
ELÄMÄÄ MASENNUKSEN VARJOSSA

Kokemuksia masennuksesta



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Lahdensivu 15.11.2012

Päivi Terrimäki

Saana Metsäalho



LAHDENSIVU
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK

Tekijät	Päivi Terrimäki Saana Metsäälho	Vuosi 2012
Työn nimi	Elämää masennuksen varjossa – Kokemuksia masennuksesta	

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, miten masentuneet ovat kokeneet elämänsä masennuksen aikana, mitkä syyt ovat johtaneet sairastumiseen ja mitkä keinot ovat auttaneet masennuksen helpottumiseen. Opinnäytetyössä haimme vastauksia kolmeen kysymykseen. Kysymykset olivat mitkä taustatekijät ovat kirjoittajien mielestä vaikuttaneet masennuksen syntyyn, miten kirjoittajat kuvaavat oloaan ja elämäänsä masennuksen aikana sekä millä keinoilla kirjoittajat kertovat masennuksensa helpottuneen.

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen vuoden 2012 aikana. Vastaukset kysymyksiin kerättiin narratiivista lähestymistapaa käyttäen kaunokirjallisista teoksista, joiden kirjoittajat ovat masentuneita tai selvinneet masennuksesta. Aineisto analysoitiin soveltaen induktiivista sisällönanalyysia.

Tulosten mukaan masennus koettiin monin eri tavoin ja sen syntyyn vaikuttivat useat eri tekijät. Masennus ja sen oireet olivat tapauskohtaisia, yksilöllisiä sekä siihen liittyi voimakas sairaudentunto ja vahva psyykkinen sekä fyysinen kärsimyksen kokemus.

Masennuksen taustalla voitiin ilmaista olevan jokin trauma tai pitkään jatkuneet henkiset paineet. Helpottaviksi tekijöiksi nousivat psykososiaaliset ja biologiset hoitomuodot sekä sosiaalinen tuki. Myös itsehoitoa, kuten harrastuksia ja ulkoilua, korostettiin masennusta helpottavana tekijänä.

Opinnäytetyön keskeisimmiksi asioiksi muodostuivat masennuksen taustalla olevien tekijöiden ja tunteiden tunnistaminen, masennus kokemuksesta ja elämä masennuksen aikana, masennuksen hoitomuodot, masennuksesta toipuminen sekä kirjoittajien henkilökohtainen kertomus masennuksesta.

Avainsanat Masennus, kokemus, toipuminen, masennuksen hoitomuodot

Sivut 53 s. + liitteet 2 s.

LAHDENSIVU
Degree Programme in Nursing
Nursing

Authors	Päivi Terrimäki Saana Metsäälho	Year 2012
Subject of Bachelor's thesis	Life in the shadow of depression – Experiences of depression	

ABSTRACT

The aim of this Bachelor's thesis was to describe how depressed people have experienced their lives during depression, which reasons have caused depression and which methods have helped. This thesis was made by qualitative research methods during 2012. A narrative approach was used while asking questions to the fictional books. The books were written by people who were depressed or had a history of depression. The answers were analyzed by using inductive content analysis.

According to the results depression was experienced in many different ways and it was caused by many different factors. Depression and its symptoms were individual and it was accompanied by a strong sense of the disease and a strong mental and physical suffering experience. Reasons which caused depression could be trauma or long-standing mental pressures. Facilitating factors for depression were psychosocial and biological therapies and social support. Also self-care, such as hobbies and out-door activities were highlighted as facilitating the depression.

Main issues of the thesis are factors behind depression and emotion identification, depression as an experience and life during depression, treatment of depression, recovery from depression and the personal story of depression from the writers.

Keywords Depression, experience, recovery, treatment of depression

Pages 53 p. + appendices 2 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	MASENNUS SAIRAUTENA.....	2
2.1	Masennuksen oireet ja altistavat tekijät	2
2.2	Masennuksen luokittelu.....	4
2.2.1	Melankolinen depressio.....	5
2.2.2	Epätyypillinen masennus.....	5
2.2.3	Psykoottinen masennus	6
2.2.4	Synnytyksen jälkeinen masennus	6
2.2.5	Vuodenaikaan liittyvä masennustila.....	6
3	MASENNUKSEN HOITOMENETELMÄT.....	7
3.1	Biologiset hoitomuodot.....	8
3.1.1	ECT-hoito	8
3.1.2	Lääkehoito	8
3.2	Psykososiaaliset hoitomuodot	10
3.2.1	Hoitosuhde.....	10
3.2.2	Psykoterapiat	12
3.3	Sosiaalinen tuki	14
3.3.1	Toiminnalliset ja luovat menetelmät	14
3.3.2	Depressiokoulu	15
3.3.3	Vertaistukiryhmät	15
3.3.4	Vertaistuki internetissä	16
4	MASENNUKSESTA TOIPUMINEN	17
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	17
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	18
6.1	Narratiivinen lähestymistapa.....	18
6.2	Laadullinen tutkimusmenetelmä	18
6.3	Opinnäytetyön aineisto.....	19
6.4	Aineiston analyysi	19
6.5	Esimerkki analyysin vaiheista.....	21
6.6	Opinnäytetyön tulokset	22
7	MASENNUKSEN SYNTYYN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ.....	23
7.1	Henkiset paineet	23
7.1.1	Elämänmuutos	23
7.1.2	Työuupumus	24
7.1.3	Stressi	24
7.2	Trauma	25
7.2.1	Menetyt	25
7.2.2	Lapsuuden kokemukset	26

8	ELÄMÄ MASENNUKSEN AIKANA	27
8.1	Oireet	28
8.1.1	Uniongelmat	28
8.1.2	Itsetuhoajatukset	28
8.1.3	Ruokahalun muutokset	29
8.1.4	Aloitekyvyttömyys	29
8.1.5	Fyysiset oireet.....	30
8.2	Koetut tunteet	31
8.2.1	Syällisyys	32
8.2.2	Häpeä.....	32
8.2.3	Tuska	32
8.2.4	Ahdistus.....	33
8.2.5	Yksinäisyys.....	33
8.2.6	Kahtiajakautumisen tunne	34
9	KEINOJA MASENNUKSEN HELPOTTUMISEEN	36
9.1	Ammattiapu	36
9.1.1	Lääkehoito	36
9.1.2	Hoitosuhde.....	37
9.2	Sosiaalinen tuki	39
9.2.1	Vertaistuki	39
9.2.2	Läheiset ihmiset.....	40
9.3	Itsehoito.....	41
9.3.1	Harrastukset.....	41
9.3.2	Ulkoilu.....	42
10	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	43
10.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	44
10.2	Opinnäytetyöprosessin pohdinta	45
10.3	Kehittämishaasteet	46
10.4	Opinnäytetyön hyödynnettävyys.....	47
	LÄHTEET	48

- Liite 1 ICD-10 luokitus
Liite 2 DSM-IV luokitus

1 JOHDANTO

Masennus eli depressio on kansanterveyden kannalta keskeisin mielenterveyden häiriö. Masennus on yksi yleisimmistä kansanterveysongelmista kaikki sairaudet mukaan lukien. Masennus on yleinen ja monioireinen sairaus, joka huonontaa elämänlaatua ja toimintakykyä enemmän kuin lähes kaikki somaattiset sairaudet. Masennus aiheuttaa paljon inhimillistä kärsimystä ja kustannuksia yhteiskunnalle. Masennuksesta tiedetään paljon. Sen diagnosointi on helppoa. Suomessa on saatavilla ammattitaitoista ja hyvää hoitoa. Tärkeää on varmistaa, että hoito aloitetaan nopeasti. (Haarala, Jääskeläinen, Kilpinen, Panhelainen, Peräkoski, Puukko, Riihimäki, Sundman & Tauriainen 2010, 9; Isometsä 2008, 157.)

Masennus on vakava sairaus, joka voi imaista koko elämänhalun. Se ei ole sairaus pelkästään lääketieteellisessä mielessä. Masennus on elämäntauti, johon on lukemattomia syitä ja lukuisia ratkaisuja. Tässä opinnäytetyössä käsitellään masennusta ihmisen kokemana. (Tontti 2011, 156.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata masentuneiden kokemuksia elämästään masennuksen varjossa. Tavoitteena oli selvittää masentuneiden kokemusten kautta mitkä asiat ovat vaikuttaneet masennuksen syntyyn, miten elämä on koettu masennuksen aikana ja millä keinoilla masennuksen on koettu helpottuneen. Opinnäytetyön aineisto koostuu masentuneiden kirjoittamista kaunokirjallisista tarinoista. Aineisto analysoitiin induktiivista sisällönanalyysiä soveltaen.

Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus ja sitä käytetään Häme Open Campuksen konseptorin tuottamassa hankkeessa Virtuaalinen hoitotila masennukselle. Virtuaalisen hoitotilan idea pohjautuu toimeksiantajan masennusta käsittelevään installaatioon. Hoitotilassa voidaan käsitellä masennukseen liittyviä tuntemuksia ja asenteita. Hoitotila on niin sanottu fyysis-virtuaalinen tila, jossa on informaatiota masennuksesta sekä kohtaamis- ja kokemisympäristö. Tärkeä lähtökohta on tarinallisuus.

Hoitotila pyritään tulevaisuudessa saamaan osaksi sosiaali- ja terveydenhoitojärjestelmää, jossa sillä toivotaan voitavan alentaa masennuksen hoidon kustannuksia huomattavasti. Virtuaaliohoitotilasta tuotetaan demo vuoden 2013 aikana. Toimeksiantaja valitsee itse opinnäytetyöstä informaatiota masennuksesta sekä suoria lainauksia, joita esiintyy analyysivaiheessa.

2 MASENNUS SAIRAUTENA

Masennuksen tunne on yksi ihmisen perustunteista. Mielialan laskeminen hetkellisesti ei vielä vaikuta ratkaisevasti jokapäiväiseen elämään. Jos masentunut mieliala kuitenkin kestää yhtäjaksoisesti viikkoja, kuukausia tai jopa vuosia, kyseessä on masennustila, muuttuva ja taustaltaan monitekiäinen sairaus. Masentunut mieliala sekä vaikeus tuntea ja saada mielihyvää ovat masennustilan ydinoireita. (Heiskanen, Tuulari & Huttunen 2011, 8.)

Ihminen saattaa masentua, jos elämässä sattuu ikäviä asioita, eikä niille voi tehdä mitään tai niistä ei selviydy. Myös ihmissuhteiden laatu saattaa vaikuttaa masennuksen kehittymiseen. Turvalliset kiintymyssuhteet takaavat lapselle, nuorelle ja aikuisellekin suojan elämässä eteen tulevia vaikeuksia, vastoinkäymisiä ja kriisejä vastaan. Jos elämän kriisejä ja vaikeuksia ei ole pystynyt käsittelemään, ne kulkevat mukana ja voivat altistaa masennukselle jossakin elämän vaiheessa. (Heiskanen ym. 2011, 9.)

Käsitettä masennus käytetään arkikielessä monessa eri yhteydessä ja sen kliininen kuva on monioireinen ja monimuotoinen. Puhekielessä masennuksella tarkoitetaan masentunutta tunnetilaa, joka on usein ohimenevä ja hetkellinen kokemus masennuksen tunteesta. Tunne kuuluu normaaliin tunne-elämään kuten suru, pelko ja ahdistuskin. (Toivio & Nordling 2009, 104.)

Kansalaiset ovat yhä paremmin koulutettuja, työ yhä enemmän kognitiivista ja vuorovaikutustaitoja edellyttävää, ja keski-ikäisten somaattinen terveys aiempaa parempi, tästä syystä mielenterveyden merkitys toimintakyvyn reunaehtona korostuu. Tämä näkyy selvästi terveydenhuollon jokapäiväisessä työssä, jossa masennuspotilaat täyttävät merkittävän osan potilaskäynneistä. Terveyskeskuksen potilaista joka kymmenes kärsii masennuksesta. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoitokäynneillä masennuspotilaiden osuus on noin puolet. (Karila & Kokko 2008, 6.)

Masennustilat ovat yleistyneet väestössä jo nuorissa ikäryhmissä, hoidon tarve on kasvanut ja masennuksen aiheuttama työ- ja toimintakyvyttömyys on lisääntynyt sekä masennukseen liittyvä itsemurhakuolleisuus ja yritykset ovat tilastollisesti nousussa (Isometsä 2008, 157). Myös masennuslääkkeiden käyttö on kaksinkertaistunut viime vuosien aikana (Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala 2007, 118).

2.1 Masennuksen oireet ja altistavat tekijät

Masentuneen mieliala ja oireet ovat tapauskohtaisia ja yksilöllisiä. Masentunut ihminen kokee olevansa voimaton ja umpikujassa. Masentunut kuvaa usein oloaan ja elämäänsä tyhjäksi, näköalattomaksi ja valottomaksi. Jatkuvat ajatukset omasta mitättömyydestä, osaamattomuudesta ja huonoudesta hallitsevat päivittäistä olemista ja vuorovaikutusta sosiaalisissa suhteissa. Masentunut on usein epävarma ja epäröivä arkisissa tilanteissa,

joista hän on aikaisemmin selviytynyt helposti. Masentuneella voi olla keskittymisvaikeuksia ja vaikeuksia pysyä mukana keskustelussa. (Isometsä 2011, 21; Vuori-Kemilä ym. 2007, 120.)

Yleensä masennukseen liittyy voimakas sairautentunto ja vahva omakohmainen kärsimys. Tyypillisiä oireita ja tuntemuksia ovat väsymys, unettomuus, aloittekyvyttömyys, voimattomuus sekä alakuloinen elämänasenne. Syyllisyyden tunteet, ahdistuneisuus ja tuskaisuus ovat yleisimpiä masennuksen oireita. Masentunut saattaa olla rauhaton, jännittynyt ja pelokas tai hän voi saada ahdistuskohtauksia. Elämästä ja itsestä vieraantumisen tunteet ovat yleisiä. Masentunut saattaa vaikuttaa olemukseltaan selvästi vanhentuneelta tai ilmeettömältä. Masentuneelle saattaa tulla psykomotorista hidastuneisuutta, joka ilmenee hitautena, jäähmytenä ja äärimuodoissaan pysähtyneisyytenä. Masentuneella on usein unihäiriöitä sekä ruokahalun ja painon muutoksia. (Isometsä 2011, 21; Tamminen 2001, 13.)

Jaksottaisuus on tyypillistä masennustilalle, minkä vuoksi yleensä puhutaankin depressioepisodista. Masennustiladiagnoosi edellyttää vähintään kahden viikon kestoista oireilua. Keskeisiä oireita tulee esiintyä lähes päivittäin. Oireet voivat olla joko omakohtaisesti koettuja tai ympäristön havaitsemia. (Salokangas 1997, 41.)

Työuupumuksen ja masennuksen oireet kulkevat usein käsi kädessä. Pitkittynyt työstressi, kireät aikataulut, työn ulkopuolinen kontrollointi sekä epävarmuus työpaikasta lisäävät masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta. Uupuminen voi olla minkä vain psykiatrisen häiriön oire, mutta työuupumuksen määritelmän osat sopivat lähes kokonaan vakavaan masennustilaan. Masennuksen ja työuupumuksen erottaminen on vaikeaa. Työuupumus voi liittyä vain työhön, kun taas masennus ilmenee kaikilla elämän osa-alueilla. Toisaalta työuupumus on korjaantumaton ja pitkän aikavälin kehityksen tulos. (Rovasalo 2011, 248.)

Yli kaksi kolmasosaa vakavista masennustiloista alkaa jonkin merkittävän yksittäisen tai useamman negatiivisen elämänmuutoksen jälkeen. Tyypillisiä muutoksia ovat esimerkiksi avioero tai muu parisuhteen päättymisen, työpaikan menettäminen, oma tai lähiomaisen vakava sairastuminen, läheisen kuolema tai vakavat ongelmat läheisissä ihmissuhteissa. Keskeisiä masennustilojen laukaisijoita ovat erilaiset menetykset ja syvät pettymykset läheisissä ihmissuhteissa tai tärkeissä sosiaalisissa rooleissa, varsinkin jos henkilö kokee menettäneensä jotakin korvaamatonta, joutuneensa umpikujaan tai tulleen nöyryytetyksi. (Isometsä 2008, 164.)

Masennustiloja esiintyy tietyissä väestöryhmissä useammin kuin muissa. Masennukselle alttiita väestöryhmiä tilastollisesti ovat naiset, yksin asuvat, eronneet, lesket, matalassa sosioekonomisessa asemassa olevat, vähän koulutetut, työttömät, pienten lasten äidit, kroonisesti somaattisesti sairaat, tupakoivat, päihdeongelmaiset ja muista mielenterveydenhäiriöistä kärsivät ihmiset. Masennuksen nähdään myös olevan sekä perinnöllisten, neurobiologisten, psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden monimutkaisen yhteisvaikutuksen seurausta. Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan masennusta

psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden näkökulmasta. (Toivio & Nordling 2009, 107.)

Masennuksella on vakavia, joskus jopa peruuttamattomia seurauksia. Kai-kista itsemurhista noin kaksi kolmasosaa liittyy mielialahäiriöön. Masen-nukseen tai kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyviä itsemurhia tapahtuu Suomessa vuosittain noin 600 - 700. Itsemurhayrityksiä tapahtuu toteutu-neisiin itsemurhiin nähden vähintään kymmenkertainen määrä. Potilailla, joilla on vakava masennus, itsemurhayritysten esiintyvyys vaihtelee huo-mattavasti riippuen masennustilan tasosta, korkeimmillaan se on vakavan masennustilan aikana. Vaikka aikaisemmat yritykset ja huono sosiaalinen tuki ovat riskitekijöitä, ratkaisevin tekijä itsemurhayritykseen on kuitenkin masennuksen kesto. (Holma, Melartin, Haukka, Holma, Sokero & Isomet-sä 2010; Karila & Kokko 2008, 6.)

Masentuneen mielialan takana voi olla sulkeutunut vihan tunne, jolle ei ole löydetty keinoa purkautua. Vihan kääntyminen itseä kohtaan voi altis-taa itsemurha-ajatuksiin, itsemurhan yritykseen tai itse tekoon. Masentu-neen hoidossa tulee aina sulkea pois itsemurhan mahdollisuus kysymällä suoraan itsemurha-ajatuksista. Itsemurhan riski on sitä suurempi, mitä konkreettisemmin ihminen on sen suunnitellut. Itsemurhaa yrittänyt tai si-tä harkitseva masentunut ihminen on syytä lähettää sairaalahoitoon välit-tömästi. Masentuneet ovat hyvin hoitomyönteisiä ja motivoituneita, joten vastentahtoista hoitoa ei yleensä tarvitse toteuttaa. (Tamminen & Achte 1987, 71; Vuori-Kemilä ym. 2007, 121.)

Itsemurha-ajatusten taustalla on usein pyrkimys päästä eroon sietämättö-mäksi koetusta tunnetilasta, etenkin jatkuvasta masennuksesta ja ahdistuk-sesta sekä etsiä ulospääsyä toivottomalta tuntuvasta umpikujasta. Kuole-man sijasta monet hakevat helpotusta ja rauhaa, sillä itsetuhon suunnittelu voi antaa tunteen elämänhallinnan säilymisestä itsellä loppuun saakka. It-semurha-ajatukset ovat yleensä merkki vakavasta mielenterveyden järk-kymisestä, joten ne ovat aina aihe hakeutua hoitoon. (Heiskanen & Salo-nen 1997, 165.)

Kiiltomäki (2004, 15) viittaa lisensiaattitutkimuksessaan Järventien tutki-mukseen, jonka mukaan Järventie ei näe itsemurhaa yksittäisenä, spon-taanina tekona vaan kokonaisen prosessin tuloksena. Useiden ongelmien kasaantuessa ihminen kokee olevansa loukussa eikä löydä ulospääsyä. Tässä loukussa ihminen ahdistuu ja luovuttaa. Loukku voi purkaantua ja muutos tapahtua mutta jos näin ei käy, prosessi etenee sillä elämän jatka-minen loukussa ei ole haluttu vaihtoehto. Riittävän aikainen avun saami-sen kokemus ennaltaehkäisee prosessin etenemistä.

2.2 Masennuksen luokittelu

”Kun masentuneisuus muuttuu vallitsevammaksi, pitkäkestoisemmaksi tunteeksi tai olotilaksi, käytetään käsitettä masentunut mieliala, joka ei enää ole ohimenevä tunnetila, vaan tunne muuttuu pitkäaikaiseksi mieli-alan alentuneeksi vireeksi. Se voi kestää yhtäjaksoisesti useita päiviä, viikkoja, kuukausia tai jopa vuosia. Jos masentuneeseen mielialaan liittyy

mutakin oireita kuin mielialan lasku, oireista käytetään psykiatriassa nimitystä masennusoireyhtymä eli syndrooma tai masennustila eli kliininen depressio ja se luokitellaan mielenterveyden häiriöksi.” (Toivio & Nordling 2009, 104.)

Maailman terveysjärjestö WHO on kehittänyt ICD luokituksen (International Classification of Diseases) mielenterveyden häiriöiden luokitteluun. Suomessa käytetään ICD-10 luokitusta (Liite 1) virallisena mielialahäiriön luokittelun perusteena. ICD-10:ssä masennustilat jaetaan oireiden ja laadun perusteella seuraavasti:

Taulukko 1. Masennuksen jaottelu

	Masennuksen vaikeusaste
4 oiretta	Lievä
6 oiretta	Keskivaikea
8 oiretta	Vaikea
	Psykoottinen

(Luhtasaari 2010.)

Tutkimus- ja opetustyössä käytetään toista kansainvälistä, DSM-IV-luokitusjärjestelmää (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (Liite 2). Molemmat luokitusjärjestelmät perustuvat vuosien ja vuosikymmenien työhön yhteisesti hyväksytyjen kriteerien löytämiseksi. (Sinkkonen 2005, 139.) ”Masennustilat jakautuvat kliinisiin alaryhmiin, joita ovat mm. somaattinen oireyhtymä eli melankolinen depressio, epätyypillinen masennus, psykoottinen masennus, synnytyksen jälkeinen masennustila ja vuodenaikaan liittyvä masennustila” (Luhtasaari 2010).

Romakkaniemi (2011, 107) kertoo tutkimuksessaan, että masennuksesta puhuminen on yleistä, ja että useimmilla ihmisillä on kokemusta masentuneesta mielialasta. Jossakin vaiheessa masennuksesta tulee diagnosoitava, hoitoa vaativa sairaus. Masennus-diagnoosi voi olla helpottava mutta myös ristiriitaisia tunteita herättävä, omaan kokemusmaailmaan sopimaton ja vieras.

2.2.1 Melankolinen depressio

Melankolinen depressio eli somaattinen oireyhtymä on vaikea-asteinen ja usein psykoottinen. Tyypillisiä oireita ovat aamuyön unettomuus, masentuneen mielialan vaikeusasteen vaihtelu vuorokauden ajan mukaan, psykomotoriset muutokset, ruokahalun menetys sekä voimakkaat syyllisyydentunteet. (Isometsä 2011, 22.) Melankolista depressiota hoidetaan biologisin hoitomuodoin, kuten masennuslääkkeillä ja aivosähköhoidolla.

2.2.2 Epätyypillinen masennus

Epätyypillisen masennustilan oireita ovat niin kutsutut vegetatiiviset oireet eli liikaunisuus, lisääntynyt ruokahalu ja painon nousu. Potilaan masentunut mieliala on reaktiivinen eli kielteiset ja myönteiset ympäristötekijät

vaikuttavat vahvasti tunnevireeseen. Epätyypillisen masennuksen käsitettä ei ole vielä hyväksytty ICD-10-luokitukseen, mutta DSM-IV-luokitukseen se sisältyy. (Isometsä 2008, 161.) Epätyypillisen masennustilan lääkehoito eroaa jonkin verran muiden masennustilojen lääkehoidosta.

2.2.3 Psykoottinen masennus

Psykoottiset masennukset ovat vaikeimpia masennustiloja. Niiden oirekuvaan liittyy vaikean masennustilan oireiden lisäksi psykoottisia oireita, kuten harhaluulot ja aistiharhat sekä depressiivinen stupor eli sulkutila, täydellinen lamaantuminen. Useimmiten psykoottiseen masennukseen liittyy somaattinen oireyhtymä eli melankolinen depressio. (Isometsä 2008, 160.)

Psykoottista masennusta hoidetaan psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa, useimmiten sairaalan osastohoidossa tai tiiviissä avohoidossa. Hoitomuodoista tehokkain, turvallisin ja suositeltavin on aivojen sähköhoito. Myös masennuslääkehoito on todettu tehokkaaksi, joskin sen rinnalla on syytä käyttää psykoosilääkehoitoa. (Käypähoito 2010.)

2.2.4 Synnytyksen jälkeinen masennus

Synnytyksen jälkeisellä masennustilalla tarkoitetaan DSM-IV luokituksessa neljän viikon kuluttua synnytyksestä alkavaa vakavaa masennustilaa. Suurella osalla masentuneista äideistä on ollut masennusta tai muuta psyykkistä oirehdintaa jo ennen äitiyttä. Synnytyksen jälkeisen masennuksen oireet ovat masennuksen perusoireita, kuten mielialan lasku, mielenkiinnon ja mielihyvän menettäminen sekä lisääntynyt väsyneisyys. Mielenkiinnon ja mielihyvän menettäminen synnytyksen jälkeisessä masennuksessa esiintyy siten, ettei äiti voi iloita vauvastaan ja nauttia äitiydestään. Lisäoireista korostuvat syyllisyyden, häpeän ja arvottomuuden tunteet, erityisesti äitiyteen liittyen. (Isometsä 2011, 22; Sarkkinen & Juutilainen 2011, 338–339.)

Synnytyksen jälkeistä masennusta voi olla sekä lievää, keskivaikeaa että vaikeaa. Hoitomuotoina ovat niin lääkehoito kuin psykoterapiakin, yhdessä vertaistuen ja avohuollon tukitoimien kanssa. Avohuollon tukitoimia ovat muun muassa lastensuojelun perhetyö ja avoin päiväkotitoiminta. Psykoterapia tulee aloittaa, jos äidin ja vauvan välinen vuorovaikutus on vaarassa häiriintyä tai on jo ongelmallinen tai häiriintynyt äidin masennuksen vuoksi. Koko perhe otetaan aina mukaan hoitoprosessiin, muun muassa perhe- ja paritapaamisiin. Tarvittaessa myös isälle ja vauvalle järjestetään omia tapaamisia. (Sarkkinen & Juutilainen 2011, 347–348.)

2.2.5 Vuodenaikaan liittyvä masennustila

Talvikauteen ja pimeyteen liittyy niin sanottu kaamosmasennus. Kaamosmasennuksen tyypillisiä oireita klassisten masennusoireiden lisäksi ovat pimeään talvikauteen liittyvä väsymys, liikanukkuminen ja lisääntynyt ruokahalu, etenkin runsas halu hiilihydraatteja sisältäviin ruokiin. Vuodenaikaan liittyvät mielialahäiriöt toistuvat säännöllisesti tiettyinä vuoden-

aikoina ja oireet lievittyvät vuodenajan vaihtuessa. Vuodenaikaan liittyvää määritettä ei ole ICD-10-luokituksessa, sen sijaan DSM-IV-luokituksesta se löytyy. (Isometsä 2008, 161; Isometsä 2011, 23.)

Kaamosmasennuksen oireet toistuvat usein lähes samaan aikaan talvesta. Suomessa ruska tai lumentulo saattavat vaikuttaa masennuksen alkamiseen eri vuosina. Yleisimmin oireet ilmestyvät lokakuussa ja voimistuvat muutaman viikon ajan, maaliskuussa oireet alkavat väistyä. Vaikeinta aikaa kaamosmasentuneelle on marras- ja tammikuu. Kaamosmasennuksen oireet voivat poistua itsestäänkin ilman hoitoa kesän ajaksi, mutta suositeltavia hoitomuotoja ovat lääkehoito ja kirkasvalohoito, unohtamatta kunto liikuntaa. (Partonen 2011, 382–384.)

3 MASENNUKSEN HOITOMENETELMÄT

Masennusta kokevan tulee saada apua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Masennuspotilaan hoito aloitetaan kokemusten ja huolien kuuntelemisella. Samalla se laajenee masentuneen ja hänen lähipiirinsä voimavarojen etsimiseen ja vahvistamiseen. On tärkeää, että masentunut tunnistaa tilansa, hyväksyy sen sekä ottaa apua vastaan riittävän ajoissa. Masentuneen hoidossa on tärkeää ylläpitää toivoa, sillä toivo vahvistaa mahdollisuutta muutokseen. Tärkeää on myös keskustella voimaa antavista positiivisista asioista ja ajatuksista. (Noppiari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 201–203.)

Romakkaniemi (2011, 110) on tutkinut masennuksesta kuntoutumista. Tutkimuksessa mielenterveystoimistoon lähtemisen kynnyks oli monilla tutkittavilla korkea, sillä yhteydenotto mielenterveystoimistoon merkitsi oman sairauden myöntämistä. Hoitoon hakeutuminen olisi koettu leimaantumisenä. Kuitenkin kynnyksen ylitettyään tutkimukseen osallistuneet ajattelivat käsityksensä muuttuneen ja omat ajatukset tuntuivat jälkeensä huvittavilta.

Masennustilan hoidossa voidaan käyttää sekä biologisia, psykologisia että potilaan sosiaaliseen ympäristöön vaikuttavia menetelmiä. Masennuksen luonteesta ja vaikeusasteesta riippuen hoidon ohjautuminen ja toteutuminen on yksilöllistä ja hoito voi tapahtua monella tavalla. Sekä lääkehoito että psykoterapeuttinen hoitoarvio ovat tärkeitä kokonaisvaltaisessa hoidossa. (Isometsä 2008, 181; Psykoterapiat 2010, 43.)

Lievissä ja keskivaikeissa masennuksissa psykoterapia on havaittu hyväksi hoitomuodoksi, vaikeissa masennuksissa painotus on biologisilla hoidoilla. Lievimmissä masennuksissa hoidoksi voidaan valita joko lääkehoito tai terapia, potilaan toiveiden ja paikallisten olosuhteiden mukaan. Lääkitys olisi syytä aloittaa aina, kun masennus on vähintään keskivaikea tai pitkittynyt. Psykoterapia saattaa tehotta lääkkeitä paremmin trauma- ja kokeneille potilaille. Samoin terapia on usein tarpeen, kun potilaalla on merkittäviä psykososiaalisia stressitekijöitä, mielensisäisiä ristiriitoja, ihmissuhdeongelmia tai persoonallisuushäiriö. (Haarala ym. 2010, 12.)

3.1 Biologiset hoitomuodot

Masennusta hoidetaan useilla eri menetelmillä, pääasiallisesti kuitenkin biologisilla sekä psykologisilla keinoilla. Masennuksen biologisista hoidoista lääkehoidolla on paras tieteellinen näyttö tehon puolesta. Lääkehoito tulee aloittaa aina, jos masennus on vaikea-asteinen. Toinen vähintään yhtä tehokas biologinen hoitomuoto on sähköhoito. Sähköhoitoa käytetään kun halutaan nopea apu masennukseen ja etenkin, jos vaikea-asteiseen masennukseen liittyy psykoottisuutta tai itsetuhoisuutta. (Terve Media Oy n.d.)

3.1.1 ECT-hoito

”Olen saanut sähköhoitoa kaksi kertaa. Ensin se auttoi varsin väliaikaisesti ja puolinaisesti, toisella kertaa vähintäänkin monin verroin pitemmäksi ajaksi ja kokonaisvaltaisesti. Mutta jo ensimmäisellä kerralla tapahtui suuri ihme; muutaman sähköshokin jälkeen Suuri Tuntematon veti miekan sydämestäni. Sitä ei kertakaikkiaan enää ollut. Tuska oli poissa.” (Furman & Valtonen 2000, 51)

Aivojen sähköhoito (Electroconvulsive Therapy, ECT) on tehokas hoitomuoto etenkin sellaisten masennustilojen hoitoon, joihin liittyy somaattinen oireyhtymä, pakonomaisia vakavia itsemurha-ajatuksia tai psykoottisia oireita (Partonen, Lönnqvist & Syvälahti 2008, 733). Etenkin syvässä masennuksessa sähköhoidon vaikutus on sekä tehokkaampi että nopeampi kuin psyykenlääkkeillä. Sähköhoito on turvallinen hoitomuoto ja sitä voidaan käyttää menestyksellisesti niillä potilailla, jotka ovat herkkiä psyykenlääkkeiden haittavaikutuksille. Sähköhoidon keskeisin haittavaikutus on muistihäiriö, se on palautuva mutta joskus sen korjaantumiseen voi mennä useita viikkoja. (Leinonen 2002, 254–256.)

Sähköhoito perustuu useasti toistettuun aivojen sähköstimulaatioon, joka aiheuttaa muutoksia hermovälittäjäainejärjestelmissä. Sähköhoidon tulokset näkyvät lähes välittömästi, masentuneen ruokahalu ja unen laatu paranevat sekä mieliala kohenee. Hoidon vaikutuksen kesto kuitenkin on yksilöllistä, joillakin masennus voi väistyä pitkäksi aikaa, kun taas toisilla masennus voi uusiutua piankin. Tästä syystä sähköhoitoa annetaan myös niin sanottuna ylläpito-hoitona. (Leinonen 2002, 254; Peltola 2004.)

3.1.2 Lääkehoito

”Asianmukainen lääkitys lievittää ja lyhentää merkittävää osaa masennustiloista sekä estää jaksoittain toistuvia masennuksia. Käytettävissä on useita masennuslääkkeitä, jotka ovat rakenteeltaan, haittavaikutuksiltaan ja teholtaan erilaisia” (Huttunen 2008, 102). Masennuslääkkeillä eli antidepressiivisillä lääkkeillä vaikutetaan aivojen välittäjäaineisiin, tavallisimmin noradrenaliiniin ja serotoniiniin pitoisuuksiin. Masennuslääkkeiden vaikutus alkaa hitaasti ja yleensä mieliala alkaa kohentua vasta toisesta tai kolmannesta hoitoviikosta eteenpäin. (Brewin 1998, 127; Nurminen 2006, 276.)

Masennuslääkkeitä on useita ja lääkitys valitaan aina yksilöllisesti. Tavallisimpia masennuslääkkeitä ovat selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät (SSRI-lääkkeet, selective serotonin reuptake inhibitors) sekä serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjät (SNRI-lääkkeet). Näiden lisäksi masennuksen hoidossa käytetään varsin yleisesti myös jo 1950-luvulla kehitettyjä trisyklisiä lääkkeitä. (Hujala & Tiainen 2009, 97; Huttunen 2008, 102.)

Trisyklisiä masennuslääkkeitä on käytetty masennuksen hoidossa jo pitkään. Ne lisäävät serotoniinin ja noradrenaliinin määrää hermopäätteissä. Trisyklisten lääkkeiden käyttöä haittaavat niiden runsaat sivuvaikutukset, joita ovat muun muassa väsymys, suun kuivuminen ja huimaus. Sivuvaikutusten johdosta trisyklisten lääkkeiden käyttö masennuksen hoidossa on vähentynyt. Lisäksi trisykliset masennuslääkkeet ovat yliannostuksina vaarallisia ja tämä on huomioitava itsemurhavaarassa olevan potilaan kanssa. Trisyklisistä masennuslääkkeistä käytetään eniten amitriptyliiniä ja doksepiinia, joiden väsyttävä vaikutus voidaan hyödyntää potilailla, jotka kärsivät unihäiriöistä ja ahdistuksesta, sillä tällöin ei tarvitse käyttää erillistä unilääkitystä. (Nurminen 2006, 278; Toivio & Nordling 2009, 245.)

Selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät lisäävät serotoniinin vaikutusta hermosolujen välillä. SSRI-lääkkeillä saattaa hoidon alussa esiintyä lievää pahoinvointia ja päänsärkyä, mutta oireet loppuvat nopeasti ja sivuvaikutukset ovat varsin vähäisiä vanhempiin masennuslääkkeisiin verrattuna. SSRI-lääkkeitä siedetään paremmin kuin trisyklisiä masennuslääkkeitä. Masennuslääkehoidossa ei kuitenkaan saa käyttää samanaikaisesti kahta SSRI-lääkettä, sillä seurauksena voi olla hengenvaarallinen serotoniinioireyhtymä. Serotoniinioireyhtymän oireita ovat muun muassa kuumetta, hikoilu, sekavuus, kiihtyneisyys, takykardia, hypertensio, vatsakrampit ja ripuli. (Noppari ym. 2007, 69; Nurminen 2010, 142; Salokangas 1997, 194; Toivio & Nordling 2009, 244–245.)

Serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjien eli SNRI-lääkkeiden hoitovaikutus perustuu niiden kykyyn estää trisyklisten masennuslääkkeiden tapaan sekä serotoniinin että noradrenaliinin takaisinottoa. SNRI-lääkkeiden etu on se, ettei niillä ole trisyklisten masennuslääkkeiden aiheuttamia antikolinergisiä tai antihistamiinisia haittavaikutuksia. SNRI-lääkkeistä käytetään tavallisimmin duloksetiiniä ja venlafaxiinia. Näiden lääkkeiden haittavaikutukset ovat hyvin samantyyppisiä kuin SSRI-lääkkeillä, mutta erityisesti venlafaksiinin aloitusvaiheessa on syytä seurata verenpainetta (Huttunen 2008, 109; Leinonen 2002, 248–249.)

Lääkehoitoa tulee jatkaa riittävän pitkään, jotta se vaikuttaa toivotulla tavalla. Ilman masennuslääkitystä masennusoireet voivat kestää keskimäärin ½-1 vuotta. Lääkehoito lyhentää oireiden kestoa merkittävästi, ja ilman lääkehoitoa riski sairauden kroonistumiseen ja uusiutumiseen kasvaa. Ilman lääkehoitoa myös psykoterapian toteutus on vaikeampaa. Vaikka potilas olisi suurimman osan hoitoajasta oireeton, tulisi lääkehoitoa silti jat-

kaa vähintään 4-6 kuukautta. (Hujala & Tiainen 2009, 98; Spoo & Syvälahti 1996, 25–26.)

3.2 Psykososiaaliset hoitomuodot

Psykososiaalinen hoito on keskustelun tai yhdessä tekemisen kautta tapahtuvaa vuorovaikutusta hoitajan tai terapeutin sekä masentuneen välillä. Hoitoon voi osallistua masentunut yksin, pariskunta tai koko perhe. Psykososiaalisten hoitojen nimikkeet vaihtelevat riippuen toimintaympäristöstä ja työntekijän ammattinimikkeestä. Nimikkeinä voidaan käyttää esimerkiksi terapia, psykoterapia, sosiaaliterapia, keskustelu sekä yleinen tukeminen. Hoidossa voi korostua enemmän joko psyykinen työskentely tai vuorovaikutukseen ja elämänoloihin liittyvä toiminta. (Mäkelä 2005.)

Psykososiaalisen hoidon tavoitteina ovat haitallisten tapojen ja tottumusten väheneminen, oma-aloitteisuuden lisääntyminen, uusien taitojen oppiminen sekä myönteisten ja realististen minäkäsitysten omaksuminen. Psykososiaalisten hoitojen pyrkimys on päästä realistiseen minäkäsitykseen, lisätä mielekkyyttä elämän eri alueilla sekä parantaa masentuneen elämän laatua. (Toivio & Nordling 2009, 279–280.)

3.2.1 Hoitosuhde

Masennuksen hoidon peruspilari on turvalliseksi koettu luottamuksellinen hoitosuhde potilaan ja hoitajan välillä. Hoitosuhde on yksilöllinen potilaan tarpeet huomioiva yhteistyösuhde, jossa potilaan ja hoitajan arvot ja arvotukset kohtaavat. Yhteistyösuhteessa keskeistä on vuorovaikutus, kuunteleminen, yhteiset sopimukset ja aito läsnäolo. Dialoginen vuorovaikutus korostuu yhteistyösuhteessa; empaattisuus ja kuuntelemisen taito tulee välittyä dialogissa potilaan kanssa ja hoitajan tulee välittää luottamusta ja turvallisuutta. (Haarala ym. 2010, 40; Noppari ym. 2007, 202; Salokangas 1997, 161.)

Hoitosuhteessa dialoginen vuorovaikutus tarkoittaa yhdessä työskentelyä, jonka tavoitteena on yhteinen ymmärrys. Työskentely sisältää aktiivista sitoutumista keskusteluun, osallistumista sekä reagoimista. Dialogisessa vuorovaikutuksessa oleellista on avoin ja vilpitön ilmaisu sekä kunnioittava suhtautuminen vuoropuhelun ja vuorokuuntelun aikana. (Opetushallitus 2011.)

Hoitosuhde tarjoaa masentuneelle auttavan vuorovaikutussuhteen, jossa ammattihenkilö toimii masentuneen kasvun, muutoksen ja kehityksen apuvälineenä. Auttavassa vuorovaikutussuhteessa masentunut hyväksyy yksilönä arvoineen ja oikeuksineen. Hoitosuhteessa olevan ammattihenkilön tulee olla aito ja rehellinen omista tunteistaan sekä hänellä tulee olla valmius kuunnella, ymmärtää ja hyväksyä erilaista kritiikkiä. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 14–15.)

Hoitosuhteessa masentuneella on mahdollisuus puhua itsestään, elämästään ja tunteistaan. Parhaimmillaan se on aktiivista yhteistyötä, jonka ta-

voitteena on masentuneen hyvinvoinnin lisääminen sekä terveyden edistäminen. Hoitosuhdetta voi vaikeuttaa masentuneen vastarinta hoitoa kohtaan, jolloin hän saattaa esimerkiksi vaieta tai poistua paikalta. (Mäkelä ym. 2001, 23–24.)

Hoitosuhteessa mitkään tunteet eivät ole kiellettyjä ja kaikista tunteista voidaan puhua. Tunteensiirto tarkoittaa masentuneen asenteiden sekä tunteiden siirtymistä hoitosuhteeseen. Hoitosuhteessa tulee olla vuorovaikutustilanteeseen salliva ilmapiiri, jolloin masentunut rohkaistuu puhumaan vaikeistakin asioista. Vastatunteensiirto voi estää hoitosuhdetta etenemästä. Vastatunteensiirrossa on kysymys ammattihenkilön tunteista masentunutta kohtaan. Tällöin ammattihenkilö pyrkii toistamaan aikaisempia ihmissuhteitaan hoitosuhteessa, jolloin hoitosuhteesta voi olla enemmän haittaa kuin hyötyä masentuneelle. (Mäkelä ym. 2001, 24–25.)

Hoitosuhde masentuneen ja hoitajan välillä vaihtelee yhdestä tapaamisesta useamman vuoden kestäviin prosesseihin. Jokaisen hoitosuhteen alussa sovitaan heti tapaamisten ajasta, tiheydestä ja kestosta. Taustalla ohjaa masentuneen hoitosuunnitelma, johon on saatettu kirjata muun muassa työskentelytavat ja tavoitteet keskustelujen sisällöille. Hoitosuhde etenee prosessina, jossa on aloitus-, työskentely- ja lopetusvaihe. (Kuhanen ym. 2010, 166.)

Hoitosuhteessa aloitusvaiheen tehtävät painottuvat yksilöllisesti eri tavalla. Aluksi hoitaja ja masentunut tutustuvat toisiinsa muodostaakseen luontevan sekä keskinäisen suhteen. Hoitosuhde on tietoinen yhteistyösopimus, joka velvoittaa molempia osapuolia. Sopimukset ovat joustavia ja niitä voidaan muuttaa hoitosuhteen kuluessa niin, että masentunut saa hoitosuhteesta tarvittavan tuen selviytyäkseen. (Hyväri 2004.)

Hoitosuhteen toinen vaihe on työskentelyvaihe. Työskentelyvaiheen aikana masentunut tuo enemmän esille omia tunteitaan sekä henkilökohtaisia asioitaan. Hoitosuhteessa masentuneen tunteet saavat enemmän tilaa, masentunut pääsee elämään tunteitaan sekä jakamaan niitä hoitajan kanssa. Työskentelyvaiheessa voi esiintyä voimakasta tunteensiirtoa ja vastarintaa, jolloin masentunut ei halua puhua mitään. (Hyväri 2004.)

Hoitosuhteen tarkoituksena on antaa masentuneelle tukea siihen saakka, että hän pystyy toimimaan itsenäisesti sekä ottamaan vastuuta itsestään. Lopetusvaiheessa masentunut ei välttämättä ole selvinnyt kokonaan ongelmistaan tai oppinut hallitsemaan ongelmiaan. Lopetusvaihe on usein kompromissi hoitosuhteen alussa tehdylle suunnitelmalle ja toivotuille muutoksille. Hoitosuhteessa lopetusvaiheelle tulisi varata aikaa ja masentuneen kanssa tulisi käyttää eri tapaamiskertoja hoitosuhteen päättymisestä keskustelemiseen. Lopetusvaiheessa käydään läpi masentuneen kokemuksia, hoidon aikana tapahtuneita muutoksia sekä mietitään tulevaisuutta. Masentuneen kanssa pyritään ennakoimaan ongelmia sekä pohditaan, miten niistä voi selviytyä. (Hyväri 2004.)

3.2.2 Psykoterapiat

Psykoterapia on oleellinen ja vaikuttava osa masennuksen hoitoa. Se sisältyy sekä kansallisiin että kansainvälisiin masennuksen hoitosuosituksiin. Psykoterapialla hoidettujen potilaiden tilanne hoidon jälkeen on tutkimusten mukaan selvästi parempi kuin hoidotta jääneillä. (Kontunen 2011, 85.)

Psykoterapialla tarkoitetaan potilaan ja hoitavan henkilön keskustelemalla tapahtuvaa yhteistyöprosessia. Psykoterapia voidaan määritellä keinoksi saada tietoisesti ja ammatillisesti toisessa ihmisessä aikaan psyykkisiä muutoksia keskustelemalla ja psykologisen vuorovaikutuksen kautta. Päämääränä terapiassa on lievittää tai poistaa psyykkisiä häiriöitä ja niiden aiheuttamia kärsimyksiä. Kognitiiviset ja interpersoonalliset psykoterapiatekniikat ovat parhaiten tutkittuja terapiamuotoja masennuksen hoidossa. (Leinonen 2002, 66; Psykoterapiat 2010, 46.)

Saarinen (2010, 27–28) korostaa psykoterapian olevan yhteistyösuhde ja prosessi, jossa edetään sekä suunnitelmallisesti että intuitiivisesti. Keskeisiä työskentelyn kohteita ovat terapeutin ja asiakkaan välillä syntyvät ajatukset, tunteet ja toimintaimpulssit. Näitä ajatuksia ja tunteita tutkitaan muissakin senhetkisissä ja menneissä ihmissuhteissa.

Valkonen (2007, 113) on tutkinut masennuksen vuoksi psykoterapiaan hakeutuneiden ihmisten kokemuksia psykoterapian vaikutuksista, heidän käsityksiään masennuksensa muutoksista ja terapian merkityksiä osana ihmisten sisäisiä tarinoita. Selitykset masennuksen lievittymisestä psykoterapian avulla voitiin luokitella neljään kategoriaan, joiden pohjalta rakennettiin neljä ideaalityypistä kuvausta masennuksen lievittymisestä. Ensimmäisessä ideaalityypissä masennuksen helpottuminen liitettiin terapian myötä saatuun lisääntyneeseen tietoon masennuksen syistä. Toisessa ideaalityypissä masennuksen lievittyminen liitettiin terapiaprosessiin ja siitä saatuihin uusiin suhtautumistapoihin ja vaihtoehtoisten näkökulmien löytämiseen. Kolmas ideaalityyppi selitti masennuksen muutosta terapeutin persoonaan ja terapiasuhteeseen liittyvillä tekijöillä. Neljännessä ideaalityypissä masennuksen lievittyminen nähtiin seurauksena terapian ulkopuolisista tekijöistä.

Psykoterapiaa voivat antaa psykoterapiakoulutuksen suorittaneet henkilöt, jotka ovat peruskoulutukseltaan esimerkiksi psykiatreja, erikoissairaanhoidtajia, psykologeja, teologeja tai sosiaalityöntekijöitä. Masentuneen hakeutuessa julkisen terveydenhuollon tarjoamaan psykoterapiaan, hänet ohjataan sen terapeutin vastaanotolle, jolla on vapaita aikoja. Haettaessa psykoterapiaa Kelan kuntoutuksena masentunut tarvitsee psykiatrin lähetteen, missä arvioidaan tarve psykoterapialle. Yksityisellä sektorilla asiakas maksaa psykoterapiastaan itse ja hänellä on mahdollisuus valita oma psykoterapeuttinsa. (Mielenterveyden keskusliitto 2012.)

Interpersoonallinen psykoterapia eli IPT on lyhyt psykoterapeuttinen hoitomuoto masennuksesta kärsiville avohoitopotilaille. Se koostuu tavallisesti noin kahdestakymmenestä viikoittaisesta hoitokerrasta ja lähtökohtana on käsitys, että masennustila on alkanut jonkin kielteisen elämänmuutoksen jälkeen. Oletuksena on, että oireet helpottuvat, kun ihminen oppii

ymmärtämään elämäntilanteensa stressitekijöiden ja masennusoireiden välisiä yhteyksiä ja oppii ratkaisemaan ihmissuhteisiin ja omiin rooliodotuksiinsa liittyviä ongelmia. (Isometsä 2008, 190; Kontunen 2011, 97.)

Interpersoonallinen psykoterapia voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen. Ensimmäisen vaiheen aikana luodaan käsitys hoidosta sekä muodostetaan hoidolle tavoitteet. Tämän vaiheen aikana masentunut saa tietoa masennuksesta sairautena ja saa rohkeutta jatkaa normaaleja elämäntoimintoja ilman, että olettaa heti toimivansa, kuten ennen sairastumistaan. Toinen vaihe havainnollistaa ja kohdentaa masennuksen vaikutusta ihmissuhdeongelmiin ja kolmas vaihe keskittyy vahvistamaan opittua ja auttaa varautumaan tulevaisuudessa vastaaviin ihmissuhdeongelmiin ajoissa. (Brewin 1998, 155.)

”Kognitiivinen psykoterapia perustuu tavoitteellisuuteen, tutkivaan yhteistyösuhteeseen ja aktiiviseen tasavertaiseen vuorovaikutussuhteeseen” (Hakanen 2008, 14). Lähtökohtana ovat masentuneen kokemat oireet ja ongelmat, ja usein on voitu osoittaa näiden oireiden helpottumista jo lyhytkestoisessa terapiassa. Terapiassa vahvistetaan masentuneen itsereflektiota, vaihtoehtoista ajattelua ja etsitään uudenlaisia toimintatapoja. (Kuusinen 2003, 12; Leinonen 2002, 66.)

Terapiassa huomio kohdistuu kielteisiin ajatuksiin sekä ehdottomiin ja jäykkiin uskomuksiin. Kognitiivinen malli ohjaa sekä terapeuttia että masentunutta käsitteellistämään, miten masennus on ymmärrettävissä, mikä sitä ylläpitää ja mitä pitäisi muuttaa. Terapiassa masentunut oppii terapeutin avustamana taitoja, joiden avulla hän pystyy tunnistamaan välittömiä mieleen tulevia kielteisiä ajatuksiaan, näkemään vaihtoehtoisuutta ja muuttamaan ajatuksiaan paremmin tilanteeseen sopivaksi. (Karila 2011, 93.)

Psykodynaaminen psykoterapia soveltuu masennuksen akuuttihoitoksi sekä erityisesti pitkäaikaiseen tai vaikeutuneeseen masennukseen liittyvän psyykkisen haavoittuvuuden hoitoon. Terapiaa voidaan toteuttaa sekä yksilö-, ryhmä- että pari- tai perheterapiamuotoisena. Psykodynaaminen psykoterapia kattaa laajan joukon psykoanalyysin pohjalta kehitettyjä lyhyt- ja pitkäkestoisten dynaamisten terapioiden muotoja. (Lindfors 2011, 89.)

Lyhytpsykoterapia sopii masentuneille, joiden sairauden on laukaissut jokin yksittäinen tekijä ja sen seuraukset ovat hoitoa aloitettaessa edelleen ajankohtainen ongelma. Lyhytpsykoterapia sopii lähinnä potilaille, joilla on lievä tai korkeintaan keskivaikea masennus, ongelmat ovat kapealajaisia ja joiden yleiset hoitoedellytykset ovat hyvät. (Isometsä 2008, 189–190.)

Ratkaisukeskeisen psykoterapian ajatus on, että todellisuus muodostuu kielestä, kielenkäytöstä ja toiminnasta yhdessä ja että asiat voidaan selittää monin tavoin. Tapa ilmaista asioita vaikuttaa siihen, miten niitä yritetään ratkaista. Ratkaisukeskeisen terapian kolme ydinperiaatetta ovat: korjaa vain sitä, mikä on rikki, tee enemmän sitä, mikä toimii ja tee muuta kuin

sitä mikä ei toimi. Monimutkaiset ongelmat eivät aina vaadi monimutkaisia ratkaisuja. (Toivio & Nordling 2009, 260.)

Ratkaisukeskeisen terapian tarkoituksena on kääntää ongelmat tavoitteiksi ja tutkia, miten näihin tavoitteisiin ja muutenkin mahdollisimman hyvään tilanteeseen voitaisiin päästä. Ratkaisukeskeisessä terapiassa tavoitteet määritellään jonkin uuden myönteisen alkamisena, ei ongelman poistumisenä. Tavoitteiden saavuttamista tuetaan suunnittelemalla, minkälaisia välitavoitteita asiakkaalla tulisi olla ja millaisia tekoja hänen täytyy tehdä päästäkseen kohti haluamaansa päätavoitetta. (Aarnisalo 2011, 102; Saارينen 2010, 67.)

Perheterapian lähtökohtana ovat perheen tarpeet ja perheen motivaatio työskennellä tavoitteidensa ja tarpeidensa mukaisesti. Perheterapia on ammatillinen työmenetelmä, jolla tutkitaan, ymmärretään ja hoidetaan perheen sisäistä tai puolisoiden välistä vuorovaikutusta sekä lievitetään häiriötä, joka aiheuttaa perheenjäsenelle kärsimystä. Tavoitteena on löytää myönteisiä voimavaroja ja muuttaa perheen sisäistä vuorovaikutusta. Perhe- ja pariterapiaa voidaan käyttää itsenäisenä hoitomuotona tai muiden psykoterapioiden tukena. (Luhtasaari 2010; Noppari ym. 2007, 99–100.)

3.3 Sosiaalinen tuki

Sosiaalisella tuella tarkoitetaan yleensä niitä vuorovaikutukseen liittyviä tekijöitä, jotka auttavat ylläpitämään mielenterveyttä. Sosiaalinen tuki on sekä kokemus elinympäristöstä että toimiva sosiaalisten suhteiden verkosto. On mahdollista, että pelkkä sosiaalisen tuen puute altistaa ihmisen masennukselle. Sosiaalisia hoitomuotoja ovat muun muassa perhe- ja paritaapaamiset, ryhmähoidot ja verkostotapaamiset. (Haarala ym. 2010, 12; Isometsä 2008, 180.)

3.3.1 Toiminnalliset ja luovat menetelmät

Luovia ja ilmaisevia menetelmiä käytetään masentuneen hoidossa muiden hoitomuotojen rinnalla. Luovia menetelmiä voivat olla muun muassa kuvallinen ilmaisu, valokuvaus tai videointi, musiikki, kirjallisuus, tanssi ja liikunta sekä draamalliset menetelmät. Näiden menetelmien tavoitteena on auttaa masentunutta löytämään sanoja ja muotoa niille ajatuksille, tunteille ja mielikuville, jotka eivät ole vielä sanallisella tasolla. Tarkoituksena on helpottaa vuorovaikutusta ja päästä tutkimaan lähemmin masentuneen elämäntilannetta ja historiaa, pyrkimyksiä ja haaveita sekä käsitystä itsestä, muista ihmisistä ja ympäristöstä. Vähitellen masentunut voi liittää ajatukset, tunteet, mielikuvat ja toiminnan osaksi omaa itseään ja kenties oma ajattelu voi muuttua ja toiminta tulla tarkoituksenmukaisemmaksi. (Salo-Chydenius 2010.)

Taide on hoitavaa ja sen harrastaminenkin voi olla ihmiselle terapeuttinen kokemus ja itsehoidon väline. Luovuus itsessään on voimavara ja sen avulla on mahdollista ratkaista omaan elämäänsä liittyviä ongelmakohtia ja eheytyä. Taideterapioiden tavoitteena on auttaa masentunutta löytämään

ja kehittämään omia tapojaan ja mahdollisuuksiaan ilmaista tukahdutettuja tunteitaan. Taidevälineen avulla masentunut voi uudelleen kokea näitä tukahdutettuja tunteita eri muodoissa ilman liian suurta ahdistusta ja tavalla, joka on sosiaalisesti hyväksyttävää. (Ahoon-Eerikäinen 13; Smitskamp 21.)

3.3.2 Depressiokoulu

Depressiokoulu on ryhmämuotoinen masennuksen ehkäisy- ja hoitomalli, jossa masennuksen itsehoitoa opiskellaan työkirjan avulla. Hoitomalli perustuu kognitiivisen psykoterapian metodeihin, mutta se ei ole kuitenkaan psykoterapiaa, vaan työskentely pohjautuu psykoedukatiiviseen, strukturoituun kokemuksellisen opiskelun malliin, ja se toteutetaan ohjattuna ryhmäprosessina. (Haarala ym. 2010, 78–79.)

Depressiokoulun päämääränä on vakavien masennustilojen puhkeamisen vähentyminen, masennusjaksojen ja niiden keston lyheneminen sekä masennusjaksojen voimakkuuden lievittäminen. Depressiokouluun liittyy itsehavainnointiin pohjautuvia kotitehtäviä, jotka puretaan ryhmätapaamisissa muiden ryhmäläisten kanssa. Opittuaan riittävästi taitoja masentunut voi käyttää niitä itsenäisesti mielialan kohentamiseen sekä ongelmatilanteiden ehkäisyyn ja selviytymiseen. (Puustinen-Korhonen n.d.)

Depressiokoulu tarjoaa mahdollisuuden vertaistukeen sekä ajatusten vaihtoon muiden samaa kokeneiden kanssa. Depressiokoulussa vertaistuellisella ryhmällä on valmis ja selkeä rakenne, jota ryhmä noudattaa. Oppituntien sisällöt suunnitellaan etukäteen sekä kaikkien ryhmäläisten tulee osallistua ryhmäkerroille aktiivisesti ja säännöllisesti. Depressiokoulun säännöt määrittelevät oppituntien sisällön sekä ryhmän toiminnan. (Rajamäki 2009.)

3.3.3 Vertaistukiryhmät

Vertaistuki on vapaamuotoisesti tai organisoidusti järjestettyä apua ja tukea. Vertaistukiryhmissä saman asian kokeneet tai samassa elämäntilanteessa olevat jakavat omia kokemuksiaan sekä etsivät selviytymiskeinoja ongelmiinsa. Ryhmissä vapaaehtoisuus, vertaisuus ja auttaminen yhdistyvät saman kokeneiden tai samassa elämäntilanteessa olevien ihmisten keskinäiseksi toistensa tukemiseksi. (Kiikkala 2011, 180.)

Jantunen (2008, 74) kertoo tutkimuksessaan, että vertaistuessa masentuneen osallisuus on kokemus, joka syntyy yhteisöllisessä vuorovaikutuksessa. Se ilmenee sisäisen voimantunteen lisääntymisenä ja muuttuneena kanssaeläjänä olemisena. Yhteyteen kuulumista vahvistaa luottamuksellinen yhteys, ja sitä heikentävät tasa-arvoista vuorovaikutusta haittaavat tekijät. Yhteyteen kuulumisen kokemus voi vaihdella vahvasta yhteyteen kuulumisen tunteesta ulkopuolisuuden tunteeseen. Yhteyden kokeminen kasvaa luottamuksesta ja se ilmenee avoimuutena, vastavuoroisuutena, ryhmään kuulumisena sekä yhdessä kokemisena.

Jantunen (2008, 75) toteaa myös, että masentuneen kokemus yhteyden ulkopuolella olemisesta on sivullisuutta, erillisyyttä ja ihmissuhteissa edestakaisin menemistä. Hakeutuminen ulkopuolisena olemisesta yhteyteen edellyttää luottamusta vertaistuen ja omien voimavarojen yhteensopivuuteen. Masentuneen ihmisen osalliseksi tuleminen on mahdollista vuorovaikutuksessa, jossa on keskinäistä välittämistä ja jossa jaetaan kokemuksia, tarkastellaan masennushistoriaa sekä tuetaan arjen kysymyksissä.

Vertaistuella on suuri merkitys ihmisen jaksamiselle ja elämänhallinnalle mutta sen vaikutus ei ole verrattavissa ammattiapuun. Vertaistoiminnassa ihminen on itse toimijana eikä hoidon ja toimenpiteiden kohteena. Vertaistuki voi olla keino selviytyä vaikeasta elämäntilanteesta tai psyykkisestä vammasta, tai se voi olla tukemassa pidempää kuntoutumista. (Pöyhtäri 2009, 139.)

Jantusen (2008, 72–73) mukaan vuorovaikutuksessa olemalla uskalletaan vähitellen kokeilla muiden luotettavuutta sekä omia edellytyksiä luottaa muihin. Luottamus ilmenee kun ulkopuolisuuden ja erillisyyden rinnalle tai niiden tilalle tulee kokemus yhteyteen kuulumisesta. Luottamus itsen sekä usko omiin mahdollisuuksiin vahvistuvat. Kokemus mahdollisuuksista vahvistuu osallistumisen ja oman toiminnan sekä niistä saadun positiivisen palautteen avulla. Vuorovaikutuksessa osallistuva kanssa käyminen edistää voimaantumista.

Vuonna 1996 perustetun Mieli Maasta ry:n keskeinen tehtävä on vertaistukiryhmätoiminta henkilöille, jotka pitävät itseään masentuneina, ovat sairastuneet masennukseen tai ovat kiinnostuneita läheistensä jaksamisesta. Vertaistukiryhmien toiminta on säännöllistä sekä luottamuksellista, ja niitä luonnehditaan matalan kynnyksen yhteisöiksi, jossa jokaista kuunnellaan ja ymmärretään. (Kiikkala 2011, 180–181.)

3.3.4 Vertaistuki internetissä

Internetissä yhteisöllinen sovellus on keskustelupalstat, jotka tarjoavat hyvän väylän vertaistuelle. Keskustelupalstoilla saadaan ja haetaan tietoa, tukea ja sosiaalisia kontakteja sekä tunnetta kokemusten, ajatusten, mielteiden ja tunteiden jakamisesta. Virtuaalisessa vertaisryhmässä on mahdollista keskustella omasta elämäntilanteestaan, ongelmastaan tai sairaudestaan, sekä saada muiden tuella hyvä ote elämästään. Keskusteluyhteisöön kuulumisen usein myös vahvistaa sosiaalista verkostoa. Keskusteluyhteisöön kuulumisen voi olla voimakas kokemus, jossa omien kokemusten tai ajatusten jakaminen muiden kanssa antaa voimaa ja vahvan yhteisöllisyyden tunteen. Yhteisölle kirjoittaminen helpottaa oman tilanteen hyväksymistä ja se voi olla ensimmäinen askel selviämisessä. (Pöyhtäri 2009, 139–140.)

4 MASENNUKSESTA TOIPUMINEN

Masennuksesta voi toipua hyvin, mutta masennusoireet uusiutuvat herkästi. Mitä vakavemmasta masennuksesta on kyse, sitä kauemmin toipuminen kestää. Masennusta sairastavan ja hänen läheistensä kannattaa varautua pienin askelin etenevään toipumiseen, eikä odottaa nopeita muutoksia. Mikäli hoito aloitetaan ajoissa ja se on riittävää, toipuminen on nopeampaa ja uusiutuminen epätodennäköisempää. (Heiskanen ym. 2011, 11–12.)

Toipuminen alkaa, kun oireet alkavat lievittyä ja oirekriteerit eivät enää täyty. Toipuminen on täydellistä, kun kaikki oireet ovat väistyneet. On tavallista, että ihmisellä esiintyy jälkioireita eli toipuminen on osittaista masennustilan jälkeen. Osittaiseen toipumiseen liittyy suuri masennuksen uusiutumisen riski. (Isometsä 2011, 30.)

Masennuksesta toipumisen ydin on, että masentunut etenee omassa sisäisessä prosessissaan, oivaltaa asioita uudella tavalla ja kykenee tekemään arvojaan ja elämäänsä koskevia muutoksia. Toipuminen on yksilön sisäistä muutosta, joka etenee omien oivallusten ja ponnistelujen kautta. (Kiikkala 2011, 177–178.) Romakkaniemi (2011, 185) viittaa Järvikosken ja Karjalaisen tutkimukseen, jonka mukaan kuntoutuminen merkitsee oppimisprosessia ja oman elämän uudelleen rakentamista, itsensä luomisen prosessia, jossa ihminen etsii tarkoituksenmukaisempia keinoja olla vuorovaikutuksessa oman ympäristönsä kanssa.

Toipuessaan henkilö saavuttaa vähitellen mielenrauhan ja hänen kokemansa ihmisarvo eheytyy, hän pystyy vähitellen arvostamaan itseään ja muita ihmisiä. Kun ihmissuhteet alkavat muodostua sopusointuisiksi, samalla luottamus ja toivo alkavat herätä. (Kiikkala 2011, 177–178.)

Masennuksesta toipumisessa omalla tahdolla ja omilla toimilla on keskeinen merkitys. Hankaluus on siinä, että masennus vie energian ja toimintakyvyn. Masentuneena voi tehdä asioita jotka vähentävät masennusoireilua, mutta masentuneen kannattaa valita realistisia päämääriä ja tekemisiä, jotka ovat pieniä, tarkasti rajattuja sekä aikataulutettuja. Tärkeää on, että pyrkii välttämään sosiaalista eristäytymistä ja pitää kiinni erilaisista päivärutiineista, liikunnasta ja muista harrastuksista. Säännöllisen liikunnan on todettu olevan lääkehoidon ja psykoterapioiden veroinen keino ainakin lievempien masennustilojen hoidossa. (Tuulari 2011, 171; Huttunen 2011.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli koota tietoa masennusta sairastaneiden ihmisten kokemuksista masennukseen sairastumisesta ja siitä toipumisesta. Tavoitteena oli saada käsitystä siitä, miten masennus alkaa, miten se koetaan ja miten siitä selviydytään. Opinnäytetyön teoriaosuutta ja tuloksia käytetään Virtuaalinen hoitotila masennukselle-hankkeen toteutuksessa.

Opinnäytetyössä haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin aineiston kautta:

- Mitkä taustatekijät ovat kirjoittajien mielestä vaikuttaneet masennuksen syntyyn?
- Miten kirjoittajat kuvaavat oloaan ja elämäänsä masennuksen aikana?
- Millä keinoilla kirjoittajat kertovat masennuksensa helpottaneen?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyö toteutettiin käyttäen laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Lähestymistavaksi valittiin narratiivinen lähestymistapa. Opinnäytetyön aineistona narratiivinen aineisto. Aineisto analysoitiin soveltaen induktiivista sisällönanalyysiä.

6.1 Narratiivinen lähestymistapa

Tässä opinnäytetyössä käytetään narratiivista lähestymistapaa. Narratiivisuus tutkimuksessa kohdistaa huomionsa kertomuksiin tiedon välittäjänä ja rakentajana. Tutkimuksen ja kertomusten suhdetta voi tarkastella kahdesta päänäkökulmasta, toisaalta tutkimus käyttää materiaalinaan kertomuksia sanan laajassa merkityksessä, toisaalta tutkimus voidaan ymmärtää sinänsä kertomuksen tuottamiseksi maailmasta. Ihmiset tulkitsevat maailmaa koko ajan etenevänä kertomuksena, joka saa alkunsa ja liittyy aina kulttuuriseen kertomusvarastoon, jota kutsutaan tiedoksi. Ihmiset ymmärtävät itsensä kertomusten kautta, toisin sanoen ihmiset rakentavat oman identiteettinsä tarinoiden välityksellä, narratiivisesti. (Heikkinen 2010, 143–145.)

6.2 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyössä päädyttiin käyttämään kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää, koska tämä opinnäytetyö keskittyy ihmisten kokemuksiin ja pyrkii kuvaamaan elämää masennuksen aikana. Laadullisessa tutkimusmenetelmässä tutkittavan ilmiön käsitteellistäminen tapahtuu vähitellen. Menetelmää voidaan luonnehtia jatkuvaksi päätöksentekotilanteeksi tai ongelmanratkaisusarjaksi. Tutkimuksen alussa tutkimusongelma ei välttämättä ole vielä täsmällinen, vaan se täsmentyy koko tutkimuksen ajan. Tutkimukseen liittyviä ratkaisuja tehdään niin sanottujen johtoajatusten tai johtolankojen perusteella. Nämä johtoajatukset muuttuvat ja saattavat vaihtua kokonaan tutkimuksen edetessä. (Kiviniemi 2010, 71–74.)

Laadullinen tutkimusmenetelmä ei ole minkään tietyn tieteenalan tutkimusote tai vain yhdenlainen tapa tutkia. Laadullinen tutkimusmenetelmä sisältää erilaisia perinteitä, lähestymistapoja sekä aineistonkeruu- ja analyysimenetelmiä. Laadullisella tutkimusmenetelmällä tutkitaan elämämaailmaa ja sen keskiössä ovat merkitykset, jotka ilmenevät monin eri tavoin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

6.3 Opinnäytetyön aineisto

Opinnäytetyössä käytetty aineisto on narratiivinen tutkimusaineisto. Kerrontaan perustuvaa narratiivista aineistoa voivat olla esimerkiksi haastattelut tai vapaat kirjalliset vastaukset. Narratiivista aineistoa ovat myös päiväkirjat, elämäkerrat tai muut dokumentit, joita ei välttämättä ole alun perin tuotettu tutkimustarkoituksiin. Narratiivinen tutkimusaineisto on kerrontaa, joko kirjallisesti tai suullisesti esitettynä. Vaativammassa merkityksessä aineistolta voidaan edellyttää enemmän kertomuksen tunnuspiirteitä, kuten tarinan alkua, keskikohtaa ja loppua sekä johdonmukaisesti etenevää juonta. Yksinkertaisimmillaan aineisto voi olla kuitenkin mitä tahansa kerrontaan perustuvaa aineistoa, jossa ei välttämättä tarvitse olla kertomuksen tunnuspiirteitä. (Heikkinen 2010, 148.)

Opinnäytetyön aineisto koostuu kaunokirjallisista selviytymistarinoista, joissa kirjoittajat kuvaavat kokemuksiaan masennuksesta, siihen johtavista syistä sekä siitä selviytymisestä. Kirjoja on yhteensä kuusi kappaletta. Kaksi kirjoista on kokoomateoksia, toisessa kirjassa on 20 tarinaa ja toisessa kahdeksan tarinaa. Tarinoiden kirjoittajina ovat sekä masentuneet että masennuksesta selvinneet ihmiset.

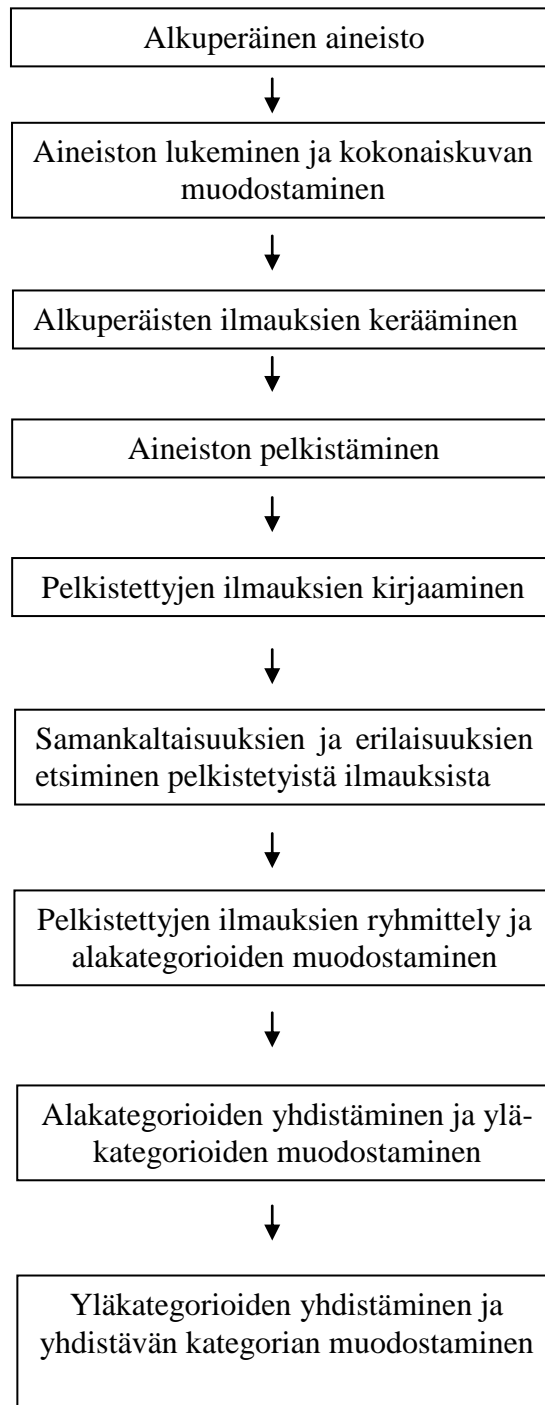
Aineisto kerättiin Hämeen ammattikorkeakoulun, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin sekä Hämeenlinnan kaupungin kirjastoista käyttämällä hakukoneita sekä tavallista käsihakua. Hakusanoina hakukoneissa käytettiin seuraavia: masennus, depressio, selviytyminen, masennus/kokemus. Apuna käytettiin lisäksi internetistä löytyviä blogeja, joissa kirjoittajat arvostelivat lukemiaan kirjoja masennuksesta. Tätä kautta löydettiin suurin osa aineistosta.

6.4 Aineiston analyysi

Narratiivinen aineisto poikkeaa sekä numeerisesta että kielellisestä lyhytvastausaineistosta ja siksi sen käsittely on luonteeltaan erilaista. Lyhyet sanalliset vastaukset voidaan esittää luetteloina ja luokitella tyhjentävästi eri luokkiin. Narratiivista aineistoa ei voi tiivistää yksiselitteisesti numeroiksi tai kategorioiksi. Sen jatkokäsittely edellyttää aina tulkintaa. (Heikkinen 2010, 149.)

Aineisto analysoitiin soveltamalla induktiivista sisällönanalyysia. Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimusmenetelmän metodi, jossa etsitään merkityssuhteita ja merkityskokonaisuuksia. Sisällönanalyysillä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Analyysissa aineisto hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudestaan uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi ja luodaan aineistoon selkeyttä, jotta siitä voidaan tehdä luotettavia johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. Aineiston analyysistä käytetään ilmauksia aineistolähtöinen eli induktiivinen ja teorialähtöinen eli deduktiivinen. Sisällönanalyysi on kuvattu tarkemmin kuviossa 1. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105–110; Vilkkä 2005, 140.)

Sisällönanalyysin eteneminen:



(Tuomi & Sarajarvi 2002.)

Kuvio 1. Sisällönanalyysin eteneminen.

6.5 Esimerkki analyysin vaiheista

Tässä kuvataan esimerkein analyysin vaiheita. Esimerkissä on käytetty yhtä kirjaa (Kuvio 2) sekä kysymystä. Vastauksiksi on otettu kaksi alkuperäisilmaisua kahdesta eri kirjasta (kuvio 3). Ala- ja yläkategorioiden muodostamisessa esimerkkinä on kuvio oppinäytetyön tuloksista.

Kun aineisto oli löytynyt, se luettiin useaan kertaan läpi, jotta saatiin kokonaiskuva aineistosta. Tämän jälkeen aineistolta kysyttiin kysymyksiä alkuperäisten ilmaisujen löytymiseksi. Aineiston lukeminen jaettiin ensin puoliksi. Kerätessä alkuperäisiä ilmaisuja aineisto luettiin vielä yhdessä läpi.

Kirja ”Masennustarinoita”, kirjoittaja Kari Saarinen

Kuvio 2. Kirja-esimerkki.

Mitkä taustatekijät ovat kirjoittajien mielestä vaikuttaneet masennuksen syntyyn?

1. ”Vastuu painoi, ja vietin toisinaan unettomia öitä, vaikka työ olikin kerrassaan mukavaa. Jos joku meni bisneksessä pieleen, syytin itteeni, vaikkei mul oiskaan ollu mitään mahdollisuuksia toimia toisin. En pitäny kunnolla lomia, joten uupumus alkoi uhata.”

2. ”Silloin mä tein töitä ihan kauheita määriä. Aina vain ajattelin, että kyllähän mä jaksan. Jälkeenpäin on aika vaikeeta pistää tarkkaan järjestykseen niitä burnoutiin johtaneita juttuja ja sairauden etenemistä siellä alkuvaiheessa.”

Kuvio 3. Esimerkit alkuperäisilmaisuista.

Seuraavassa työvaiheessa alkuperäiset ilmaisut pelkistettiin ja pelkistetyt ilmaisut kirjattiin (kuvio 4).

1. Työn kuormittavuus

2. Liika työmäärä

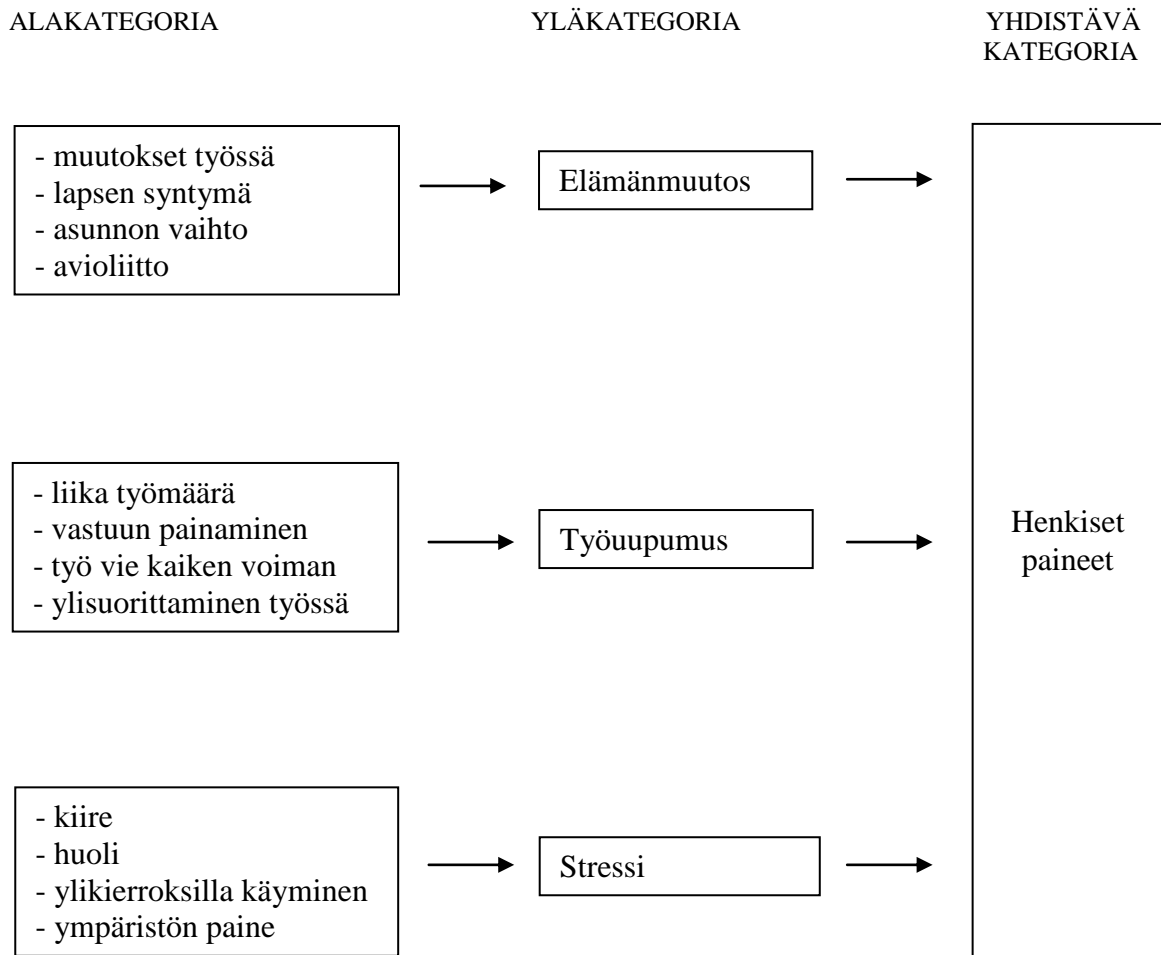
Kuvio 4. Pelkistettyjen ilmaisujen esimerkki.

Tämän jälkeen ilmaisut ryhmiteltiin samankaltaisuuden mukaan kategorioksi (kuvio 5).

Työuupumus

Kuvio 5. Esimerkki yläkategorian muodostamisesta.

Seuraavaksi käsitteellistettiin samaa tarkoittavat ilmaisut samaan kategoriin ja kategoria nimettiin sitä kuvaavalla nimellä ja samansisältöiset kategoriat yhdistettiin toisiinsa. Täten aineistosta muodostui ala- ja yläkategorioita sekä niitä yhdistäviä kategorioita. Yhdeksi masennuksen syntyyn vaikuttavaksi tekijäksi muodostui työuupumus ja työuupumus yhdistettiin olevan henkinen paine, yhdessä stressin ja elämänmuutoksen kanssa (kuvio 6)



Kuvio 6. Esimerkki analyysistä.

6.6 Opinnäytetyön tulokset

Opinnäytetyön tehtävät olivat mitkä taustatekijät ovat vaikuttaneet masennuksen syntyyn, miten masennus on koettu ja miten se on helpottanut. Tarinoista saatujen vastauksien avulla haluttiin saada tietoa masennusta sairastaneiden ihmisten kokemuksista elämästä masennuksen kanssa ja saada käsitystä siitä miten masennus alkaa, miten se koetaan ja miten siitä voi selviytyä. Tuloksia esitettäessä lisänä käytettiin suoria lainauksia tarinoista ja tehtiin kaaviot selkiyttämään tulosten luettavuutta ja ymmärrettävyyttä.

7 MASENNUKSEN SYNTYYN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ

Masennuksen syntyyn vaikuttavat tekijät koetaan vaikeiksi, koska masennukselle ei ole olemassa selkeää ja yksiselitteistä syytä ja sen vuoksi se herättää paljon ristiriitaisia tunteita. Opinnäytetyön tuloksissa masennuksen syntyyn vaikuttaviksi tekijöiksi osoittautuivat henkiset paineet sekä traumaattiset kokemukset.

7.1 Henkiset paineet

Henkisiksi paineiksi koettiin voimakas stressi, työelämän paineet sekä raskaina koetut elämänmuutokset (kuvio 7). Kirjoista ilmeni, että ennen sairastumista koettiin jatkuvaa kiirettä ja riittämättömyyden tunnetta. Masennuksen alkuvaiheessa itseltä vaadittiin ylisuoriutumista sekä tavoiteltiin täydellisyyttä kaikissa arkisissakin asioissa, työasioiden lisäksi. Kirjoista ilmeni, että elämänmuutokset kuormittivat, vaikka ne olisivatkin olleet positiivisia muutoksia. Muutokset koettiin raskaina, koska elämässä oli totuttu tiettyyn seesteisyyteen.

Kirjoittajat analysoivat lapsuuden kokemusten ja menetysten vaikutusta masennuksen syntymiseen. Kertomuksista ilmeni, että lapsuudessa opitut käyttäytymismallit vaikuttivat tunteiden käsittelemiseen ja avun hakemiseen ulkopuolelta. Lapsuudesta nousi merkittäväksi asiaksi turvattomuuden tunne, joka puolestaan aikuisiällä osoittautui merkittävään rooliin masennuksen synnyssä.

7.1.1 Elämänmuutos

Yhtenä masennukseen vaikuttavana tekijänä koettiin elämänmuutokset. Muutokset elämässä vaikuttivat kirjoittajien mielialaan negatiivisesti, vaikka ne olisivatkin olleet positiivisia, kuten lapsen syntymä, avioliitto tai uusi lemmikki. Kirjoittajat kertoivat, että olivat tottuneet tietynlaiseen elämänrytmiin ja kun siihen tuli suuria muutoksia, se koettiin raskaana. Etenkin useiden muutosten ilmaantuminen lyhyen ajan sisällä lisäsi masentunutta mielialaa.

”Muutamana vuoden ajalle kertyi sitten paljon muutoksia elämäntilanteeseen. Vuonna 2003 menin naimisiin. Hetken päästä myytiin firman sopimukset isommalle toimijalle ja lähdin sen palkolliseksi. Samana vuonna syntyi eka lapsi. Jo seuraavana keväänä alko olla melkosta painetta. Me oli muutettukin parin vuoden aikana kahdesti, ja kaiken hässäkän keskellä olin alkanu kärsiä unettomuudesta. Marraskuussa 2007 tuli putoaminen.”

Koettiin riittämättömyyttä ihmisenä jokaiseen elämänmuutokseen. Kirjoittajat kuvasivat oloaan muutosten aikana tyhjäksi, vaikka elämään olikin tullut uutta sisältöä ja muutokset oli valittu tietoisesti.

7.1.2 Työuupumus

Suurimman masennukseen johtaneen syyn kerrottiin olevan liiallinen työnteko ja ylisuorittaminen työssä. Kirjoittajat mainitsivat burnoutin yhtenä masennukseen vaikuttavana tekijänä. Myös uusi työ altisti masennuksen synnylle. Isot muutokset työnkuvassa koettiin kuormittavina ja täten osasyynä masennuksen syntyyn.

”Silloin mä tein töitä ihan kauheita määriä. Aina vain ajattelin, että kyllähän mä jaksan. Jälkeenpäin on aika vaikeeta pistää tarkkaan järjestykseen niitä burnoutiin johtaneita juttuja ja sairauden etenemistä siellä alkuvaiheessa.”

”Mietin jatkuvasti syitä, miksi sairastuin ja miksen ole parantunut, kuten monien kohdalla on käynyt. Luultavasti burnout-tilanne vain laukaisi minussa piilevän masennuksen, joka monien syiden yhteensattumana pääsi kroonistumaan.”

”Uusi työ uuvutti minut täysin. Kahdessa viikossa olin valmis syötettäväksi lihamyllyyn. Olin täysin tukossa.”

Pääasiassa työnteko koettiin positiivisena asiana. Useat kirjoittajista kuvasivat olevansa suorittajia ja nauttivat siitä, että työtä oli paljon. Työtä ja erilaisia projekteja tehtäessä kirjoittajat eivät itse huomanneet alkavan masennuksensa merkkejä ennen kuin se oli liian myöhäistä. He kuvasivat masennusten oireiden jääneen huomaamatta kaiken kiireen keskellä. Useimmissa kuvauksissa joku ulkopuolinen oli huolestunut kirjoittajien psyykkisestä jaksamisesta ja ottanut asian puheeksi.

Useat kertoivat vaihtaneensa työpaikkaa usein ja kouluttautuneensa lähes koko elämänsä löytääkseen itselleen sopivan työn. Raskaana koettiin se, ettei masennuksen vuoksi pärjätty työssä eikä suoriuduttu työtehtävistä samalla tavalla kuin ennen ja se vakavoitti masennuksen tilaa.

7.1.3 Stressi

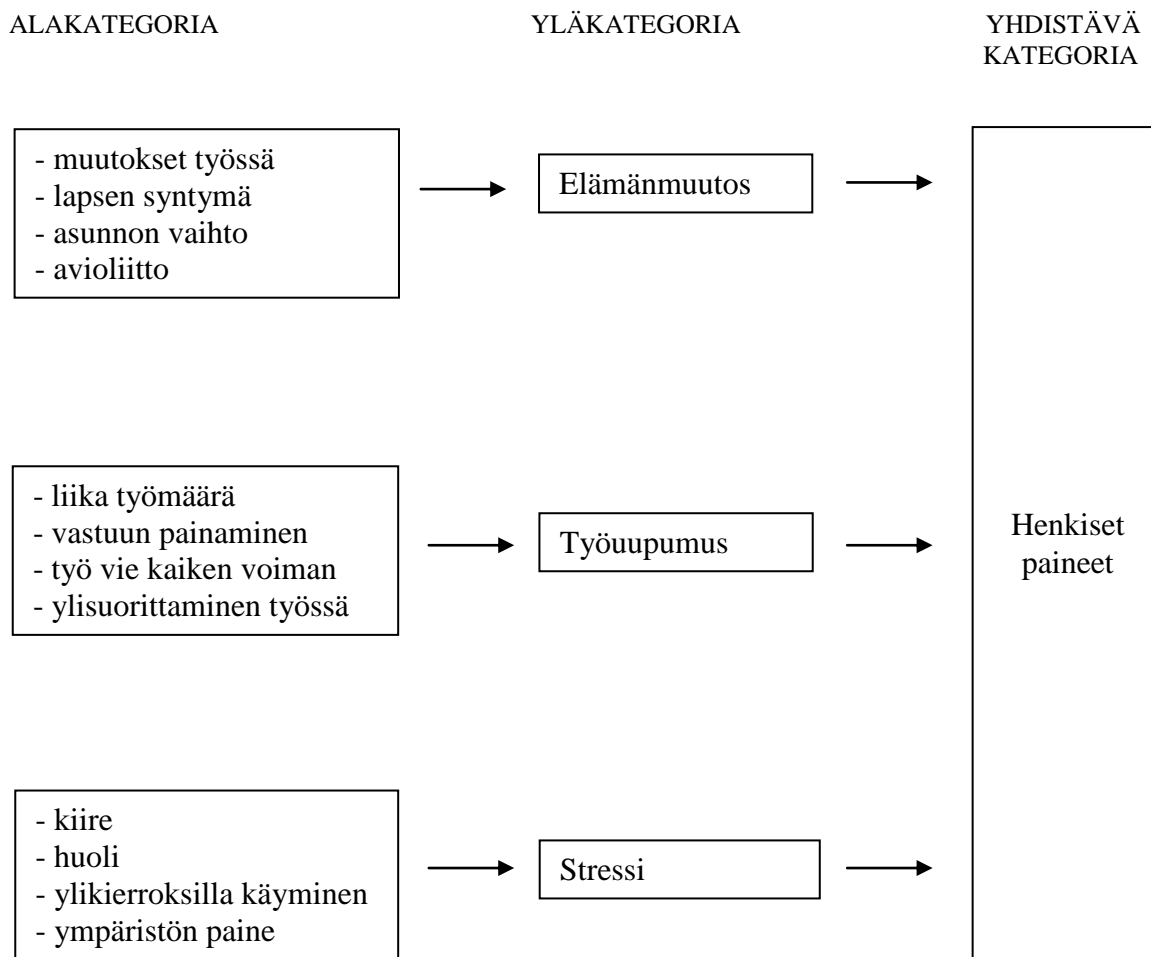
Useat kuvasivat jo työuupumuksesta puhuttaessa olevansa suorittajia ja kertoivat pyrkivänsä aina täydellisyyteen mitä ikinä tekivätkin. Tästä joutuksen pienikin paine elämässä koettiin raskaana. Toisaalta stressiä koettiin myös itse masennuksen alkamisen havaitsemisesta. Stressi oli usein pitkäkestoista ja voimakasta ja uuvutti lopulta altistaen masennukselle.

”Minun kohdallani pitkäkestoisella stressillä oli ratkaiseva osuus masennuksen syvyyteen.”

Ympäristön luomat paineet koettiin stressaavina. Esimerkiksi kotona piti olla hyvä vanhempi ja puoliso eikä väsymystä saanut näyttää. Tämä lisäsi entuudestaan jo voimassa olevaa stressiä.

”Fyysistä syytähän tällasiin sairauksiin ei mun ymmärtääkseni oo. Sairauden tekee se, että pää täyttyy liikaa kiireestä ja huolista.”

Huoli läheisistä ihmisistä vaikutti myös stressiin ja tätä kautta masennukseen. Koettiin, etteivät omat voimavarat riittäneet muiden huolien kantamiseen ja tätä kautta koettiin huonommuutta toisia ihmisiä kohtaan. Kirjoittajat kuvasivatkin stressistä kertoessaan että masennus on yksi oravanpyörä, kaikki vaikuttaa kaikkeen eikä mikään johda mihinkään.



Kuvio 7. Henkiset paineet.

7.2 Trauma

Traumaattiset ja usein toistuvat menetykset, kuten läheisen kuolema, vaikuttavat merkittävästi masennuksen syntyyn (kuvio 8). Lähes kaikki kirjoittajat kuvasivat traumaattisten kokemusten nousseen myöhemmässä elämässä uudelleen pintaan, jonkin toisen traumaattisen tilanteen seurauksena. Tuloksista ilmeni, että toistuvien menetysten seurauksena kuormituttiin, jolloin surutyön tekeminen jäi usein kesken.

7.2.1 Menetyt

Läheisen kuolema koettiin yhtenä laukaisevista tekijöistä masennukselle. Masennuksen vakavuuteen vaikutti se, jos läheisiä ihmisiä oli kuollut useampi kuin yksi ja edellisenkin menetyksen surutyö oli vielä kesken. Joskus

myös toisen läheisen kuolema nosti pintaan edellisen surutyön jättämät jäljet. Kirjoittajat kertoivat myös kokeneensa tuhoisia menetyksiä, mutta näitä ei avattu sen enempää.

”Myöhemmin tulin vähitellen vakuuttuneeksi siitä, että tuhoisa menetys lapsuudessa oli oman sairauteni todennäköisin alkusyy.”

”Äiti kuoli, kun kävin peruskoulun loppuvaiheita. Vaikka tollanen tapaus toisaalta lujittaakin sisaruussuhteita, niin ei ne sellasenaan kannata eteenpäin. Tuli kova yksinäisyyden tunne.”

”Minun kohdallani tuo aktivoituva asia oli menetys. Isäni kuoli ollessani murrosiässä.”

”Isä sairastui syöpään, joka vei hänet sitten aika pian. Samoihin aikoihin erittäin hyvällä ystävälläni todettiin syöpä. Kaveri lähti kans tosi nopeesti. Isän kuolemaan liittynyttä surutyötä olin jo ehtinyt tehdä. Sitten tuli tää toinenkin kuolemantapaus. Nää kaks menetystä romahdutti mun mielen.”

Menetykset koettiin sekä raskaina että uuvuttavina, useat kokivat että osa heistä itsestäänkin oli kuollut. Surutyön tekeminen oli uuvuttavaa ja vei kaikki voimat sekä keskittymiskyvyn asioihin. Osa kertoi, että surutyö oli jäänyt kokonaan tekemättä ja jossakin vaiheessa elämää koetun ikävän asian myötä se oli noussut pintaan ja aiheuttanut masennuksen.

7.2.2 Lapsuuden kokemukset

Lapsuudessa koetut asiat nousivat myöhemmin pintaan ja näin laukaisivat masennuksen. Lapsuudessa oli opittu tiettyjä malleja, kuten että tunteita ei saanut näyttää ja masennustilan alkaessa tämä koettiin vaikeana kun ei uskallettu kertoa tunteista toiselle ihmiselle ja näin hakea apua. Myös lapsuudessa koetut ikävät asiat, kuten jommankumman vanhemman alkoholismi tai turvattomuuden tunne vanhempien eron myötä, nousivat pintaan myöhemmällä iällä.

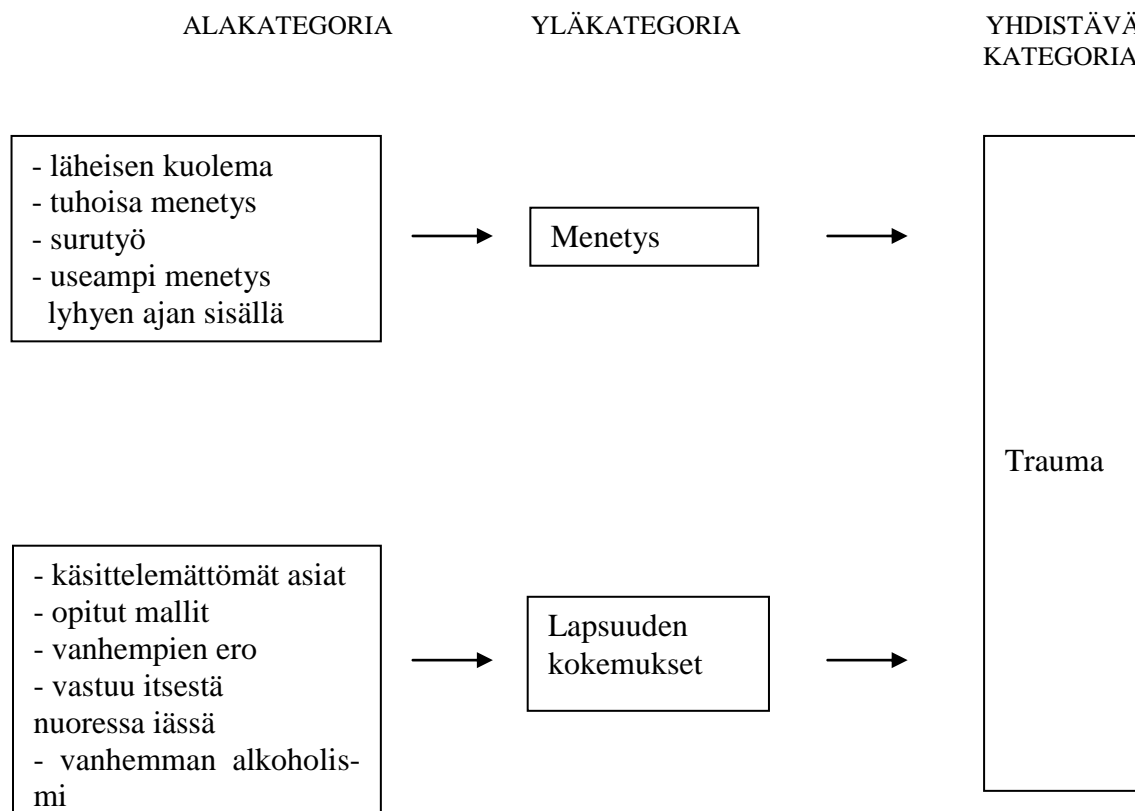
”Minuun vaikuttivat lapsuusajan olot, meillä kotona ei kaikkinaisten tunteiden ilmaiseminen suinkaan ollut vapaata ja välitöntä. Se jätti jälkensä. Juuret ovat siellä. Alttiutta depressioniin lisäsivät myös oma herkkyyteni ja luovat taipumukset. Lapsuuden ja nuoruuden jättämät jäljet toivat aikuisuudessa kriisikauden.”

”Mä oon eroperheestä. Mutsi hylkäs, ja isä oli alkoholisti. Ei murrosikä oo tietenkään tollasella taustalla kovin helppoo aikaa, mutta kahlasin senkin läpi yllättävän hyvin. Sairastin teininä varmaan läpi jonkinasteisen masennuksen.”

”Asiat napsahteli siinä määrin hyvin kohdalleen, että tunsin jopa olevani sujut lapsuuden ja nuoruuden ikävien kokemusten kans. Myöhemmin ne traumaattiset kokemukset pullahti sitten pintaan kuin veden alle painettu korkki.”

”Minun kohdallani tuhoisin ajattelumalli oli: Periksi ei saa antaa on pärjättävä. Luulen, että se johtui siitä, että olin joutunut ottamaan vastuun itsestäni hyvin nuorella iällä.”

Varhainen itsestään vastuun ottaminen vaikutti aikuisiällä masennuksen alkamiseen. Koettiin, että on pärjättävä yksin ja tultava toimeen omillaan ilman muiden apua. Muutamia kuvauksia lapsuuden käsittelemättömistä asioista ja lapsena koetuista traumaattisista hetkistä ei avattu enempää lukijalle. Tämä kertoi siitä, että asiat on koettu erittäin traumaattisina eikä niistä pystytä vielääkään puhumaan.



Kuvio 8. Trauma.

8 ELÄMÄ MASENNUKSEN AIKANA

Opinnäytetyön toinen tehtävä oli vastata kysymykseen miten masentuneet kokevat elämänsä masennuksen aikana. Tuloksista kävi ilmi, että masennuksen aikana koettiin erilaisia fyysisiä sekä psyykkisiä oireita. Oireina koettiin selittämättömiä kipuja ja masennuksen aikana esiintyi aloitekyvyttömyyttä, uniongelmia, itsetuhoisuutta sekä ruokahalun muutoksia. Nämä oireet kuvattiin tuntuneen vieraalta ja aiheuttaneen pelkoa sekä ahdistusta.

Esimerkiksi Romakkaniemen (2011, 98–99) tutkimuksen mukaan fyysisten oireiden tunteminen aiheuttaa pelkoa siitä, mitä omassa kehossa on tapahtumassa. Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että pelkoa koettiin jostain fyysisestä sairaudesta ennen kuin masennus tunnistettiin. Tämä taas tuo haastetta masennuksen ennaltaehkäisyyn ja siihen, miten masentuneet

voisivat tarpeeksi aikaisessa vaiheessa hakeutua oikeanlaisen hoidon piiriin.

Masennuksen aikana koetaan usein jaksamattomuutta. Tuloksista saatiin selville, että jaksamattomuus liitettiin arkisiin asioihin, mutta myös jaksamattomuuteen jatkaa elämää. Jaksamattomuudesta koettiin syyllisyyttä, joka syvensi masentuneisuutta. Masentuneena ajaututtiin negatiiviseen kierteeseen, koska asioita ei jaksettu hoitaa ja tämän vuoksi ahdistus sekä masennus kasvoivat entisestään.

8.1 Oireet

Masennuksen oireet (kuvio 9) ja tuntemukset kirjoittajien näkökulmasta oli aiheellista huomioda sen vuoksi, että vastaajien kokemat oireet tukivat teoriaosuudessa esille tullutta näkökulmaa. Masennus koettiin monitahoisena pahana olona ja oireet olivat sekä psyykkisiä että fyysisiä. Masennuksen tunnistaminen koettiin alkuun vaikeaksi.

8.1.1 Uniongelmat

Jatkuvaa väsymystä pidettiin masennuksen yleisimpänä oireena. Sen lisäksi koettiin nukahtamisvaikeuksia sekä katkonaisesta unta aamuyöllä. Jotkut kirjoittajista kertoivat voivansa nukkua vuorokausia ja toiset kertoivat jatkuvista painajaisista. Painajaisiin herättiin valtavasti hikoillen ja syvää ahdistusta kokien. Unen saanti heräämisen jälkeen oli vaikeaa.

”Aamusin uuvutti valtavasti. Nukuin paljo, mutta unen laatu oli surkeeta.”

”Koko päivän aamusta iltaan olin todella väsynyt, meinasin useamman kerran nukahtaa auton rattiin ja vähänkin pitemmillä työreissuilla piti ottaa levähdystaukoja autossa istuen ja tuntui etten jaksa kantaa näytesalkkua. Öisin sain nukuttua vain alkuyön, näin kamalia painajaisia joihin hikisenä heräsin, enkä pystynyt enää nukahtamaan uudelleen. Aamulla olisin kyllä sitten halunnut vain nukkua.”

Kokemus valveunista liittyi masennukseen. Oli kokemus siitä, että nukutaan mutta kuitenkin kaikki ympärillä tapahtuva nähtiin vahvasti ja muistettiin vielä herättyä. Aamuisin ei jaksettu nousta sängystä kun koko yö oli mennyt valvoessa. Aamuisin olikin se hetki, kun uni olisi tullut.

8.1.2 Itsetuhoajatukset

Masennuksen aikana koettiin jaksamattomuutta jatkaa elämää. Masentuneet yhdistivät haluttomuuteen elää jatkuviin pettymyksiin elämässä. Toiset myös uskoivat, etteivät voi parantua masennuksesta ja halusivat paeta tilanteesta. Toivottiin, että aamulla ei enää heräisi ja kaikki tuska olisi vihdoin poissa. Toisaalta kuitenkin jokin piti kiinni elämässä, eikä itsetuhoisia yrityksiä ollut kuin muutamalla.

Itsemurhaa oli suunniteltu ja jotkut kertoivat valmistelleensa sitä esimerkiksi keräämällä tarpeeksi lääkkeitä, jotka voisi ottaa kerralla. Koettiin myös halua viillellä itseään, viiltämisellä haettiin tunnetta siitä, että ollaan elossa. Itsetuhoisuus koettiin psyykkisenä hajoamisena, jonka masentunut ihminen liitti uskon menettämiseen.

”Tuolloin mulla ilmeni itsetuhoisia ajatuksia. Keräilin jopa tietynlaisen lääkesatsin valmiiks sillä ajatuksella, että nielen ne tabut kerralla ja pääsen pois kaikesta.”

”Välillä olin valmis tappamaan itseni ja rukoilin iltaisin, että saisin yön aikana kuolla, kadota, hävitä. Vihdoinkin kaikki kipu ja tuska olisivat ohi!!!”

”Halusin viillellä itseäni. Ajattelin usein itsemurhaa. Tiesin, etten sitä koskaan tekisi, mutta se oli ajatuksissani liian päällimmäisenä asiana.”

”Muutaman kerran mulle tuli hetkellisesti selkee itsetuhoajatus. Esimerkiksi niin, että tuli mieleen ajaa rekan alle.”

8.1.3 Ruokahalun muutokset

Ruoka aiheutti masentuneille oksettavaa oloa eikä syöty ruoka pysynyt sisällä. Usein myös sosiaaliset tilanteet, joissa ruoka oli keskeisenä, koettiin raskaina kun ei pystytty syömään niin kuin muut ihmiset. Masentuneena koettiin myös jaksamattomuutta tehdä ruokaa, joten ruokailu oli epäsäännöllistä. Jotkut kirjoittajista kertovat maistaneensa ruuan eritavalla kuin ennen.

”Ruoka ei pysynyt sisällä, ja sain unen vain pariks tunniks aamuisin.”

”Pohjalla ollessani en pysty enää juuri syömäänkään.”

8.1.4 Aloitekyvyttömyys

Aiemmin kiinnostaneet asiat eivät tuottaneet enää mielihyvää eikä masentuneilla riittänyt jaksamista tehdä asioita. Pelkoa epäonnistumisesta koettiin usein. Jotkut olivat varmoja epäonnistumisesta, joten eivät edes yrittäneet tehdä asioita. Aloitekyvyttömyys liittyi myös sosiaalisiin suhteisiin. Kirjoittajat vetäytyivät omiin oloihinsa sekä yhteydenpito tuttaviihin väheni.

”Joitakin asioita ei millään saa aikaiseks, vaikka energiaa riittää joihinkin muihin ponnisteluihin kyllä.”

”Kotona en jaksanut mitään. En saanu edes käytyä muutaman kymmenen metrin päässä postilaatikolla päivän aikana. Makasin vain sisällä.”

”Mikään ei huvittanu, kaikki oli samaa puuroo.”

”Aloitekyyni on aivan nollassa, mikään ei kiinnosta. Sanomalehtikin jää melkein lukematta. Televisiosta katson vain uutiset ja radiota kuuntelen vähän. Kaikki tuntuu jähmeältä ja mustalta.”

Pienetkin ponnistelut arkisissa asioissa olivat vaikeita. Esimerkiksi postilaatikolla käyminen, kauppatavaroiden saaminen kaappiin ja siivoaminen ei meinannut onnistua ja vaati suurta ponnistelua. Asioiden tekemättä jättäminen lisäsi ahdistusta ja tuskan tunnetta, taas koettiin olevansa oravanpyörässä.

8.1.5 Fyysiset oireet

Masennuksen aikana, etenkin sen alkuvaiheessa, koettiin selittämätöntä kipua. Kivun kuvattiin tulevan ”jostakin sisältä” eikä sitä voinut paikantaa. Useat kertoivat ennen masennusdiagnoosinsa saamista käyneensä usean eri lääkärin vastaanotolla etsien fyysisiä syitä vaivoihinsa. Lopulta oli tullut varmistus masennuksesta, kun muuta selitystä fyysisille oireille ei löytynyt.

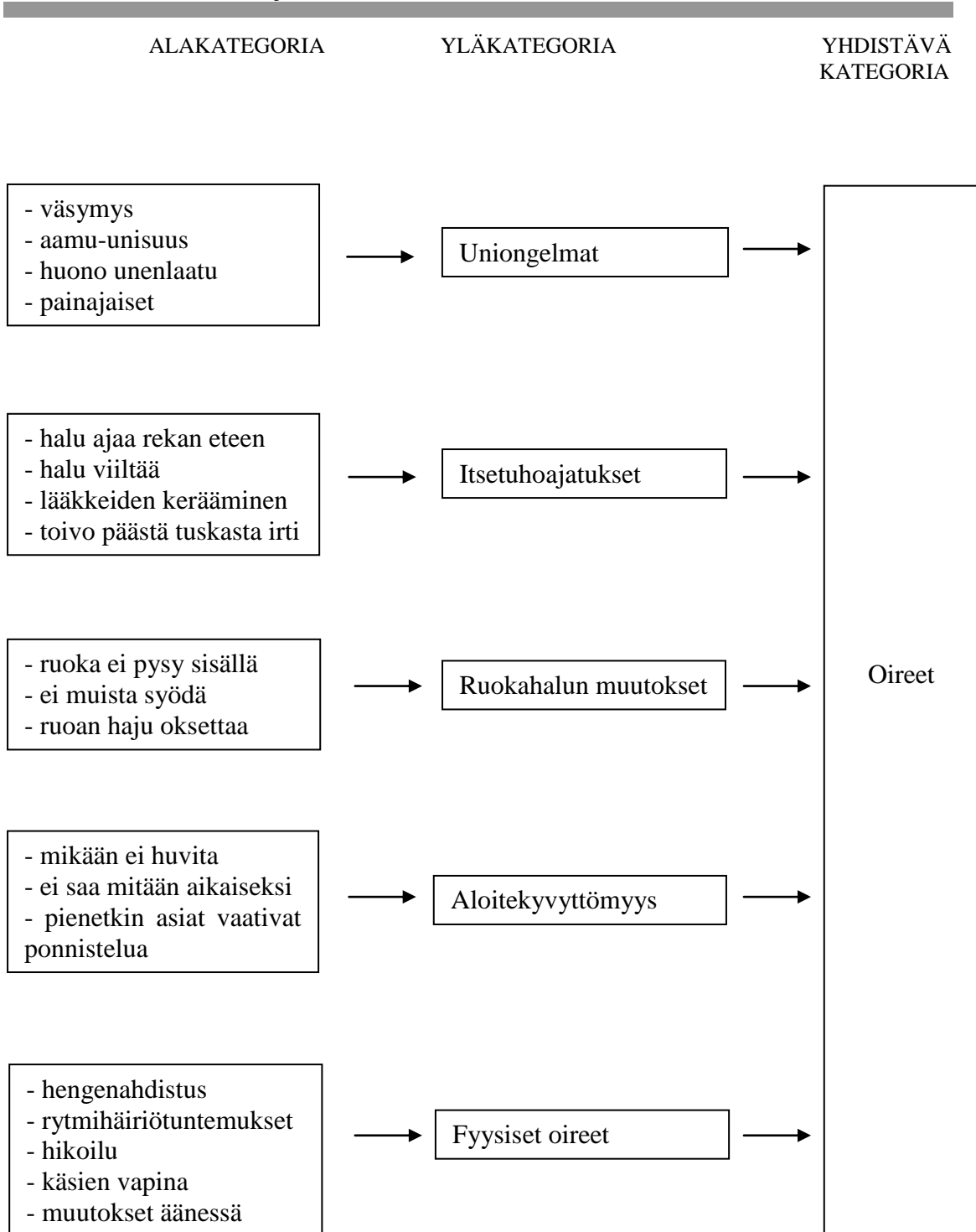
Fyysiset oireet aiheuttivat pelkoa jostakin vakavasta sairaudesta, mistä taas aiheutui kuolemanpelko sekä oman kehonhallinnan menettämisen pelko. Fyysiset oireet olivat ensimmäinen oire johon havahduttiin, että itsellä ei ole kaikki hyvin.

”Pohjattoman väsymyksen lisäksi siinä tuli kaikkea mahdollista tuntemusta hengenahdistuksista ja sydämen rytmihäiriöistä lähtien. Välillä tuntui, että henki lähtee ihan justiinsa.”

”Sitten alkoivat hikoilukohtaukset ja käsien vapina. Kerran minun oli pakko juosta ohjaamosta suoraan oksentamaan. Kaikki varmaan luulivat minun ryyppävän. Mutta minä en ryyppänyt, ellen mistään muusta syystä niin siksi ettei minulla ollut siihen aikaa.”

Romakkaniemen (2011, 98–99) tutkimuksessa ilmenee, että masennus tuottaa ihmiselle fyysisiä oireita, kuten väsymystä, vapinaa, unihäiriöitä ja kipuja. Fyysisten oireiden tunteminen aiheuttaa huolta ja pelkoa siitä, mitä omassa kehossa tapahtuu.

Yksi fyysinen oire, joka hämmästytti kirjoittajia oli muutokset äänessä. Ympärillä olevat ihmiset olivat huomautelleet äänen muuttumisesta iäkään ihmisen ääneksi ja puhetyylkin oli hidastunut ja vaikeaselkoinen. Masennuksen lievittyttyä äänikin palasi ennalleen.



Kuvio 9. Oireet.

8.2 Koetut tunteet

Lähes kaikissa kertomuksissa kuvattiin tunteita, jotka esiintyivät masentuneella usein perusteettomina sekä liioitellun voimakkaina (kuvio 10). Tunteet esiintyivät usein negatiivisina sekä saivat toisinaan psykoottisiakin piirteitä. Tunteiden kerrottiin hallitsevan paitsi omaa elämää myös ihmisuhteita, minkä vuoksi eristäydyttiin ympäristöstä ja yhteydenpito muihin ihmisiin väheni. Tunteet liitettiin negatiivisesti omaan itseen, jolloin mi-

näkuva nähtiin epäonnistuneena ja ala-arvoisempana kuin muut ihmiset. Tämän vuoksi koettiin syyllisyyttä, häpeää ja ahdistusta omasta itsestä sekä omista ajatuksista.

8.2.1 Syyllisyys

Syyllisyyden tunteet koettiin perusteettomina ja liioitellun voimakkaina. Usein oli tunne siitä, että on syyllinen ja ansaitsee tulla rangaistuksi. Syyllisyyden tunteet liittyivät usein asioihin, joihin ei itse ollut voinut vaikuttaa tai joissa ei ollut edes toiminut väärin. Syyllisyyttä koettiin myös jaksamattomuudesta tehdä asioita. Esimerkiksi koettiin syyllisyyttä, kun ei jaksettu tehdä arkisia kotitöitä niin kuin ennen. Kirjoittajat syyttivät itseään passiivisuudesta.

”Tunsin syyllisyyttä huonosta olostani. Minua väsytti, hävetti ja itketti, yritin silti vielä.”

”Minulla on valtavat syyllisyydentunteet siitä, että tuotan huolta varsinkin vanhemmilleni ja veljelleni.”

”Olen täynnä syyllisyyttä, kunpa joku antaisi anteeksi.”

”Ja lisäksi tuntee olevansa vain taakka lähimmilleen.”

8.2.2 Häpeä

Häpeää koettiin omaa itseään kohtaan sekä sairauttaan kohtaan. Omanarvontunteen koettiin laskeneen ja masentuneet näkivät itsensä rumana ja epäonnistuneena. Häpeän tunne vahvisti monin paikoin sitä, että kirjoittajat kokivat muiden olevan parempia ja selviytyvän paremmin asioista. Häpeän kokeminen vaikeutti masennuksen hyväksymistä ja hoitoon hakeutumista. Häpeää koettiin oman ulkonäön ja sairauden lisäksi myös omista ajatuksista ja ajattelutavasta.

”Tunnen, että tämän masennuksen myötä naisellisuuteni on murentunut. Häpeän lääkepöhöttyneitä kasvojani ja lihonutta vartaloani. Tunnen olevani ruma ja kaikkea muuta kuin haluttava.”

”Masentuneena häpesin tai mitätöin tunteeni.”

”Häpesin itseäni, tunsin olevani todella epävarma itsestäni, ylipainoinen, ruma ja kaikin puolin epäonnistunut. Olisin halunnut jonnekin pois.”

8.2.3 Tuska

Tuskaa kuvattiin mustana aukkona, joka imi sisäänsä. Masennuksen tuoma tuska koettiin olotilana jota ei aina ymmärtänyt eikä tuskaiselle ololle löydetty tarkkaa syytä. Tuska oli vaikea erottaa ahdistuksesta.

Tuskaa kuvattiin verbaalisesti, niin kuin se itse koettiin ja puettiin sanoiksi. Tuskan tunnetta koettiin ajoittain tekemättömistä töistä ja omasta jaksamattomuudesta.

”Tuntui, kuin sieluni olisi täynnä teräviä lasinsirpaleita, jotka jokaisesta käännähdyksestä viiltelisivät minua vereslihalle.”

”Sisälläni virtasi tuskaa, joka raateli hymyni, iloni ja kaiken hyvän. Enkä tiennyt miksi se oli niin. Tuska kasvoi enkä osannut tehdä mitään. Kukaan ei aavistanutkaan kuinka taistelin elämänilostani. Pystyin enää hetkeksi unohtamaan pahan oloni. Jokaisen naurun jälkeen se vain palasi kasvaen isoksi muuriksi.”

”Tuskastun, kun näen tyhjät ruokakaapit ja jääkaapin ovesa olevan pitkän kauppalistan. Koen myös tuskaa, koska tyttäreni suuhun ei mene kuin riisimuroja ja kevytkolaa. Tunnen olevani huono äiti, jonka voimat menevät itsensä kasassa pitämiseen.”

8.2.4 Ahdistus

Ahdistusta verrattiin normaaliin ahdistukseen ja masentuneena ahdistus koettiin jatkuvaksi sekä sietämättömäksi pahaksi oloksi. Ahdistus kuvattiin myös fyysisenä selittämättömänä kipuna ja toiset yhdistivät sen paniikkikohtauksiin, esimerkiksi sosiaalisissa tilanteissa. Kirjoittajat kertoivat, että ahdistuksen ollessa sietämättömän voimakasta he kokivat epätoollista tai hermostunutta oloa.

Ahdistusta kuvattiin mustana. Ahdistus oli tuskan tavalla vaikeaselitteistä ja kirjoittajat mainitsivat, että ahdistus pitää itse kokea jotta sen ymmärtää.

”Mietin mistä minua rangaistaan ja paranenko koskaan. Pohdin usein, ovatko koko loppuelämässäni läsnä ahdistuksen, masennuksen ja toivottomuuden väreet. Muiden ihmisten onni, rohkeus ja ilo tekivät minut kaiteelliseksi.”

”On mahdotonta selittää sitä ahdistuksen tunnetta mikä oli pääni sisällä. Se oli kamalaa ja pelottavaa. Musta aukko joka syö sinut sisääsi, ei ulospääsyä. Se on kokemani kamalin tunne pelkotilojen lisäksi. Normaali ahdistus ei kuvaa sitä tunnetta ollenkaan, siis jos sanotaan, että olen ahdistunut vaikka erosta tms.”

” Päivä tuntuu loputtoman pitkältä ja mustan ahdistavalta.”

8.2.5 Yksinäisyys

Masentuneena oli vaikea ylläpitää ihmissuhteita, mikä johti usein sosiaaliin eristäytymiseen. Ihmissuhteiden ylläpitäminen koettiin raskaana ja se liittyi yleiseen jaksamattomuuteen. Yksinäisyys näkyi myös tunteena, että kirjoittajan sairastuttua masennukseen, monet ystävät hävisivät eivätkä pi-

täneet yhteyttä. Monesti kirjoittajat kokivat, että ovat yksin sairautensa kanssa eikä heitä ymmärretty lainkaan.

”Kaikki ilo ja mielihyvä kuoli, tunne-elämä jotenkin kuihtui ja itsetuntoni romahti. Aloin pelätä ihmisiä ja eristäydyin kotiin, vedin puhelimenkin seinästä.”

”Enää en siivonnut kotia enkä laittanut ruokaa. Hyvin pukeutuvasta naisesta tuli likainen, haiseva räsynukke. Kukaan ei käynyt luonani, minulla ei ollut enää yhtään ihmissuhdetta. Olin kaiken ulkopuolella.”

”En soittanut ystäväilleni enkä tavannut ketään – minähän näytin ja varmaan kuulostinkin iljettävältä -, vaan vetäydyin kokonaan eroon muusta maailmasta.”

8.2.6 Kahtiajakautumisen tunne

Kahtiajakautumisen tunne liitettiin vieraantumiseen omasta itsestä. Toiset kokivat, että eivät tunne itseään ja ovat vieraita itselleen. Monesti kirjoittajat myös kokivat hukanneensa minänsä, ja tämän takia kokivat, että minuuden tilalla oli vain masennus.

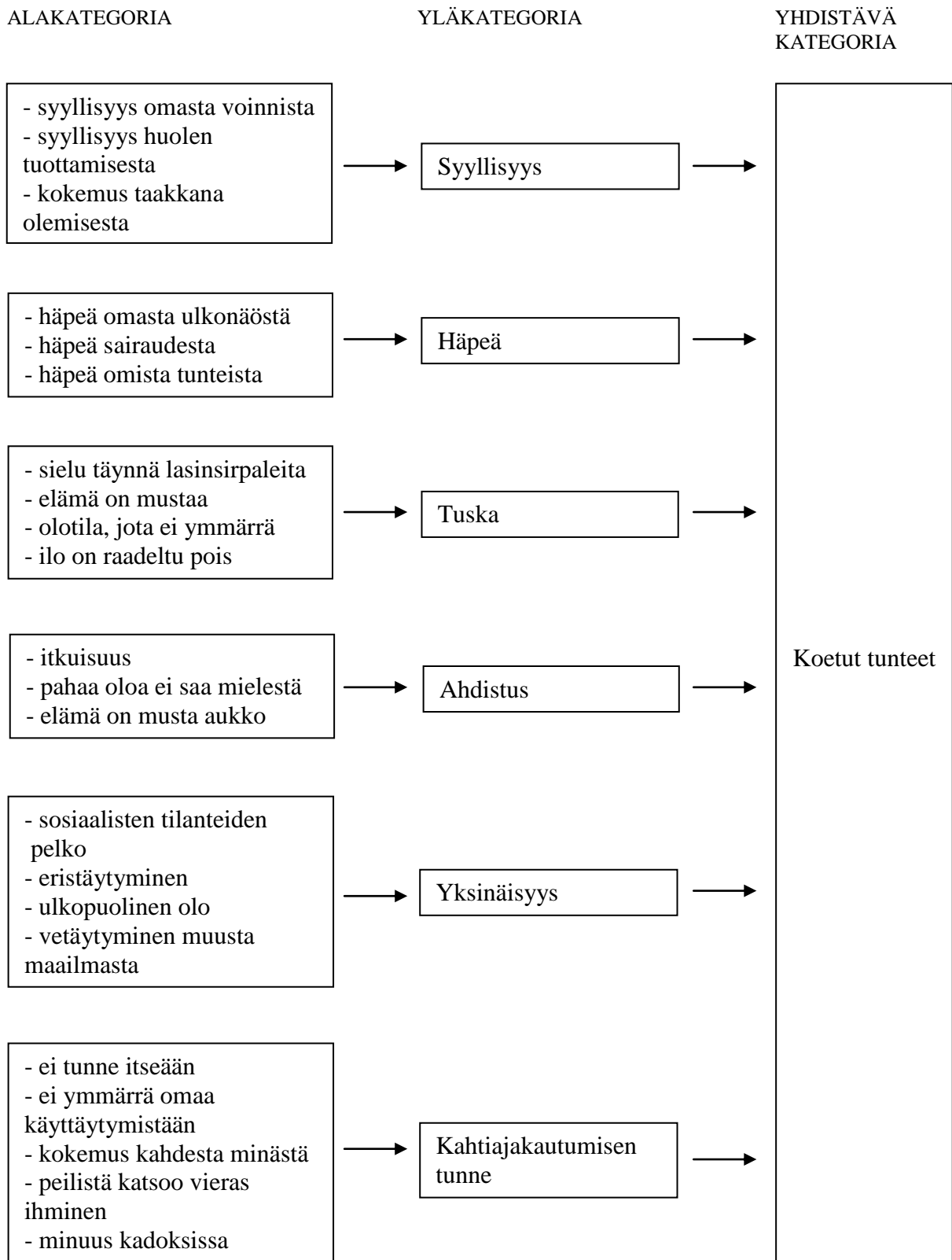
Masennuksen aikana koettiin, että omattiin kaksi persoonaa, joista toinen oli terve ja toinen sairas. Terve minä seurasi sairaan tekemisiä ja tiedosti sairaan minän olevan avun tarpeessa mutta ei osannut antaa apua. Terveen minän tarkkaillessa sairaasta minää ei aina ymmärretty omaa käytöstä ja tämä tuotti tuskaa ja ahdistusta.

”Tuntui kuin lipuisin toiseen maailmaan. Muistan kun katsoin itseäni vesisan peilistä ja minulle tuli kumman outo ja pelästyttävä olo. Sieltä katsoi ihan vieras ihminen. Tuntui kun oma minuuteni olisi kadonnut, en tuntenut itseäni.”

”Minulla oli vain jotenkin merkillisellä tavalla vääränlainen olo, ruumiini tuntui välillä käyttäytyvän ihan kuin se kuuluisi jollekulle toiselle ihmiselle.”

”Silti kaikki ympärilläni oli alkanut tuntua merkillisen oudolta, vähän kuin en olisi ollenkaan ollut itse paikalla ja kaikki tapahtuisikin jollekulle toiselle. Tai vielä täsmällisemmin sanoen: aivan kuin olisin jakautunut kahdeksi erilliseksi minäksi, joista toinen oli onnettomasti eksyksissä, kun toinen tarkkaili tilannetta tynesti kauempaa ja pani kylmästi merkille, että minä numero yksi oli sairas ja eksyksissä.”

”Mitä syvemmäksi masennus kävi, sitä voimakkaammaksi muuttui myös tunne kahtiajakautumisesta. Se minä jolla oli esteetön pääsy yhteiseen tietoisuuteen katseli kompuroivaa minää, jolta tuo ovi oli sulkeutumassa.”



Kuvio 10. Koetut tunteet.

9 KEINOJA MASENNUKSEN HELPOTTUMISEEN

Oleellista kertomuksissa oli masennuksesta toipuminen. Toipuminen kuvattiin voimauttavana kokemuksena, jossa merkittävään rooliin nostettiin ammattiapu, sosiaalinen tuki sekä itsehoito.

9.1 Ammattiapu

Ammattiapu nousi tärkeäksi osatekijäksi masennuksesta toipumisessa (kuvio 11). Ammattiapuun liitettiin lääkehoito sekä hoitosuhde. Nämä kaksi koettiin tärkeinä niin yhdessä kuin erikseen.

Valkosen (2007, 233) mukaan terapiassa masentunut löytää tapoja antaa merkityksiä masennukselleen sekä uusia havainnointitapoja omaan itseen ja omaan elämäntilanteeseen. Tuloksissamme käy ilmi yhteneviä seikkoja Valkosen tutkimuksen kanssa. Terapiasta koettiin olevan hyötyä. Terapiassa masentunut koki tulleeensa ymmärretyksi ja kuulluksi. Terapian kuvattiin lisänneen oivallusta omasta tilanteesta ja sairauden kulusta. Täten toipumiseen saatiin lisää voimavaroja kun ymmärrettiin omaa käyttäytymistä ja löydettiin uusia tapoja katsoa maailmaa.

9.1.1 Lääkehoito

Lääkehoidon aloittaminen koettiin vaikuttavana tekijänä masennuksen helpottumiseen. Lääkehoito on koettu pääosin hyvänä asiana. Alkuun joillakin oli ollut motivaatio-ongelmia lääkityksen aloittamisen suhteen. Osaa kirjoittajista lääkäri oli motivoinut lääkityksen aloittamiseen.

”Suostuin aloittamaan lääkityksen. Lääke alkoi tuntua ehkä noin kolmen viikon jälkeen. Lääkityksen tehojen löytyminen oli selkeä käännekohta siinä katastrofissa. Ois tarvinnu aloittaa kuuri jo paljon aiemmin.”

Masennuslääkkeiden sivuoireista oli otettu selvää ennen lääkityksen aloittamista, ja oli koettu helpotusta kun oireita ei itsellä huomattu. Useat koekelivat eri masennuslääkkeitä ennen kuin oikea lääkitys löytyi. Kirjoittajat kertoivat, että heidän ystäviensä käyttämät masennuslääkkeet eivät aina toimineet heillä mutta eivät silti lannistuneet vaan jatkoivat oikean lääkityksen löytymistä.

”Sitten päädyttiin xxx-nimiseen lääkkeeseen. Sen käyttö alkoi tuottaa kuu-kauden jälkeen tulosta. Aloin päästä jalkeille.”

”Hankin xxx-kuurin, joka alkoi tuoda muutaman viikon sisällä hyviä tuloksia. Pahoja sivuoireita ei ilmaantunut. Lääke auttoi avautuun asioista, ja mieliala nousi. Osasin järjestellä työtehtäväni paremmin, ja asiat jotenkin asettu oikeisiin mittasuhteisiinsa.”

Myös nukahtamis- ja ahdistuslääkkeiden yhtäaikainen käyttö masennuslääkityksen kanssa koettiin hyvänä. Kun riittävä unensaanti oli turvattu, oli

masennuksestakin toipuminen helpompaa. Huonona asiana lääkityksen aloituksessa koettiin se, että niiden antama apu ei alkanut välittömästi, mutta lääkityksen tehojen löydyttyä oltiin tyytyväisiä.

”Parantumiseni alkoi melko nopeasti, alussa söin masennuslääkkeiden lisäksi myös nukahtamislääkkeitä ja iltaisin ahdistusta poistavaa lääkettä. Ne kaksi lääkettä palauttivat minut ”elävien” kirjoihin.”

”Lääke on sinänsä käyttämisen väärä, että oon pystynyt hallitsemaan olotilaani selvästi paremmin. Annoksen tuplaamisen jälkeen ei oo tullu yhtään sellasta putoamista täydelliseen toivottomuuteen.”

”Lukemattomien masennuslääkekokeilujen jälkeen minulle kokeillaan viimein xxx:ä ja oloni alkaa hiljalleen helpottua. Ahdistuneisuus vähenee ja depressio hellittää vähitellen.”

Pelkän terapian ei koettu aina auttavan tarpeeksi, joten samalla aloitettiin masennuslääkitys. Näiden kahden hoitomuodon koettiin olevan tehokkaita yhdessä. Masennuslääkitys auttoi avautumaan ja täten puhumaan asioista terapeutin kanssa syvemmin.

”Tottakai myös masennuslääkkeillä ja ennen kaikkea intensiivisellä psykoterapialla oli suuri merkitys.”

9.1.2 Hoitosuhde

Terapian aloitus oli alkuun hankalaa sen huonon saatavuuden ja kalliin hinnan takia. Sinnikäs odottaminen terapian alkamisesta piti kirjoittajat elämänhaluisina ja kokemukset terapiasta olivat kaikilla kirjoittajilla positiivisia.

”Oma terapiani alkoi vasta noin 18 kuukauden jälkeen lääkityksen aloittamisesta. Psykoterapia ja perheterapia olivat merkittäviä edistysaskelia minun paranemisessani. Ilman niitä en olisi koskaan ymmärtänyt mistä sairauteni johtuu ja mitkä väärät toimintamallit minun on hylättävä, jos aion parantua ja myös pysyä terveenä.”

Valkosen (2007, 233) tutkimuksessa käy ilmi, että terapia lisää tietoa ja ymmärrystä masennuksesta tai edistää muilla tavoin kykyä ymmärtää itseään ja omaa elämäntilannettaan. Terapiassa masentunut löytää uudenlaisia tapoja antaa merkityksiä omalle masennukselleen ja uudenlaisia havainnointitapoja suhteessa itseensä ja omaan elämäntilanteeseen.

”Terapeutiksikin sain todella hyvän tyypin. Seurasi oloa ja antoi apua keskustelun kautta mutta ei sorkkinut oma-aloitteisesti liikaa arkoja kohtia menneisyydessäni. Terapia jatkui vuosia ja sain soittaa tälle ammattiauttajalle milloin tahansa.”

Terapian auttavimpana tekijänä koettiin siitä saatu keskusteluapu ja ymmärrys omasta sairaudesta. Toipuminen oli näin helpompaa ja omien toimintamallien muuttaminen paremmiksi saattoi alkaa. Myös terapeutin per-

soona vaikutti paljon. Jotkut kirjoittajista vaihtoivat terapeuttia niin kauan kun löysivät sopivan ja toipuminen oli mahdollista.

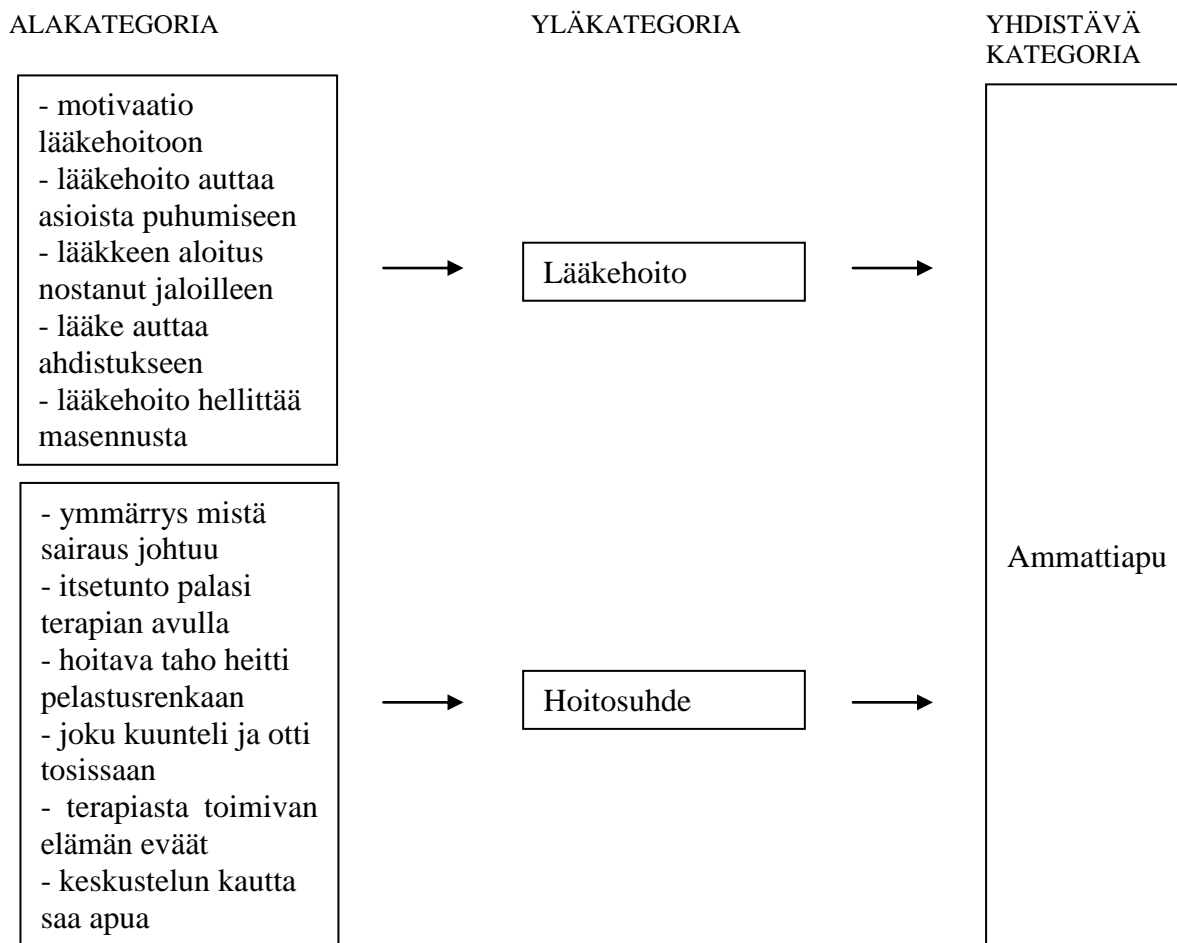
”Kouluvuodet toivat minulle heikon itsetunnon ja itseinhon. Mutta onneksi sain itsetuntoni takaisin kahden vuoden psykoterapian avulla.”

”Luottamisesta on ollut apua. Halusin aikoinaan luottaa auttajiini, sillä tiesin, että he halusivat minulle hyvää ja kykenivät auttamaan, vaikka minä itse en siihen kyennyt.”

”Lääkäriini ja hoitajani ovat ajatuksissani niin kauan kuin elän. He saivat minut uskomaan, että olen arvokas ihmisenä ja että on olemassa aitoa ihmisestä välittämistä, joka ei ole sidottu rahaan, hyödyntavoittelemiseen, maineeseen tai arvovaltaan. He heittivät pelastusrenkaan, rakastivat minut terveeksi ja auttoivat löytämään toimivat elämän eväät.”

”Olen erittäin tyytyväinen mielenterveystoimiston psykiatrin hoitoon. Käyn hänen vastaanotollaan joka toinen kuukausi.”

Hoitosuhde lääkäreiden ja hoitajien kanssa koettiin hyvänä. Lääkärien koettiin ymmärtävän ja olevan aidosti kiinnostuneita sairauden hoidosta sekä kirjoittajien taustoista ja masennukseen johtaneista syistä. Useat kirjoittajat kiittivät uudesta elämästään hoitotahoaan.



Kuvio 11. Ammattiapu.

9.2 Sosiaalinen tuki

Sosiaalisen tuen koettiin auttaneen masennuksesta toipumisessa. Sosiaaliin tukeen liitettiin vertaistuki ja läheiset ihmiset (kuviot 12). Lähes kaikissa kirjoissa korostettiin läheisten ihmisten tukea sekä vertaistukea masennuksesta toipumisen aikana. Vertaistukea verrattiin myös yhtä tärkeäksi hoitomuodoksi kuin lääkehoito ja terapeutin keskustelusuhde. Jantunen (2008, 60–61) tutkimuksessa kuvattiin, että normaaliuden kokemus vahvistuu samankaltaisten ja samaa kokeneiden seurassa. Opinnäytetyön tulokset tukivat tätä aikaisempaa tutkimustietoa. Vertaistuen kautta koettiin suurta helpotusta kun ymmärrettiin, ettei masennuksen kanssa olla yksin.

9.2.1 Vertaistuki

Vertaistuki koettiin lähes yhtä tärkeänä kuin ammattiapu. Vertaistuen kautta kirjoittajat kertoivat alkaneensa luottamaan ihmisiin ja tajunneensa etteivät ole ongelmiansa kanssa yksin, vaan joku toinenkin on kokenut samaa ja siitä on mahdollista selvitä. Yksi tärkeimmäksi koetuista asioista vertaistuessa olikin juuri se tieto, että sairaudesta voi parantua. Se antoi motivaatiota selviytyä eteenpäin.

”Jonkin aikaa siinä meni, ja sit otin sattumalta yhteyttä vanhaan kaveriini. Tuli yllättäen ilmi, että hän taisteli samanlaisten ongelmien kans. Vertaistukea tuli sitä kautta, ja vointi rupes paraneen noiden keskustelujenkin ansiosta.”

”Onneks sain oikeassa kohdassa tietoa näiden oireiden taustoista ja siitä, mikä mua vaivaa, ja sitten tuli sopivasti vertaistukeakin.”

Vertaistuen kautta saatiin tietoa masennuksesta, sen hoidosta ja siitä selviytymisestä. Tämä tietolähde koettiin alkuun luotettavampana kuin esimerkiksi lääkärin kertomat asiat.

”Tuona samana kesänä, jona sairauteni saavutti huippunsa, yksi läheinen ystäväni oli joutunut sairaalaan ankaran maanisen depression takia. Siinä vaiheessa kun minä olin aloittanut tuon syksyisen vajoamiseni, ystäväni oli toipunut, ja olimme puhelimitse yhteydessä toisiimme lähes joka päivä. Hänen minulle antamansa tuki oli uupumatonta ja korvaamattoman arvokasta.”

”Liityin myös paikalliseen mielenterveysyhdistykseen. Monesti olen saanut paljon lohtua jäsenpostista. Tajusin myös, että en todellakaan ole yksin näiden ongelmien kanssa.”

Jantunen (2008, 60–61) kertoo tutkimuksessaan vertaistuesta, että normaaliuden kokemus vahvistuu samankaltaisten, samaa kokeneiden seurassa, jotka ovat kertoneet kokevansa samalla tavalla. Koetaan helpotusta siitä, että toinen kertoo tunteneensa saman tunteen tai miettineensä samaa kysymystä joka itseä on askarruttanut.

”Lisäksi hyvin merkittävässä osassa oli entinen koulu-työkaveri, joka oli itse läpikäynyt vakavan masennuksen ja selvinnyt siitä hengissä.”

9.2.2 Läheiset ihmiset

Perhettä kuvattiin tukipilarina. Ilman perheen tukea moni ei uskonut selviävänsä masennuksesta. Perheen sisällä keskusteltiin ongelmista ja etsittiin yhdessä ratkaisuja tilanteeseen. Perheen mukaan ottaminen hoitoon koettiin tärkeänä, näin perhekin sai ymmärrystä sairaudesta ja sen kulusta.

”Side perheeseen piti mut edes jotenkin kiinni elämässä.”

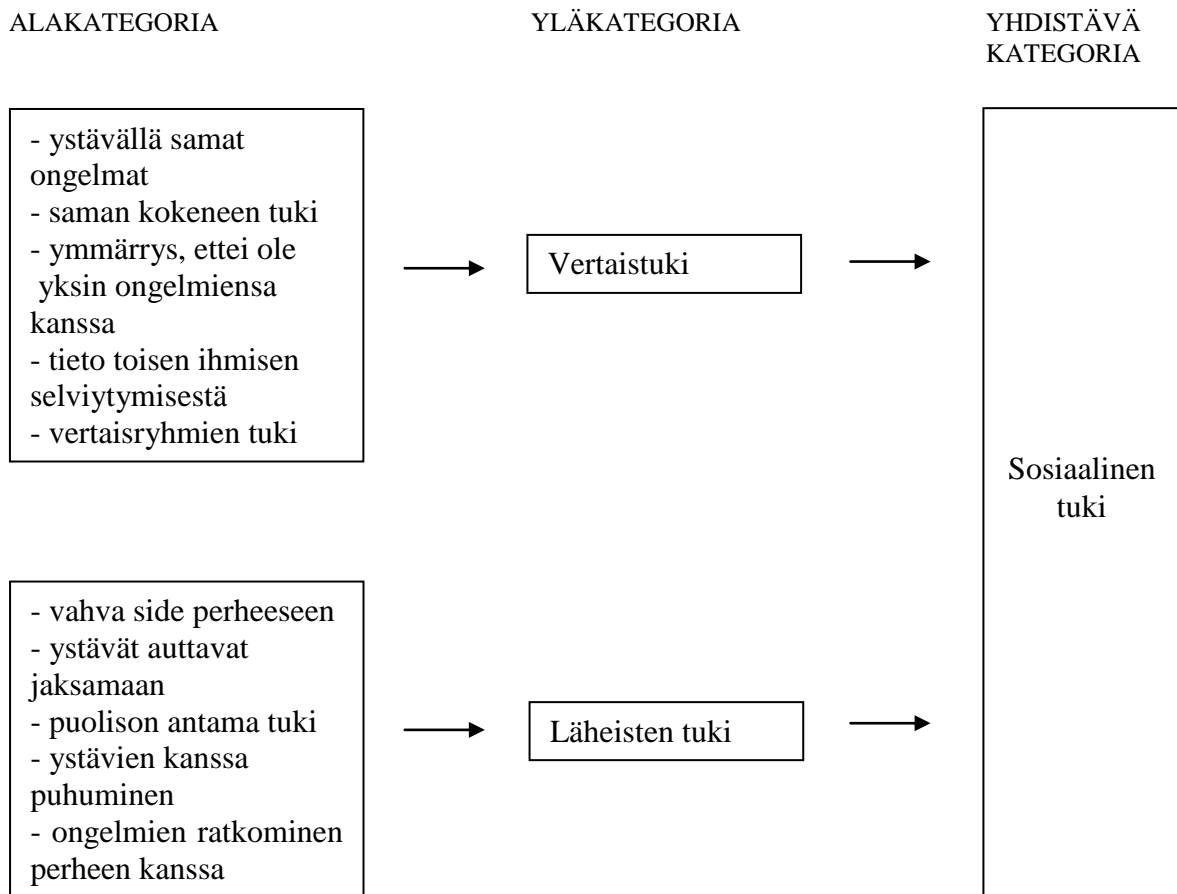
”Onneks vaimo on ollu aina tukena. Kummankin uupumusjaksoni aikana hän on joutunu kokeen sen, että yhtäkkiä muhun ei meinaa saada oikeen mitään kontaktia. Sitten asia on nostettu esiin. Meillä on purettu ongelmia sekä puhumalla että hiljaa olemalla.”

”Minulla oli sikäli hyvää tuuria vai pitäisikö sanoa onnea, että lähelläni oli koko sairauteni ajan ymmärtäväinen ja uhrautuva aviopuoliso.”

”Onneksi minulla on aina ollut ystäviä, ilman heitä en olisi jaksanut.”

”Onneksi minulla on ollut ihmisiä, joiden kanssa olen yrittänyt löytää itseni sieltä pelokkaan pikkutyön sisältä.”

Ystävien tuki koettiin korvaamattomana. Kirjoittajilla oli muutamia ystäviä, joiden kanssa he kävivät läpi tunteitaan. Kaikkien kanssa he eivät asioistaan puhuneet, sillä kokivat että rasittavat ystäviään liikaa. Ystävien kanssa oli helppo pitää kiinni arjen rutiineista ja sosiaalisista suhteista. Usein ystävät pitivät huolta siitä, etteivät kirjoittajat jääneet yksin kotiin murehtimaan. Ystävät keksivät yhteistä tekemistä, johon osallistuminen usein koettiin ahdistavana mutta loppujen lopuksi auttavana tekijänä.



Kuvio 12. Sosiaalinen tuki.

9.3 Itsehoito

Tuloksissa ilmeni, että masennuksen helpottuessa löydettiin myös uusia itsehoitokeinoja, jotka antoivat kokemuksia voimaantumisen masennuksen helpottaessa. Itsehoitona käytettiin harrastuksia ja ulkoilua (kuvio 13). Koettiin, että jaksettiin harrastaa sekä ulkoilla, mutta myös luonto nähtiin erilaisena kuin ennen. Mielekkään tekemisen yhteydessä koettiin rauhallisuutta sekä saatiin ajatukset pois masennuksesta. Itsehoito voidaan mainita suurena tekijänä masennuksen hoidossa sekä sen koetaan edistävän vastuunkantamista omasta toipumisesta.

9.3.1 Harrastukset

Masennuslääkityksen tehojen löydyttyä riitti puhtia aloittaa toipumista tukevia harrastuksia. Harrastukset koettiin voimaannuttavina. Esimerkiksi puutarhan hoito, marjastus ja sienestys veivät ajatukset hetkeksi muualle ahdistuksesta ja pahasta olost. Harrastusten parissa koettiin rauhallisuutta ja kirjoittajat kuvasivat hermojen lepäävän kun ajatukset olivat mielekkäissä tekemisissä.

”Viime kesäks ostin mökille veneen, ja kävin iltaisin kalastelemassa. Se oli tosi hyvää hermolepoo.”

”Kuntoliikunta oli kyllä avuksi, monta kertaa se nosti mielialan pahimmasta suosta ainakin hetkeksi kerrallaan. Vitamiinien ja lisäravinteiden käytöstä oli apua, etenkin B-vitamiineista.”

”Ilman käsitöiden tekoa olisin ihan hukassa ahdistuneisuuteni kanssa. Kä-sillä tekemiseen saan kuitenkin purettua jollakin tavalla ahdistusta, vaikka oloni ei merkittävästi helpotukaan.”

”Minut on pelastanut tahto voittaa tämäkin piina ja kesäiset harrastukseni mansikkamaa, perunamaa ja marjojen poiminta. Kun tuli hyvä mieli siitä, että mansikoita tuli paljon, tajusin ensimmäisen kerran olevani parane-massa.”

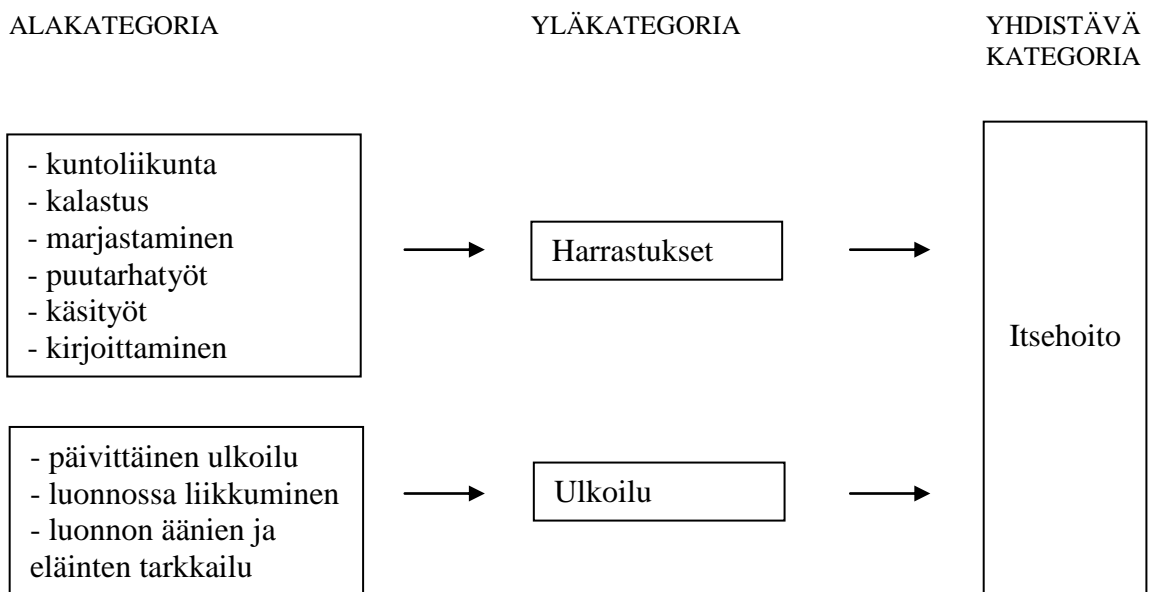
9.3.2 Ulkoilu

Vaikka uloslähteminen olikin ollut vaikeaa ja saattoi kestää useita tunteja, oli säännöllisistä ulkoiluista silti pidetty kiinni. Luonnossa liikkuminen koettiin rauhoittavana ja luonnossa saattoi tarkastella eläimien toimintaa ja pohtia omaa elämäänsä. Ulkoilun kerrottiin tapahtuvan aina yksin. Yksin olemisen koettiin helpottavan ahdistusta, vaikka yksinäisyys koettiin vahvasti negatiivisena asiana.

”Säännöllisestä ulkoilusta pidän kuitenkin kiinni rautaisella kädellä, koska se helpottaa tilannetta edes hieman.”

”Ajelin maalle ja luontoon aina välillä, ja juuri luonto oli jotenkin eheyttävä tekijä. Kuljin ja katselin. Ei tarvinnu olla ihmisten kans tekemisissä.”

”Luonto parantaa paljon. Siellä havaitsee jotenkin ne ihmistä suuremmat voimat.”



Kuvio 13. Itsehoito.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Opinnäytetyön lähtökohtana oli selvittää masennusta sairastaneiden kokemuksia sairastumiseen johtaneista syistä, elämästä masennuksen aikana sekä masennuksen helpottumisesta. Tavoitteena oli saada tietoa elämästä masennuksen varjossa ihmisten omien kertomusten kautta.

Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että masennuksen taustalla koettiin olevan monia eri tekijöitä. Suurimmiksi masennuksen aiheuttajiksi kuvattiin henkiset paineet sekä koettu trauma aikaisemmin elämässä. Henkisiksi paineiksi mainittiin elämänmuutokset, työuupumus sekä stressi. Traumaattisia kokemuksia olivat menetykset ja lapsuuden kokemukset. Isometsän (2008) mukaan keskeisimpiä masennukselle altistavia tekijöitä ovat yksittäiset tai useammat negatiiviset elämänmuutokset, kuten erilaiset menetykset, avioero sekä läheisen sairastuminen tai kuolema.

Masennuksen aikana koettiin erilaisia oireita ja tunteita. Koettuja oireita olivat uniongelmat, itsetuhoajatukset, ruokahalun muutokset, aloitekyvyttömyys sekä erilaiset fyysiset oireet. Isometsä (2011) toteaa, että masennuksen tyypillisimpiä oireita ovat väsymys, unettomuus, aloitekyvyttömyys sekä voimattomuus. Koettuja tunteita olivat syyllisyys, häpeä, tuska, ahdistus, yksinäisyys sekä kahtiajakautumisen tunne. Tammisen (2001) mukaan syyllisyyden tunteet, ahdistuneisuus ja tuskaisuus ovat yleisimpiä masennuksen aikana koettuja tunteita. Masennuksen aikana oli vahva sairudentunto ja oireet koettiin voimakkaina. Tunteet koettiin usein perusteettomiksi ja ne lisäsivät ahdistusta ja tuskaa entisestään.

Masennusta helpottavina tekijöinä mainittiin ammattiapu, sosiaalinen tuki sekä itsehoito. Ammattiapuun kuuluivat lääkehoito sekä hoitosuhde. Huttusen (2008) mukaan asianmukainen masennuslääkitys lievittää ja lyhentää merkittävää osaa masennustiloista. Useiden tutkimusten mukaan hoitosuhdetyöskentely on todettu asiakkaiden terveyden edistämiseksi keskeiseksi hoitotyön menetelmäksi. Hoitosuhde on yhteistyötä, jonka tavoitteena on lisätä masentuneen hyvinvointia ja edistää terveyttä. (Mäkelä ym. 2001, 11, 24.) Lääkehoidon aloitus koettiin vaikuttavana tekijänä masennuksesta toipumiselle. Lääkehoito ja hoitosuhde yhdessä koettiin tehokkaana hoitomuotona. Lääkehoito auttoi avautumaan asioista syvemmin hoitosuhteessa.

Sosiaaliseen tukeen liitettiin vertaistuki sekä läheisten antama tuki. Pöyhjärin (2009, 139) mukaan vertaistuella on suuri merkitys ihmisen jaksamiselle ja elämänhallinnalle. Vertaistuki voi olla apuna vaikeasta elämäntilanteesta selviytymiseen tai se voi olla tukena pidempiaikaisessa kuntoutuksessa. Läheisten antama tuki ja apu on masentuneelle tärkeitä, jotta masennus ja eristäytyminen eivät entisestään pahenisi. Usein pelkkä tieto siitä, että joku läheinen välittää, auttaa masentunutta toipumisessa. (E-mielenterveys 2012.) Vertaistuki koettiin lähes yhtä tärkeänä kuin ammattiapu ja tärkeimmäksi asiaksi vertaistuessa koettiin tieto siitä, että masennuksesta voi parantua. Läheisten antama tuki oli korvaamatonta, läheisiä ihmisiä kuvattiin tukipilariksi vaikean elämäntilanteen aikana.

Masennuksen helpottumiseen vaikutti ammattiavun ja sosiaalisen tuen lisäksi itsehoito. Itsehoitoon kuului harrastukset sekä ulkoilu. Masennuksen itsehoidossa pyritään välttämään sosiaalista eristäytymistä ja pidetään kiinni erilaisista päivärutiineista, kuten liikunnasta sekä muista harrastuksista. Säännöllisen liikunnan on osoitettu olevan lääkehoidon ja psykoterapioiden veroinen keino ainakin lievempien masennustilojen hoidossa. (Huttunen 2011.) Ulkoilu ja harrastukset koettiin rauhoittavina sekä voimaannuttavina tekijöinä masennuksen itsehoidossa.

10.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tieteellinen tutkimus perustuu eettisyyteen. Tutkimusetiikka antaa säännöt tutkimuksen toteuttamiselle. Tutkimusetiikka jaotellaan ulkoiseen ja sisäiseen etiikkaan. Ulkopuolinen etiikka tarkastelee ulkopuolisten tekijöiden vaikutusta aiheen valintaan ja tutkimustapaan. Ulkopuolinen tekijä voi olla esimerkiksi tutkimuksen rahoittaja. Sisäinen etiikka on tutkimuksen sisäistä oikeellisuutta. Se tarkastelee muun muassa työnjakoa ja tulosten raportointia tutkimuksen aikana. Tutkimuksen tekijällä itsellään on vastuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta, tutkimuksen rehellisyydestä sekä vilpittömyydestä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172–173; Tuomi 2007, 148.)

Laadullisen tutkimusmenetelmän oppaiden luotettavuustarkastelut ovat hyvin erilaisia ja painottavat eri asioita, täten luotettavuudesta ei ole yhtenäisiä käsityksiä. Tutkimusta arvioidaan aina kokonaisuutena, jolloin painopisteenä on sen sisäinen johdonmukaisuus. Tutkimusraportissa seuraavien asioiden tulee olla hyvin täytetty, niin erillisinä kuin suhteessa toisiinsa: aineiston keruu, tutkimuksen tiedonantajat, tutkija- tiedonantajasuhde, tutkimuksen kesto, aineiston analyysi, tutkimuksen luotettavuus ja tutkimuksen raportointi. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 131–135; Tuomi 2007, 151–152.)

Luotettavuuskeskustelussa nousevat nopeasti esiin kysymykset totuudesta ja objektiivisesta tiedosta. Kun tarkastellaan objektiivisuuden ongelmaa, on erotettava havaintojen luotettavuus ja puolueettomuus toisistaan. Esimerkiksi puolueettomuutta tarkasteltaessa pohditaan, vaikuttaako tutkijan sukupuoli, ikä, uskonto, poliittinen asenne, kansalaisuus tai virka-asema siihen, miten hän tulokset tulkitsee. Periaatteessa näin väistämättä on, koska tutkija on tutkimusasetelman luoja ja tulkitsija. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 133.)

Sisällönanalyysiä pidetään luotettavana tutkimusmenetelmänä. Sen kaikki tulokset perustuvat dokumenttien sisältöön ja sen kuvailuun. Sisällönanalyysin vaarana on, että tutkija määrittelee sisältöluokat huonosti eikä sen vuoksi saa tutkimuksestaan tarpeeksi oleellisia ja merkityksellisiä tuloksia. (Kautonen & Rauhala 2003.)

Opinnäytetyön aineisto koostuu kaunokirjallisista teoksista. Aineistoa haettaessa kiinnitettiin huomiota aineiston laatuun ja todenperäisyyteen. Fiktiiviset kaunokirjalliset teokset, joissa masennus ei ollut todellisen kertojan kokemaa, karsittiin pois. Valitun aineiston laatua ja sen luotettavuutta vas-

tata kysymyksiin arvioitiin. Aineistoa analysoidessa pyrittiin tietoisesti objektiivisuuteen sekä neutraaliin lähestymistapaan. Opinnäytetyössä tulokset luokiteltiin selkeästi ja perustellusti, jotta lukija ymmärtäisi tulosten takana olevan analyysin.

Kaunokirjalliset teokset ovat julkisia, joten kirjoittajat tulevat ilmi opinnäytetyössämme. Opinnäytetyössä on kunnioitettu tekijänoikeuksia lisäämällä teokset lähdeluetteloon. Opinnäytetyön luotettavuutta hieman heikentää kaunokirjallisten teosten vähäinen määrä, mutta tulokset antavat kattavan käsityksen masennukseen vaikuttavista tekijöistä, elämästä masennuksen aikana sekä masennuksen helpottumisesta. Tulokset ovat sovellettavissa käytäntöön virtuaalihoitotilan perustamisessa. Yhteys aineiston ja tulosten välillä on oleellinen, koska aineistolta on kysytty opinnäytetyön kysymyksiä vastaavia kysymyksiä.

Masennus on aina yksilöllinen ja tarkkaan määrittelemätön kokemus, joten kaunokirjalliset teokset eivät välttämättä anna yksityiskohtaista tai yleistettävää kuvaa masennuksesta. Tekijät pohtivat, että luotettavampi ja moniulotteisempi keino olisi haastattelu, jolloin voisi saada enemmän tutkimusaineistoa ja eri sukupuolten sekä eri ikäluokkien kokemuksia masennuksesta. Toisaalta kaunokirjallinen teos on masentuneen kokonaisvaltainen tarina, jossa hän käy läpi masennuksensa alusta loppuun.

Opinnäytetyössä on vältetty epärehellisyyttä ja plagiointia. Tuloksien rehellisyys perustuu siihen, että aineistoa tai muiden tutkimusten tuloksia ei ole vähätelty, tuloksia ei ole keksitty sekä tekijät ovat muistaneet, että tuloksissa on kyse todellisten henkilöiden kokemuksista.

10.2 Opinnäytetyöprosessin pohdinta

Työn aihe valikoitui mielenkiinnosta mielenterveystyöhön ja sen kehittämiseen. Idea varsinaisesta aiheesta tuli ohjaavalta opettajalta, joka oli käynyt keskustelua virtuaalihoitotilan toteuttamisesta, yhdessä toimeksiantajan kanssa. Masennuksen hoitoon tarvitaan uusia menetelmiä ja nyt oli tilaisuus päästä osaksi Häme Open Campuksen konseptorin hanketta, jonka tavoitteena on saada virtuaalinen hoitotila osaksi sosiaali- ja terveydenhoidon järjestelmää.

Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin tammikuussa 2012 pidetyn yhteistyöpalaverin jälkeen. Yhteistyöpalaverissa olivat mukana tekijöiden lisäksi ohjaava opettaja, toimeksiantaja sekä konseptorin projektipäällikkö. Yhteistyöpalaverissa käytiin läpi toimeksiantajan toiveita opinnäytetyön sisällöstä. Samalla sovittiin alustava aikataulu työlle ja seuraavat yhteistyöpalaveriajankohdat. Loppuseminaari sijoittui lokakuulle 2012.

Opinnäytetyön alustavat kysymykset nousivat esille teoriaosuutta tehtäessä. Teoreettinen viitekehys kirjoitettiin yhdessä peilaten kysymyksiin, joita aiottiin esittää aineistolle sen läpikäymisen alkuvaiheessa. Lopulliset kysymykset muodostuivat melko nopeasti aineiston läpikäymisen jälkeen. Teoreettinen viitekehys muokkaantui sitä mukaa, kun saatiin vastauksia aineistolta kysymyksiin. Teoreettista viitekehystä kirjoitettaessa saatiin

kattavasti tietoa masennuksen synnystä, oirekuvasta ja sen hoitomuodoista. Tästä on hyötyä jatkossa työelämässä.

Aineiston lukeminen jaettiin molempien tekijöiden kesken puoliksi. Kun aineisto oli luettu kertaalleen, alettiin suunnitella opinnäytetyön varsinaisia kysymyksiä ja aineisto luettiin uudestaan yhdessä useampaan kertaan läpi. Aineiston lukeminen oli mielenkiintoista ja opettavaista. Masentuneen elämästä sai kattavan kuvan tarinoiden kautta.

Aineistosta kerättiin alkuperäiset ilmaukset ja ilmaukset pelkistettiin. Samaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin kategorioihin, näin muodostuivat alakategoriat. Alakategoriat yhdistettiin ja niistä muodostettiin yläkategoriat. Yläkategorioista muodostui vielä niitä yhdistävät kategoriat. Tämä vaihe oli haastava ja työläs. Tekijöitä ollessa kaksi, näkökulmat olivat välillä eriäviä. Tekijät perustelivat toisilleen ajatuksiansa ja lopulta yhteinen, molempia tyydyttävä näkökulma löydettiin.

Tulosten auki kirjoittaminen oli opinnäytetyön isoin vaihe. Aineistosta saatu vastausten määrä oli suuri ja niiden syvälinen pohtiminen sekä analysointi vaativat aikaa. Raportointivaiheessa tulosten kanssa esitetyt suorat lainaukset toimivat ohjenuorana sekä apuna analysoitaessa tuloksia raporttipohjalle. Tulokset pyrittiin saamaan selkeästi ja kattavasti lukijan tietoon. Analysointivaihe osoittautui kuitenkin odotettua helpommaksi. Aihe oli mielenkiintoinen, aineisto oli subjektiivinen ja koko prosessi käsitteli ihmisen kokemuksia. Tästä syystä analysointi oli mielekästä ja mielenkiinto aiheeseen säilyi koko opinnäytetyön tekemisen ajan.

Opinnäytetyön tekeminen opetti taitoja hoitotyön tutkimuksen tekemiseen jatkossa. Ennen työn aloittamista käsitys tutkimuksen tekemisestä oli ainoastaan teoreettinen, eikä se vaikuttanut mielenkiintoiselta. Työn tekemisen aikana laadullinen tutkimus sekä sisällönanalyysi tulivat tutuimmiksi ja mielenkiintoisemmiksi.

10.3 Kehittämishaasteet

Opinnäytetyön analyysin otantana olivat kaunokirjalliset teokset. Tulevaisuudessa masentuneiden kokemuksista voisi tehdä tutkimustyötä haastattelujen kautta, jotta saataisiin entistä luotettavampi ja kattavampi käsitys masentuneiden omista kokemuksista masennuksensa aikana. Opinnäytetyön tuloksissa jäätin kaipaamaan kokemuksia esimerkiksi aivojen sähköhoidosta masennuksen hoitomuotona.

Masentuneiden miesten kokemuksia masennuksesta on käsitelty Kuopion yliopiston Pro Gradu-työssä 31-40-vuotiaiden miesten kokemuksia masennuksesta, mutta tulevaisuudessa molempien sukupuolien käsityksiä, iästä riippumatta, olisi hyvä tutkia. Näin voisi myös verrata eri ikäryhmien käsitystä masennuksesta.

10.4 Opinnäytetyön hyödynnettävyys

Opinnäytetyötä hyödynnetään Virtuaalinen hoitotila masennukselle-toteutuksessa. Opinnäytetyön teoriaosuutta ja tuloksia käytetään hoitotilan rakentamisessa. Teoriaosuutta käytetään masennuksen faktatietoihin ja tuloksia tulee hoitotilan Sisäinen tarina-osuuteen. Toimeksiantaja valitsee itse tarvitsemansa tiedon työstä. Toimeksiantaja sekä hankkeen vetäjä ovat osallistuneet seminaareihimme ja olemme olleet yhteistyöpalavereissa heidän kanssaan. Hoitotilan demo-osuuden on tarkoitus valmistua vuoden 2013 aikana.

Opinnäytetyö esitetään Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin seminaarissa Opinnäytteistä tietoa hoitotyöhön. Seminaari järjestetään 6.11.2012 ja se on tarkoitettu kaikille hoitotyöntekijöille Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää mielenterveystyön opetuksessa. Tuloksissa on kattavasti tietoa masennuksesta ihmisen kokemana ja teoreettinen viitekehys tukee tuloksia ja täten ne ovat luotettavia. Opinnäytetyö voi olla osana mielenterveystyön kurssin tenttimateriaaleja, mikäli tentti käsittelee masennusta.

LÄHTEET

- Aarnisalo, P. 2011. Ratkaisukeskeinen terapia masennuksen hoidossa. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 102-103.
- Achté, K. & Tamminen, T. 1987. Depressiopotilaan tutkiminen ja hoitovaihtoehtojen arviointi vastaanotolla. Teoksessa Achté, K. & Tamminen, T. (toim.) Lääkäri ja depressiopotilas. Helsinki: CIBA-GEIGY.
- Ahonen-Eerikäinen, H. 1994. Psykososiaalinen työ ja terapeuttinen taide. Teoksessa Ahonen-Eerikäinen, H. (toim.) Taide psykososiaalisen työn välineenä. Joensuu: Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu, 13.
- Brewin, C. 1998. Depression. United Kingdom: Psychology Press.
- Depressio. 2010. Käypähoito. Viitattu 4.8.2012 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50023>
- E-mielenterveys. 2012. Läheiseni on masentunut. Viitattu 18.10.2010 <http://www.e-mielenterveys.fi/mielenterveyden-hairiot/masennus/laheiseni-on-masentunut/>
- Furman, B. & Valtonen, J. 2000. Jossakin on ilo. Tietoa ja toivoa masennuksesta kärsiville ja heidän läheisilleen. Helsinki: WSOY.
- Haarala, M., Jääskeläinen, A., Kilpinen, N., Panhelainen, M., Peräkoski, H., Puukko, O., Riihimäki, K., Sundman, M. & Tauriainen, P. 2010. Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.
- Hakanen, A. 2008. Kognitiivisen psykoterapian luonne ja kehityshistoria. Teoksessa Kähkönen, S., Karila, I. & Holmberg, N. (toim.) Kognitiivinen psykoterapia. 3. uud. p. Helsinki: Duodecim, 14-38.
- Hardwick, N. 1999. Hullun lailla. Helsinki: Otava.
- Heikkinen, H. 2010. Narratiivinen tutkimus – todellisuus kertomuksena. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Jyväskylä: PS-kustannus, 143-159.
- Heiskanen, T. & Salonen, K. 1997. Miten hoidan mielenterveyttäni. Helsinki: Suomen mielenterveysseura, SMS-Tuotanto/SMS-Julkaisut.
- Heiskanen, T., Tuulari, J. & Huttunen, M. 2011. Masennuksen hoito ja muut toipumiseen vaikuttavat tekijät. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 11-13.

Heiskanen, T., Tuulari, J. & Huttunen, M. 2011. Miksi ihminen masentuu? Teoksessa Heiskanen, Huttunen, M. & T., Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 9-10.

Heiskanen, T., Tuulari, J. & Huttunen, M. 2011. Mitä masennuksella tarkoitetaan? Teoksessa Heiskanen, Huttunen, M. & T., Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 8.

Holma, K., Melartin, T., Haukka, J., Holma, I., Sokero, T. & Isometsä, E. 2010. Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV major depressive disorder: A five-year prospective study. The American journal of psychiatry 167 (7). Viitattu 23.4.2012. <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=102356>

Hujala, N. & Tiainen, A-M. 2009. Lääkehoito lähihoitajan työssä. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Huttunen, M. 2008. Lääkkeet mielen hoidossa. Helsinki: Duodecim.

Huttunen, M. 2011. Masennus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 30.8.2012. ja 18.10.2012 <http://www.terveyskirjasto.fi>

Hyväri, M., Käräjäoja, P. & Vaitiniemi, A. 2004. Potilaslähtöinen hoitosuhdetyöskentely. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Viitattu 14.10.2012. <http://gallia.kajak.fi/opmateriaalit/yleinen/ahorai/mielentervvehto/potilasla/potilas.htm>

Isometsä, E. 2008. Masennushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 157-195.

Isometsä, E. 2011. Masennustilan kulku ja sairaudesta toipuminen. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 29-30.

Isometsä, E. 2011. Masennustilan oireet ja diagnoosi. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 20-21.

Isometsä, E. 2011. Masennustilojen alaryhmät. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 22-23.

Jantunen, E. 2008. Osalliseksi tuleminen – masentuneiden vertaistukea jäsentävä substantiivinen teoria. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja A Tutkimuksia 18, 72-75.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Karila, I. 2011. Kognitiivinen psykoterapia ja masennuksen kognitiivinen malli. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 93.

Karila, I. & Kokko, A-M. 2008. Krooninen masennus. Mitä on tehtävissä? Helsinki: Edita Publishing Oy.

Kautonen, O. & Rauhala, H. 2003. Sisällönanalyysi. Teoksessa Tanskanen, M. (toim.) Johdattelua tutkimusmenetelmiin. Joensuun Yliopisto. Maantieteen laitos.

Kiikkala, I. 2011. Masennuksesta toipumista tukevia tekijöitä ja menetelmiä. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 177-180.

Kiikkala, I. 2011. Masentuneiden vertaistukiryhmät. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 180-182.

Kiiltomäki, A. 2004. Elämää itsemurhan varjossa. Narratiivinen tutkimus ihmisten kertomuksista itsemurhan varjossa ja heidän elämäntarinansa jatkuvuudesta. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteet. Hoitotieteen laitos.

Kontunen, J. 2011. Interpersoonallisen psykoterapian lähtökohdat ja vaiheet. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 97-99.

Kiviniemi, K. 2010. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltonen, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Jyväskylä: PS-kustannus, 71-74.

Kontunen, J. 2011. Mitä psykoterapia on? Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 85.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOYpro OY.

Kuusinen, K-L. 2003. Yleiskatsaus kognitiivisiin terapioihin. Teoksessa Kähkönen, S., Karila, I. & Holmberg, N. (toim.) Kognitiivinen psykoterapia. Helsinki: Duodecim, 12-24.

Leinonen, E. 2002. Biologiset hoitomuodot. Teoksessa Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. (toim.) Psykiatria. Helsinki: WSOY, 239-263.

Leinonen, E. 2002. Mielialahäiriöt. Teoksessa Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. Psykiatria. (toim.) Helsinki: WSOY, 60-76.

Lindfors, O. 2011. Psykodynaaminen psykoterapia. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 89.

Luhtasaari, S. 2010. Masennuksella on laatu ja syvyys. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 20.2.2012. <http://www.terveyskirjasto.fi>

Luhtasaari, S. 2010. Masennus ja toistuva masennus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 4.3.2012. <http://www.terveyskirjasto.fi>

Luhtasaari, S. 2010. Perhe- ja pariterapia. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 10.4.2012. <http://www.terveyskirjasto.fi>

Martikainen, T. 2011. Miksi en osaa vain olla. Loimaa: Kustannus HD.

Mielenterveyden keskusliitto. 2012. Hoitoon hakeutuminen. Viitattu 15.10.2012.

http://www.mtkl.fi/tietopankki/mista_apua/hoitoon_hakeutuminen/

Mielenterveyden keskusliitto. 2012. Psykoterapia. Viitattu 15.10.2012. http://www.mtkl.fi/tietopankki/mista_apua/psykoterapia/

Mäkelä, A., Ruokonen, T. & Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Helsinki: Tammi.

Mäkelä, R. 2005. Alkoholiriippuvuuden psykososiaalinen hoito. Viitattu 15.10.2012. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/274-alkoholiriippuvuuden-psykososiaalinen-hoito>

Noppari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Nurminen, M-L. 2006. Lääkehoito. 7. uud. p. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Nurminen, M-L. 2010. Lääkehoidon ABC. 12. uud. p. Helsinki: WSOY-pro Oy.

Opetushallitus. 2011. Dialoginen vuorovaikutus. Viitattu 15.10.2012. <http://osaavalahihoitaja2020.wikispaces.com/Dialoginen+vuorovaikutus>.

Partonen, T. 2011. Kaamosmasennus. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 382-384.

Partonen, T., Lönnqvist, J. & Syvälahti, E. 2008. Biologiset hoidot. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 703-740.

Peltola, J. 2004. Sähköhoidosta apua vaikeaan masennukseen. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 5.3.2012. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1;46;616;617;618;1319;6723&print=1>

Psykoterapiat. 2010. Klaukkala: Recallmed Oy.

Puustinen-Korhonen, A. n.d. Depressiokoulu. Sosiaaliportti.fi. Viitattu 14.10.2012. <http://www.sosiaaliportti.fi/Page/03016aad-1454-4fc0-b3fa-b00f254513e5.aspx>

Pöyhtäri, J. 2009. Henkinen hyvinvointi, mielenterveys ja internet. Teoksessa Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. (toim.) Kuuntele minua - mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi, 131-143.

Rajamäki, M. 2009. Huolenkerronta ja huolenkerrontaan vastaaminen mielenterveyspotilaiden omaisten vertaistuellisessa ryhmässä: Keskusteluanalyttinen tutkimus. Viitattu 15.10.2012. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu04080.pdf>

Romakkaniemi, M. 2011. Masennus. Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta. Lapin yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Acta Universitatis Lapponienis 209. Väitöskirja.

Rovasalo, A. 2011. Työuupumus ja mielenterveyden ongelmat. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 248-250.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvantiMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 14.10.2012 http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L1_2.html

Saarin, K. 2009. Masennustarinoita. Tampere: Mediapinta.

Saarin, M. 2010. Psykoterapiaan? Helsinki: Edita.

Salo-Chydenius, S. 2010. Toiminnalliset ja luovat menetelmät. Päihdelinkki. Viitattu 13.4.2012. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/651-toiminnalliset-ja-luovat-menetelmat>

Salokangas, R. 1997. Kliininen depressio. Mitä se on ja miten sitä hoidetaan? Porvoo: WSOY.

Sarkkinen, M. & Juutilainen, K. 2011. Mitä tarkoitetaan synnytyksenjälkeisellä masennuksella? Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 338-339.

Sarkkinen, M. & Juutilainen, K. 2011. Synnytyksen jälkeinen masennus Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 347-348.

Sarkkinen, M. & Juutilainen, K. 2011. Äidin masennuksen riskit ja tunnistaminen. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 339.

Siimes, K. Vakava masennus – selviytymistarina. Kuopio: Mielikirjat KS.

Sinkkonen, M. 2005. Masennuksen arviointia ja diagnostiikkaa. Teoksessa Lindqvist, M., Kuvaja, T. & Rasilainen, A. (toim.) Masennus – mustaa ja valkoista. Helsinki: Therapie-säätiö, 135-150.

Smitskamp, H. 1994. Taideterapeuttisen diagnoosin ja analysoinnin periaatteet. Teoksessa Ahonen-Eerikäinen, H. (toim.) Taide psykososiaalisen työn välineenä. Joensuu: Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu, 21.

Spoov, J. & Syvälahti, E. 1996. Depressiolääkkeit. Käyttöaiheet ja hoidon periaatteet. Helsinki: Edita Oy.

Styron, W. 1990. Pimeän kuva. Muistelmia hulluudesta. Helsinki: Otava.

Tamminen, T. 2001. Mielet maasta. Depression tietokirja. Klaukkala: Recallmed Oy.

Terve Media Oy. N.d. Masennus. Terve.fi. Viitattu 8.11.2012. <http://www.terve.fi/masennus/masennus>

Toivio, T. & Nordling, E. 2009. Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Tontti, J. 2011. Masennus voimavarana. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 155-157.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuulari, J. 2011. Masennusoireilun vähentäminen elämää aktivoimalla. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 171.

Urponen-Tuukkanen, M. 2003. Sairauteni nimi on masennus. Tampere: Pilot-kustannus Oy.

Valkonen, J. 2007. Psykoterapia, masennus ja sisäinen tarina. Helsinki: Kuntoutussäätiö.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. 2007. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. 4. uud. p. Helsinki: WSOY

Oppimateriaalit

O

ICD-10 LUOKITUS

ICD-10:n mukaiset masennustilan (F32) oirekriteerit, joita sovelletaan oirekuvan osalta myös toistuvassa masennuksessa (F33) ovat seuraavanlaiset:

OIREKRITERIT	OIREKUVA
A. Masennusjakso on kestänyt vähintään kahden viikon ajan	
B. Todetaan vähintään kaksi seuraavista oireista	1. Masentunut mieliala suurimman osan aikaa 2. Kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat tavallisesti kiinnostaneet tai tuottaneet mielihyvää 3. Vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys
C. Todetaan jokin tai jotkin seuraavista oireista niin, että oireita on yhteensä (B ja C yhteenlaskettuna) vähintään neljä	4. Itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen 5. Perusteettomat tai kohtuuttomat itsesyytökset 6. Toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen 7. Subjektiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä myös päättämättömyytenä tai jähkailuna 8. Psykomotorinen muutos (kiihtymys tai hidastuneisuus), joka voi olla subjektiivinen tai havaittu 9. Unihäiriöt 10. Ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos
Lievässä masennustilassa oireita on 4-5, keskivaikeassa 6-7 ja vaikeassa 8-10 ja kaikki kohdasta B. Psykoottisessa masennuksessa esiintyy myös harhaluuloja tai -elämyksiä.	

(Haarala ym. 2010, 11.)

DSM-IV LUOKITUS

Vakavan masennuksen diagnostiset kriteerit DSM-IV luokituksen mukaan ovat seuraavanlaiset:

A. Seuraavista oireista vähintään viisi on esiintynyt kahden viikon jakson aikana, ja ne edustavat muutosta aikaisempaan toimintaan nähden, vähintään yksi oireista on joko masentunut mieliala (1) tai mielenkiinnon tai mielihyvän menettäminen (2).

Oireita, jotka ovat selvästi jonkin ruumiillisen häiriön aiheuttamia tai mielialaan sopimattomia harhaluuloja tai aistiharhoja, ei oteta tässä huomioon.

- 1) masentunut mieliala, joka kestää suurimman osan päivästä lähes joka päivä. Masentuneen mielialan osoittaa joko oma ilmoitus tai muiden huomiot. Lapsilla ja nuorilla masentunut mieliala voi ilmentua ärtyneisyytenä.
- 2) merkittävästi vähentynyt mielenkiinto tai mielihyvä lähes kaikissa päivittäisissä toimissa, joka ilmenee lähes päivittäin.
- 3) merkittävä painon tai ruokahalun muutos. Ruokahalun muutos voi ilmetä lähes päivittäin.
- 4) Unihäiriöt, jotka ilmenevät unettomuutena tai liiallisena nukkumisena lähes päivittäin.
- 5) Psykomotoriset muutokset, jotka ovat muiden huomattavissa ja ilmentävät kiihtyneisyytenä tai hitautena lähes päivittäin.
- 6) Väsymyksen ja voimattomuuden tunnetta lähes päivittäin.
- 7) Arvottomuuden tunnetta tai kohtuuttomia tai aiheettomia syyllisyyden tunteita lähes päivittäin.
- 8) Ajattelukyvyn heikkoutta, keskittymiskyvyttömyyttä tai päättämättömyyttä lähes päivittäin.
- 9) Toistuva kuoleman ajattelu ja toistuvat itsemurha-ajatukset ilman suunnitelmaa, itsemurhan suunnittelu tai yritys.

B. Oireet eivät täytä sekamuotoisen jakson kriteerejä.

C. Oireet aiheuttavat kliinisesti kärsimystä tai haittaa sosiaalisilla, ammatillisilla tai muilla tärkeillä toiminnan alueilla.

D. Oireet eivät selity minkään kemiallisen aineen vaikutuksesta tai ruumiillisesta häiriöstä.

E. Oireet eivät selity menetyksen aiheuttamaan surureaktioon, oireet jatkuvat yli kaksi kuukautta menetyksen jälkeen tai niitä kuvaa toiminnan merkittävä huononeminen, itsemurha-ajatukset, sairaaloinen tarpeettomuuden tunne, psykoottiset oireet tai psykomotorinen hidastuneisuus.

(Isometsä 2008, 158.)