitotyössä”. Tiedonhaku aloitettiin yksinkertaisilla termeillä liittyen aiheeseen, kuten innovative AND intervention AND nursing. Pian aihe rajattiin kuitenkin mielentervey-

teen. Tietoa haettiin edelleen innovatiivisilla interventioilla, kunnes aiheen mahdollisuudet alkoivat avautua. Opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa työ käsitteli laajasti mielenterveyttä. Hakutuloksia ja tietoa kertyi kuitenkin paljon, joten aihe haluttiin rajata selkeämmäksi, jotta erilaisten lääkkeettömien hoitomuotojen vaikutuksia voitaisiin paremmin vertailla. Hakutuloksia löytyi eniten masennuksesta, joten se valikoitui pääaiheeksi. Eriasteisista masennustiloista kärsii noin 20 % suomalaisista, ja se voi olla syntyä myös somaattisen sairauden seurauksena, joten aihe koettiin tärkeäksi myös muunkin kuin mielenterveyshoidon kannalta (Huttunen 2013b).

Tutkimustietoa haettaessa lääkkeetön hoito käännettiin aluksi kahdella eri tavalla: ”non-pharmacological” ja ”non-medical”. Näistä päädyttiin käyttämään termiä ”non-pharmacological”, joskin se jäi myöhemmässä vaiheessa hakujen tarkentuessa kokonaan pois. Lääkkeettömään hoitoon yhdistettiin myös termi ”treatment”, jotta tutkimukset rajautuvat käsittelemään potilaan hoitoa. Aluksi haussa käytettiin laajempaa termiä ”mental health”, joka tarkentui termeihin ”depression” ja ”masennus”. Lääkkeettömiksi hoitomuodoiksi hyväksyttiin erilaiset terapiamuodot, elämäntapamuutokset ja akupunktio. Lisäksi hyväksyttiin sähköhoito, vaikka se sisältääkin anestesia-lääkkeitä. Anestesia-lääkkeillä ei kuitenkaan hoideta masennusta, eivätkä ne ole verrannollisia perinteiseen masennuksen lääkehoitoon. Yleisinä kaikkia hakuja koskevin rajauksina ovat olleet 5 vuoden aikaraja, koko tekstin saatavuus sekä tutkimuksen liittyminen ihmisiin. Loppuvaiheen hauissa haluttiin löytää alkuperäistutkimuksia hakutulosten suuren kirjallisuuskatsausten määrän vuoksi, joten rajauksiin lisättiin ”clinical trial” eli kliiniset tutkimukset. Tutkimushaut tehtiin kahdessa osassa, ensimmäiset helmimaaliskuussa ja toiset elo-syyskuussa 2014.

Hakuja tehdessä käytettiin PubMed-, Medic- sekä Cinahl-tietokantoja. PubMed-tietokannasta löytyi eniten aihetta vastaavia tutkimuksia. Laajoilla hauilla löytyi paljon tutkimuksia, jotka eivät aivan vastanneet opinnäytetyöhön tehtyjä aihe-rajauksia. Esimerkiksi somaattisiin sairauksiin liittyvää masennusta käsitteleviä tutkimuksia löytyi tietokannoista runsaasti ja niiden käsittely olisi tehnyt opinnäytetyöstä liian laajan. Aihe haluttiin myös rajata käsittelemään masennusta

psykkisenä sairautena. Näistä tutkimuksista saatiin kuitenkin paljon ideoita, joita lähdettiin etsimään tarkemmilla hakusanoilla, kuten ”animal-assisted therapy AND depression”. Tutkimukset valittiin ensin otsikon perusteella, jonka jälkeen tarkasteltiin tutkimuksen abstraktia. Näiden kriteerien perusteella tutkimukset luettiin kokonaan ja aiherajauksiin sopivat tutkimukset valittiin opinnäytetyöhön. Joitakin tutkimuksia jouduttiin jättämään pois myös sen takia, että ne koskettivat enemmän esimerkiksi autismia kuin masennusta. Hakusanoja ja osumia on kuvattu tarkemmin seuraavalla sivulla taulukossa 1.

5.3 Sisältöanalyysi

Tiedonhaun jälkeen tutkimuksista suoritettiin sisältöanalyysi eli niiden sisältöä kuvataan sanallisesti. Sisältöanalyysissä pyrittiin kuvaamaan saatu tieto tiiviisti ja selkeästi sisältöä muuttamatta. Analyysi toteutettiin opinnäytetyötä ohjaavan kysymyksen sekä tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti. Aiemmat tiedot ja teorit eivät vaikuttaneet analyysin sisältöön, vaan kuvaa tutkimuksessa saatua aineistoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95, 123.)

Opinnäytetyöhön valikoitui 11 tutkimusta, joista suurin osa oli englannin kielisiä. Tietoa lähdettiin analysoimaan lukemalla ja suomentamalla tutkimukset. Luettaessa kiinnitettiin erityishuomiota siihen, oliko hoidolla vaikutusta masennuksen hoidossa ja missä vaiheessa hoitoa saatiin paras vaste. Tämän jälkeen tutkimukset jaettiin osioihin aiheensa mukaan, esimerkiksi eläinavusteista terapiaa käsittelevät tutkimukset käsiteltiin yhdessä. Tutkimusten pääkohdat pyrittiin kuvaamaan opinnäytetyössä tiiviisti ja kattavasti. Lopulta tuloksista koottiin taulukko, johon kerättiin tiedot hoitomuodon vaikuttavuudesta masennuksen eri vaiheissa.

Taulukko 1. Hakutaulukko

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Osumat	Otsikon perusteella valittu	Abstraktin perusteella valittu	Koko tekstin perusteella valittu
Cinahl	Animal-assisted therapy AND depression	Last 5 years , Linked full text References available, Abstract available	14	2	2	2
Cinahl	Depression AND physical activity	Last 5 years , Linked full text, References available, Abstract available. Major Heading: Physical activity, depression.	7	2	1	1
Cinahl	Electroconvulsive therapy AND depression	Last 5 years , Linked full text, Abstract available	13	4	2	2
Medic	Masennus AND sähköhoito	Viimeiset 5 vuotta , Koko teksti	4	1	1	0
Medic	Musiikkiterapia	Viimeiset 5 vuotta , Koko teksti	9	2	1	1
PubMed	Non-pharmacological AND mental health	Last 5 years , Free Full Text, Humans	28	5	3	1
Pubmed	Non-medical AND intervention AND mental health	Last 5 years , Free Full Text, Humans	3	0	0	0
Pubmed	Non-pharmacological AND depression	Last 5 years , Free Full Text, Humans	38	6	3	2
Pubmed	Depression AND ECT	Last 5 years , Free Full Text, Humans, Clinical Trial	8	3	2	1
Pubmed	Depression AND nutrition	Last 5 years , Free Full Text, Humans, Clinical Trial	60	4	1	1

6 TULOKSET

Opinnäytetyöhön valittujen 11 tutkimuksen tulokset on referoitu alla. Kappaleen viimeisessä osiossa tuloksista on koottu taulukko (Taulukko 2) havainnollistamaan tutkimuksissa saatuja tuloksia masennuksen hoidossa. Tutkimusten sisällöt on myös kuvattu tiiviisti opinnäytetyön liite-osiossa (Liite 1).

6.1 Akupunktio

Akupunktion vaikutuksia masennuksen hoidossa verrattuna terapiaan ja lääkehoitoon tutkittiin MacPhersonin ym. vuonna 2013 toteuttamassa tutkimuksessa. Tutkimuksen loppuun asti osallistui 542 henkilöä, jotka oli jaettu kolmeen ryhmään: akupunktiota saaviin, terapiaa saaviin sekä pelkkää lääkehoitoa saaviin. Myös akupunktio- ja terapiaryhmien osallistujat saivat lääkehoitoa. Heidän masentuneisuuttaan mitattiin PHQ- eli Patient Health Questionnaire-mittarilla sekä BDI-II eli Beck Depression Inventory-asteikolla. Tutkittavien ennakkoodotuksissa akupunktion arveltiin vaikuttavan masennuksen hoitoon vähiten. (MacPherson ym. 2013.)

Kolmessa kuukaudessa akupunktioyhmän potilaat olivat saaneet keskimäärin 8.7 hoitokertaa. Terapiaryhmässä kertojen keskiarvo oli 7.5. Molempien ryhmien mitatut masennusarvot olivat parantuneet huomattavasti. Ryhmien välillä keskenään ei ollut mainittavaa eroa. Lääkehoitoryhmässä arvot paranivat hitaammin. Kolmen kuukauden jälkeen lääkehoitoryhmän ero masennuspisteissä muihin ryhmiin verrattuna oli suuri, mutta kahdentoista kuukauden jälkeen ero ryhmien välillä kaventui lähes olemattomaksi. Akupunktiota saaneiden potilaiden masennuspisteet lähtivät pian hoidon lopettamisen jälkeen uudelleen kasvuun. Potilaat kärsivät relapseista, eli taudin uusiutumisesta, vaikka hoitoa jatkettiin edelleen. Akupunktiolla saatiin siis akuuttivaiheessa nopeita tuloksia, mutta hoidon jatkuessa sen vaikuttavuus menetti tehonsa. (MacPherson ym. 2013.)

6.2 Eläinavusteinen terapia

Opinnäytetyöhön valikoidut kaksi eläinavusteista terapiaa koskevaa tutkimusta käsittelevät Green Care-toimintaa. Maatilan eläimillä toteutetun eläinavusteisen terapian on todettu lievittävän masennusta ja ahdistusta sekä lisäävän itsenäisyyttä. Maatilan omistajan osuutta on myös pidetty suurena sosiaalisena etuna. Parhaita tuloksia on saatu kliinisen masennuksen hoidossa. Toisinaan tulokset näkyvät vasta pidemmän ajan kuluttua. Kaikki terapiaan liittyvät tehtävät tulee suunnitella yksilöllisesti potilaan päivittäistä kuntoa tarkkaillen. (Berget & Braastad 2011.)

Tärkeimpinä elementteinä eläinavusteista terapiaa saaneet potilaat ovat pitäneet tavallista elämää ja työtä, arvostusta ja kollegiaalisuutta, sairauden huomiointa sekä läheisyyttä ja joustavuutta. Tutkimukseen osallistuneet olivat eri ikäryhmistä. Iän vaihteluväli oli 23–54-vuotta. Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa osallistujat viettivät kahdentoista viikon aikana kaksi päivää viikossa maatilalla, joissa oli lehmien lisäksi hevosia, koiria, kissoja ja kaneja. (Pedersen ym. 2012.)

Mahdollisuus viettää tavanomaista elämää ja tehdä hyödyllisiä töitä koettiin erityisen tärkeänä terapian elementtejä pohdittaessa. Oman työn jäljen näkeminen ja siitä kunnian saaminen tuotti positiivisia tunteita, ja osallistujat kokivat saavuttaneensa jotakin hyödyllistä. Arvostuksen tunteeseen vaikuttivat sekä itse eläimet maatilalla että myös maatilan omistaja. Eläinten ruokkiminen ja ylipäänsä niiden kanssa kommunikoiminen saivat osallistujat hyvälle mielelle, koska he kokivat tehneensä jotakin hyvää. Kaikkia maatilalla työskenteleviä kohdeltiin samalla tavalla. Kaikki kuuluivat samaan tiimiin ja olivat yhtä arvokkaita. Tämä sai aikaan kollegiaalisuuden tunteen, joka potilaan rooliin tottuneista osallistujista tuntui erityisen hienolta. (Pedersen ym. 2012.)

Eläinavusteisen terapian tarkoituksena on saada ajatukset pois sairaudesta ja antaa välimatkaa omiin arkipäiväisiin ongelmiin. Vaikka tavanomaista elämää pidettiin eläinavusteisen terapian yhtenä erinomaisena piirteenä, osallistujat arvostivat mahdollisuutta olla avoimia omasta sairaudestaan ja voinnistaan. Ko-

ettiin, että maatilan omistajalle oli helppo puhua ja hän ymmärsi osallistujien tilanteen. Hän osasi olla tarpeeksi herkkä osallistujien voinnin päivittäisille vaihteluille. (Pedersen ym. 2012.)

Eläinten kanssa koettiin läheisyyttä ja rauhallisuutta. Läheisyys koettiin halailuna, silittelynä tai pelkästään eläimen lähellä seisomisena. Suurin osa tutkittavista rentoutui eläinten läheisyydessä, ja he kokivat itsevarmuutta ohjatessaan eläimiä päivittäisissä toimissaan. Päivittäiset askareet maatilalla saivat osallistujat unohtamaan oman elämänsä psyykkiset ongelmat ja lisäksi jopa fyysiset kivut. Maatilalla eläminen ja töiden tekeminen vaati tavanomaista elämää enemmän tulevaisuutta koskevaa suunnittelua. Osallistujat kokivat fyysisen työn erinomaisen voimaannuttavana. He olivat energisempiä ja suoriutuivat haastavista tehtävistä. Positiivisena asiana pidettiin myös väsymystä, joka johtui fyysisestä työstä. (Pedersen ym. 2012.)

Masennuspotilaiden vointi voi vaihdella suuresti päivästä riippuen. Eläinavusteisen terapian toiminnassa arvostettiin yksilöllistä joustavuutta. Maatilan omistajan ollessa tietoinen osallistujan taustoista ja nykytilasta osallistujat uskaltautuivat kertomaan hänelle päivittäiset voinnin muutokset ilman häpeää. Osallistujat pystyivät oman vointinsa salliessa päättämään, kuinka paljon he ottivat kontaktia eläimiin. Huonoina päivinä eläinten seura koettiin lopulta rauhoittavana tuomitsemattomuuden vuoksi. (Pedersen ym. 2012.)

Coping- eli hallintakeinot olivat myös merkittävä aspekti maatilalla. Pääasiassa se liitettiin työtehtävien valmiiksi saattamiseen, joihin liittyi muitakin positiivisia tunteita kuten oma-aloitteisuus, tavoitteiden saavuttaminen sekä uusien taitojen opettelu. Osallistujat kokivat saaneensa sellaisia tehtäviä, joista heillä oli resurssit selviytyä kunnialla. (Pedersen ym. 2012.)

Tutkimuksen mukaan eläinavusteinen interventio Green Care -mallilla, voisi olla hyödyllinen lisä nykyiseen mielenterveyspotilaiden hoitoon ja kuntoutukseen. Stressitön ympäristö ja eläinten rauhoittava läheisyys ovat tärkeä osa hoitoa. Tällaista interventiota voidaan moniammatillisen tiimin yhteistyöllä muokata käytännölliseksi työkaluksi erilaisten tieteenalojen käyttöön. (Pedersen ym. 2012.)

6.3 Fyysinen aktiivisuus

Liikunnan vaikutusta masennukseen on selitetty usealla eri tavalla. Endorfiini-teorian mukaan liikunnan harrastaminen vapauttaa endorfiineja ja näin ollen vähentää tuskaa ja aiheuttaa euforian tunnetta. Endorfiineja ei kuitenkaan vapaudu kuin raskaassa harjoittelussa, ja jo pelkällä kävelyllä on todettu olevan positiivinen vaikutus masennuksen hoidossa. Syytä liikunnan tehokkuuteen on etsitty myös serotoniinin vapautumisesta ja ulkoilun aikana saadusta auringonvalosta. (Teychenne ym. 2009.)

Teychennen ym. tutkimuksessa 3645 naista osallistui kyselytutkimukseen, jossa mitattiin heidän fyysistä aktiivisuuttaan, aikaa jonka he viettivät istuskellen sekä heidän masennustaipumustaan CES-D-mittarilla eli The Center for Epidemiologic Studies Depression Scalella. Tutkimuksessa todettiin niiden naisten, jotka liikkuvat yli 40 minuuttia viikossa olevan pienemmässä riskissä sairastua masennukseen kuin niiden, jotka liikkuvat vähemmän. Työpäivän aikana tapahtuva työhön liittyvä liikkuminen ei kuitenkaan vähentänyt masennusriskiä. Myös istuskeluun käytetty aika vaikutti masennusriskiin. Yli 54 tuntia viikossa tietokoneella tai tv:tä katsellen vietetty aika lisäsi depression oireita. Tutkimuksessa annettiin myös viitteitä siitä, että muiden kanssa yhdessä liikkuminen on masennuksen ehkäisyssä tehokkaampaa kuin yksin harjoittelu. (Teychenne ym. 2009.)

6.4 Mindfulness

Mindfulnessia käsittelevään tutkimukseen osallistuneita oli yhteensä 130, joista puolet sai mindfulness terapiaa sekä ”tavallista hoitoa” ja puolet hoidettiin tavanomaisin keinoin eli lääkehoidolla. Tutkimukseen osallistumisen kriteereinä olivat käynnissä oleva masennusjakso, pitkään kestänyt skitsofrenia, psykoottinen jakso viimeisen vuoden ajalta tai viimeisen kuukauden ajalla radikaalisti muuttunut psykiatrilääkehoito. Tutkittavat jaettiin kahteen ryhmään, toisessa ryhmässä potilaat olivat sairastaneet yksi tai kaksi masennusjaksoa ja toisessa kolme tai enemmän. Tutkimuksessa käytettiin viittä erilaista mittaria mittaamaan

mielialaa sekä KIMS-mittaria (Kentucky Inventory of Mindfulness Skills) mittaamaan erikseen mindfulness taitoja. (Batink ym. 2013.)

Tutkimuksen molemmissa ryhmissä mindfulnessin positiiviset vaikutukset olivat huomattavia. Mielenterveystaustalla oli tutkimuksen mukaan vaikutusta mindfulness terapian toimivuuteen. Ryhmä, jolla masennusjaksoja oli kolme tai enemmän, sai paremmat tulokset, eli tutkimuksen mukaan heillä mindfulness toimi paremmin. Erot ryhmien välillä saattavat selittyä sillä, kuinka kauan masennusjaksosta tai vaikeasta elämäntilanteesta oli aikaa. Toinen selittävä tekijä voi olla se, kuinka paljon enemmän vaihtelua ryhmien sisällä oli. Toisessa ryhmässä oli vain yksi tai kaksi masennusjaksoa potilasta kohden ja toisessa kolme tai enemmän. Mietiskelyn ei todettu yksinään vähentävän masennuksen oireita. Mindfulnessin todettiin vaikuttavan sitä tehokkaammin, mitä paremmin mindfulness-prosessit ja kognitiiviset opit oli sisäistetty. Muutos ajattelussa ja toiminnoissa muuttui parempaan sen jälkeen, kun terapian aate ”hyväksyminen ilman tuomitsemista” oli opittu. (Batink ym. 2013.)

6.5 Musiikkiterapia

Musiikkiterapiaa voidaan käyttää pääasiallisena ilmaisuvälineenä, taikka sitä voidaan käyttää stimuloimaan puheilmaisua. Yleiset tunne- ja palkitsevuusmekanismit aktivoituvat aivoissa, kun kuunnellaan musiikkia. Musiikin kuuntelu ja tuottaminen vapauttaa dopamiinia. Terapian alussa potilas on usein niukkasanainen, mutta musiikkiterapiassa tunteiden prosessointi aktivoituu nopeasti luovan työskentelyn avulla. Musiikkiterapia perustuu useimmiten psykoterapiaan. Musiikilla synnytetään emotionaalisia muistoja ja mielikuvia. Kliininen improvisaatio on musiikkiterapian yleisin muoto, jossa terapeutti ja potilas soittavat yksinkertaisia instrumentteja ja luovat vuorovaikutussuhteen. (Erkkilä & Tervaniemi 2012.)

Erkkilä ja Tervaniemi toteuttivat vuosina 2008–2011 Jyväskylän yliopistossa tutkimuksen, jossa selvitettiin improvisaatiopohjaisen yksilöterapian vaikutusta masennuksen hoidossa. Tutkimukseen osallistui 79 potilasta, jotka jaettiin satunnaisesti musiikkiterapia- sekä verrokkiryhmään. Musiikkiterapiaan kuului 20

tunnin mittaista istuntoa kahdesti viikossa. Masentuneisuutta mitattiin pääasiallisesti MARDS-asteikolla. Kolmen kuukauden terapian jälkeen musiikkiterapiaa saaneiden hoitovaste oli kaksinkertainen pelkkää lääkehoitoa saaneeseen verrokkiryhmään verrattuna. Tutkimus osoitti, että jo lyhyellä interventiolla saadaan masentuneisuus laskuun. Tutkittavien masennusta astetta kuvaava pistemäärä laski kolmen kuukauden aikana keskimäärin noin 11 pistettä. Terapian loputtua pisteet nousivat hieman, mutta jäivät noin 10 pistettä alle lähtötilanteen. Musiikkiterapia on useissa tutkimuksissa koettu motivoivaksi, ja sen kesken lopettaminen on harvinaista. (Erkkilä & Tervaniemi 2012.)

6.6 Neurostimulaatiohoidot

Olin ym. (2011) tutkimus käsitteli lääkeresistenttiä masennusta sairastavien hoitoa eri menetelmin. Tavoitteena oli vähentää kuolleisuutta, itsemurhien määrää sekä muuta itsetuhoista käyttäytymistä. Tutkimuksessa oli kaksi verrokkiryhmää. Toisessa ryhmässä osallistujat saivat VNS + TAU -hoitoa eli vagushermostimulaatiota sekä tavanomaista terapiaa, johon sisältyy myös sähköhoitoa. Toisen ryhmän osallistujat saivat pelkästään tavanomaista terapiaa. Yhteensä 648 potilaan vointia seurattiin 60 kuukautta, mikäli osallistumiskriteerit täyttyivät koko tutkimuksen ajan. Kriteereinä tutkimuksesta poistamiseen olivat esimerkiksi psykoosi tai nopeasti etenevä kaksisuuntainen mielialahäiriö. Tutkittavat saivat itse valita, kumpaa hoitomuotoa tulivat tutkimuksen aikana saamaan. Ryhmät jakaantuivat tasaisesti iän, sukupuolen ja sairauden keston mukaan, joten ne olivat vertailukelpoisia. (Olin ym. 2012.)

Tutkimuksen mukaan kuolleisuus ja itsemurhien määrä VNS + TAU -potilaiden keskuudessa oli jopa puolet pienempi pelkästään terapiaa saaneeseen ryhmään verrattuna. Molempien verrokkiryhmien kuolleisuus oli huomattavan korkea muuhun väestöön verrattuna, jopa kymmenkertainen. Kuolleisuus oli suurinta 40–65-vuotiaiden ikäluokassa. (Olin ym. 2012.)

Vagushermostimulaation todettiin vähentävän itsemurhariskiä 10–20 % verrattuna terapiaan. Itsemurhariskiä mitattiin MARDS-kyselyllä, josta selvisi myös, että vastaamatta jättäminen voi olla viite itsetuhoisesta käyttäytymisestä. VNS +

TAU -ryhmällä vastausprosentti oli huomattavasti korkeampi kuin TAU-ryhmällä. Tästä voidaan todeta, että tavanomaiseen terapiaan yhdistettynä vagushermostimulaatio on erinomainen keino vähentää itsetuhoista käyttäytymistä. (Olin ym. 2012.)

6.7 Ruokavalio

Välimerellisen ruokavalion, johon kuuluu runsaasti mereneläviä sekä pehmeitä rasvoja, on todettu pienentävän riskiä masennukseen. Sitä vastoin länsimaalaisen ruokavalion, joka sisältää suuria määriä punaista lihaa, prosessoitua ruokaa sekä välipaloja, on todettu lisäävän masennusalttiutta. (Jacka ym. 2010.)

Jacka ym. tutkivat ruokavalion vaikutusta masennukseen nuorilla. Tutkimukseen osallistui 7114 nuorta, jotka olivat iältään 10–14-vuotiaita. He vastasivat kyselylomakkeeseen, jossa arvioitiin heidän masennusalttiuttaan, ruokailutottumuksia, elämäntapoja, sekä sosioekonomista taustaa ja perhettä. Tutkimuksessa todettiin useiden nuorten jättävän aterioita välistä ja noudattavan vähäkalorista ruokavaliota. Tämä oli yhtä merkittävästi yhteydessä masennukseen kuin liiallinen energian saanti. Sekä vähäinen ravintoaineiden saanti että suuri energiansaanti prosessoidusta ja epäterveellisestä ruuasta altistaa masennukselle. Tutkijat päättelivät myös ravintoainepuutosten altistavan masennukselle etenkin kasvupyrähdysten aikana. (Jacka ym. 2010.)

6.8 Sähköhoito

Weeks ym. (2013) tutkimus käsittelee sähköhoitoa ja inhalaatioanestesia-aine isofluraania masennuksen hoidossa. Tarkoituksena oli tutkia, onko anestesialääke isofluraanin käyttö masennuksen hoidossa yhtä tehokas hoitomuoto kuin sähköhoito ja onko sillä vähemmän kognitiivisia haittavaikutuksia. Ensimmäiset tutkimukset liittyen isofluraanin masennusta lievittäviin vaikutuksiin tehtiin jo vuonna 1985. Sähköhoitoa käytetään erityisesti lääkeresistentin masennuksen hoidossa, ja sillä on todettu olevan hyvä hoitovaste. (Weeks ym. 2013.)

Isofluraania käsittelevä tutkimuksen otos oli melko pieni, osallistujia oli yhteensä 28. Osallistujista 20 sai sähköhoitoa ja loput 8 isofluraanihoitoa. Suurimmalla

osalla tutkittavista päädiagnoosina oli masennus ja osalla kaksisuuntainen mielialahäiriö. Hoidon vaikutusta masennuksen lievittymiseen testattiin erilaisilla mittareilla. Tutkimuksessa käytettyjä mittareita olivat HRSD-24-lomake eli Hamilton Depression Rating Scale, jolla ammattilainen arvioi potilaan masennustilaa ja QIDS-SR16-lomake eli Quick Inventory of Depressive Symptomatology, jota potilaat käyttivät itsearviointiin. (Weeks ym. 2013.)

Vertailtavien ryhmän HRDS-24-pisteet olivat alkutilanteessa samoissa pisteissä. Hoitojen jälkeen 90 % sähköhoitoa saaneista ja 75 % isofluraania saaneista potilaista hyötyi selvästi hoidoista. Tutkimuksen tuloksena todettiin, että lääke-resistenttiin masennukseen tehoa 10:n kerran sarja isofluraania. Tulokset ovat verrattavissa ECT-hoidon tuloksiin, vaikkakin sähköhoidon todettiin pitävän hoitotasoa yllä isofluraanihoitoa paremmin. Isofluraanihoidosta saatiin kuitenkin myös seurannassa hyviä tuloksia: potilaiden mieliala oli alkutilaa parempi. (Weeks ym. 2013.)

Isofluraanilla ei ole negatiivisia vaikutuksia neurokognitiivisiin toimintoihin. Päinvastoin, isofluraania saaneet potilaat esittivät merkittäviä parannuksia verbaalisessa sujuvuudessa, loogisessa muistissa, non-verbaalisessa käsittelynopeudessa sekä muistissa. Kaikissa edellä mainituissa kognitiivisissa toiminnoissa sähköhoitoa saaneet potilaat saivat heikentyneen tuloksen. Sähköhoidon kognitiivisia haittavaikutuksia ei ollut enää havaittavissa kuukauden kuluttua. (Weeks ym. 2013.)

Isofluraania tulee vielä tulevaisuudessa tutkia suuremmalla otannalla, jotta tuloksia voitaisiin yleistää. Tutkimuksen luotettavuutta vähentävät myös tutkittavien tutkimukseen sitoutumattomuus: osa sähköhoitoa saavista potilaista kävi vain kahdeksalla hoitokerralla kymmenestä suunnitellusta. Kuitenkin tämän tulokseksi saatiin, että 10:n hoitokerran sarja syvää inhalaatioanestesiaa isofluraanilla on verrattavissa sähköhoidon antidepressiivisiin vaikutuksiin. Sähköhoidolla on väliaikaisia kognitiivisia vaikutuksia, mutta nopeampi teho masennuksen lievitykseen. (Weeks ym. 2013.)

Toinen sähköhoitoa käsittelevä tutkimus perehtyi potilaiden oletuksiin ennen sähköhoitoa ja kokemuksiin sähköhoidon jälkeen. Potilaat vastasivat haastattelututkimukseen sähköhoitojakson loputtua. Osallistujia kyselyyn oli 12, jotka olivat iältään 31–70-vuotiaita. Heillä oli diagnoosina joko masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö tai skitsofrenia. (Fisher ym. 2011.)

Suuri osa potilaista piti sähköhoidosta saatavaa tietoa riittämättömänä, ja vain neljä koki saaneensa tietoa riittävästi. Hoitohenkilökunta tai lääkärit eivät olleet kertoneet suurimmalle osalle vastaajista riittävästi hoidon toteutuksesta tai mahdollisista haittavaikutuksista. Informaation puutteen koettiin vaikeuttaneen päätöksentekoa. Aikaisemmat tiedot ja asenteet, median antama kuva sähköhoidosta sekä kulttuuriset erot olivat päätöksentekoa ohjaavia asioita. Vaikka kaikki niistä olivat negatiivis-sävytteisiä, päättivät potilaat suostua sähköhoitoon. He ottivat itse selvää hoidosta internetistä, keskustelivat sähköhoitoa saaneiden henkilöiden kanssa ja ottivat yhteyttä vapaaehtoisjärjestöihin. (Fisher ym. 2011.)

Sähköhoitoon ei pakotettu ketään. Potilaat saivat ilman painostusta itse päättää osallistuvatko hoitomuodon kokeiluun oman sairautensa hoidossa. Monet pitivät hoidon aloittamista viimeisenä oljenkortena vaikka asia ei todellisuudessa olisi niin ollut. Sähköhoitoa oli vaikea ajatella selvästi sen erikoisen luonteen vuoksi. (Fisher ym. 2011.)

Lopullisen päätöksen sähköhoidon aloittamisesta tehtyään edelleen yhdeksän osallistujaa pohti sähköhoidon aloittamista ja hoidon aiheuttamia haittavaikutuksia. Sähköhoidosta saatujen ennakko-odotusten ja sairaalasta saatujen tietojen pohjalta jopa kahdeksan osallistujaa piti hoitoa kamalampana kuin olivat osanneet kuvitella. Puolet näistä potilaista eivät kuitenkaan maininneet järkytyksestään hoitohenkilökunnalle. (Fisher ym. 2011.)

Sähköhoitoa saaneet pitivät tärkeänä perheen, lääkärien ja muun hoitohenkilökunnan tukea. Lähes kaikki (11) potilaat kokivat suhteen psykiatriinsa erinomaisena. He pitivät tätä luotettavana ja helposti lähestyttävänä. Asenteet hoitohenkilökuntaa kohtaan vaihtelivat suuresti. Osa piti hoitohenkilökuntaa epäpätevänä liiallisen ”hoidon kauppaamisen” vuoksi. (Fisher ym. 2011.)

Potilaat toivoivat parempaa informaatiota hoidon kulusta, riskeistä ja mahdollisista haittavaikutuksista, ja he toivoivat kuulevansa sen luotettavalta taholta kuten lääkäriltään. Lääkärien ei tulisi ”mainostaa” sähköhoitoa viimeisenä vaihtoehtona, koska potilaat pitävät sitä näin ainoana keinona, joka heidät enää pitää hengissä. Potilaat luottavat lääkäriin ja haluavat tehdä lähes mitä tahansa parantaakseen omaa henkistä hyvinvointiaan. Sähköhoitopotilaille tärkeää oli sosiaalinen tukiverkosto, johon kuului myös sairaalan henkilökuntaa. (Fisher ym. 2011.)

6.9 Taideterapia

Tunteistaan kirjoittamisella on todettu olevan suuri merkitys traumaista parantuvalla. Kirjoittaminen on halpa terapiamuoto, joka soveltuu suurimmalle osalle potilaista. Krpan ym. (2013) tutkivat kirjoittamisen merkitystä vakavaan masennukseen. He jakoivat 40 vakavasta masennuksesta kärsivää potilasta kahteen ryhmään: toiset kirjoittivat luovasti heille vaikeista elämäkokemuksista, ja kontrolliryhmän jäsenet kirjasivat ylös päiväohjelmaansa. Luovan kirjoittamisen ryhmälle ei asetettu rajoja kirjoittamiseen. He saivat halutessaan kirjoittaa samasta kokemuksesta jokaisella terapiakerralla tai käsitellä useampia kokemuksia. Kontrolliryhmän työskentely puolestaan oli tarkkaan määriteltyä. Heidän tuli joka päivä kirjoittaa päivän tapahtumia puuttumatta kuitenkaan niiden aiheuttamiin tunteisiin. Viikon kirjoittamisen jälkeen heidän masennustaan mitattiin BDI-II- ja PHQ-mittareilla, jonka jälkeen tuloksia verrattiin alkuperäisiin tuloksiin. (Krpan ym. 2013.)

Elämäkokemuksistaan kirjoittaneiden masennuspisteet olivat laskeneet merkittävästi kontrolliryhmään verrattuna. Osa tutkittavista kertoi olonsa parantuneen jo muutaman kirjoituskerran jälkeen. Tulokset olivat nähtävissä vielä 4 viikkoa tutkimuksen päätyttyä tehdyssä seurantamittauksessa. Syytä luovan kirjoittamisen vaikuttavuuteen ei vielä tiedetä. Hypoteeseja on kuitenkin esitetty liittyen kykyyn muuttaa tunteita sanoiksi sekä kykyyn tottua emotionaalisiin stimulaatioihin. (Krpan ym. 2013.)

6.10 Tulosten yhteenveto

Alla on opinnäytetyöhön valittujen tutkimusten perusteella tehty taulukko eri interventioiden vaikuttavuudesta masennukseen. Ensimmäisessä sarakkeessa on arvioitu tulosten perusteella, onko interventiosta hyötyä masennuksen hoidossa. Seuraavat sarakkeet osoittavat, onko interventiosta apua akuuttivaiheen hoidossa, ja voidaanko sillä ylläpitää saatuja tuloksia tai jopa ehkäistä masennuksen puhkeamista

Taulukko 2: Lääkkeettömien hoitomuotojen vaikuttavuus masennukseen

Interventio	Hyöty masennuksen hoidossa	Vaikutus akuuttivaiheessa	Relapsien ehkäisy ja masennuksen ennaltaehkäisy
Akupunktio	+	+	-
Fyysinen aktiivisuus	+	-	+
Eläinavusteinen terapia	+	-	+
Mindfulness	+	+	+
Musiikkiterapia	+	+	+
Ruokavalio	+	-	+
Sähköhoito	+	+	+
Taideterapia	+	+	+
VNS	+/-	+/-	+ /-

Taulukossa on kuvattu interventioiden vaikutuksia masennuksen hoitoon sen akuuttivaiheessa sekä relapsien ehkäisyssä ja masennuksen puhkeamisessa terveillä ihmisillä. Kaikista opinnäytetyössä käsitellyistä lääkkettömistä interventiosta on koettu olevan hyötyä masennuksen hoidossa. Hoidon akuuttivaiheen tavoiteena on saada potilas oireettomaksi ja saavuttaa hyvä hoitotasapaino. Fyysisen aktiivisuuden, eläinavusteisen terapian sekä ruokavalion ei koettu aut-

tavan masennuksen akuuttivaiheen hoitoon. Fyysinen aktiivisuuden lisääminen ja ruokavalio muutokset ovat elämäntapamuutoksia, joiden vaikutusten saavuttaminen vie aikaa, eikä niistä ole hyötyä nopeaa interventiota vaativassa masennutilassa. Myös eläinavusteisesta terapiasta on eniten hyötyä relapsien ehkäisyssä, jolloin potilas on motivoituneempi sitoutumaan hoitoon.

Hoitotasapainon ylläpidossa terapioiden todettiin olevan hyödyllisiä hoidon turvallisuuden ja pitkäaikaisuuden vuoksi. Terapioissa syntyvä hoitosuhde voi kestää vuosia ja sen katkaiseminen voikin tuntua raskaalta. Terapian lukuisten muotojen avulla jokaiselle voidaan tarjota tilanteeseen sopivaa hoitoa. Masennuksen relapsien ehkäisyssä tutkimuksen mukaan akupunktio koettiin vaikutukseltaan heikoksi. Akupunktioista saatu hyöty oli jopa nopeampaa kuin lääkehoidolla, mutta vaikutus heikentyi huomattavasti jo muutaman kuukauden kuluessa. Sähköhoidon vaikutus on erinomainen akuuttivaiheen hoidossa, mutta sillä on myös paljon kognitiivisia haittavaikutuksia. Sitä voidaan kuitenkin käyttää ylläpitohoitoon, jos potilaalla on lääkeresistentti masennus (Leppämäki 2012.).

Neurostimulaatiohoidoista sähköhoidon lisäksi opinnäytetyössä käsiteltiin ainoastaan VNS-hoitoa. Hoitoa ei ainakaan vielä käytetä Suomessa masennuksen hoitoon, koska sillä ei ole todettu olevan merkittävää vastetta. Yhdysvalloissa hoitomuoto on ollut käytössä lähes 10 vuotta. Hoidosta ei ole ilmennyt haittavaikutuksia, mutta ei varsinaista hyötyäkään. (Leppämäki 2012.)

7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tässä kappaleessa käsitellään opinnäytetyötä sen eettiseltä kannalta ja arvioidaan saatujen tulosten luotettavuutta. Eettisyyttä ja luotettavuutta on verrattu aikaisempaan tutkittuun tietoon ja yleisiin käytänteisiin tutkimuksen teossa. Opinnäytetyö on tehty hyvän tieteellisen käytännön ohjeen mukaan.

7.1 Eettisyys

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) on määritellyt hyvälle tieteelliselle käytännölle yhdeksänsä ohjeen. Kaikki niistä eivät sovi systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen, mutta pääosin niitä on hyvä noudattaa jokaisen tieteellisen tekstin kohdalla. Tutkimusta tehdessä tulisi noudattaa tiedeyhteisön hyväksymiä tapoja eli rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Erityisen tärkeää kirjallisuuskatsauksen kohdalla on käyttää tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkimuksen tulee olla avointa ja vastuullista. Muiden tutkijoiden työ tulee ottaa asianmukaisella tavalla huomioon kunnioittamalla heidän tekemäänsä työtä ja viittaamalla omassa työssään asianmukaisesti heidän tutkimuksiinsa. Plagiointi eli toisen työn esittely omanaan on tutkimuksen teossa ehdottomasti kiellettyä. Myöskään aiempien omien tutkimusten plagiointi ei ole sallittua. (TENK 2013; Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 364–365.)

Opinnäytetyössä on käytetty alkuperäisiä tutkimuksia kunnioittaen ja niihin rehellisesti viitaten. Tiedonhankintamenetelmät ovat olleet perusteltuja, nykyaikaisia ja luotettavia. Tutkimusten alkuperäinen lähde on asianmukaisesti merkitty ja hakupolut niihin perusteltu. Opinnäytetyöhön ei ole plagioitu muiden tutkijoiden tekstiä. Tarpeellisiksi katsotut osiot tutkimuksesta on tiivistelmän muodossa referoitu eli kirjoitettu omin sanoin. Suurin osa opinnäytetyöhön valikoiduista tutkimuksista oli kansainvälisiä ja kirjoitettu englannin kielellä. Tiivistelmää tehdessä vieraskielisestä tutkimuksesta riski plagiointiin vähenee huomattavasti.

7.2 Luotettavuus

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta lisää siihen valittavien tutkimusten huolellinen valinta sekä pyrkimys tuottaa uutta tekstiä aiempaa tietoa vääristelemättä. Myös lähdeviitteiden asiallinen merkitseminen lisää luotettavuutta, sillä halutesaan lukija voi itse tarkistaa tiedon alkuperän ja saada aiheesta mahdollisesti lisätietoa. (TENK 2013.) Kirjallisuuskatsauksen tutkimuksia valittaessa on oltava tutkimustulosten kannalta puolueeton. Tutkimuksia ei saa valita omien tarkoituserien tai oletusten mukaisesti, jotta kirjallisuuskatsauksen tulokset eivät vääristy eikä niitä tarkoituksenmukaisesti tule vääristellä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 366.)

Opinnäytetyöhön valittuja tutkimuksia arvioitaessa huomio kiinnitettiin tutkimusten luotettavuuteen sekä tulosten tulkintaan. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus paranee, kun tutkimusten valintoja on tekemässä kaksi tekijää. Perehtyminen aiheeseen syventyy ja ymmärrys tulee monipuolisemmaksi yhteisen työskenteilyn ja keskustelujen avulla. Pyrkimällä valitsemaan alkuperäistutkimuksia vähennetään riskiä tiedonkulussa tapahtuviin virheisiin. (Hannula & Kaunonen 2006.) Opinnäytetyöhön tutkimukset valittiin niiden aiheeseen sopivuuden perusteella niiden tuloksista riippumatta. Näin on varmistettu tämän työn tulosten puolueettomuus. Tutkimuksista 10 oli alkuperäistutkimuksia, vain yksi oli kirjallisuuskatsaus, joten tulokset ovat luotettavampia kuin toisen käden lähteitä käytettäessä.

Kun opinnäytetyön tutkimukset on valittu luotettavista lähteistä ja kysymykset ovat oikeat, on tutkimuksen validiteetti eli pätevyys hyvä. Validiteetti tarkoittaa sitä, mittaako tutkimuksessa käytetty mittaus- tai tutkimusmenetelmä juuri sitä, mitä tutkimuksessa on ollut tarkoitus mitata. Se arvioi sitä, vastaako tutkimuksen tarkoitus tutkimuskysymyksiin perustellusti. Tutkimuksen pätevyyden puuttuessa tutkimus on arvoton, sillä tällöin on tutkittu aivan jotain muuta kuin mitä alunperin on ollut tarkoitus tutkia. (Hlitunen 2009.) Opinnäytetyöhön valitut tutkimukset on valittu luotettavista hoito- ja lääketieteellisistä julkaisuista. Haku-prosessi toteutettiin luotettavissa tietokannoissa selkeillä ja aihetta kuvaavilla hakutermeillä.

Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittaustuloksen luotettavuutta. Tutkimus tulee voida toistaa eikä sattumanvaraisuutta tuloksissa hyväksyä. Luotettavuuden yhteydessä ilmoitetaan usein mahdollinen mittavirhe ja miten reliabiliteettia voidaan arvioida esimerkiksi toistomittausten avulla. Reliabiliteetti on hyvä, kun tutkimustulokset eivät ole sattuman aiheuttamia. Jos tutkimus uusittaisiin, samoissa olosuhteissa pitäisi saada samat tulokset. (Hiltunen 2009.) Opinnäytetyöhön valittujen tutkimusten otokset olivat riittäviä luotettaviin tuloksiin ja tutkimukset olivat ammattilaisten tekemiä. Toistettavuus tässä opinnäytetyössä on helppoa hakutuloksista tehtyjen taulukoiden avulla (Taulukot 1 ja Liite 1.)

8 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli luotettavien tutkimuksien perusteella määrittellä lääkkeettömien hoitomuotojen vaikutuksia masennusta sairastavilla potilailta. Tässä luvussa on pohdittu mielikuvia lääkkeettömistä hoitomuodoista ja sitä miksi lääkkeettömiä hoitumuotoja käytetään vielä vähän perinteiseen lääkehoitoon nähden.

Eräässä opinnäytetyöhön valikoidussa tutkimuksessa (ks. Fisher ym. 2011) selvisi, että tutkimukseen osallistuneilla oli alunperin negatiiviset käsityksen sähköhoidosta. Elokvateollisuuden antamat mielikuvat esimerkiksi Frankensteinin hirviöstä ja sähköhoidon aiheuttamista voimakkaista kouristeluista sekä palaneen katkuisista hiuksista ovat painuneet syväälle ihmisten mieliin. Myös akupunktiota käsittelevässä tutkimuksessa osallistujilla oli negatiiviset ennakkokäsitykset sen tehosta masennuksen hoidossa. Vääristyneitä mielikuvia on usein esimerkiksi terapiasta, joka mielletään Freudilaiseksi lapsuuden kokemuksiin perustuvaksi muisteluksi. Mielikuvien vuoksi monella masennusta sairastavalla on mahdollisesti suurempi kynnys pyytää lääkehoidon sijaan muuta haluaamaansa hoitoa. Lääkkeettömät hoitomuodot ovat osalle täysin tuntemattomia ja jopa pelottavia. (Fisher ym. 2011.)

Nykyään suuri osa ihmisistä etsii internetistä vastaukset mieltään askarruttaviin kysymyksiin. Yksityishenkilöiden nimettömänä kirjoittamat julkaisut keskustelupalstoille saattavat pelästyttää esimerkiksi sähköhoitoa harkitsevan potilaan. Masentuneen voi olla vaikea arvioida lähdeään kriittisesti. Omat negatiiviset mielikuvat saattavat kulkea käsi kädessä sen kanssa, mitä internetistä löytää ja mihin tahtoo uskoa. Terveystieteiden ammattilaisten tulisi tukea potilasta päätöksessään ja anstaita tämän luottamus, jotta potilas uskaltaa ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa ja välttyään mahdollisesti jopa hoitoa viivästyttäviltä väärinkäsityksiltä.

Suomessa mielenterveysongelmien pääasiallinen hoitokeino on jo vuosia ollut lääkkeet. Kymmenessä vuodessa masennuslääkkeiden käyttö on viisinkertais-

tunut aikuisväestön keskuudessa. Kaikki potilaat eivät itse osaa hakeutua terapiaan ja lääkehoito hyväksytään helppona sekä halpana hoitomuotona. Terapian kustannukset saattavat nousta tuhansiin euroihin, kun taas masennuslääkkeitä saa muutamalla eurolla useaksi kuukaudeksi. Terapiaan ohjaamattomuus johtuu usein myös resurssien vähyydestä. Psykiatriassa käytettävät lääkkeet ovat kuitenkin olleet kiistanalaisia heti niiden Suomeen tulosta asti, ja psykiatrit ja on usein syytetty liiallisesta lääkekeskeisyydestä. (Sommar 2011.)

Terveydenhuoltoalan henkilökunnan tulisi tarjota lääkkeettömiä hoitomuotoja potilaille, jotta potilaat saavat luotettavaa ja asiantuntevaa hoitoa. Mielenterveyspotilailla saattaa olla alentunut kyky arvioida hoitonsa pätevyyttä, ja he voivat tulla helposti hyväksikäytetyksi. Masennukseen käytettävien lääkkeettömien hoitomuotojen tulisikin tapahtua koulutettujen lääketieteen-, hoitotyön ja terapianammattilaisten johdolla. Näin voitaisiin vältettyä oireiden monimutkaistuminen vääränlaisen hoidon seurauksena.

Hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää, että potilas uskoo sen vaikutukseen. Mielikuvien vaikutus hoidossa on voimakas: niiden tehoon saattaa perustua myös esimerkiksi lumelääkeiden vaikutus. Masennuksen aiheuttamaan toivottomuuden tunteeseen saattaa auttaa jo se, että potilas kokee tulevaisuutta kuuluksi ja saavansa hyvää hoitoa. Kun potilas on motivoitunut terapiaa voidaan toteuttaa suunnitelman mukaan. Motivoitumista auttaa se, että potilas saa itse vaikuttaa hoitomuotoonsa. Esimerkiksi luovat terapiamuodot eivät sovellu kaikille. Musikaalisesti lahjattomalle musiikkiterapiaan osallistuminen voi tuntua ahdistavalta ja tunteiden käsittelyn sijaan potilas saattaa keskittyä terapian musikaalisesta puolesta selviytymiseen. Toisaalta musikaalisten ihmisten on todettu jättävän harvoin musiikkiterapiaa kesken (Erkkilä & Tervaniemi 2012). Vaikka potilas haluaisi osallistua perinteiseen psykoterapiaan, hänellä on silti oikeus tietää muistakin vaihtoehdoista.

Lääkkeettömiä hoitomuotoja tulisi ottaa enemmän käyttöön masennuksen hoidossa. Terapia on perinteinen ja hyväksi todettu interventiomuoto, mutta myös vähemmän tunnetuilla innovatiivisilla interventioilla on merkittävä positiivinen vaikutus masennuksen hoidossa. Etenkin psykiatrisella puolella työskentelevän

hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden tulisi tutustua koulutusten avulla erilaisiin masennuksen lääkkeettömiin hoitomuotoihin, jotta potilaat saisivat vaihtoehtoja perinteisen lääkehoidon rinnalle. Lääkkeettömät hoitomuodot koetaan usein tabuna eikä niistä välttämättä uskalleta keskustella julkisesti. Lääkkeettömyys saatetaan liittää lääketieteen vastustamiseen ja tiukan luonnonmukaiseen elämäntapaan, vaikka lääkkeettömiä hoitumuotoja tulisikin käyttää hyvin suunnitellun lääkehoidon lisänä.

Useita erilaisia lääkkeettömiä hoitumuotoja kokoavia katsauksia on tehty Suomessa vähän. Tämän opinnäytetyön toivotaan herättävän keskustelua ja kiinnostusta aiheeseen sekä mahdollisesti innoittavan tekemään lisää opinnäytetöitä aiheesta. Mielenkiintoinen näkökulma voisi olla esimerkiksi empiirinen tutkimus jotakin lääkkeetöntä hoitoa saavien potilaiden kokemuksista taikka toiminnallinen työ aloitettavan hoidon vaikutusten mittaamisesta. Lääkkeettömistä hoitomuodoista olisi mielenkiintoista tehdä tutkimus käytännön työelämässä hoitohenkilökunnan tai potilaiden näkökulmasta, jolloin tulokset myös todennäköisemmin päätyisivät osastoille luettavaksi ja sitä kautta niitä osattaisiin paremmin hyödyntää.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA SUOSITUKSET

Opinnäytetyöhön valittujen tutkimusten perusteella voidaan tehdä seuraavat johtopäätökset:

1. Kaikilla opinnäytetyöhön valituilla lääkkeettömillä interventioilla on positiivisia vaikutuksia masennuksen hoidossa. Hoitosuunnitelmaa tehtäessä on hoitomuotoa valittaessa tärkeää ottaa huomioon hoidon tarve. Toiset interventiot auttavat masennuksen akuuttivaiheessa kun taas toiset soveltuvat paremmin relapsien ennaltaehkäisyyn.
2. Opinnäytetyöhön tehty tiedonhaku osoitti, että tutkimuksia lääkkeettömistä hoitomuodoista masennuksen hoidossa on tehty vähän viime vuosina. Etenkin Suomessa on aihetta tutkittu niukasti.
3. Hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää, että potilas uskoo hoidon vaikuttavuuteen ja on motivoitunut kuntoutumaan. Hoitomuodon tulee tukea potilaan kuntoutusta positiivisten kokemusten avulla.
4. Hoitohenkilökunnan tulisi perehtyä enemmän masennuksen lääkkeettömiin hoitomuotoihin, jotta potilaille voidaan tarjota hänelle parhaiten sopivaa hoitoa. Potilaan tulee saada riittävästi tietoa vaihtoehdoista, jotta ennakkoluulot eivät vaikuta päätöksentekoon.

LÄHTEET

Aivojen sähköhoito ja vaikea psykoottinen depressio (online). Käypä hoito –suositus. Isometsä, E. & Koponen, H. Helsinki: Duodecim, 2014 (viitattu 26.9.2014). Saatavilla Internetissä: www.käypähoito.fi

Aro, A. 2013. Homokysteiini. Viitattu 1.10.2014
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skr00053.

Batink, T.; Peeters, F.; Geschwind, N.; van Os, J. & Wichers, M. 2013. How Does MBCT for Depression Work? Studying Cognitive and Affective Mediation Pathways. *Plos One*. Vol. 8, No 8.

Benedetti, F.; Mayberg, H.; Wager, T.; Stohler, C. & Zubieta, J-K. 2005. Neurobiological Mechanisms of the Placebo Effect. *The Journal of Neuroscience*. Vol. 45, No 25, 10390–10402.

Berget, B. & Braastad, B. 2011. Animal-assisted therapy with farm animals for persons with psychiatric disorders. *Istituto Superiore di Sanita*. Vol. 47, No 4, 384–390.

Blumenthall 1999, Leppämäen 2007 mukaan. Liikunta ja depressio. Viitattu 4.10.2014
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00038&p_teos=onn&p_selaus

Breggin, P. 2011. Psychiatric drug-induced Chronic Brain Impairment CBI: Implications for long-term treatment with psychiatric medication! *International Journal of Risk & Safety in Medicine*. Vol. 23, 193–200.

Depressio (online). Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Duodecim, 2014 (viitattu 29.9.2014). Saatavilla Internetissä: www.käypähoito.fi

Duodecim 2014a. Isofluraani. Viitattu 9.10.2014
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt01405.

Duodecim 2014b. Noradrenaliini. Viitattu 9.10.2014
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02346.

Duodecim 2014c. Interventio. Viitattu 25.9.2014
http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt01376&p_haku=interventio.

Erkkilä, J & Tervaniemi, M. 2012, Musiikkiterapia masennuksen hoidossa. *Suomen Lääkärilehti*. Vol. 67, 1656–1661.

Erkkilä, J. & Lehtonen, K. 1999. Musiikkiterapian monet kasvot. Jyväskylä: Kopijyvä Oy.

Fisher, P.; Johnstone, L. & Williamson, K. 2011. Patients' perceptions of the process of consenting to electroconvulsive therapy. *Journal of Mental Health*. Vol. 20. No 4, 347–354.

Gerber M.; Brand, S.; Holsboer-Trachsler, E., & Puhse, U. 2010. Fitness and exercise as correlates of sleep complaints: is it all in our minds? *Medicine & Science in Sports & Exercise*. Vol.45, 893–901.

Green Care 2014. Luonto hyvinvoinnin lähteenä- suomalainen Green Care. Viitattu 6.10.2014
<https://portal.mtt.fi/portal/page/portal/mtt/hankkeet/greencare/voimaa/greencare.pdf>.

Hannula, L. & Kaunonen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuus katsaus osana hoitotyön suositusten laadintaa. Viitattu 1.10.2014.

https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/12_2006/muut_artikkelit/systemaattinen_kirjallisuuskatsa/.

Hiltunen, L. 2009. Validiteetti ja reliabiliteetti. Dia-esitys. Jyväskylän yliopisto.

Huttunen, M. 2008a. Psykyen lääkeopas. 2. uudistettu painos. Duodecim: Helsinki.

Huttunen, M. 2008b. Masennuksen hoidossa käytettävät lääkkeet. Viitattu 23.9.2014 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00039_

Huttunen, M. 2013a. Psykyenlääke. Viitattu 9.10.2014 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00412_

Huttunen, M. 2013b. Masennus. Viitattu 25.9.2014 http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=dlk00389_

Huttunen, M. 2013c. Tahdonvastainen psykiatrinen sairaalahoido. Viitattu 29.9.2014 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00512_

Jacka, F.; Kremer, P.; Leslie, E.; Berk, M.; Patton, G.; Toumbourou, J. & Williams, J. 2010. Associations between diet quality and depressed mood in adolescents: results from the Australian Healthy Neighbourhoods Study. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. Vol. 44, 434–442.

Karlsson, H. 2012. Masennus systeemisairautena. Viitattu 28.9.2014 http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo10165.

KELA 2014. Toiminta. Viitattu 9.10.2014 <http://www.kela.fi/> > Toiminta.

Krpan, K.; Kross, E.; Berman, M.; Deldin, P.; Askren, M. & Jonides, J. 2013. An everyday activity as a treatment for depression: The benefits of expressive writing for people diagnosed with major depressive disorder. National Institute of Health. Vol. 3, No 150, 1148–1151.

Kähkönen, E. 2009. Entä jos masennus onkin selviämiskeino? Viitattu 2.10.2014 <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000033127>

Käytösoireisen muistipotilaan lääkkeetön hoito (online). Käypä hoito –suositus. Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito –työryhmä. Helsinki: Duodecim, 2010 (viitattu 26.9.2014). Saatavilla Internetissä: www.käypähoito.fi

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Leppämäki, S. 2007. Liikunta ja depressio. Viitattu 4.10.2014 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00038&p_teos=onn&p_selaus=3.

Leppämäki, S. 2012. Neurostimulaatiohoidot- tulevaisuuden psykiatria. Viitattu 10.10.2014 http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2012/nosto36_3.pdf.

Lönnqvist, 2009. Stressi ja depressio. Viitattu 25.9.2014 http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=seh00020_

MacPherson, H.; Richmond, S.; Bland, M.; Brealey, S.; Gabe, R.; Hopton, A.; Keding, A.; Lansdown, H.; Perren, S.; Sculpher, M.; Spackman, E.; Torgerson, D. & Watt, I. 2013. Acupuncture and counselling for depression in primary care: a randomized controlled trial. Plos Medicine. Vol. 10, No 9.

Mattila-Rautiainen, S. 2011. Ratsastusterapia. Juva: Bookwell.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116 2 § 8.

Mälkiäinen, V-P. 2012. Mitä on mindfulness? Viitattu 8.10.2014 <http://mindfulness-sivut.fi/mita-on-mindfulness/>.

Noppiari, E.; Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveyden huollossa. Vammala: Tammi.

Olin, B.; Jayewardene, A.; Bunker, M. & Moreno, F. 2012. Mortality and suicide risk in treatment-resistant depression: an observational study of the long-term impact of intervention. Plos One. Vol. 7, No 10.

Paakkari, P. 2013. Lääkkeiden haittavaikutukset. Viitattu 6.10.2014 http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=dlk00721&p_haku=haittavaikutus_

Pedersen, I.; Ihlebæk, C. & Kirkevold, M. 2012. Important elements in farm animal-assisted interventions for persons with clinical depression: a qualitative interview study. Vol. 34, No 18, 1526–1534.

Ratsastusterapia, 2008. Mitä on ratsastusterapia? Viitattu 5.10.2014 http://www.ratsastusterapia.com/_>Ratsastusterapia.

Räsänen, P. 2009. Akupunktio – ylivoimainen vaihtoehtohoito. 3. uusittu painos. Oulu: Multiprint Oy.

Saarelma, O. 2014. Akupunktio. Duodecim. Viitattu 9.10.2014 http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=dlk00062_

Salminen, A. Mikä on kirjallisuuskatsaus? Vaasan yliopiston julkaisuja 2011. Viitattu 1.4.2014 http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf.

Seppälä, J.; Kauppinen, A.; Kautiainen, H.; Vanhala, M. & Koponen, H. 2014. Masennus ja ruokavalio. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Vol.130, No 9, 902–909.

Sommar, H. 2011. Lääkitty mieli. Viitattu 10.10.2014 http://yle.fi/elavaarkisto/artikkelit/laakitty_mieli_53147.html#media=53161_

STM selvityksiä 2009. Vaihtoehtohoitojen sääntelyn tarve. Viitattu 10.10.2014 http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8642.pdf_

Stolt, M. & Routasalo, P. 2007. Tutkimusartikkelin valinta ja käsittely. Teoksessa Johansson, K.; Axelin, A.; Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja: Tutkimuksia ja raportteja

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä 2008. Tietoinen läsnäolo. Viitattu 8.10.2014 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix01057_

Suomen taideterapiayhdistys 2014. Taidepsykoterapia. Viitattu 2.10.2014 <http://www.suomentaideterapiayhdistys.fi/ > Yhdistys>.

TENK 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 6.4.2014 <http://www.tenk.fi/ > HTK-ohje 2012>.

Terveystieteiden tutkimuslaki 1326/2010 24 § 3 mom.

Teychenne, M.; Ball, K. & Salmon, J. 2009. Physical activity, sedentary behavior and depression among disadvantaged women Health Education Research Vol. 25, No 4, 632–644.

THL 2014. The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. Viitattu 9.10.2014 <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/85/>.

Tolmunen, T.; Ruusunen, A.; Voutilainen, S. & Hintikka, J. 2006. Ravinto ja mielialahäiriöt. *Duodecim*. Vol. 122, 791–798.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. uudistettu painos. *Latvia: Tammi*.

Työterveyslaitos 2012. Mini-interventio. Viitattu 25.9. 2014
<http://www.ttl.fi/fi/tyoterveyshuolto/mita/tehtavat/mini-interventio/Sivut/default.aspx>

Weeks, H.; Tadler, S.; Smith, K.; Lacob, E.; Saccoman, M.; White, A.; Landvatter, J.; Chelune, G.; Suchy, Y.; Clark, E.; Cahalan, M.; Bushnell, L.; Sakata, D.; Light, A. & Light, K. 2013. Antidepressant and neurocognitive effects of isoflurane anesthesia versus electroconvulsive therapy in refractory depression. *Plos One*. Vol 8, No 7.

Liite 1. Tutkimustaulukko

Tutkimuksen tekijät, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmät	Tutkimuksen otos	Lääkkeetön hoitomuoto	Tutkimuksen keskeiset tulokset
MacPherson, H.; Richmond, S.; Bland, M.; Brealey, S.; Gabe, R.; Hopton, A.; Keding, A.; Lansdown, H.; Perren, S.; Sculpher, M.; Spackman, E.; Torgerson, D. & Watt, I. 2013, Englanti.	Verrata akupunktiota terapiaan ja perinteiseen hoitoon masennuksen hoitomuotona.	Potilaiden vointia seurattiin PHQ-9 -kyselyn avulla.	755 osallistujaa, joista 3kk:n päästä saatiin tiedot 614 osallistujasta ja 12 kk:n päästä 542 osallistujasta.	Akupunktio	Akupunktio lääkeshoidon kanssa on yhtä tehokasta kuin terapia lääkeshoidon kanssa. Molemmat ovat tehokkaampia kuin lääkehoito yksinään. Akupunktion vaikutus ei ole pitkäkestoinen.
Teychenne, M.; Ball, K. & Salmon, J. 2009, Australia.	Tarkastella fyysisen aktiivisuuden ja masennusoireiden yhteyttä naisilla.	11 940 naiselle lähetettiin kyselykaavake kotiin.	3645 naista osallistui tutkimukseen.	Fyysinen aktiivisuus	Yli 40 minuuttia viikossa liikkuvilla on pienempi masennusriski kuin vähemmän liikkuvilla. Myös tietokoneen ja television käytöllä on vaikutusta.
Pedersen, I.; Ihlebæk, C. & Kirkevold, M. 2012, Norja.	Tutkia eläinterapian vaikutusta masennuksen hoidossa.	Osallistujat kävivät 12 viikon ajan kahdesti viikossa maatilalla, tämän jälkeen heidät kutsuttiin kirjallisesti haastateluun.	Terapiaan osallistui 10 henkilöä, joista 8 suostui haastateluun.	Eläinterapia	Kaikki osallistujat kokivat terapian hyvänä. Kolmen mielestä terapia oli käännekohta heidän paranemiselleen.
Berget, B. & Braastad, B. 2011, Norja.	Tutkia eläinavusteisen terapian vaikutusta masennuksen hoidossa.	Kirjallisuuskatsaus		Eläinterapia	Elänterapia saattaa vähentää masennusta ja ahdistusta sekä lisätä omatoimisuutta. Maatilan omistajan sosiaalinen tuki tärkeä.

Tutkimuksen tekijät, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmät	Tutkimuksen otos	Lääkkeetön hoitomuoto	Tutkimuksen keskeiset tulokset
Batink, T.; Peeters, F.; Geschwind, N.; van Os, J. & Wichers, M. 2013, Hollanti.	Tutkia Mindfulness-terapian vaikutusta masennuksen hoidossa.	6 kyselylomaketta, haastattelu sekä päiväkirja. Tutkittavat jaettiin terapiaa saaviin sekä verrokki-ryhmään.	130 osallistujaa, 71:llä oli 2 tai vähemmän vakavia masennuksia, 59:llä 3 tai enemmän.	Mindfulness	Mindfulness terapiaa saaneet kokivat terapialla olleen huomattavasti suurempi positiivinen vaikutus kuin verrokki-ryhmällä.
Erkkilä, J. & Tervaniemi M. 2012, Suomi.	Tutkia musiikkiterapian vaikutusta masennuksen hoidossa.	Osallistujat jaettiin musiikkiterapiaa saaviin ja verrokki-ryhmään. Tuloksia mitattiin masennusta mittaavilla asteikoilla.	79 osallistujaa aloitti tutkimuksen. 29 osallistujaa sai musiikkiterapiaa ja 46 kävi verrokki-ryhmän mittauksissa.	Musiikki-terapia	3 kuukauden jälkeen musiikkiterapiaa saaneiden hoitovaste oli kaksinkertainen verrokki-ryhmään verrattuna.
Olin, B.; Jayewardene, A. Bunker, M. Moreno, F. 2012, Yhdysvallat.	Tutkia lääkeresistenttiä masennusta sairastavilla neurostimulaatiohoidon ja tavanomaisen terapian vaikutusta itsemurha alttiuteen.	Tutkittavat jaettiin kahteen ryhmään (VNS+TAU ja TAU). Potilaiden vointia seurattiin 60 kk. Tutkimuksen alussa kerättiin potilaiden psykiatriset sairauskertomukset ja lääkitykset. Vointia seurattiin erilaisin mittarein kuten MARDS, QIDS, AOS ja FIBSER.	682 osallistujaa. 648 suoritti tutkimuksen loppuun.	Neurostimulaatio	VNS + TAU tehokkaampi hoitomuoto, vaikkakin sillä on enemmän sivuvaikutuksia
Jacka, F.; Kremer, P.; Leslie, E.; Berk, M.; Patton, G.; Toumbourou, J. & Williams, J. 2010, Australia.	Tarkastella ravinnon vaikutusta masennukseen nuorilla.	Osallistujien ravitsemusta ja masentuneisuus alttiutta mitattiin kyselytutkimuksella.	Tutkimukseen osallistui 7114, iältään 10–14-vuotiasta, nuorta.	Ruokavalio	Ruokavaliolla on suurempi merkitys masennukseen kuin sosioekonomisella taustalla tai perheellä.

Tutkimuksen tekijät, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmät	Tutkimuksen otos	Lääkkeetön hoitomuoto	Tutkimuksen keskeiset tulokset
Fisher, P.; Johnstone, L. & Williamson, K. 2011, Englanti.	Tarkastella Walesin ECT -klinikalla käyneiden potilaiden kokemuksia ennen ja jälkeen ECT- hoidon.	Osallistujat teema-haastateltiin.	Tutkimuksessa oli 12 osallistujaa.	Sähköhoito	Potilaat kokivat saaneensa liian vähän tietoa ennen sähköhoitoa. Kokeemus oli järkyttävä. Sosiaalinen tuki tärkeää.
Weeks, H.; Tadler, S.; Smith, K.; Lacob, E.; Saccoman, M.; White, A.; Landvatter, J.; Chelune, G.; Suchy, Y.; Clark, E.; Cahalan, M.; Bushnell, L.; Sakata, D.; Light, A. & Light, K. 2013, Yhdysvallat.	Vertailla sähköhoidon ja isofluraanin vaikutusta masennuksen hoidossa.	Tutkittavat jaettiin kahteen ryhmään. Hoitoaika oli kolme viikkoa, ja hoidon tuloksia seurattiin neljä viikkoa hoidon päätyttyä.	Tutkimuksessa oli 28 osallistujaa.	Sähköhoito, isofluraani	Isofluraanilla oli masennusta lievittävä vaikutus ja sillä oli vähemmän kognitiivisia haittavaikutuksia. Sähköhoidolla on kuitenkin parempi vaste masennuksen hoidossa
Krpan, K.; Kross, E.; Berman, M.; Deldin, P.; Askren, M. & Jonides, J. 2013, Yhdysvallat.	Tutkia luovan kirjoittamisen vaikutusta vakavaan masennukseen.	Tutkittavat jaettiin luovan kirjoittamisen ryhmään ja kontrolliryhmään. Luovan kirjoittamisen ryhmässä tutkittavat kirjoittivat heille kipeistä asioista, kontrolliryhmä päiväohjelmasta. Tuloksia mitattiin masennusta mittaavilla kysymyskaavakeilla.	Tutkimuksessa oli 40 osallistujaa, jotka jaettiin tasan kahteen eri ryhmään.	Taideterapia	Luovan kirjoittamisen ryhmässä masentuneisuus laski huomattavasti kontrolliryhmään verrattuna jo yhden kirjoitusviikon jälkeen. Vaikutus näkyi vielä 4 viikkoa tutkimuksen päätyttyä.