

Kouluikäisen lapsen masennuksen hoito nykysuositusten mukaan

Integroiva kirjallisuuskatsaus

Anne Huikko

Opinnäytetyö

Kesäkuu 2016

Sosiaali-,terveys- ja liikunta-ala

Sosiaalialan ylempi AMK

Perheiden hyvinvoinnin ja osallisuuden edistäminen

Kuvailulehti

Tekijä(t) Huikko, Anne	Julkaisun laji Opinnäytetyö, YAMK	Päivämäärä 6.6.2016
	Sivumäärä 57	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty:
Työn nimi Kouluikäisen lapsen masennuksen hoito nykysuositusten mukaan. Integroiva kirjallisuuskatsaus		
Tutkinto-ohjelma Sosiaaliala, ylempi AMK. Perheiden hyvinvoinnin ja osallisuuden edistäminen		
Työn ohjaaja(t) Asta Suomi ja Johanna Moilanen		
Toimeksiantaja(t) JAMK		
Lasten psyykkinen hyvinvointi on monella tavalla tärkeä asia. Yksi melko yleinen lasten psyykkisen oireilun muoto on masennus. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaisia tuloksia on löydettävissä kouluikäisen lasten masennuksen hoitoa käsittelevästä kirjallisuudesta sekä selvittää mitä tekijöitä 7-12-vuotiaiden masennuksen hoidossa tulisi yleisesti ottaa huomioon. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada arjen työssä hyödynnettävää tietoa työntekijöille, siitä millaisia vaikutuksia hoitolinjauksilla on hoidon lopputulokseen ja mitä olisi tärkeää huomioida. Opinnäytetyössä etsittiin integroivan kirjallisuuskatsauksen keinoin tietoa sekä konkreettisia tekijöitä, joita tulisi ottaa huomioon kouluiässä olevan masentuneen lapsen hoidon suunnittelussa. Katsauksen aineisto koostui 17 julkaisusta. Aineisto analysoitiin teorialähtöisellä sisällönanalyysillä, jonka myötä tulokset luokiteltiin tutkimuskysymysten mukaisesti. Kirjallisuuskatsauksen perusteella alakouluikäisten masennusta voidaan ja sitä kannattaa hoitaa tuloksellisesti usealla eri tavalla ja hoito koostuu eri osatekijöistä. Selvisi myös, että hoidon lopputulokseen vaikuttavat monet eri tekijät. Nykyisen Käypä hoito-suosituksen voidaan katsoa tarjoavan kehyksen lasten masennuksen hoidolle.		
Avainsanat (<u>asiasanat</u>)		
Lapsen masennus, masennuksen hoito, perhekeskeinen hoito, yksilökeskeinen hoito, kouluikäiset, näyttöön perustuva.		
Muut tiedot		

Description

Author(s) Last name, First name Huikko, Anne	Type of publication Master's thesis	Date 6.6.2016
	Number of pages 57	Language of publication: Finnish
		Permission for web publication: x
Title of publication Title Childhood depression. Treatment according to contemporary guidelines. An integrative literature review		
Degree programme Master's degree programme in Social Services		
Supervisor(s) Asta Suomi and Johanna Moilanen		
Assigned by JAMK		
Children's mental welfare is an important issue in many ways. One quite common mental problem with children is childhood depression. The purpose of the thesis was to examine what kind of results could be found in research literature on school-aged children's depression. Another purpose was to collect information about what other factors were in general important to take into account when planning treatment or therapy for depressed children of 7-12 years of age. The aim of the thesis was also to collect information that would be useful to clinical practitioners, for example, about what kind impact various treatment options would have on the final outcome and what would be important to take into account. The data collection method in this thesis was an integrative literature review. The review focused on the concrete factors that should be taken into account in the planning of the care of depressed school-aged children. The data was analysed by using theory-based content analysis. The data consisted of 17 articles which were classified according to the research questions. According to the review, childhood depression in school-aged children can be treated in several ways, and an appropriate treatment consists of many potential components. The results also support the conclusion that the final treatment outcome depends on many different elements. Evidence-based treatment according to the current guidelines offers a framework for treating depressed school-aged children.		
Keywords/tags (subjects) childhood depression, depression treatment, family-centered treatment, individual treatment,,school-aged children, evidence-based,		
Miscellaneous		

Aika ei pysähdy.
Ja se on suuri siunaus
ja lohdutus sille,
joka vaikeuksissa kamppailee.

Maria Jotuni

SISÄLLYS

1. Johdanto	2
2. Masennus käsitteenä ja sen yleisyys lapsilla	4
3. Yhteiskunnallinen näkökulma ja masennukseen vaikuttavat tekijät	5
4. Masennuksen oireet lapsilla	6
4.1. Oireiden luokittelu	7
5. Masennuksen arviointi.....	12
6. Lapsen masennuksen hoito	14
6.1 Yksilökeskeinen hoito	16
6.1.1 Yksilökeskeisiä hoitomuotoja	17
6.2. Perhekeskeinen hoito	18
6.2.1 Perheterapiat	19
6.3. Lääkehoito.....	20
6.4. Vanhempien kanssa tehtävä työ masentuneen lapsen hoidossa	22
6.5. Näyttöön perustuva hoito	23
7. Tutkimuksen tavoite, tutkimusmenetelmät ja toteutus.....	24
7.1. Tutkimuksen tavoite	24
7.2. Integroiva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä	25
7.3. Teorialähtöinen sisällönanalyysi	28
7.4. Aineiston keruu	29
7.5. Aineiston analyysi.....	31
8. Tutkimustulokset	34
8.1. Millaisia hoitotuloksia lapsen masennusta valitun aineiston perusteella on löydettävissä?	35
8.2. Millaisia muita tekijöitä masennuksen hoidossa aineiston perusteella on hyvä ottaa huomioon?.....	40
9. POHDINTA.....	49
9.1. Opinnäytetyön prosessi.....	49
9.2. Opinnäytetyön luotettavuus.....	51
9.3. Pohdintaa tutkimustuloksista	53
LÄHTEET	57
LIITTEET	62
LIITE 1 Hakukannat, lausekkeet- ja tulos	62
LIITE 2 Tutkimusaineisto	63
LIITE 3 Analyysitaulukot 1,2	66

1. Johdanto

Lasten masennus on yleinen, alidiagnosoitu, alihoidettu ja kuolemanvaarallinen häiriö itsemurhariskin vuoksi, joka varhain alkaessaan usein uusiutuu ja kroonistuu. Nykyään tiedetään, että masennus on vakava ongelma sekä lapsen hyvinvoinnin ja kehityksen sekä elämänmittaisen kehityksen kannalta, jota pitää ja kannattaa hoitaa. (Tamminen 2010; Karlsson & Marttunen 2011.)

Tämän opinnäytetyön aiheena on perehtyä ja koota yhteen tietoa kirjallisuuteen perehtymällä nykylinjauksia lapsen ja varhaisnuoren (alle 13- vuotiaiden) masennuksen hoidosta. Työssä käytetään käsitettä lapset myös varhaisnuorten kohdalla. Aihetta lähestytään niin yksilö- kuin perhekeskeisestä näkökulmasta. Työn on tarkoitus toimia tukena lasten käytännön mielenterveystyössä tuoden ajankohtaista valmiiksi koottua tutkimustietoa aiheesta. Työtä voivat hyödyntää kaikki sellaiset tahot, jotka työssään tekevät arviota lapsen psyykkisestä voinnista ja vastaavat hoidon suunnittelusta. Työn on olla tarkoitus niin tiivis ja helppolukuinen, että työntekijöillä olisi työnsä lomassa mahdollisuus tähän tutustua. Kirjallisuuteen perehtymällä on tavoitteena koota myös kansainvälistä tietoa masennuksen hoidosta nykylinjausten mukaan. Opinnäytetyön aihe nousee käytännön työstä. Itse olen omassa työssäni havainnut, että aiheesta on paljon tietoa olemassa, mutta hajallaan. Perehtyminen aiheeseen syvällisemmin on haastavaa työn tiimellyksessä.

Opinnäytetyö käsittelee masennusta alakouluikäisillä lapsilla (ikävuodet 7-12), vaikkakin oireet näyttäytyvät varsin samankaltaisina ikäkaudesta toiseen. (Huttunen 2015.) Työssä ei käsitellä vauva- ja leikki-ikäisen tai (ikävuodet 0-6) tai nuoruusikäisen (yli 13 v.) masennusta. Työn tausta-ajatuksena on, että perheessä nimenomaan (alakouluikäinen) lapsi kärsii masennuksesta. Tämä rajausta siksi, että jos perheessä esimerkiksi toinen vanhempi on masentunut, hoidon elementit ovat erilaiset (esim. vanhemman oma tuki).

Toisaalta voi myös olla, että perheessä sekä lapsi, että vanhempi sairastaa masennusta. Myös tämä näkökulma on jätetty käsittelyn ulkopuolelle, jotta aihe ei paisuisi liian laajaksi.

Työssä ei esitellä tarkemmin ns. sekamuotoisia masennustiloja kuten, esim. kaksisuuntaista mielialahäiriötä, masennusoireista käytöshäiriötä, psykoottista masennusta tai dystymiaa. Hoidon tuloksellisuuden vertailua tutkimuksellisesta ja metodologisesta näkökulmasta on käsitelty silta osin, kuin se on asetelman sisäistämisen ja ns. hoidollisen vertailun kannalta tarpeellista. Masennuksen arviointia ja masennuksen tyypillisiä oireita käsitellään lyhyesti tässä työssä, koska huolellinen arviointi on hyvän hoidon perusta ja jo arviointivaihe on jo sinällään lapsen kannalta usein terapeutista. Lisäksi oireiden laatu on kytköksissä siihen, kuinka masennusta lähdetään hoitamaan. Tämän vuoksi olen halunnut sisällyttää työhön myös masennuksen oireita käsittelevän luvun.

Hoidollisista suuntauksista tässä työssä käsitellään yleisen psykososiaalisen tuen lisäksi yksilökeskeistä hoitoa, josta esitellään tarkemmin psykodynaamista suuntausta, kognitiivista psykoterapiaa sekä interpersoonallista psykoterapiaa. Perhekeskeisistä työotetta käsitellään yleisesti sekä perheterapiaa yhtenä yksittäisenä ja erillisenä terapiasuuntauksena. Valitsin nämä työni sisällöksi, koska ne ovat tyypillisimmät tavat hoitaa masennusta ja niistä on runsaimmin tietoa saatavilla. Työn ulkopuolelle jäävät mm. ryhmäterapiat, traumaterapiat, ratkaisukeskeiset terapiat ja erilaiset luovat tai toiminnalliset terapiamuodot (esim. musiikkiterapia.) Perusteluna tälle rajauksella oli koska ne eivät sisälly suomalaisiin tai kansainvälisiin hoitosuosituksiin erillisinä hoitomuotoina. Tavoitteena oli tarkastella niitä hoitomuotoja, jotka jo voidaan katsoa sisältyvän nykyisiin hoitolinjauksiin. Tässä työssä ei syvemmin käsitellä masennuksen syitä tai syntymekanismeja, perusteluna aiheen järkevä rajaaminen.

2. Masennus käsitteenä ja sen yleisyys lapsilla

Lääketieteellisesti määriteltynä masennus on monimuotoinen ja moniasteinen psyykinen häiriö tai oireyhtymä, joka syntyy tavallisesti pitkän ajan kuluessa useiden tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Hoitamaton masennus heikentää selvästi elämänlaatua. Masennus voi kätkeytyä hyvin monenlaisten oireiden ja vaivojen taakse ja jäädä siksi huomaamatta. Masennuksen katsotaan olevaan ns. henkilöön itseensä kohdistuvaa sisäänpäin kääntynyttä oireilua. Kuitenkin masennus vaikuttaa myös masentuneen perheeseen ja läheisiin monella eri tavalla. (Huttunen 2015; Tarnanen, Isometsä, Kivekäs, Lindfors, Marttunen & Tuunainen 2015.)

Lasten ja nuorten masennuksen ja mielialahäiriöiden yleiset piirteet ovat samat kuin aikuisilla. Mielialahäiriöiden oireilu voi lapsilla kuitenkin jossain määrin poiketa eri ikäkausille ominaisten kehitysvaiheiden vuoksi. (Huttunen 2015.) Masennus voi olla lapsilla joko lyhyt- tai pitkäkestoinen sekä vaihdella voimakkuudeltaan. (Brummer & Enckell 2005.)

Lasten ja nuorten masennus ja mielialahäiriöt ovat yleisempiä kuin yleensä luullaan ja depression yleisyyden arvioissa on nähtävissä jonkin verran vaihtelua. Eri tutkimusten perusteella alle 13-vuotiaiden masennuksen yleisyys vaihtelee n. 2:sta %:sta 3:een prosenttiin. Alle kouluikäisistä lapsista 0,5–1 % ja alakouluikäisistä keskimäärin noin 2 % kärsii masennustiloista. (esim. Maag, Losinski & Katsiyannis 2014; Paixão 2013.) Toisaalta joidenkin tutkimusten mukaan depression esiintyvyys on alle 13-vuotiailla n. 3 %, 13–18-vuotiailla tytöillä n. 6 % ja saman ikäisillä pojilla 5 %. (Puura 2013.)

Kymmenen vuoden iän jälkeen ja murrosiässä masennustilat yleistyvät. Vuoden kuluessa noin 5 % murrosikäisistä lapsista sairastuu masennukseen. Aikuisikään mennessä noin joka kuudes on käynyt läpi masennusvaiheen.

Noin joka kymmenes lapsilla ja nuorilla ilmenevistä masennustiloista on luonteeltaan pitkäaikaista kestäen vuosikausia. Masennus on jonkin verran yleisempää tytöillä kuin pojilla. (Huttunen 2015.)

3. Yhteiskunnallinen näkökulma ja masennukseen vaikuttavat tekijät

Masennus on sairautena melko yleinen, usein pitkäkestoinen ja pysyvä sekä monella tavalla merkittävä asia yhteiskunnan kannalta. Masennus vaikuttaa haitallisesti mm. sosiaalisiin kontakteihin, aiheuttaa suurta inhimillistä kärsimystä sekä lisää tarvetta mielenterveyspalveluille ja aiheuttaa suuria taloudellisia kustannuksia. (Clarke 2003.)

Santalahden ja Souranderin (2008) katsauksen mukaan jopa 17.5 % 8-9-vuotiaista suomalaisista tytöistä raportoi kärsivänsä masennusoireista ja masennusoireiden määrä on ollut kasvussa verrattuna esimerkiksi kymmenen vuoden takaiseen tilanteeseen nimenomaan tyttöjen osalta. Tätä voidaan pitää varsin huolestuttavana kehityssuuntana. (Mt.)

Ilman hoitoa lasten masennus usein toistuu, kroonistuu ja jatkuu aikuisuuteen. Masennusjaksot hidastavat tai vääristävät lapsen normaalia kehitystä, eivätkä oireettomat jaksot yleensä riitä korjaamaan tilannetta. Eri tutkimuksissa on todettu varhain alkaneen masennuksen liittyvät mm. teiniraskauksiin, syrjäytymiseen, runsaasiin koulupoissaoloihin, päihteiden käyttöön, rikollisuuteen ja itsemurhataipumukseen sekä heikentää olennaisesti henkilön kykyä selvitä päivittäisistä tehtävistä. (Tamminen 2010.)

Masennuksen kehittymiseen vaikuttaa riski- ja suojaavat tekijät sekä niiden keskinäiset yhteisvaikutukset. (Tamminen 2010).

Masennuksen *riskitekijöitä* ovat mm. perinnöllinen alttius masennusoireiluun. Ympäristön riskitekijöinä nähdään vanhemmuuteen ja perhe-elämään liittyvät ongelmat (mm. vanhemman mielenterveydenhäiriöt, (erit. äidin masennus ja isän päihteidenkäyttö), lapsen kaltoinkohtelu tai hoidon laiminlyönti, rikollisuus, taloudelliset ongelmat, muut perheongelmat, seksuaalinen kaltoinkohtelu, kielteiset elämäntapahtumat, vammautuminen, koulukiusaaminen, traumat. Useamman riskitekijän kasautuminen kasvattaa masennusriskiä. (Tamminen 2010; Carr 2008; Clark, Jansen & Cloy 2012). Alle 12-vuotiaan osalta masennuksen taustalta löytyy yksittäisistä syistä useimmin puutteellinen vanhemmuus ja kaltoinkohtelu. (Tamminen 2010).

Masennuksen *suojaavina* tekijöinä voidaan pitää lapsen kognitiivista kapasiteettia, ongelmanratkaisukykyä, itsekontrollia, pärjäävyyttä, sosiaalisia taitoja ja fyysistä aktiivisuutta. Ympäristön suojaavina tekijöinä nähdään perheen hyvät ihmissuhteet, sekä kannustava kouluympäristö, myönteiset kaverisuhteet sekä ympäristön yhteisöllisyys. (Tamminen 2010; Carr 2008; Clark ym. 2012.) Tutkimusten mukaan lapsen omalla tunnesäätelykyvyllä ja sen kehittymisellä varhaisen vuorovaikutuksen ja sekä varhaisten hoivakokemusten kautta, on huomattu olevan merkitystä masennuksen etiologiassa. (Tamminen 2010.)

Nämä tekijät olisi mielestäni hyvä ottaa huomioon hoidon suunnittelussa. Suojaavia tekijöitä vahvistamalla voidaan vaikuttaa myönteisesti lapsen vointiin, kun taas riskitekijöitä kartoittamalla voidaan auttaa suuntaamaan hoitoa kunkin lapsen kannalta keskeisiin asioihin.

4. Masennuksen oireet lapsilla

Kouluikäisen (tai latenssi-ikäisen) masennus (7–12 v) ilmenee usein alakuloisena mielialana, ilmeinä ja eleinä. Puheisiin voivat liittyä hylkäämiset, syyllisyys, arvottomuus, menetykset, moitteet, vahingoittaminen, myös kuolema ja itsemurha voivat olla esillä. Lapsen koulusuoritukset heikkenevät (alisuoriutuminen), kehon liikkeet voivat hidastua tai kiihtyä, toverisuhteissa tai suhteessa vanhempiin ilmenee ongelmia (esim. ajautuminen riitoihin, vetäytyminen seurasta). Usein masennus voi ilmetä väsymyksenä, keskittymiskyvyttömyytenä, erilaisina somaattisina oireina, aggressiivisuutena, uhmakkuutena tai käytösongelmina. Itsetunto voi olla alentunut, ja omakuva olla kielteisesti väritty. (Brummer & Enckell 2005; Paixão 2013; Huttunen 2015; Moilanen 2014.) Clarkin ym. (2012) tutkimuksesta löytyi kiinnostava tutkimustulos: lapsilla surullista mielialaa yleisempänä voidaan kuitenkin pitää ärtyneisyyttä ja vaikeuksia painonkehityksessä suhteessa pituuteen.

Masentuneen lapsen voi olla vaikea ottaa vastaan apua ja lohdutusta, vaikka hän olisi itse pyytänyt sitä. Lohdutusta saadessaan lapsi ei välttämättä saa siitä tukea itselleen toivotulla tavalla. Lapseen voi olla vaikea saada kontaktia. Lapsi saattaa myös kehittää itselleen pellen roolin suojautuakseen masennukselta. Lapsi ei toisaalta välttämättä näytä reagoivan häntä kohdanneisiin menetyksiin tai ei vaikuta muistavan häntä kohdanneita traumoja. Lapsi voi myös näyttää kyllästyneeltä tai vetäytyä itseensä. Lapsi voi osoittaa vähäistä kiinnostusta asioihin. Hänellä voi olla vähän tyytyväisyyden aiheita ja kykyä tuntea mielihyvää. Kuitenkin lapset saattavat myös itse kertoa surullisuuden tunteistaan. Lasten kohdalla kuitenkin ei voi aina olla varma, onko lapsi itse tietoinen omista tunteistaan. (Brummer& Enckell 2005.) Aikuisen voi myös olla vaikea huomata lapsen tai varhaisnuoren masennusta, koska masennus kehittyy vaivihkaa. (Huttunen 2015).

4.1. Oireiden luokittelu

Seuraavassa on esitelty Käypä-hoitosuosituksen mukaiset masennuksen diagnostiset kriteerit, joka käytetään pääpiirteittäin myös kouluikäisten lasten masennusoireiden arvioinnissa. (TAULUKKO 1) Käypä hoito -suositukset ovat riippumattomia, tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia eri sairauksien hoitoon.

TAULUKKO 1. Masennuksen diagnostiset kriteerit.

Oirekriteerit	Oirekuva
A.Masennusjakso on kestänyt vähintään 2 viikon ajan. LISÄKSI:	
B. Väh. 2 seuraavista oireista	1. Masentunut mieliala suurimman osan aikaa
	2. Kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat tavallisesti kiinnostaneet tai tuottaneet mielihyvää 3. Vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys
C. Todetaan jokin tai jotkin seuraavista oireista niin, että oireita on yhteensä (B ja C yhteenlaskettuina) vähintään 4.	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

Aikuisten masennuksen vaikeusastetta arvioidaan kansainvälisen tautiluokituksen (ICD-10), sen perusteella, kuinka monta oiretta kymmenestä potilas raportoi itsellään olevan. Aikuisilla 4-5 oiretta viittaa *lievään* depression, 6-7 *keskivaikeaan*, sekä 8-9 *vaikeaan* masennukseen. Kriteerinä aikuisilla on, että oireet ovat esiintyneet päivittäin tai yhtäjaksoisesti päivittäin tai oireista on merkittävää haittaa. (Depressio. Käypä hoito-suositus 2014.)

Lapsilla depression vaikeusasteen luokittelu on vaikeampaa. Kuitenkin alaikäisten masennuksen hoidossa käytetään pitkälti samoja diagnostisia kriteerejä, kuin aikuisilla. Lievän ja keskivaikean masennuksen oireet muistuttavat lapsillakin vaikean masennuksen oireita, mutta ovat lievempiä. Poikkeuksena aikuisten diagnostisiin kriteereihin alle murrosikäisen lapsen pitkittyneen masennuksen kestoksi katsotaan riittävän vuosi. (Tamminen 2010.)

Kirjallisuudesta on löydettävissä useita erilaisia tapoja luokitella lapsen masennusta. Tässä työssä käytän oireiden laatuun perustuvaa luokittelua. (ks. TAULUKKO 2)

TAULUKKO 2: Lapsen masennuksen oireet

1.Ydinoireet	surullisuus	ilottomuus	ärtyneisyys	
2.kognitiiviset oireet	pessimistisyys	syyllisyys	mielenkiinnon puuttuminen	toivottomuus
	osaamattomuuden tunne	itseinho	vaikeus tehdä päätöksiä	itsetunnon – ja luottamuksen heikkous
	pelot	lisääntyneet katastrofitulkinat		
3.somaattiset oireet	väsymys, uupumus	univaikeudet	syömisvaikeudet, muutokset painossa	kivut ja säryt
	huimaus	pahoinvointi		

4.käyttäyty- misen oireet	psykomot. lamaannus/kiihtyn eisyys	itsemurha- ajatukset	itsetuhoinen käytös	vetämättöm yys
	aggressiivisuus	itkuisuus	ilkeys	yläkiltteys
5.ongelmat ihmissuhtei ssa	yksinäisyys	vetäytyminen sos.suhteista	ajautuminen riitoihin	epämukavuuden tunne sos.tilanteissa
	tunne siitä, ettei ole pidetty	muutokset aiempaan sos.käyttäytymiseen		

lähteet: (Huttunen 2015; Tamminen 2010; Puura 2013)

Lasten masennuskyselyssä, (Children's Depression Inventory=CDI) jota käytetään yhtenä keinona arvioida lapsen masennusta, oireet jaetaan ns. funktionaalisiin sekä emotionaalisiin oireisiin. Jossa oireet on edelleen jaettu neljään pääluokkaan: alavireinen tunneilmaisuus (negative mood), tehottomuuden tunne (ineffectiness), arvottomuuden tunteet (negative self-esteem) ja ihmisten väliset ongelmat (interpersonal problems).(Kovacs 1992.)

4.2. Itsemurhariski

Itsemurhariski masennuksen yhteydessä on arvioitu olevan lapsilla n. 0,9 %. (Clarck 2012). Jos lapsi raportoi kyselyssä tai keskustelussa hänellä olevan itsetuhoisia ajatuksia, tulisi arvioida/selvittää ainakin seuraavaa:

- Mikäli syntyy epäily itsemurhavaarasta, on lapselta kysyttävä sitä suoraan esim.: ”Onko sinulla ollut niin paha olla, että olet ajatellut vahingoittaa tai tappaa itsesi?”.
- Kuinka usein ajatuksia on? Millaisia ne ajatukset ovat?
- Onko konkreettista suunnitelmaa?
- Jos, niin kuinka konkreettinen tai toteutettavissa oleva se on?
- Ovatko vanhemmat tietoisia asiasta?

- Onko mahdollisia suojaavia tekijöitä? Jos, niin millaisia (esim. sosiaaliset tekijät)?
 - Onko saatavilla sosiaalista tukea? (esim. perhe, ystävät)?
 - Onko tiedossa mahdollista päihteiden käyttöä?
 - Onko tiedossa mahdollisia aiempia itsemurhayrityksiä?
- riskin arviointi tehdään mm. edellisen tietojen perusteella

Jos riski arvioidaan lieväksi: yhteys lapsen vanhempiin tarkemman jatkosuunnitelman tekemiseksi yhteistyössä vanhempien kanssa.

- Tarkempi lapsen valvonta vanhempien toimesta (esim. aseet pois näkyviltä, lääkkeet piiloon jne.)
- Tiiviimmät käynnit tilanteen seuraamiseksi/ arvioimiseksi
- Yhteystietojen antaminen vanhemmille (paikat, joissa ympärivuorokautinen päivystys)
- Psykoedukaation antaminen vanhemmille. Missä tilanteissa on hakeuduttava hoidon piiriin. Esim. ärtyneisyyden, levottomuuden ja psykomotorisen kiihtyneisyyden runsas lisääntyminen

Jos riski on suuri tai ilmeinen: → yhteys alan ammattilaiseen tai hoitopaikkaan, jossa on suojatimmat puitteet, jossa laaditaan tarkempi jatkosuunnitelma. (Clark 2012; Puura 2013.)

Erikoissairaanhoidon tulee välittömästi lähettää itsemurhavaarassa olevat lapset. Hoidon ensimmäisenä tehtävänä on fyysisestä turvallisuudesta huolehtiminen, joka voidaan toteuttaa avo-, tai osastohoidossa. Osastohoitoa tarvitsevat myös ne lapset, joiden depressio haittaa olennaisesti koulusuoriutumista tai muuta psykososiaalista selviytymistä. (Puura 2013.)

5. Masennuksen arviointi

Varsinainen diagnostinen arviointi tulisi tehdä erikoissairaanhoidossa. (Tamminen 2010). Pääsääntönä voi pitää, että tietoa lapsen voinnista, käyttäytymisestä tulisi koota useammalta taholta, jotta sitä voisi pitää riittävän luotettavana (yleisemmin koti, koulu, lapsi itse). (Tamminen 2010; Paixão 2013; Broberg, Almqvist & Tjust 2005). Myös lapsen tarkkailu on hyödyllistä arviointia tehdessä. (Broberg ym. 2005). Aikuisten tiedetään kiinnittävän enemmän huomiota ns. ulospäin suuntautuvien oireisiin, kuten (ärtyneisyyteen) ja lapsi itse raportoi sitä vastoin enemmän ns. sisäänpäin suuntautuvia oireita (esim. ilottomuus). (Clark ym.2012; Broberg ym.2005).

Lasta haastattellessa on myös hyvä saada käsitystä lapsen selviämiskeinoista eli kuinka lapsi toimii esimerkiksi ollessaan surullinen. Koska psykososiaalisilla riskitekijöillä on merkitystä lasten mielialuongelmien kehittämisessä, on mm. vanhempien haastattelussa tärkeä kysyä myös lapsen tilanteesta perheessä sekä kaveripiirissä. (Broberg ym.2005.)

Masennuksen hoidon tarpeen arvioinnissa tulisi ottaa huomioon lapsen, ikä, kehitysvaihe, lapsen henkilökohtaiset ominaisuudet, kognitiivinen kapasiteetti, mahdolliset riskitekijät, paikallisten palveluiden saatavuus. Vanhempien kanssa tulisi keskustella antamalla psykoedukaatiota, pohtimalla heidän kanssaan hoitoon liittyviä mahdollisia etuja tai haittoja. Myös vanhempien odotuksista suhteessa hoitoon tuli keskustella. Lisäksi tilanteen seurannasta sopiminen on tärkeää. (Clark ym. 2012; Brummer& Enckell 2005; Friis, Eirola & Mannonen 2004.)

Lisäksi lapsen kohdalla tulisi arvioida psyykkisiä suojautumiskeinoja, joiden avulla lapsi on oppinut pärjäämään hankalan olonsa kanssa. Joskus lapsi voi pyrkiä myös aktiivisesti peittämään huonoa oloaan. (Brummer& Enckell 2005.)

Lapsen arvioinnin yhteydessä tulisi myös pyrkiä tekemään arvioita vanhempien kyvystä tukea lasta (esim. vanhemman henkilökohtaiset ominaisuudet, vanhempien motivaatio, millaisia ovat vanhempien huolet lapseensa liittyen),

koska lasta on vaikea hoitaa ilman vanhempiaan. Vanhempien kanssa työskentely auttaa, koska motivoituneet vanhemmat mahdollistavat lapsensa terapian onnistumisen käytännössä. Myös isän osallistuminen on tärkeää lapsen hoidon kannalta. (Anttila & Juntunen 2008.)

Masennuksen tunnistamista lapsella hankaloittaa se, että se usein voi liittyä lapsen muihin psyykkisiin sairauksiin tai ajoittainen mielialojen vaihtelu saattaa olla osa normaalia kasvua ja kehitystä (erityisesti esipuberteetti-ikäisillä). Pelkästään lapsen käyttäytymistä seuraamalla on todennäköisesti vaikea tehdä johtopäätöksiä masennuksesta. Lastenkin kohdalla varmintä tietoa hänen sisäisistä kokemuksistaan, ajatuksistaan ja tunteistaan saa lapselta itseltään. (Brummer & Enckell 2005.) Vanhemman, opettajan tai muun aikuisen tulee aina kysyä lapselta avoimesti ja suoraan. (Huttunen 2015).

Komorbiditeetti on yleistä masennuksen yhteydessä. Tavallisimmat häiriöt, jotka esiintyvät masennuksen yhteydessä ovat ahdistuneisuus, tarkkaavaisuushäiriö, käytöshäiriö sopeutumishäiriö sekä traumaperäinen stressireaktio. (Tamminen 2010.)

Suomessa yksi suosituin väline arvioida lapsen mielialaoireita on CDI (children's depression inventory. (Kovacs 1992). Tästä ei ole kuitenkaan olemassa virallista painettua versiota. Kysely koostuu 27:sta kysymyksestä, jotka pisteytetään asteikolla 0-2. Tästä on vastikään maailmalla ilmestynyt uusi versio CDI-II, mutta valitettavasti menetelmään ei ainakaan toistaiseksi ole olemassa suomalaisia normeja.

Tulee kuitenkin muistaa, että CDI ja muut kyselylomakkeet eivät sovi terapian tuloksellisuuden arviointiin, vaan ovat käyttökelpoisia lähinnä oireiden seulontaan. (Sinkkonen 2015).

6. Lapsen masennuksen hoito

Masennuksen hoito lapsella on kytköksissä siihen, kuinka hyvin aikuiset hänen ympärillä tunnistavat masennuksen. (Tamminen 2010). Hoidolla tässä yhteydessä tarkoitan pidemmän psykoterapian lisäksi muutakin psykososiaalista tukea, joka tähtää masennuksesta toipumiseen.

Tammisen (2010) mukaan lapsen masennuksen hoito edellyttää pitkäjänteisyyttä ja osaamista. Lapsen asennuksen hoidossa on huomioiva masennuksen vaikeusaste, itsemurhariskin mahdollinen olemassaolo, lapsen kehitysvaihe, ympäristö- ja sosiaaliset tekijät. Masennuksen hoidon (sekä lääke-, että keskusteluun perustuva hoito) tulisi jatkua vähintään kuusi kuukautta oireiden lieventymisestä. (Clark ym. 2012).

Hoitomuodosta riippumatta vanhemmat tulisi aina ensin motivoida ja sitouttaa lapsensa hoitoon. Psykkisesti oireilevan lapsen hoitoon riittää melko harvoin vain yksi käytettävä hoitomenetelmä. (Broberg ym. 2005.)

APA (American Psychiatric Association) suosittelee, että psykoterapeuttisen hoidon tulisi aina olla osa masennuksen hoitoa lapsilla. Lievän depression hoitoon suositellaan psykoterapeuttista hoitoa ja keskivaikean sekä vakavan depression hoitoon psykoterapeuttisen hoidon ja lääkehoidon yhdistelmää. (Clark ym. 2012.)

Suomessa lasten ja nuorten masennusten hoidossa käytetään ensi sijassa erilaisia psykoterapeuttisia hoitomenetelmiä. Sen sijaan masennuslääkkeistä saatava hyöty on lasten ja nuorten masennuksen hoidossa vähäisempää kuin aikuisten vakavien masennustilojen hoidossa. (Huttunen 2015.)

Kouluikäisten lapsen masennuksen hoito on työntekijälle varsin haastava tehtävä. Läheskään aina lapsi ei haluaisi lähteä jakamaan tunteitaan työntekijän kanssa. Toisaalta lapsi voi olla hyvinkin motivoitunut asioidensa käsittelyyn. Tätä prosessia ei tulisi kuitenkaan liikaa kiirehtiä, vaan työntekijän tulisi edetä asiassa lapsen ehdoilla. (Brummer& Enckell 2005.)

Akuutin vaiheen hoito kuuluu pääsääntöisesti erikoissairaanhoidon, jolloin hoidossa keskitytään oireiden poistamiseen ja toimintakyvyn parantumiseen. Vastaavasti jatkohoito ja ylläpitohoito tulisi toteuttaa lähellä lapsen ympäristöä, jolloin hoidon tavoitteena on masennuksen syiden korjaaminen ja uusien masennusjaksojen ehkäiseminen. (Tamminen 2010.)

Kun lapsi alkaa tuottaa esimerkiksi aggressiivista puhetta tai näyttää kiukkua ympäristössään, on paranemisprosessi jo käynnistynyt. Tästä tulisi olla myös hänelle läheisten ihmisten olla tietoisia. (Brummer & Enckell 2005.)

Depression hoidon porrastus lapsilla:

- A. Lyhytkestoiset, selvästi reaktiona johonkin muutokseen syntyneet depressiot
 - voidaan hoitaa neuvolassa tai kouluterveydenhuollossa yhdessä perheen kanssa
 - tarvitsevat riittävän pitkän seurannan, jotta voidaan todeta depression väistyneen tai tilanteen pitkittyessä ohjata lapsi jatkohoitoon erityistasolle.

- B. Erikoissairaanhoidon tai muuhun erityistason hoitoon (lastenpsykiatrian klinikka tai perheneuvola) lähettämisen aiheet:
 - pitkittyvä (yli 2 kk kestävä), lieväoireinenkin depressio
 - vakava, lapsen toimintakykyä heikentävä depressio
 - masennus, johon liittyy runsaasti tai vaikeita käytöshäiriön oireita.
 (Puura, 2013.)

Tunneperoisesta ns. sisäänpäin kääntyneen oireilun tiedetään reagoivan hoitoon paremmin verrattuna ns. ulospäin suuntautuvaan oireiluun (vrt. esim. aggressiivisuus). (Sinkkonen 2015.)

6.1 Yksilökeskeinen hoito

Jotta lapsen yksilöterapia olisi tehokasta, ensin on selvitettävä lapsen lähiympäristössä olevat riski- ja kuormitustekijät. Näihin riskitekijöihin olisi pyrittävä ensin vaikuttamaan, jotta lapsi voisi hyötyä yksilöhoidostaan. Lapsi tarvitsee siis aina rinnalleen työskentelyä vanhempien kanssa sekä mahdollisesti erilaisia lähiverkostoon kohdistuvia interventioita. (Broberg ym. 2005.) Anttila ja Juntunen (2008) näkevät kouluikäisen lapsen innostuvana ja hyvänä yhteistyökumppanina, joka haastaa aikuisen yhteistyöhön. Kouluikäisten terapia vaatii onnistuakseen yhteistyötä vanhempien kanssa, muutoin terapian katsotaan jäävän vähemmän tulokselliseksi. Vanhempien on myös tärkeä ymmärtää hoidon tarkoitus. Lapsen katsotaan sitoutuvan hoitoon, vanhempien sen salliessa. Terapia on yhteistyötä ja ajoittain sitä tulisi laajentaa myös muihin lapselle tärkeisiin ihmisiin ja verkostojen suuntaan. Viranomaisverkostot ovat erityisen tärkeitä lapselle siinä vaiheessa, mikäli lapselta puuttuvat ns. luonnolliset verkostot. Tärkeä olisi, ettei terapiasta tulisi lapsen arkielämään nähden liian erillistä asiaa. (Mt.)

Lapsen psykoterapian keskeisenä hoitoindikaationa pidetään juuttuneen kehityksen saattamista normaaleille urilleen. Psykoterapia on vaativa hoitoprosessi, jolloin lapsen tilanne on kartoitettava moniammatillisesti ja riittävän kattavasti psykologinen tutkimus on välttämätön, jotta lapsen voimavaroista ja ongelmista saadaan selkeä kuva. Tärkeää on arvioida perheen motivaatiota. Lapsen kanssa tulisi keskustella oireesta, (joka on tässä tapauksessa masennus) se voi olla lapsen yritys hakea ratkaisua pulmatilanteeseensa, jota hän tai perhe ei välttämättä tunnista. (Sinkkonen 2015.)

Useiden tutkimusten perusteella nähdään, että terapian onnistuminen on kytköksissä siihen, kuinka hyvin vanhempi sitoutuu lapsen hoitoon. Hoitoa ei pidä lopettaa heti oireiden poistuttua, tästä voi lähinnä päätellä hoitomuodon olevan oikea. (Schulman 2007).

6.1.1 Yksilökeskeisiä hoitomuotoja

Kognitiivisen psykoterapian on katsottu sopivan hyvin lasten masennuksen hoitoon ja se on ylivoimaisesti tutkituin psykoterapiamuoto kouluikäisillä. Siinä pyritään vaikuttamaan lapsen omia selviytymiskeinoja lisäämällä, parantamaan kommunikaatiota, aktivoimaan vertaissuhteita, vaikuttamaan ongelmanratkaisukykyyn, muuttamaan negatiivisia ajatusmalleja sekä pyrkiä lisäämään kykyä säädellä omia tunteitaan. (Clark ym. 2012.)

Kognitiivisessa terapiassa keskitytään tunnevaltaisten kokemusten kanssa työskentelyyn ja siinä korostetaan vanhempien kanssa työskentelyä. Vanhempi voi myös toimia terapiassa aputerapeuttina, siten että ovat joko mukana lapsen terapiatunneilla tai siten että vanhemmilla on omat säännölliset tapaamisensa työntekijän kanssa, jolloin terapiassa aikaan saatu muutos yleistyy kenties helpommin lapsen arkeen. Mitä nuoremasta tai psyykkisesti haavoittuneesta lapsesta on kysymys, sitä keskeisemmässä roolissa on yhteistyö vanhempien kanssa. (Anttila & Juntunen 2008.)

Kognitiivisessa terapiassa masennus nähdään eräänlaisena sateenvarjokäsitteenä. Masennuksen oireet vaihtelevat vakavuudeltaan, profiililtaan ja kestoaltaan. (Karila 2008.) Kuitenkin lasten kognitiivista psykoterapiaa on tarjolla edelleen Suomessa melko vähän. (Sinkkonen 2015; Karila 2004).

Interpersoonallinen psykoterapia on kestoaltaan rajattua, tehokasta ja suunnitelmallista hoitoa, joka keskittyy nimensä mukaisesti ihmisten välisiin suhteisiin ja niissä tapahtuviin muutoksiin. Keskeistä on ihmisten välisiin rooleihin vaikuttaminen ja rohkaiseminen vuorovaikutussuhteiden muodostamiseen. Interpersoonallisen terapian ja lääkehoidon vaikuttavuutta yhdessä ei ole juurikaan tutkittu tai verrattu yhdessä tai erikseen, mutta interpersoonallinen psykoterapia on lasten depression hoidossa vähintään yhtä tehokas tai joidenkin tutkimusten mukaan jopa tehokkaampi hoitokeino kuin kognitiivinen terapia. (Clark ym. 2012.)

Interpersoonallinen psykoterapia pyrkii osoittamaan, mitkä tekijät ovat yhteydessä masennusoireiden syntyyn. Hoidossa keskitytään ”ongelma-alueeseen”, mitkä ovat kytköksissä oireiden alkamiseen (esim. suru, vaikeudet vuorovaikutussuhteissa). Hoidon aktiivivaiheessa henkilöä autetaan ymmärtämään, mikä näyttäytyy pulmallisena alueena ihmisen välisessä toiminnassa ja oppimaan parempia kommunikointitaitoja sekä ongelmanratkaisukeinoja, jotka auttavat heitä toimimaan paremmin ihmissuhteissa sekä lisäämään tyytyväisyyttä nykyisiin ihmissuhteisiin, jolloin myös masennusoireet vähenevät. (Dietz, Mufson, Irvine & Brent 2008.)

Psykoanalyttisen psykoterapian tavoitteena on itsehavaintakyvyn kehittyminen ja parempi tiedonkulku mielen eri osien välillä. Psykodynaamisen ajattelun mukaan mieli on kerroksellinen, dynaaminen ja affektiivinen. Mielen tiedostamattoman alueen ja toimintojen olemassaolon hyväksyminen on psykoanalyttisen teorian kulmakiviä. Psykodynaamisista hoitomuodoista on viime vuosina kertynyt lisää tutkimusnäyttöä ja sen on todettu tehokkaaksi hoitomuodoksi mm. masennuksen hoidossa. Psykodynaamisten psykoterapian on todettu saavutettavan varsin pitkäkestoisia hoitotuloksia. (Lindberg, Stenius & Salo 2015.)

Suomessa Sinkkosen (2015) mukaan lasten yksilöterapiassa vahvimmin edustettuna on psykoanalyttiseen teoriaan perustuva terapia yhdistettynä säännölliseen vanhempainohjaukseen.

6.2. Perhekeskeinen hoito

Pääsääntönä voi pitää, että lapsen masennusta on vaikea hoitaa ilman vanhemman tukea, olipa kyse sitten yksilö-, tai perhekeskeisestä hoidosta. Vanhempien antama tieto lapsesta sekä heidän määrittelynsä lapsen pulmasta ovat tärkeitä asioita arvioitaessa lapsen hoitoa. Myös tärkeä on tietää, mitä vanhemmat ovat yrittäneet tehdä lasta auttaakseen. (Anttila & Juntunen 2008.)

Hughes katsoo (2015) lapsen hoitamisen vuorovaikutuksessa vanhemman kanssa olevan ensisijaista. Esim. vanhemman omat mielenterveysongelmat eivät sinällään ole este hoitoon yhdessä lapsen ja vanhemman kesken. Jos kuitenkin ongelmat ovat vakavia ja vanhemmalta puuttuu täysin kyky itsensä reflektiiviseen arviointiin vanhempana, hänellä on massiivinen kyvyttömyys peilata lapsensa tunteita tai ylipäättään kyvyttömyys kehittyä siinä, voi muu kuin perhekeskeinen työskentely olla parempi tai ainoa vaihtoehto. Näissä tapauksissa Hughes näkee lapsen yksilöterapian parempana vaihtoehtona ja vanhemman tukiterapian lapsen hoidon rinnalla (Mt.)

Kiintymyskeskeisen perheterapian (ts. vuorovaikutteinen kehityopsykoterapia) sopii hoitomenetelmäksi myös muille, kuin traumatisoituneiden lasten perheille. Avainsana terapian onnistumisen kannalta on turvallisuus, niin lasten, kuin aikuistenkin. Keskeistä on myös vanhemman oman kiintymystyylin tutkiminen, koska sillä katsotaan olevan vaikutusta vanhemman tapaan olla vuorovaikutuksessa lapsensa kanssa. Hughes katsoo terapian olevan lopetettavissa siinä vaiheessa, kun vanhemmat osaavat käyttää ns. PACE-asennetta (suom. sanoista playfulness- acceptance curiosity-empathy) lastaan kohtaan. (Mt.)

6.2.1 Perheterapiat

Perheterapeuttisen lähestymistavan mukaan lapsen pulmien taustalla nähdään monen tekijän yhteisvaikutus. Perheterapiassa systeemisen ajattelun mukaan, joka on yksi perheterapian suuntauksista, perhe nähdään avoimena systeeminä, joka on vuorovaikutuksessa muiden avointen systeemien kanssa.

Perheen hyvällä tasapainolla tarkoitetaan joustavaa kykyä ylläpitää tasapainoa vakiintuneisuuden ja muutospyrkimysten välillä. (Anttila & Juntunen 2008; Aaltonen 2009.) Kun lapsen pulma on osa perheensisäisten vuorovaikutussuhteiden häiriötä, hoidoksi soveltuu perheterapia.

Tavoitteena on yhteistyössä perheen kanssa löytää perheessä vallitsevalle ja psyykkisiä oireita aiheuttavalle tai ylläpitävälle tiedostamattomalle vuorovaikutus- ja toimintamallille uusi muoto, joka tukee jokaisen perheenjäsenen yksilöllistä psyykkistä kasvua ja kehitystä. (Piha 2004; Aaltonen& Laitila 2015.) Tavoitteena on löytää perheen vuorovaikutuksessa olevat myönteiset voimavarat ja rajat eri terapiamuotojen välillä ovat usein liukuvat, viime aikoina on pyrittykin eri terapiasuuntausten integraatioon. (Aaltonen& Laitila 2015).

Tässä työssä käsitellään perheterapiaa yhtenä terapiamuotona, vaikkakin erilaisia terapiasuuntauksia on runsaasti myös perheterapian kentällä (esim. systeeminen tai narratiivinen perheterapia). Asiakkaita kunnioittava ja hyväksyä ilmapiiri on suuntauksesta riippumatta keskiössä. (Aaltonen& Laitila 2015).

Perheterapiaa käytetään myös muiden terapioiden tukimuotona. On viitteitä, että perheterapia muun hoidon lisänä parantaa hoitotulosta. (esim. lääkehoito) (Aaltonen& Laitila 2015). Perheterapioiden hoidon vaikuttavuutta tutkimusten mukaan on voitu arvioida paremmin vasta myöhemmin hoidon lopettamisen jälkeen. (Tamminen 2010). Toisaalta on todettu, että perheterapia ei välttämättä tuo riittävää apua esimerkiksi masennuksesta kärsivälle lapselle, jolla oireet kohdistuvat pääosin häneen itseensä. (Broberg ym. 2005).

6.3. Lääkehoito

Maag ym. (2014) ovat tutkineet meta-analyysin keinoin masennuslääkityksen tehokkuutta lasten ja nuorten vakavan depression hoidossa vuosina 1995-2012. Aiempien tutkimusten perusteella Maag ja kumppanit ovat selvittäneet, että kognitiivinen terapia, lääkehoito tai niiden yhdistelmä on osoittautunut tehokkaimmaksi keinoksi hoitaa lasten vakavaa depressiota. Toisaalta näitä on myös tutkittu eniten.

Lisäksi hoidon vaihe vaikuttaa merkittävästi hoitotulokseen (ts. onko kyseessä akuutti, ylläpito, vai jatkohoitovaihe). Lasten osalta depression akuuttivaiheessa toteutettavaa lääkehoitoa on tutkittu ylivoimaisesti eniten. Tutkimuksen perusteella voi kuitenkin ajatella ns. SSRI takaisinotonestäjien olevan tehokkaimpia lääkevalmisteita lasten masennuksen hoidossa. Tosin on muistettava, että tätä lääkevalmistetta on jälleen myös tutkittu eniten. Tutkimustuloksiin on suhtauduttava kriittisesti tutkimusasetelmaan -, ja menetelmiin liittyvien eroavaisuuksien vuoksi, joka tekee tutkimusten keskinäisestä vertailusta haastavaa. (Mt.)

Vaikka keskusteluun perustuvaa hoitoa suositellaan pääkomponentiksi lasten masennuksen hoidossa, tulee lääkehoidon harkinnassa ottaa mukaan depression vaikeusaste ja mahdollinen aiempi historia. Lääkehoidon alkaessa tarvitaan säännöllistä seurantaa vähintään ensimmäisen kuukauden ajan ja lääkitys tulisi aloittaa pienimmällä mahdollisella annoksella. Lääkehoidosta voidaan käyttää myös nimitystä farmakoterapia. (Clark ym. 2012.)

Myös Suomessa lasten vaikean tai pitkäkestoisen masennuksen hoidossa voidaan käyttää lääkehoitona muun hoidon osana. Uusimmissa tutkimuksissa SSRI-lääkkeiden teho on aiemmin arvioitua huonompi ja lisäksi niiden käyttöön on joissain tutkimuksissa liitetty lisääntyneet itsemurha-ajatukset. Trisyklisistä masennuslääkkeistä ei ole osoitettu olevan hyötyä ala- eikä SSRI-lääkkeidenkään hyödystä ole näyttöä alle 11-vuotiaiden osalta. Lasten depression lääkehoito tulee aina jättää lastenpsykiatrian erikoislääkärin tarkoin harkittavaksi, ja mahdollista lääkehoitoa on valvottava riittävän tihein kontrollein. (Puura 2013.)

6.4. Vanhempien kanssa tehtävä työ masentuneen lapsen hoidossa

Lapsensa pulmiin haluavat vanhemmat kaipaavat usein ymmärtävää asennetta työntekijältä, koska he eivät ole selvinneet lapsensa pulmista ilman ulkopuolista apua ja vanhempien itsetunto on tästä syystä alimmillaan.

Vanhempien on saatava ensiksi kokemus työntekijältä kuulluksi tulemisesta, empaattisuudesta ja ymmärryksestä, jotta he voivat auttaa lastaan toipumisessa. (Anttila & Juntunen 2008.)

Positiivisen psykologian näkökulma toimii kaikessa asiakastyössä, mutta erityisen tärkeitä se on vanhempien kanssa työskennellessä, jotta he jaksavat kannustaa ja olla lapsensa rinnalla. Positiivinen psykologia keskittyy siihen mikä ihmisessä toimii, mitä he ovat parhaimmillaan ja kuinka ihmisten hyvinvointia voisi lisätä. (Hotulainen 2014.)

Tämä näkökulma estää, sen että ihmiset jäävät pelkäksi passiivisiksi hoidon vastaanottajiksi. Tällä voidaan välttää oireiden liiallista medikalisoitumista ja ylikorostunutta patologisointia. Tämä ratkaisukeskeinen lähestymistapa etsii asiakkaan kokemuksista omia voimavaroja sekä pieniä askeleita kohti parempaa. Keskeistä on lämpimän ja myönteisen suhteen luominen asiakkaan ja terapeutin välille. (Lipponen 2014.) Vaikka keskityttäisiin positiivisiin tekijöihin yhteistyösuhteessa, ei se silti sulje pois hankalista tai ongelmallisista asioista keskustelemista tai niiden käsittelemistä.

Vanhempien käynneillä heitä autetaan kestäämään lapsen terapiaprosessia ja lapsessa sen myötä tapahtuvia muutoksia. Lapsi herättää vanhemmissaan positiivisten tunteiden lisäksi myös negatiivisia tunteita. Vanhemman tukikäyntien suositellaan tavallisesti olevan noin joka 2. viikko. Vanhemman käynneillä tulee keskittyä siihen, miltä lapsen elämä näyttää terapian ulkopuolella sekä seurata lapsen edistymistä. Vanhemman hoitoa ei nähdä toissijaisena verrattuna lapsen hoitoon, vaan käytännössä katsoen lasten hoidon onnistuminen tutkimusten mukaan on eniten kytköksissä siihen,

kuinka vanhemmat sitoutuvat lapsensa hoitoon. Vanhempien syyllisyyden tunnetta lapsensa pulmista pyritään aktiivisesti vähentämään. Mikäli vanhempien käynti on yhtä aikaa lapsen käynnin kanssa, konkretisoituu lapselle paremmin, että vanhemmat ovat myös sitoutuneita työskentelyyn. Vanhemmat tarvitsevat rohkaisua, tukea ja toivon kannattelua. (Schulman 2007.)

Vanhempi voi luoda toivoa etsimällä aktiivisesti ja yhdessä lapsen kanssa realistisia ratkaisuja umpikujilta vaikuttaviin tilanteisiin. Vakavissa masennustiloissa lapsi tai nuori ei aina kykene ottamaan vastaan pinnallista lohdutusta kokien sen omia tuntojaan mitätöivänä. Tällöin vanhemman tehtävänä on pyrkiä säilyttämään oma uskonsa paremmasta ja huolehtia lapsensa perustarpeista. Lapsen pahan olon ja toivottomuuden myötäelävä jakaminen luo tällöin parhaat edellytykset toipumiselle. (Huttunen 2015.)

6.5. Näyttöön perustuva hoito

Erityisesti terveydenhuollon aloilla on viimeisen kymmenen vuoden aikana yleistynyt ns. evidence-based ajattelu. Ajatuksena on, että toteutettu hoito perustuisi tutkittuun tietoon ja erilaisia teorioita verrattaisiin toisiinsa niistä tehdyn tutkimuksen pohjalta. (Tuomi & Sarajärvi 2002.)

Tutkittuun näyttöön perustuvat Suomessa käytössä olevat Käypä hoito -suositukset ovat riippumattomia, tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia. Niissä käsitellään tärkeitä suomalaisten terveyteen ja sairauksien hoitoon ja ehkäisyyn liittyviä kysymyksiä. Suosituksia laaditaan lääkäreille, terveydenhuollon ammattihenkilöstölle ja kansalaisille hoitopäätösten pohjaksi. (Käypä-hoitosisuositus 2016.)

Tiiviit ja helppolukuiset hoitosuositukset toimivat tukena (lääkärin) käytännön työssä ja perustana laadittaessa alueellisia hoito-ohjelmia. Hoitosuositukset ovat sovellettavissa suomalaiseen käytäntöön ja voivat sisältää perusteltuja kannanottoja sellaisistakin merkittävistä terveydenhuollon kysymyksistä, joista ei ole tieteellistä näyttöä tai joista sitä ei voida saada.

Käypä hoito -suositusten avulla voidaan parantaa hoidon laatua ja vähentää hoitokäytäntöjen vaihtelua. (Mt).

Myös lasten depression hoito kuuluu suomalaisen Käypä-hoito suosituksen piiriin, mutta sivustoilla käsitellään kuitenkin pääasiallisesti aikuisten ja nuorten masennusta. Kovin kattavaa tietoa aiheesta ei tätä kautta löydä, mutta terveyskirjaston ja Suomalainen lääkäriseura Duodecimin julkaisut käsittelevät myös aihetta täydentäen Käypä hoito-suositusta. Kovin kattavaa yhteen koottua suomenkielistä ohjeistusta aiheesta ei vielä ole aiheesta löydettävissä.

7. Tutkimuksen tavoite, tutkimusmenetelmät ja toteutus

7.1. Tutkimuksen tavoite

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää, millaisia tutkimustuloksia tai suosituksia alakouluikäisen lapsen masennuksen hoidosta löytyy sekä selvittää mitä muita asioita lasten masennuksen hoidossa tulisi ottaa huomioon. Työn tarkoituksena on saada koottua yhteen ajankohtaista tietoa käytännön työhön sovellettavaksi. Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia suosituksia masennuksen hoidon tuloksellisuudesta aineistosta nousee?
2. Millaisia muita tekijöitä tulee ottaa huomioon lapsen masennuksen hoidossa?

Aihe on rajattu alakouluikäisiin lapsiin, koska koko lapsuusiän käsittely olisi paisuttanut aihetta liian laajaksi. Analyysiin pyrittiin saamaan mukaan 7-12-vuotiaiden lasten ja varhaisnuorten depression hoitoa käsittelevä tutkimuksia. Nuorten ja aikuisten masennuksen hoidosta on maailmalla enemmän tutkimustietoa, mutta pelkästään nuorten masennusta käsittelevä aineisto haluttiin jättää pois analyysistä, vaikkakin masennuksen hoidossa eri ikäisillä on paljon yhtymäkohtia. Rajausta siksi, koska haluttiin tietoa nimenomaan alakouluikäisten masennuksen hoidosta.

Osassa tutkimuksissa käsiteltiin sekä lasten että nuorten masennuksen hoitoa yhdessä. Näitä lähteitä otettiin mukaan tarkasteluun,

jotta käsiteltävä aineisto ei jäisi liian pieneksi. Kriteerinä kuitenkin, että lasten ja nuorten osuus oli jollakin tavalla eroteltu aineistossa ja että lähde täytti sille asetetut sisäänottokriteerit. Kriteerinä oli myös, että aineistosta saatuja tuloksia oli pystyttävä peilaamaan suoraan käytännön työhön.

Opinnäytetyön aineistonhankintamenetelmäksi on valittu kirjallisuuskatsaus. Aineiston analysointi on suoritettu teorialähtöisellä sisällönanalyysillä. Osa kirjallisuudessa käyttämäni lähteistä sisältyy myös työn aineisto-osaan, koska ne sisältävät sekä hyvää perustietoa aiheesta, että varteenotettavia tutkimustuloksia alakouluikäisten masennuksen hoidosta.

7.2. Integroiva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Työ toteutettiin kirjallisuuskatsauksen muodossa. Menetelmänä kirjallisuuskatsaus on tutkimustekniikka, jossa tutkitaan jo tehtyä tutkimusta. Kirjallisuuskatsauksen, kuten minkä tahansa muun metodin on täytettävä tieteen metodille asetettavat yleiset vaatimukset, joita ovat muun muassa julkisuus, kriittisyys, itsekorjaavuus ja objektiivisyys. *Kuvaileva kirjallisuuskatsaus* on yksi yleisimmin käytetyistä kirjallisuuskatsauksen perustyypeistä. Sitä voi luonnehtia yleiskatsaukseksi ilman tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Käytetyt aineistot ovat laajoja ja aineiston valintaa eivät rajaa metodiset säännöt. Tutkittava ilmiö pystytään kuitenkin kuvaamaan laaja-alaisesti ja tarvittaessa luokittelemaan tutkittavan ilmiön ominaisuuksia. Kuvailevasta kirjallisuuskatsauksesta on erotettavissa *kaksi erilaista suuntausta*; narratiivinen ja *integroiva*. Integroivan kirjallisuuskatsauksen etuna on monipuolisuus. Se on hyvä menetelmä jopa uuden tiedon tuottamiseen jo tutkitusta aiheesta. Verrattuna muihin kirjallisuuskatsaustyyppeihin, integroiva ei seulo tutkimusaineistoa yhtä tarkasti. Tällä tavoin tutkimuksen kohteena olevasta aiheesta on mahdollista kerätä huomattavasti isompi otos. Integroiva ote sallii erilaisin metodisin lähtökohdin tehdyt tutkimukset analyysin pohjaksi. Integroiva suuntaus on näin ollen vapaamuotoisempi. (Flinkman & Salanterä 2007; Salminen 2011.)

Integroivan ja narratiivisen katsauksen olennaisena erona on kriittisyys, integroivan menetelmän katsotaan olevan kriittisempi ja näin ollen luotettavampi menetelmä. Integroivassa kirjallisuuskatsauksessa on mahdollista tutkia aihetta laaja-alaisesti ja mahdollisesti tuottaa myös uutta tietoa. (Salminen 2011.)

Kirjallisuuskatsauksessa esitellään aikaisempien tutkimusten pääteemat, tutkimuskysymykset, metodit, tulokset, ja ongelmat. Kirjallisuuskatsaus jäsennetään niin, että erilaiset näkökulmat, koulukunnat ja tulkinnat erottuvat toisistaan. Kirjallisuuskatsaukseen liittyy pohdintaa siitä, mitä aukkoja tutkimukseen on jäänyt: mitä pitäisi vielä tutkia ja miksi? (Montonen 2015).

Jos tutkimuskysymyksiä on enemmän kuin yksi, tulee jokaiselle kysymykselle määritellä omat hakulausekkeet. Sisäänottokriteerejä, jotka määritellään aineistonkeruuvaiheessa, voivat olla esimerkiksi tutkimusmenetelmä tai tutkimuskohde. Sopivia tutkimuksia arvioidaan kolmessa vaiheessa ensin otsikon, sitten abstraktin ja lopulta koko tekstin perusteella. (Stolt & Routasalo 2007.) Tutkimuskysymysten pohjalta määritellään hakutermit ja käytettävät tietokannat sisäänotto- ja poissulkukriteereineen. (Johansson 2007).

Uudessakin tutkimuksessa voidaan käyttää toisten keräämiä aineistoja tai tekstidokumentteja. Muiden tutkijoiden omiin tarkoituksiinsa keräämiä aineistoja nimitetään toisinaan sekundaariaineistoiksi ja näistä aineistoista tehtyjä analyyseja sekundaarianalyyseiksi. (Hirsjärvi 2004). Tämä ei tarkoita, että jo johonkin tarkoitukseen käytetyt tai muutoin ilman tutkijan omaa aineistonkeruuta olemassa olevat aineistot olisivat automaattisesti toissijaisia ja siten tutkimuksen tekemiseen kehnompia. Olennaista on arvioida käytettävän aineiston syntymisen konteksti ja aineiston soveltuvuus omaan tutkimukseen. (Menetelmäopetuksen tietovaranto 2016).

Tässä opinnäytetyössä on tarkoitus kartoittaa ja tarkastella tutkimuskysymyksiin haettavia vastauksia mahdollisimman monipuolisesti ja kriittisesti, joten integroivan kirjallisuuskatsauksen katsottiin olevan sopivin vaihtoehto tähän työhön.

Työssä on haettu pääosin kansainvälistä aineistoa, koska aiheesta ei juurikaan löydy kotimaista tietoa. Kuitenkin myös kotimainen aineisto on otettu mukaan tarkasteluun. Aineistoa on haettu vuodesta 2000 eteenpäin. Rajaus on, jotta aiheesta saataisiin riittävän uutta tutkimustietoa.

Analyysiin on valittu sellaisia artikkeleita, joista olisi mahdollisimman paljon hyötyä käytännön lasten mielenterveystyössä. Analyysiin on valittu tutkimuksia ja artikkeleita (tutkimuksissa olevat valtaväestöön kuuluvia lapsia), joiden tuloksia voisi ajatella yleisestävän myös suomalaisiin lapsiin. Opinnäytetyön sisäänotto- ja poissulkukriteerit ovat:

Sisäänottokriteerit molempien tutkimuskysymysten kohdalla olivat:

- Vain uudemmat, 2000 luvun-jälkeiset tutkimukset.
- Kielenä joko suomi tai englanti.
- Kohderyhmänä alakouluikäiset (joko osin tai kokonaan) lapset
- Tutkittavat kuuluivat valtaväestöön
- Artikkelit tai muut julkaisut täyttivät laadulliset kriteerit (kansainvälisistä tieteellisistä julkaisuista, vähintään väitöskirjatasoinen)
- Hakusanojen tuli liittyä suoraan tutkimuksen kohteena olevaan aiheeseen.
- Koko artikkeli tuli olla luettavissa kokonaisuudessaan.
- Artikkelien tutkittavilla diagnoosityyppinä masennus

Poissulkukriteereinä molempien tutkimuskysymysten kohdalla olivat:

- Tutkimus oli julkaistu ennen vuotta 2000.
- Tutkimuksen kieli oli muu kuin englanti tai suomi
- Kohderyhmä oli kokonaan alle 7 tai yli 13 vuotiaat
- Kyseessä ei ollut valtaväestölle tehtävästä tutkimuksesta.
- Artikkelit tai julkaisut eivät täyttäneet laadullisia vaatimuksia (ei-kansainvälisistä tieteellisistä julkaisuista, ei- väitöskirjatasoinen)
- Artikkelit tai julkaisut ei ollut saatavissa maksutta tai luettavissa kokonaisuudessaan
- Diagnoosina oli joku muu kuin masennus

7.3. Teorialähtöinen sisällönanalyysi

Tutkimusote tässä opinnäytetyössä on laadullinen. Laadullisessa tutkimuksessa teorialla tarkoitetaan Tuomen & Sarajärven (2002) mukaan tutkimuksen viitekehystä eli ns. tutkimuksen teoreettista osuutta. Viitekehysten muodostaa tutkimusta ohjaava metodologia sekä se, mitä tutkittavasta ilmiöstä jo tiedetään. Sisällönanalyysi, jota tässä työssä käytetään, on perusanalyysimenetelmä, jossa tutkimuskysymysten on oltava linjassa raportoidun kiinnostuksen kohteen kanssa. Kaikki muu kuin tutkimuksen kohteeksi valittava asiaa jää raportoinnin ulkopuolelle. Aineiston kokoamisen jälkeen se luokitellaan, jaetaan teemoihin, yhdistellään tai tyypitellään, jonka jälkeen muodostetaan niitä kuvaavia, kenties luoviakin malleja tai sääntöjä. Tyypiltään sisällön analyysi voi olla joko aineistolähtöistä, teorialähtöistä tai teoriaohjaavaa sisällönanalyysia. Tässä työssä tutkimusaineiston analyysimenetelmä on teorialähtöinen sisällönanalyysi. (Mt.)

Teorialähtöisen analyysin ensimmäinen vaihe on analyysirungon muodostaminen. Sen sisälle muodostetaan aineistosta erilaisia luokituksia. Analyysirunko voi olla joko väljä tai strukturoitu. Strukturoituun analyysirunkoon kerätään vain niitä asioita, jotka siihen sopivat ja väljässä analyysirungossa aineistosta voi poimia myös analyysirungon ulkopuolelle jääviä asioita, joista on mahdollista luoda uusia luokkia. Sisällönanalyysillä saadut luokat eivät välttämättä ole kirjallisuuskatsauksen tulos, vaan pikemminkin apukeino tarkastella tiivistäen tarkastella tutkimuksissa olevaa tietoa. (Mt.)

Tässä opinnäytetyössä käytän analyysirungon väljää mallia, jotta tarkasteluun saataisiin mukaan myös sellaisia masennuksen hoidossa huomioitavia asioita, jotka ovat keskeisiä, mutta eivät välttämättä täytä ns. näyttöön perustuvan tutkimuksen tiukkoja kriteereitä. Karkeana analyysirunkona toimi työn kirjallisuuskatsaus- osuus. Aineisto luokiteltiin karkeasti sen mukaan mihin alaluokkaan tai aihepiiriin katsoin artikkelin ensisijaisesti soveltuvan.

(yksilöterapeuttiset menetelmät, kaikenlainen perhekeskeinen hoito vai lääkehoito). Luokittelin artikkelit sen mukaan, mitä aihepiiriä artikkeli ensisijaisesti käsitteli, vaikka huomasin jo tässä vaiheessa, että osa artikkeleista sopi hyvin laitettavaksi useaan luokkaan ja tämä luokittelu ei ollut riittävä tapa ryhmitellä aineistoa. Varsinkin meta-analyyseissa, joita oli aineistossani mukana useampia, käsiteltiin hoitoa laajemmin kuin yhdestä näkökulmasta. Tätä vaihetta en sisällyttänyt tarkemmin liitteisiin, koska se ei ole olennainen työn toistettavuuden kannalta, vaan lähinnä apukeino itselleni käsitellä aineistoa. Myöhemmässä vaiheessa loin myös kaksi muuta luokkaa (eri terapiamuotojen yhdistely ja joustavuus) ensimmäisen tutkimuskysymyksen ympärille. Analyysirungon olleessa väljä, tämä on sallittua.

Opinnäytetyössäni keskeiset käsitteet ovat:

masennus, masennuksen hoito, kouluikäiset, psykoterapia, lääkehoito, perhekeskeinen hoito, yksilökeskeinen hoito, näyttöön perustuva sekä childhood depression muut englanninkieliset katkaisut ja vastineet. Masennus käsitteenä on tarkemmin määritelty luvussa 2.

7.4. Aineiston keruu

Tietoa opinnäytetyötä varten koottiin syksystä 2015 alkaen. Jolloin suoritettiin alustavia hakuja tiedon määrän ja laadun kartoittamiseksi.

Työssä käytetyiksi tietokannoiksi valikoitiin yhteensä neljä eri tietokantaa, PubMed, Academic Search Elite, Terveysportti, ja Chinal.

Myös muita tietokantoja kokeiltiin tiedonhakuvaiheessa (mm. Aleksi, Medic, Arto, Käypähoito, Melinda jne.),

mutta näistä tietokannoista ei löytynyt työn kannalta relevanttia aineistoa, mitä ei olisi jo löytynyt aiempien tietokantojen kautta, joten kyseiset tietokannat jätettiin kokonaan pois tarkastelusta. Ensisijaisesti käytettäväksi tietokannaksi valikoitui PubMe., PubMed on laaja terveys- ja lääketieteen viitetietokanta.

Toiseksi keskeiseksi tietokannaksi valikoitui, Chinalin (Ebsco), joka on laaja ja useita tietokantoja yhdistävä palvelu. Kolmanneksi valikoitui Academic Search Elite, joka on mm. yhteiskuntatieteiden,

humanististen tieteiden sekä terveys- ja sosiaalialan tietokantapalvelu ja neljänneksi valikoitui kotimainen terveysportti. Lisäksi tehtiin myös manuaalista tiedonhakua, jolla täydennettiin aineistoa. Manuaalisen tiedonhaun tiedetään parantavan luotettavuutta, jotta aineistoon saadaan myös hakusanojen ulkopuolella olevia aineistoja. (Tähtinen 2007). Julkaisemattomia aineistoja ei sisältynyt analyysiin. Hakutulokset on nähtävissä työn liitteissä. (LIITE 1)

Hakusanoilla ja erilaisilla hakusanojen yhdistelmillä tein koehakuja joulukuussa 2015. Lopullisia hakuja tehdessäni keväällä 2016 minulla oli jo käsitys, siitä kuinka ja millaisia hakuja kannattaa tehdä. Englanninkieliset käännökset tarkistettiin sanakirjasta. Valtaosa artikkeleista oli englanninkielisiä.

Hakusanoiksi ja niiden yhdistelmiksi valittiin:

Lapsen masennus; Child*AND depression AND therapy OR treatment; Child*AND depression; treatment AND family; Child* AND depression AND family AND therapy; child* depression AND medication AND treatment; childhood depression AND psychoanalytic therapy; child*depression& therapy NOT adolescent; childhood depression AND evince-based;

Hakuprosessi, jonka tuloksena oli yhteensä 17 artikkelia, on esitetty seuraavalla sivulla (kohdat a-d). Haut on suoritettu pääosin huhtikuussa 2016,

joitain hakuja on tehty jo hieman aiemmin. Kokeilin myös muunlaisia hakusanayhdistelmiä, mutta ne pitivät sisällään jo haettua aineistoa, joten nämä haut jätettiin pois kokonaan. Aiheesta olisi löytynyt varmasti runsaamminkin tutkimusta, mutta aineiston määrään haluttiin rajata, jotta tietomäärä pysyisi hallittavissa ja opinnäytetyölle asetetun työmäärän puitteissa. On kuitenkin mahdollisuus, että jotakin on jäänyt haun ulkopuolelle.

- a. Hakukannoista yhteensä 2001 artikkelia, joista käyty läpi ensimmäiset 100.
- b. Otsikon ja tiivistelmän perusteella tiivistelmätason tarkasteluun valittu yhteensä 35 artikkelia.
- c. Kaksoiskappaleita poistettu yhteensä 6, jolloin otsikon ja tiivistelmän perusteella valittuja artikkeleita löytyi kaikkiaan 23 kappaletta.
- d. koko artikkelin lukemisen jälkeen valittu yhteensä 17 artikkelia

Aineistosta jätin pois tiivistelmän ja otsikon perusteella sellaiset artikkelit, joissa keskityttiin hoidon sijasta enemmän masennuksen arviointiin, sen syntyyn vaikuttaviin tekijöihin tai muuhun kuin suoraan kliinisessä työssä hyödynnettäviin asioihin.

Koko tekstin lukemisen jälkeen joukossa oli myös sellaista aineistoa, joissa tutkimuskohteena oli aikuisia tai pelkästään yli- 13- vuotiaita, nämä jätettiin pois tarkastelusta. Sellaiset tutkimukset, joissa noin puolet täyttivät vaaditun ikäkriteerin, otettiin mukaan aineistoon. Jos tutkimuksessa oli mukana aikuisia, nämä artikkelit jätettiin kokonaan pois tarkastelusta. Lisävaatimuksena oli, että artikkeleissa oli sellaista sisältöä, minkä voitiin katsoa koskevan kouluikäisten masennuksen hoitoa. Hauissa etsittiin vuonna 2000 tai sen jälkeen ilmestynyttä aineistoa. Koko tekstin lukemisen jälkeen hylätyissä tutkimuksissa oli myös sellaisia, joka eivät sisällöltään soveltuneet analyysiin, tieto ei ollut suoraan sovellettavissa käytännön työhön.

7.5. Aineiston analyysi

Tutkimusaineistoksi valikoitui yhteensä 17 artikkelia. (LIITE 2) Aineisto analysoitiin teorialähtöisellä sisällönanalyysillä. Tutkimusartikkelit oli siis aluksi jaettu kolmeen luokkaan: yksilöhoitoa käsittelevät, perhekeskeistä hoitoa painottavat ja lääkehoitoa käsittelevät, jotta aineistoa olisi helpompi hallita.

Tutkimusaineisto käytiin tässä vaiheessa uudelleen läpi lukemalla kaikki artikkelit ja poimimalla käsin niistä kaikki olennainen lapsen masennukseen hoitoon liittyvä tutkimustieto tai hoidon kannalta muutoin huomioon otettavat tekijät.

Kaikki sellainen tieto, joka oli liian abstraktia, epäolennaista hoidon kannalta tai hankalasti hyödynnettävissä, jätettiin pois analyysistä. Tulokset koottiin erilliseksi listaukseksi artikkelin tekijän/tekijöiden mukaan.

Seuraavassa vaiheessa luokittelu tapahtui molempien tutkimuskysymysten mukaan erikseen, jolloin aineistosta rakennettiin analyysitaulukot molempien tutkimuskysymysten ympärille. Nyt saman artikkelin oli mahdollista kuulua eri luokkiin sen sisällön perusteella (ks. LIITE 3). Analyysirungon muodostamista varten kävin läpi aiemmin tekemääni listausta, josta luokittelin asiat analyysitaulukkoon. Erityisesti huomio keskitettiin artikkelien tutkimustuloksiin ja hoidon tuloksellisuuteen liittyviin asioihin. Tätä aiemmassa lukuvaiheessa olin käynyt läpi artikkelien metodiosat (jos sellainen oli), jotta minulla oli käsitys millä tavalla artikkeleissa oleva aineisto oli hankittu. Tässä vaiheessa jokainen artikkeli oli käyty läpi vähintään kolme kertaa. Tässä vaiheessa minulla oli nähtävillä molemmat tutkimuskysymykset, joiden avulla luokittelin aineistoa. Rakensin kumpaakin analyysitaulukkoa yhtä aikaa.

Työni tutkimuskysymykset siis olivat:

1. Millaisia suosituksia masennuksen hoidon tuloksellisuudesta aineistosta nousee?
2. Millaisia muita tekijöitä masennuksen hoidossa on hyvä ottaa huomioon?

Tässä vaiheessa katsoin analyysitaulukoita ja mietin, millä tavalla löytämiäni asioita voisi yhdistellä erilaisiin luokkiin. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen kohdalla oli tavoitteena pelkistää koota suosituksia, joista alakouluikäisen lapsen masennuksen hoidosta ja hoitomuodoista voisi antaa. Etsin ensisijaisesti selkeitä tutkimustuloksia artikkeleista. Tavoitteena oli siten saada kokonaiskuvaa mistä hoito muodostuu.

Tässä vaiheessa analyysia huomasin, että en tule saamaan kovinkaan selkeitä tuloksia hoitosuosituksiin liittyen, koska monessa tutkimuksessa hoidon joustavuutta ja sen yhdistelyä korostettiin hoidon onnistumisen kannalta. Lisäsin ne tässä vaiheessa mukaan omiksi kohdikseen.

Toisen tutkimuskysymyksen kohdalla kokosin yhteen muita hoidon kannalta huomioon otettavia asioita. Löydettyäni niitä artikkeleista luokittelin niitä erilaiseen luokkiin ja yhdistelin niin kauan kuin luokkia oli mahdollista yhdistää. Luokkia muodostaessani pohdin millaisia erilaisia yläkäsitteitä artikkeleista olisi hahmoteltavissa niiden sisältöjen pohjalta. Tämä luokka muodostui enemmän ns. laadullisiksi tekijöiksi, joita on hyvä huomioida hoidossa. (LIITE 3).

Luokkia muodostui yhteensä seitsemän. Aivan aluksi luokkia oli kahdeksan, mutta lisäsin masennuksen hoitokäytänteiden soveltuvuuden muuhun samantyyppiseen problematiikkaan luokkaan ympäristötekijät, koska muutoin tähän luokkaan ei olisi kuulunut muita havaintoja. Ensisijaisena tavoitteena oli luokitella havainnot vain yhteen luokkaan kuuluviksi. Psykoedukaatio ja hoidon vaiheen huomiointi olivat havaintoja, jotka halusin laittaa kahteen luokkaan kuuluviksi, koska niiden merkitys on hiukan erilainen, riippuen siitä missä luokassa ne ovat. Nämä on merkitty tähdellä. (*)

Havaintoesimerkkinä käytän seuraavassa ikää ja kognitiivista terapiaa selkiyttämään luokittelua. Iän mainittiin vaikuttavan hoidon suunnitteluun yhteensä viidessä artikkelissa. Ikä luokiteltiin toisen tutkimuskysymyksen alle, koska se ei ole varsinainen tulos, vaan hoidon toteutumiseen vaikuttava asia. Ikä on lapseen liittyvä tekijä, joten laitoin sen kategoriaan lapseen liittyvät tekijät. Vastaavasti kognitiivinen terapia mainittiin yhtensä kymmenessä artikkelissa. Näissä todettiin kognitiivisella terapian soveltuvan lasten masennuksen hoitoon. Kyseessä oli selkeä tutkimustulos, joten tämä kuului ensimmäisen tutkimuskysymyksen alle. Koska kognitiivinen terapia on lapsen yksilötuen muoto, laitoin sen kuuluvaksi tähän luokkaan.

8. Tutkimustulokset

Analyysivaiheessa selvisi, että työn lopputulemana minulla ei ole esittää selkeää kaavioita lapsen masennuksen suositeltavista hoitoprosesseista.

Tutkimusasetelmat poikkeavat liiaksi, jotta niitä voisi vertailla suoraan keskenään. Ymmärsin, että ammattilaisen osaamista tarvitaan nimenomaan arvioimaan sitä mitä asioita tulee käytännössä ottaa huomioon hoitomuotoa suunniteltaessa. Välillä nämä asiat ovat hyvin pieniä tai vaikeasti hahmotettavissa. Näitä asioita käsitellään erityisesti toisen tutkimuskysymyksen kohdalla. Arviointia tulee tehdä myös hoidon aikana. Lisäksi hoidon onnistumiseen vaikuttaa lukemattomat tekijät, joista kaikista emme välttämättä ole edes tietoisia tai emme ole osanneet ottaa kokonaisuudessa huomioon.

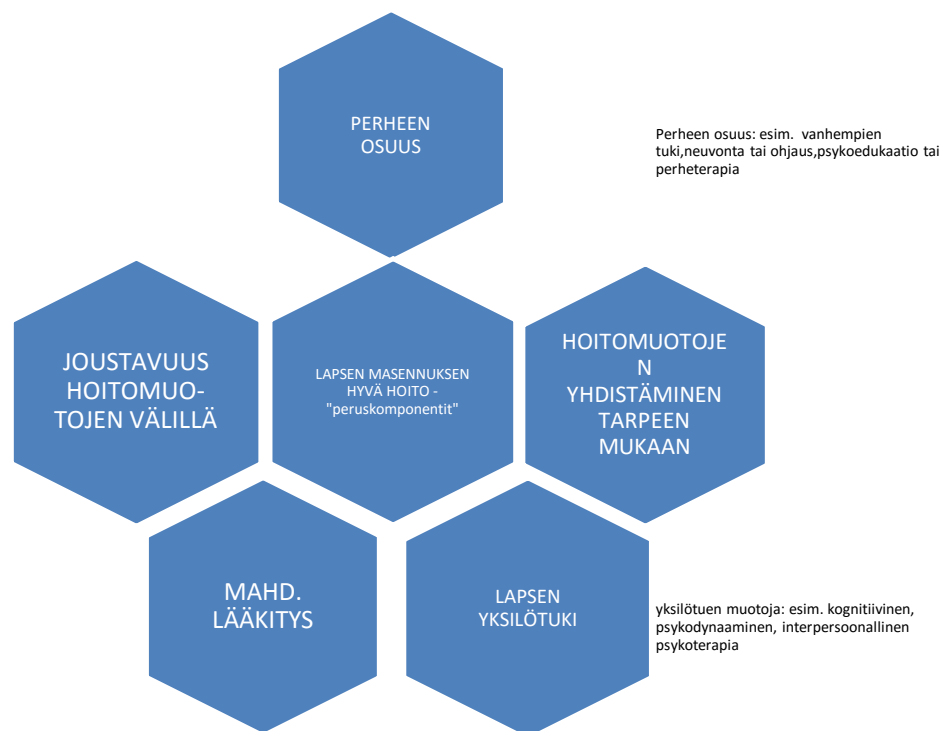
Kohdassa 8.1. esittelen tuloksena yläluokat, jotka muodostin aineistosta saadun tiedon pohjalta lapsen masennuksen hoidon osatekijöistä. Halusin saada paremmin havainnollistettua tätä, joten olen koonnut asian kuvion muotoon (KUVIO1). Kuvion on tarkoitus kuvata niitä keskeisiä komponentteja, joista hoito koostuu. Osa tekijöistä menee aiheena hiukan päällekkäin toisen tutkimuskysymyksen kanssa, mutta siinä yhteydessä asioita käsitellään toisenlaisesta, enemmän laadullisesta näkökulmasta, joten päällekkäisyyttä ei ole, vaikka aiheet ovat samoja. Lähes puolessa käyttämissäni artikkeleissa korostettiin monimuotoisuutta ja joustavuutta hoidossa, joten lisäsin nämä omiksi luokikseen. Tein niistä kaksi eri luokkaa, koska ne eivät ole käsitteenä synonyymeja.

Toinen syy kahteen erilliseen luokkaan jakamisessa oli, että halusin korostaa näiden tekijöiden tärkeyttä hoidon osatekijöinä laittamalla ne erikseen.

8.1. Millaisia hoitotuloksia lapsen masennusta valitun aineiston perusteella on löydettävissä?

Alakouluikäisen (7-12 vuotta) lapsen masennuksen hoito koostuu lapsen yksilöllisestä tuesta, perheen osuudesta sekä mahdollisesta lääkehoidosta sekä niiden joustavista ja monimuotoisista yhdistelmistä.

KUVIO 1. LAPSEN MASENNUKSEN HYVÄN HOIDON PERUSKOMPONETIT



Lapsen yksilöllinen tuki

Lapsen yksilöllinen tuki voi koostua esimerkiksi kognitiivisesta, interpersoonallisesta tai psykodynaamisesta terapiasta tai muusta yksilöllisen tuen muodosta. Tutkimusten mukaan lastenpsykoterapia on tehokas hoitomuoto laadukkaasti suunniteltuna ja ammattitaitoisesti toteutettuna (Sinkkonen 2015).

Kognitiivisen psykoterapia on maailmalla eniten tutkittu ja eniten näyttöön perustuva hoitomuoto lasten masennuksen hoidossa. Se nousi aineistonkin perusteella vartenotettavaksi vaihtoehdoksi hoitomuotoa valitessa.

Kognitiivisen terapian vaikuttavuus masennuksen hoitoon on katsottu kohtalaiseksi (Clark ym. 2012). Kognitiivisen terapian hyödyttävyys kasvaa lapsen iän myötä. Lapselta vaaditaan jonkin verran kapasiteettia käsitellä asioitaan mielensisäisesti. Kahdeksaa ikävuotta pidetään rajana kognitiivisen terapian aloittamiselle, mutta luonnollisesti lapsen tilanne tulee arvioida aina tapauskohtaisesti.

Kognitiivisen terapian rajoitukset liittyvät enemmän lapsen ikään ja kehitystasoon. Näyttää, että tällä terapiamuodolla saataisiin nopeimpia tuloksia, mutta saattaa olla, että hoidon pidempiaikaiset vaikutukset jäävät vähäisiksi, jos hoitoon ei yhdistetä muita komponentteja (Carr 2008). Lasten kognitiivisen terapian tiedetään olevan yhtä tehokasta verrattuna aikuisten kognitiiviseen terapiaan. (Fredriksson, 2004). Kognitiivinen terapiasuuntaus sisältyy suomessa lapsen masennuksen käypähoitosuosituksiin, mutta ei ole kuitenkaan millään tavalla ensisijainen suositus. Dolle & Schulte-Körne (2013) asettivat saksalaisen katsauksensa perusteella suosituksen, jossa yhtenä ensisijaisena psykoterapeuttisena hoitomuotona mainittiin kognitiivisen terapiaa. Terapiakäyntejä tulisi olla viikoittain, kaiken kaikkiaan yhteensä noin 8-16, jotta päästäisiin toivottuun hoitotulokseen (Dopheide 2006).

Kognitiivisen terapian vaikuttavuus kasvaa joissakin tilanteissa, kun hoito yhdistetään lääkehoitoon. (Clark ym. 2012).

Kognitiivisessa terapiassa hoito kohdistuu masennuksen kognitiivisiin oireisiin ja uusien, parempien kognitiivisten taitojen hankkimiseen (Tamminen 2010). On myös esitetty, että ilman lääkehoidon yhdistämistä vaikutukset saattavat jäädä heikoiksi (Weisz, McCarthy & Valeri 2006). Toisaalta on myös löydettävissä päinvastaisia tutkimuksia (DeCuyper, Timbermont, Braet, DeBacker & Wullaert 2004).

Monissa kognitiivisen terapian vaikuttavuutta käsittelevissä tutkimuksissa, vanhempien osuus on kuitenkin jäänyt vähäiseksi (esim. DeCuyper ym. 2004).

Toiseksi vartenotettavaksi lapsen yksilötuen muodoksi nousi *Interpersoonallinen psykoterapia*, joka keskittyy nimensä mukaisesti vuorovaikutussuhteisiin ja masennusoireiden helpottamiseen sitä kautta.

Käsittelen interpersoonallista terapiaa yksilötuen muotona, vaikka sen vaikutukset ulottuvat yksilötasoa laajemmalle. IPT on kehitetty nimenomaan alaikäisten masennuksen hoitoon (Tamminen 2010). Dolle & Schurte-Körne (2013) suosittavat interpersoonallista terapiaa ensisijaiseksi hoitomuodoksi kognitiivisen terapian lisäksi. Useissa muissakin lähteissä nimenomaan tämä muoto nousi toiseksi suositeltavaksi yksilöllisen tuen muodoksi (esim. Dietz ym. 2008). Dietz, Weinberg, Brent ja Mufson (2015) totesivat tutkimuksessaan, että perhekeskeinen IPT näyttäytyi jopa parempana hoitomuotona, kuin täysin lapsen itseensä yksilönä kohdistuva hoito.

Psykodynaaminen terapia on yksi suomalaiseenkin käypähoitosuositukseen sisällytetyistä terapiamuodoista, ja siitä on maailmalla suhteellisesti vähän tutkimustietoa. (Trowell, Joffe, Campbell, Clemente, Almqvist, Soininen, Koskenranta- Aalto, Weintrub, Tomara, Kolaitis, Anastasopoulos & Tsiantis, Grayson & Barnes 2007).

Dolle & Schurte-Körnen (2013) tekemässä katsauksen perusteella psykodynaamisesta terapiasta oli apua masennukseen, mutta tulokset olivat heikompia, kuin esim. kognitiivisen terapian osalta.

Terapiaa voidaan toteuttaa joko tukea antavana tai intensiivisenä ja- lyhyt- tai pitkäkestoisena. Työskentelyote on kokonaisvaltaisempi. Nykytutkimuksen perusteella ei voi vielä juurikaan tehdä päätelmiä eri suuntausten tuloksellisuuden eroista. (Tamminen 2010.) Kuitenkin psykodynaamisen suuntauksen soveltuvuudesta lasten masennuksen hoitoon, on orastavaa ja hoitosuosittelun kannalta riittävää näyttöä.

Muu yksilöllinen tuki: myös muilla suuntauksilla voidaan saavuttaa helpotusta lapsen masennukseen. (Dolle & Schurte-Körne 2013).

Perheen osuus

Perheen osuus voi pitää sisällään mm. vanhempien tukea, ohjausta ja neuvontaa tai varsinaista perheterapiaa.

Suomalaisen käypähoitosuosituksen mukaan hoitoon tulisi aina sisällyttää vanhempien kanssa työskentelyä jossakin muodossa.

Mitä pienemmästä lapsesta on kyse, sen enemmän tämä näkökulma korostuu. (Tamminen 2010). Aineistossa löytyneen, varsin mielenkiintoisen tutkimustuloksen mukaan, katsottiin säännöllisellä vanhempainohjauksella jopa olevan kenties korvattavissa mahdollinen lääkehoidon tarve. (Edford, Edford, Lattanzi, Weiler, Schein, Wolf, Hughes, Darrow, Savin-Murphy & Peacock 2011). Perheterapian osalta on olemassa vähemmän kontrolloituja tutkimuksia verrattuna muihin psykoterapiamuotoihin. Kuitenkin perheterapian tuloksellisuudesta on kertynyt varsin runsaasti tutkimusnäyttöä ja erityisesti lasten ja nuorten kohdalla masennusoireilu ja itsensä vahingoittaminen oireena ovat olleet sellaisia, johon perheterapialla on ollut vastetta. (Aaltonen & Laitila 2015.)

Aineiston perusteella näyttää, että perheen kanssa työskentely on nimenomaan kytköksissä pidempikestoisiin tuloksiin. Tisher (2007) katsoo lapsen oireilun olevan osa koko perheen pulmaa ja siksi lasta olisi syytä hoitaa yhdessä muun perheen kanssa. Kyseisessä artikkelissa ei ollut tietoa lopputuloksesta, mutta vuorovaikutuksen ja kielen kautta on löydettävissä sellaisia elementtejä, joilla voi vaikuttaa lapsen oireilun vähenemiseen. Artikkelin kuvaus masentuneen lapsen perheterapiasta. (Mt.)

Lapsen ahdistuneisuus, joka on yleistä masennuksen yhteydessä, väheni kun perhe oli mukana hoidossa. Toisin sanoen komorbiditeetti muiden lasten psyykkisiin pulmiin väheni, kun perhettä kytkettiin mukaan työskentelyyn. (Dietz ym. 2008.)

Lääkehoito

Fluoksetiinin katsotaan olevan suositeltavin vaihtoehto kouluikäisten lasten masennuksen hoitoon. Kuitenkin psykoterapeuttinen hoito nähdään ensisijaisena keinona hoitaa masennusta. Masennuslääkkeiden pitkäkestoisista vaikutuksista lapsilla on vain vähän tutkimustietoa ja niillä on todettu olevan erilaisia haittavaikutuksia, joten masennuslääkkeiden tarvetta tulee arvioida huolella.

Toisaalta lääkkeet ovat tutkitusti hyvä lisä vakavan masennuksen hoidossa ja lääkkeen yhdessä terapeutin hoidon kanssa on todettu ennaltaehkäisevän masennuksen uusiutumista. Trisyklisiä masennuslääkkeitä ei suositella lasten masennuksen hoitoon ja muiden kuin fluoksetiinin vaikutuksista on niukasti tutkimusnäyttöä. (Clark ym. 2012.)

Toisaalta esim. saksassa suositellaan muiden lääkevalmisteiden kokeilemista, mikäli aiemmilla valmistella ei ole saavutettu toivottua tulosta. (Dolle & Schurte-Körne 2013.) Kognitiivinen terapia ja lääkehoito yhdistelmänä on tehokkaampi verrattuna tilanteeseen, jossa hoitomuotona on ollut ainoastaan lääkehoito kun katsotaan masennuksen uusiutumista lapsilla. (Clark ym. 2012).

Kuitenkin yleisesti tiedetään, että mikäli masennusoireilun taustalla on esim. traumaattisia kokemuksia, psykososiaalinen tuki tehoaa lääkehoitoa paremmin.

Eri tukimuotojen yhdistely eli multimodaalisuus ja joustavuus eri hoitomuotojen välillä

Kuviossa 1 nämä yllämainitut kaksi tekijää on eritelty, tekstiosuudessa käsittelemme yhtenä kohtanaan. Analyysin perusteella vaikutti vahvasti, että lasten masennuksen hoidossa eri tutkimussuuntauksia tulee yhdistellä joustavasti lapsen edun mukaisesti. Tällöin päästään hoidon kannalta parhaaseen mahdolliseen tulokseen. Tämä voi olla yksi syy siihen, minkä takia mahdollisimman kontrolloitujen tutkimusten tekeminen on haastavaa eli yhdistelyä tehdään todennäköisesti kentällä jatkuvasti. Myöskään yksiselitteistä kaaviota siitä, mitkä hoitomuodot tulisi valita, ei voida antaa.

Dolle & Schurte-Körne (2013) katsoivat kaikilla keskeisillä terapiamuodoilla olevan vastetta lasten masennuksen hoitoon noin kolmen kuukauden sisään. Sama johtopäätös tehtiin mm. David-Feldonin & Kaslowin (2008) katsauksessa eli terapiamuodolla ei ollut vaikutusta hoitotulokseen ja työntekijän tulisikin nykyisiä hoitosuosituksia mukaillen räätälöidä lapsen tilanteeseen optimaalisin interventio.

Hoitosuosituksia ikään kuin tarjoavat raamin, minkä sisällä toimia.

Masennuksen tehokas ja hyvä hoito kaikkien näytti olevan keskeisemmässä osassa, kuin se mitä spesifiä suuntausta hoidossa noudatetaan. (Tamminen, 2010).

Psykoterapiatutkimuksen saralla on jo pitkään tiedetty, että mikään yksittäinen terapiasuuntaus ei yksittäisesti ole jotakuta toista tehokkaampi, vaan enemmän hoidon vaikuttavuutta ennustaa asiakkaan, tässä tapauksessa lapsen ja perheen sekä työntekijän välisen vuorovaikutuksen laatu, ns. terapeutin allianssi eli ns. kohtaavatko heidän kemiansa (mm. Sinkkonen 2015). Hoidossa voidaan hyvin yhdistellä eri suuntauksien elementtejä ja usein niin toimitaankin. (Weisz ym. 2006).

8.2. Millaisia muita tekijöitä masennuksen hoidossa aineiston perusteella on hyvä ottaa huomioon?

Työn toisena tutkimuskysymyksenä oli, mitä muita tekijöitä masennuksen hoidossa tulisi ottaa huomioon. Artikkeleista esiin nostetut asiat on koottu alla olevaan alla olevaan taulukkoon 3 ja ryhmitelty seitsemään eri luokkaan. Nämä asiat korostuvat erityisesti masennuksen arviointivaiheessa, jolloin kerätään tietoa hoidon suunnittelua varten. Luokiksi muodostuivat: masennuksen ilmiöihin liittyvät tekijät, lapseen liittyvät tekijät, perheeseen ja vanhemmuuteen liittyvät tekijät, hoidon toteuttamiseen liittyvät rakenteelliset ja käytännön tekijät, terapeuttiin ja hoitosuhteeseen liittyvät tekijät, lääkitys ja ympäristötekijät. Luokat on esitetty tarkemmin alla olevassa taulukossa 3.

TAULUKKO 3. Mitä tekijöitä lasten masennuksen hoidossa tulee ottaa huomioon.

Tutkimuskysymys 2, mitä muita tekijöitä lapsen masennuksen hoidossa tulee ottaa huomioon, eri tekijöiden luokittelu
a) Masennuksen ilmiasuun liittyvät tekijät:
- vaikeusaste
- komorbiditeetti
- itsemurhariski
- masennuksen tähänastinen kesto (jos kestänyt, pitkään, tartuttava napakammin.)
- Hoidon vaihe, onko kyseessä akuutti-, ylläpito- vai jatkohoitovaihe)*
- Masennusta voidaan hoitaa tuloksellisesti eri menetelmin.
b) Lapseen liittyvät tekijät:
- Ikä
- Lapsen henkilökohtaiset ominaisuudet (temperamentti, vahvuudet, selviytymiskeinot jne.)
- Kehitysvaihe ja - taso
- Psykoedukaatiosta saatava hyöty*
c.) Perheeseen/ vanhemmuuteen liittyvät tekijät:
- Psykoedukaatiosta saatava hyöty*
- Perheen huomiointi hoidossa, vanhempainohjaus, muu tuki
- Sisarusten huomiointi
- Vanhempi-lapsisuhteen laatu
- Vanhempien kyvyt ja mahdollisuudet tukea lasta
d) Hoidon toteuttamiseen liittyvät rakenteelliset ja käytännön tekijät:
- Riittävä hoidon kesto ja riittävän pitkä seuranta
- Mihin asioihin hoidossa halutaan ensisijaisesti vaikuttaa? > ohjaa hoitomuodon valintaa.
- Nykyisiä suosituksia seuraten ja mukaillen.
- Ennaltaehkäisevä näkökulma huomioiden: masennuksen uusiutumisen aktiivinen ehkäisy ja hoidon aloittaminen riittävän aikaisessa vaiheessa.
- Halutaanko nopeampaa apua (yksilökeskeiset suuntaukset) vai pidempikestoista vaikutusta (perheen mukaan ottaminen hoitoon) tai niiden yhdistelmää.
- Hoidon kestosta ei voi tehdä päätelmiä lopputuloksesta.
- Jos ei saavuteta hoitovastetta n. 3 kk. aikana, on suositeltavaa miettiä toisenlaisia hoitomuotoa
- Hoidon vaihe, onko kyseessä akuutti-, ylläpito-, vai jatkohoitovaihe) *
e) Terapeuttiin ja hoitosuhteeseen liittyvät tekijät:
- Terapeuttinen allianssi (=toimiva yhteistyösuhde)
- Kommunikaatio, empatia, kuuntelu.
- Masennukseen liittyvien uusien merkitysten etsintä yhdessä

- Avoin vuorovaikutus
- Työntekijän ammattitaito
f) Lääkitys:
- Lääkehoito muun hoidon rinnalla (erit. vakava masennus)
- Voiko hoitaa ilman lääkitystä (ts. terapeuttisen kontaktin avulla)
- Voisiko säännöllinen vanhempainohjaus korvata lääkehoidon???
- Riskeistä ja pitkäaikaisvaikutuksista melko vähän tutkimustietoa
- Hyvän hoidon osatekijä tarpeen mukaan
g) Ympäristötekijät:
- Kieli, kulttuuritausta
- Spontaani paraneminen (vaikka asiamukainen hoito tärkeää, muistettava, että myönteistä muutosta tapahtuu myös lapsen kasvaessa ja kehittyessä!!)
- Hoidollisten palvelujen saatavuus hoidon suunnittelussa.
- Masennuksen hoitokäytänteiden katsotaan sopivat myös muiden samankaltaisten lasten psyykkisten ongelmien hoitoon, joilla samankaltainen etiologia (esim. ahdistuneisuus)
*havainto kuuluu kahteen eri luokkaan

Masennuksen ilmiösuun liittyvät tekijät:

Aineiston perusteella voi todeta, että suurimmassa osassa tutkimusasetelmia oli mukana vaikeusasteeltaan *keskivaikeasta tai lievistä depressiosta* kärsiviä lapsia. Tuloksia voi siis ajatella ensisijaisesti yleistettävän vaikeusasteeltaan samanlaisiin tilanteisiin. Vakavassa depressiossa suositellaan lisäksi lääkitystä ja aluksi hoito keskittyy oireiden lieventämiseen ja toimintakyvyn palauttamiseen. Tämän vaiheen jälkeen voisi samoja hoitoperiaatteita soveltaa myös vakavan depression hoidossa. Lapsen toimintakyky ja vointi tulisi ensin olla sellainen, että terapeuttiselle työskentelylle on olemassa edellytykset.

Itsemurhariskin huomiointi: Hoitolinjaukset poikkeavat hiukan, jos lapsella arvioidaan olevan riskiä vahingoittaa itseään. (Carr 2008). Tämä tekijä liittyy ensisijaisesti vakavaan masennukseen. Tuolloin on pohdittava, tarvitseeko lapsi kenties alussa osastohoitoa. (Puura 2013). Kuitenkin lievässä tai keskivaikeassa masennuksessa suisediriskin voidaan tavallisesti katsoa olevan pienempi.

Asiaa tulee kysyä lapselta itseltään suoraan. Joissakin tutkimuksissa masennuslääkkeiden käyttö on yhdistetty suurempaan itsemurhariskiin (Puura 2013). Paixão (2013) katsauksessa selvisi, että suisidaalisten ajatusten esiintyminen ja niiden olemassaolon riski oli pienempi niillä, joilla hoitoon oli yhdistetty myös terapiaa lääkityksen lisäksi.

Mahdollinen *komorbiditeetti* eli päällekkäisyys tai yhtäaikaisuus muiden psyykkisten pulmien kanssa on hyvä todeta arviointivaiheessa, jotta se osataan ottaa huomioon hoidon suunnittelussa. Hoidettavuudessa ei välttämättä ole eroja ns. puhtaan depression tai depression hoidossa, johon liittyy muuta psyykkistä pulmaa (Trowell ym. 2007). Toisaalta lääkehoito ei kuitenkaan välttämättä tuolloin tuota yhtä hyvää vastetta. (Wagner 2013). Hoitotuloksen ennusteeseen heikentävästi saattaa silti vaikuttaa, jos lapsella on ollut samanaikaisesti muuta psyykkistä pulmaa (Nilsen, Eiseman & Kvernmo 2013). Kuitenkin perheen kanssa työskentelyllä näyttäisi olevan vaikutusta komorbiditeetin vähenemiseen. (Trowell ym. 2007).

Yhteenvetona voi todeta, että komorbiditeetin vaikutuksesta ei voi ristiriitaisten tulosten vuoksi tehdä pidemmälle meneviä päätelmiä. Asian huomiointi on kuitenkin tärkeää, koska sillä on vaikutusta hoidon suunnitteluun.

Masennuksen tähänastisella *kestolla* on merkistä, siten että ensimmäistä masennusvaihetta on helpointa hoitaa tuloksellisuuden näkökulmasta. Sillä estetään myös tehokkaimmin masennuksen uusiutumista. Kuitenkin hoitoon tarvitsee pureutua erityisellä jämäkkyydellä, jos masennusjakso on toinen tai niitä on jo useampi. Masennuksen tiedetään helposti jatkuvan nuoruuteen tai aikuisuuteen. (Paixão 2013).

Hoidon vaihe vaikuttaa millä orientaatiolla masennusta hoidetaan. Akuutissa vaiheessa hoito keskittyy oireiden lieventämiseen ja toimintakyvyn palauttamiseen. Jatkohoidossa keskitytään syiden korjaamiseen ja ylläpitovaiheessa tavoitteena on ehkäistä uudet masennusjaksot.

Kahden jälkimmäisen tulee tapahtua lähellä lapsen normaalia elinympäristöä. (Tamminen 2010.)

Voidaan todeta, että masennusta voidaan tuloksellisesti *hoitaa eri menetelmin* lapsilla. (Weisz ym.2006; Carr 2008). Sen hoidosta on hyötyä, niin yksilö kuin yhteisötasolla. Masennus on myös kansantaloudellisesti merkittävä asia, joten sen riittävän aikainen ja asianmukainen hoito on avainasemassa. Siitäkin syystä hoitoon lapsilla kannattaa satsata.

Lapseen liittyvät tekijät:

Lapsen *ikä* on tärkeä tekijä hoidossa. Alaikäisten hoitoon on suositeltavaa kuulua vanhempien kanssa tehtävää yhteistyötä jossain muodossa. Alle kahdeksanvuotias ei välttämättä hyödy yksilökontaktista, vaan hoidon tulisi olla enemmän keskittynyt perhekeskeiseen hoitoon (Carr 2008; Tamminen 2010.)

Aineistossani ei ollut tarkasteltu erikseen 7-8-vuotiaita, valtaosa aineistossa mukana olevista tutkittavista oli 9-10-vuotiaita tai siitä ylöspäin. Ikä tulee suhteuttaa lapsen kehitystasoon. Vaikka lapsi olisi ikänsä puolesta soveltuva yksilötyöskentelyyn, lapsen kehitystaso voi muodostua haasteeksi.

Valinnaisuuden voidaan katsoa lisääntyvän eri hoitomuotojensuhteen lapsen iän myötä. (Dopheide 2006).

Lapsen *henkilökohtaiset ominaisuudet*, kuten vahvuudet ja henkilökohtaiset selviytymiskeinot on hyödyllistä huomioida (Carr 2008). Terapiassa rakennetaan lapsen vahvuuksien varaan. Tästä lähtökohdasta on hedelmällisempää lähteä edelleen myös käsittelemään lapselle hankalia asioita. Henkilökohtaiset selviytymiskeinot voivat liittyä mm. lapsen ongelmanratkaisuihin tai toimintatapoihin eri tilanteissa tai asioihin, jotka tuottavat lapselle mielihyvää ja vähentävät alhaista mielialaa. Myös muut henkilökohtaiset ominaisuudet, kuten luonteenpiirteet, temperamentti, vaikuttavat tapaan käsitellä asioita. (Carr 2008).

Lapsen *kehitysvaihe* toimii ikään kuin kompassina työntekijälle siinä, mitkä asiat lapsen kehityksen kannalta ovat olennaisia ja mihin asioihin hoidon sisällössä kannattaa kiinnittää huomiota.

Kyse voi olla joko siitä, että lasta kannustetaan tekemään *kehitystasolleen* jo sopivia asioita tai enemmän, että lasta autetaan pysymään (vielä) siinä kehitysvaiheessa, mihin hänen katsotaan kuuluvan. Tässä aineistossa lapsen kehitysvaiheina on kouluikä (eli latenssi-ikä) sekä esipuberteetti. Kehitystasoa arvioidaan suhteessa iänmukaiseen kehitysvaiheeseen. Kehityopsykologinen tietämys on hyödyksi tämän tekijän pohtimisessa.

Joissain tilanteissa voi olla hyödyllistä antaa *psykoedukaatiota* lapselle itselleen yksilötapaamisilla. Lapselle voidaan antaa mm. tietoa oireista ja auttaa mm. tunnistamaan vointinsa huononemisen merkkejä ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä, jotta hän voisi itse riittävän ajoissa omalla toiminnallaan estää tilanteen heikentymistä. Myös keinoja, kuinka toteuttaa tätä käytännössä, voidaan pohtia lapsen kanssa. (Decuyper ym.2004.)

Lapsen kanssa voi myös pohtia asioita, jotka tuottavat hänelle iloa ja parantavat mielialaa sekä kannustaa häntä fyysiseen aktiivisuuteen. (Carr 2008).

Perheeseen/ vanhemmuuteen liittyvät tekijät:

Psykoedukaatio vanhemmille pitää sisällään samoja asioita kuin lapsenkin, mutta näkökulma on hieman erilainen. Katsauksen perusteella voidaan suositella vanhempien psykoedukaatiota hoidon aikana. Sillä voidaan vaikuttaa lapsen ympäristöön ja sieltä saatavaan tukeen ja auttaa tekemään tarvittavat muutokset lapsen arjessa. (Carr 2008).

Vanhempia tukemalla voidaan auttaa pidentämään hoidon vaikuttavuutta ja estämään uusien masennusjaksojen alkamista. (Eckshtain & Gaynor 2013).

Perheen huomiointia hoidossa voidaan pitää yhtenä lapsen masennuksen hoidon peruserätyksenä. Käytännössä lasta on mahdoton hoitaa ilman vanhempiaan. Myös *sisarukset* olisi hyvä tarvittaessa huomioida. He voivat olla olennainen osa lapsen toipumista, toisaalta myös perheen muut lapset voivat tarvita tukea. (Tisher 2007).

Erään tutkimuksen mukaan *vanhempi-lapsi suhteen laatu* ennusti kaikkien voimakkaimmin lapsen toipumista. (Eckshtain & Gaynor 2013).

Lapsi tarvitsee vanhempaansa tukemaan häntä prosessissa. *Vanhempien kyky ja mahdollisuudet* toteuttaa tätä vaikuttaa lapsen toipumiseen. Vanhemmat eroavat kyvyiltään ja mahdollisuuksiltaan olla lapsen tukena (Tamminen 2010). Tämä tulisi mielestäni ottaa huomioon, kun räätälöidään vanhempien osuutta hoidossa. Samaa mieltä on Clark ym. (2012), jos vanhemman antamassa tuessa on havaittavissa puutteita, on hoidon suunnittelu tehtävä entistäkin huolellisemmin. Toiset vanhemmat tarvitsevat konkreettisempaa ohjausta ja tukea, toisille voi riittää tueksi ja psykoedukaatiotyypisellä otteella toteutettu interventio.

Hoidon toteuttamiseen liittyvät rakenteelliset ja käytännön tekijät:

Masennuksen hoidon tulee olla riittävän *pitkäkestoista* ja *seurannan jatkua riittävän pitkään*, jotta vältytään mahdollisilta pahenemis-, tai uusiutumisvaiheilta. (Clark ym.2012). Jos lapsi on taipuvainen reagoimaan asioihin masennuksella, on todennäköistä, että uusissa stressaavissa tai muuten haastavissa tilanteissa, hän reagoi omaksumallaan itselleen luontevalla tavalla. Pääsääntöisesti seurannan tulisi jatkua vuodesta kahteen riippuen, onko kyseessä ensimmäinen masennusjakso vai ei. Hoidon tulisi kuitenkin jatkua vähintään puoli vuotta oireiden lieventymisestä. (Clark ym. 2012). *Hoitomuodon valintaan vaikuttaa* se, mihin asioihin ensisijaisesti halutaan muutosta. (Carr 2008). Jos halutaan lisätä perheen yhteenkuuluvuutta ja vanhempien ymmärrystä lapsen masennuksessa, lienee perhekeskeinen hoito oikea vaihtoehto. Jos taas halutaan vahvistaa lasta yksilönä, on esim. kognitiivinen suuntaus varteenotettava. Mikäli lapsen pulmat liittyvät vuorovaikutussuhteisiin, voisi harkita interpersoonallista terapiaa.

Yhteenvetona voi todeta, että masennusta kannattaa hoitaa joustavasti nykyisiä hoitosuuntauksia mukaillen.

Ennaltaehkäisevä näkökulma ei ollut pitkälti kysymyksenasettelusta johtuen juurikaan aineistossa esillä, mutta riittävän aikaisin aloitetulla hoidolla voidaan vaikuttaa ennaltaehkäisevästi uusiutumiseen.

Ennaltaehkäisevää on myös, jos lasten omia taitoja vahvistetaan ja ohjataan selviämään elämän haasteista jo ennen kun kyse on varsinaisesta oireilusta. (Decuyper ym. 2004).

Hoitomuodon valinnassa kannattaa pohtia halutaanko *nopeampaa* vai *pitkäkestoista* apua. On kuitenkin todettava, että pika-apua masennuksen hoitoon ei ole. Eri hoitomuotojen joustava *yhdistelmä* tästäkin näkökulmasta tuottaa parhaat ja monitasoisemmat tulokset. (Weisz ym. 2006).

Tiedetään myös, että *hoidon kestosta* ei voida suoraan tehdä päätelmän hoidon *vaikuttavuudesta*. (Weisz ym. 2006). Eli pidempi hoito ei automaattisesti takaa parempaa apua. Dolle & Schurte- Görne (2013) suosittelevat, että valittua hoitomuotoa tai yhdistelmää tulisi *vaihtaa*, jos vastetta ei saavuteta 3 kk:n kuluessa. Jälleen hoidon *vaihe* eli meneillään olevan hoitojakson tavoitteeksi asetetut asiat vaikuttavat lopputulokseen (esim. toimintakyvyn palautus tai uusien masennusjaksojen ehkäisy). (Tamminen 2010).

Terapeuttiin ja hoitosuhteeseen liittyvät tekijät pitävät sisällään mm. *yhteistyösuhteeseen, kommunikaatioon, empatiaan, kuunteluun* ja masennukseen *uusien merkityksien etsintää* sekä *avointa vuorovaikutusta*. Valtaosa näitä tekijöistä on poimittu Tisherin (2007) artikkelista. Artikkelin oli aivan toisenlainen, kuin muut aineistoni artikkelit, eikä sisältänyt lainkaan varsinaista tulososaa tai ollut luonteeltaan varsinainen tutkimus. Olin jossain vaiheessa jo poistamassa tätä artikkelia aineistostani, mutta koska siinä oli elementtejä, joista ei sisältynyt muutoin aineistooni, päätin jättää tämän kirjoituksen osaksi aineistoa. Tisher painottaa hoidon onnistumisen kannalta myönteiseen vuorovaikutukseen, ilmapiiriin ja kommunikaatioon liittyviä laadullisia asioita. Eli ns. terapeutista ilmapiiriä, joka mahdollistaa toipumisprosessin. Tässä aineistossa katsoin korostuvan myös ns. terapeutin allianssin, joka vaaditaan, jotta hoito onnistuu.

Ammattitaitoinen työntekijä tai terapeutti on hoidon kannalta tärkeä, mutta Edfordin (2011) mukaan työntekijän tittelillä tai ammattinimikkeellä ei ollut merkitystä hoidon onnistumisen näkökulmasta.

Lääkitys: Lääkehoitoa suositellaan käytettäväksi muun hoidon *rinnalla*, kun kyse on vakavasta masennuksesta. (Wagner 2013). Lääkkeistä on saatu *ristiriitaisia tutkimustuloksia* kentällä ja lääkkeiden pitkäaikaisvaikutuksia ei ole riittävästi tutkittu lapsilla. Lääkityksiin saattaa liittyä ei-toivottuja sivuvaikutuksia. Toisaalta joillakin lääkeaineilla ei ole ollut lainkaan vaikutusta oireiden helpottumiseen nimenomaan lapsilla. Muutoinkin lasten masennuksen kohdalla lääkkeisiin suhtaudutaan varovaisemmin. Toisaalta lääkityksen voidaan katsoa tarvittaessa olevan *osa asianmukaista masennuksenhoitoa*. Välttämättä kuitenkin aina, lääkitys ei ole tarpeen. Fluoksetiini näyttäisi olevan suositeltavin vaihtoehto. (Mt.)

Ympäristötekijöillä on merkitystä lasten masennuksen hoidossa. Kahdessa tutkimuksessa oli suoraan mainittu niiden olevan kulttuurisensitiivisiä. (mm. Trowell ym. 2007.)

Hoito tulisi myös pääsääntöisesti toteuttaa siinä ympäristössä, missä lapsi elää, jos mahdollista. (Tamminen 2010). Käsittelmäni aineisto käsitteli suurimmalta osin valtaväestöä ja tulosten voisi katsoa olevan pääosin yleistettävissä, kun hoidetaan eri kansallista alkuperää olevia lapsia. Yhdessä artikkelissa otettiin esiin myös spontaani paraneminen ja tulisi muistaa, että tätä tapahtuu jatkuvasti lapsen kehittyessä. (Decuyper ym.2004). Hoidon lopputuloksia arvioitaessa on luonnollisesti mahdoton erottaa, mikä osuus spontaanilla paranemisella on lapsen toipumisessa. *Hoidollisten palveluiden saatavuus* tulee ottaa huomioon hoidon suunnittelussa. Tämä näkökulma varmasti korostuu suomessa. Aineistossa tämä näkökulma oli otettu esiin ainoastaan yhdessä artikkelissa (Clark ym. 2012). Palveluiden saatavuus luonnollisesti vaikuttaa tarjottuun hoitomuotoon.

Weisz ym. (2006) katsoivat lasten masennuksessa käytettävien hoitokäytäntöjen olevan yleistettävissä myös muihin etiologialtaan samantapaiseen problematiikkaan eli hoitokäytänteillä voisi olla käytettävyyttä myös muissa lasten psyykkisissä pulmissa.

Hoitoympäristöllä ei välttämättä ole suurta merkitystä tulosten kannalta. Masennuksen hoito ei ollut tuloksellisuuden näkökulmasta kytköksissä siihen, tapahtuiko se kliinisessä ympäristössä vai esimerkiksi koululla. (Edford ym. 2011).

9. POHDINTA

9.1. Opinnäytetyön prosessi

Työn aihe oli mielenkiintoinen, koska olen itsekin käytännön työssä kaivannut tietoa masennuksen hoitoon liittyvissä asioissa, mutta asiakastyön lomassa aikaa perehtyä riittävästi syvällisesti aiheeseen ei ole jäänyt. Halusin koota aineistoa, joka kuvaisi mahdollisimman monipuolisesti hoidossa huomioitavia asioita. Valitsin aiheeni pitkään ja hartaasti, joten työni aloittaessani olin vakuuttunut, että halusin tehdä lopputyöni nimenomaan kyseisestä aiheesta. Kiinnostus aiheeseen lisääntyi siihen syventyessä.

Alkuun ajattelin, että saisin konkreettisempia suosituksia hoitolinjauksiin liittyen. Olin myös olettanut, että tutkimusten suurempi vertailu keskenään olisi ollut enemmän mahdollista, mutta näin ei kuitenkaan ollut aineistojen menetelmällisten eroavaisuuksien vuoksi. Toisaalta hoitosuosituksia aiheesta on olemassa ja tämän työn tavoitteena oli tuoda täydentävää näkökulmaa aiheeseen. Aineistossa käsiteltiin pääosin terapiaa keinona hoitaa masennusta, mutta työhöni sisältyi näkemys, että myös muilla psykososiaalisilla interventioilla voidaan auttaa masennuksesta kärsiviä lapsia.

Aiheena masennuksen hoito on laaja, vaikka yritin rajata aihetta tehokkaasti. Erimerkiksi osan hoitomuodoista jätin suoraan pois tarkastelusta ja lääkitystäkin käsiteltiin työssä yhtenä kokonaisuutena.

Yhdessä toisen opiskelijan kanssa aiheesta olisi voinut saada irti enemmän ja työn määrä huomioon ottaen, erityisesti aineiston analysointivaiheessa, se olisi hyvin ollut jaettavissa myös kahdelle.

Työssä ei myöskään tarkasteltu asiaa varsinaisten pitkittäistutkimusten näkökulmasta, jolloin pidempää seurantaan yli ajan olisi ollut mahdollista tehdä. Avoimeksi jää, kuinka paljon aiheesta olisi löytynyt tietoa tuolloin.

Työn toteutus tapahtui kahdessa vaiheessa. Ensiksi laadin kirjallisuuskatsauksen aiheesta ja sen jälkeen keskityin menetelmä-, ja tulososan laadintaan. Prosessin aikaa vievimmat ja työläimmät osuudet olivat tiedonhaku ja aineiston analysointi. Tämä vaivannäkö kannatti, sain mielestäni laadukkaasti aineiston lähempää analyysia varten. Kirjallisuuskatsaus auttoi suuntaamaan huomion siihen, mikä aineistossa oli työni kannalta keskeistä. Analyysivaiheessa erilaisella luokittelulla olisi varmasti saanut myös hieman toisenlaisia luokkia havaintoja eri tavoin yhdistelemällä, mutta kuitenkin nyt käyttämäni luokittelu syntyi varsin luontevasti aiheen ympärille.

Suunnitelmissani oli sisällyttää työhöni jonkinlainen taulukko käyttämäni aineiston keskeisistä tuloksista ja artikkelien luotettavuuden arvioinnista. Työn edetessä totesin, että artikkelin laadun määrittely ja kuvailu olisi ollut itsessään varsin suuri työ ja keskeiset tulokset esitetään kuitenkin sanallisesti työssä, joten päädyin jättämään tämän työn ulkopuolelle.

Flinkmanin ja Salanterän (2007) mukaan kliinisessä työssä olevilla ei välttämättä ole aikaa tai mahdollisuutta omaksua liian tieteellistä tai abstraktia kirjallisuutta, vaan kentällä arvostetaan selkeästi kirjoitettua käytännön tekstiä päätöksen teon tueksi. Tämän asian yritin pitää mielessäni koko työn tekemisen ajan.

Työssäni käytin käsitettä masennuksen hoito, koska se pitää mielestäni sisällä kaikenlaisen hoitotyön aina terapiaan saakka. Englannin kieliset vastineet ovat treatment ja therapy.

9.2. Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyöhön olen pyrkinyt valikoimaan riittävän korkealaatuisia lähteitä, minkä katsotaan lisäävän luotettavuutta. (Johansson 2007).

Työssä käyttämäni aineisto on pääosin kansainvälisistä tieteellisistä julkaisuista poimittuja tutkimusartikkeleita. Kaksi aineistoon valittua raporttia on suomalaisia ja ne on tarkoitettu lähinnä lääkäreille ohjeistukseksi lapsen masennuksen hoidossa. Yksi artikkeleista on laadullinen ja tuo siten hieman erilaisista näkökulmaa kokonaisuuteen. Suuri osa tutkimuksista on meta-analyyseja tai katsauksia, joissa on pyritty saamaan mahdollisimman laajaa kokonaiskuvaa aiheesta. Aineisto on kokonaisuudessaan 2000- luvulta, jolla pyrittiin takamaan tuorein mahdollinen tutkimustieto aiheesta. Artikkeleita lukiessa kävi ilmi, että useissa tutkimuksissa oli viitattu toiseen aineistossani olevaan artikkeliin. Tein tästä johtopäätöksen, että valitsemani tutkimukset ovat pääosin tunnettuja lasten masennukseen hoitoon liittyvän kansainvälisen tutkimuksen kentällä.

Aineistoon pyrin myös poimimaan mahdollisimman objektiivisesti erityyppisiä lähteitä, jotta ilmiötä olisi mahdollisuus tarkastella mahdollisimman monipuolisesti. Aineistoon ei kuulunut julkaisemattomia lähteitä, joita voidaan pitää haasteina luotettavuuden näkökulmasta. (Stolt & Routasalo 2007).

Hakulausekkeet pyrin tekemään huolella ja miettimään tarkoin aineiston tutkimuskysymykset, poissulku- ja sisäänottokriteerit. Näkisin, että suorittamani hakujen ja niistä muodostetun kokonaiskuvan perusteella olen onnistunut kuvaavaan lasten masennuksen hoidon nykytilaa.

Pyrin kuvaamaan opinnäytetyöni prosessein mahdollisimman tarkoin, siten että se olisi toistettavissa mahdollisimman samankaltaisena tarvittaessa.

Tein tutkimukseni yksin, mikä heikentää jonkin verran luotettavuutta. Myös, se että aineisto oli pääosin englanninkielistä, eikä englanti ole äidinkieleni, voidaan katsoa jonkin verran vaikuttavan luotettavuuteen.

Tuomi ja Sarajärvi (2002) toteavat, että laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden arvioinnista ei ole kuitenkaan olemassa yksiselitteisiä ohjeita.

Tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena, jolloin painottuu työn sisäinen johdonmukaisuus. Tutkimuksen kohteena oli 7-12- vuotiaat lapset ja tarkoituksena oli selvittää mitä asioita masennuksen hoidossa tulee ottaa huomioon tämänikäisten lasten kohdalla. Tutkimuksen aihe nousi omasta työstäni, ajattelin että tätä on hyödyllistä tarkastella lähemmin ja työn antia voisi hyödyntää lasten mielenterveystyössä. Minulla ei ollut työlleni varsinaista toimeksiantajaa, koska halusin laatia sellaisen työn, jolla olisi yleistä käytettävyyttä toimintayksiköstä riippumatta. Kuitenkin työtä voi hyödyntää esimerkiksi perheneuvolatyössä, jossa itse toimin.

Aineiston kohteena oli valmiit artikkelit aiheesta, jotka analysoitiin sisällönanalyysin keinoin. Muotona oli teorialähtöinen sisällönanalyysi eli kirjoitettu kirjallisuus toimi viitekehyksenä aineistolle. Tutkimuksen kesto kaiken kaikkiaan oli noin vuosi. Alkusyksystä 2015 kevääseen 2016. Tätä ennen olin jo pohtinut aihetta pitkään mielessäni.

Käsitteet validiteetti ja reliabiliteetti, jotka liittyvät tutkimuksen luotettavuuden arviointiin, katsotaan soveltuvan myös laadullisen aineiston luotettavuuden arviointiin. (Menetelmäopetuksen tietovaranto 2016.)

Tutkimuksen *validiteetti* (=luotettavuus) eli tutkittaan sitä mitä oli tarkoituskin, onnistui mielestäni työssä varsin hyvin. Toki valmiista aineistosta olisi noussut muutkin kiinnostavaa, mutta muut asiat jätettiin systemaattisesti työn ulkopuolelle. Tässä auttoi, kun piti kirkkaana mielessä, mitkä olivat työni kaksi tutkimuskysymystä.

Reliabiliteetti on toinen keskeinen käsite arvioitaessa tutkimuksen luotettavuutta. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen toistettavuutta eli että tutkimus on tarvittaessa toteutettavissa samanlaisena. (Tuomi& Sarajärvi 2002). Toistettavuuden kannalta tärkeää on, että tutkimuksen eri vaiheet on kuvattu riittävän tarkasti. Pyrin kuvaamaan hakuprosessin vaiheet tarkoin sekä sen mistä aineistoa löysin. Liitteenä on myös analyysitaulukot selventämään tätä vaihetta. Analyysirungon muodostaminen ja tulososio syntyivät varsin nopeasti ja työn loppuvaiheessa täydensin vielä kuvausta tästä vaiheesta,

jotta tutkimuksen toistettavuus paranisi. Kuitenkin vaiheita olisi voinut kuvata kenties vieläkin tarkemmin. Vilkka (2015) esittää, että täydellinen toistettavuus laadullisessa tutkimuksessa on käytännössä epärealistinen tavoite, johtuen sen ainutkertaisuudesta. Laadullista tutkimusta voi silti pitää luotettavana tästä huolimatta, jos luotettavuuteen on muutoin kiinnitetty huomiota.

Myös, se että sain työhöni ohjausta, voidaan katsoa parantavan työni luotettavuutta. Pyrin valikoimaan aineistoni niin että se olisi siirrettävissä koskemaan myös suomalaislapsia eli jätin aineiston ulkopuolelle muut kuin valtaväestöä koskevat tutkimukset. Tätä rajausta perustelen tutkimustulosten siirrettävyydellä toiseen kontekstiin eli tässä tapauksessa suomalaisten masennuksen hoitoon. Tästäkin Vilkka (2015) toteaa, että laadulliselta tutkimukselta ei voi edellyttää absoluuttista siirrettävyyttä lisäämään luotettavuutta.

Integroitua katsausta, jonka valitsin kirjallisuuskatsauksen tyypiksi, voidaan pitää luotettavampana verrattuna narratiiviseen kirjallisuuskatsaukseen. (Salminen 2011). Se, että aineiston hankintaan sisältyi myös manuaalista tiedonhakua, voidaan katsoa parantavan luotettavuutta, sekä sitä ettei aineistoon sisältynyt julkaisemattomia aineistoja. (Tähtinen 2007).

9.3 Pohdintaa tutkimustuloksista

Lasten psykoterapian tuloksellisuutta on tutkittu huomattavasti vähemmän verrattuna aikuisten psykoterapioiden tuloksellisuuteen. Kuitenkin lasten psykoterapian on monissa tutkimuksissa osoitettu tulokselliseksi. Psykoterapian vaikuttavuutta voidaan tutkia joko prospektiivisesti tai retrospektiivisesti. Yleisesti ottaen lasten (ja aikuisten) ns. sisäänpäin suuntautuvien oireiden psykoterapeuttisen hoidon voidaan katsoa olevan tuloksellisempaa verrattuna ns. ulospäin suuntautuvien oireiden.

Koska tutkimuksen nivominen hoitoon merkitsee aina muutoksia hoitoon, on tämä otettava huomioon tutkimusta tehtäessä erityisesti eettisestä näkökulmasta. (Leiman 2007.)

Kirjallisuuteen perehtymällä kävi ilmi, että lasten masennus on tutkimusaiheena varsin nuori ja tutkimustietoa on odotuksiin nähden vähemmän, esim. lasten joihinkin muihin mielenterveysongelmiin verrattuna. Tutkimusotokset ovat monessa tutkimuksessa pieniä ja tutkimusasetelmat vaihtelevat, jolloin on erittäin vaikea tehdä pitkälle meneviä johtopäätöksiä ja suoraa vertailuja. Jatkotutkimusta aiheesta tarvitaan. Kognitiivista terapiaa on maailmalla tutkittu eniten ja se näyttää olevan tieteellisesti osoitettuna tehokkain terapiamuoto. Kuitenkin myös moni muu terapiamuoto antaa lupaavia tuloksia vaikuttavuudesta hoitomuotona. Jos näitä muita suuntauksia olisi tutkittu enemmän, saataisiinko kenties vahvempaa näyttöä myös muiden suuntausten tuloksellisuudesta?

Psykoterapiatutkimukseen liittyy kiinteästi tutkimuseettiset asiat, mikä vaikuttaa luultavasti tutkimustiedon kasautuvuuteen hidastavasti. (Leiman 2007).

Masennuksen hoidon vaikutuksesta pitkällä aikavälillä tarvitaan lisää tutkimusta, koska pidemmistä seurannoista on löydettävissä todella vähän tutkimustietoa. Vanhempien kanssa työskentely ja psykoedukaatio eri muodoissaan parantaa hoidon tulosta tutkitustikin ja perhekeskeisellä työotteella saavutetaan pitkäkestoisimmat tulokset. Psykoedukaatiolla ja muulla vanhempainohjauksella voidaan vaikuttaa oireiden uusiutumiseen ja lapsen tilanteeseen hänen lähiympäristössään. Tämä johtopäätös tukee näkemystä, että lasta auttaa kun hänen tilanteeseensa pyritään vaikuttamaan eri tasoilla (yksilö, perhe- ja ympäristötaso).

Tuloksellisuutta edistää lisäksi terapeutin joustavuus eri hoitomuotojen välillä. Nämä ovat tärkeitä tietoja käytännön työn näkökulmasta. Aineiston perusteella voi todeta, että psykoterapeuttinen tai muu keskusteluun perustuva hoito, nykyisten hoitosuositusten mukaisesti, on ensisijainen keino hoitaa lapsen masennusta.

Analyysin perusteella vaikuttaa, että useilla eri hoitosuuntauksilla voidaan menestyksekkäästi hoitaa lasten depressioita. Sen vuoksi onkin tärkeä rohkaista ammattilaisia, että masennusta ei voi varsinaisesti hoitaa väärin. Aineiston perusteella ei noussut esiin mitään sellaista, joka olisi antanut aihetta ajatella intervention heikentävän lapsen vointia.

Toisaalta tutkimuksia, joissa esitetään positiivisia hoitotuloksia, julkaistaan todennäköisemmin. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007). Erityisesti lääkehoidon osalta tutkimusnäyttö vaihtelee, mutta tapauskohtaisesti harkittuna, se on osa masennuksen hoitoa myös lapsilla.

Masennuksen vaikeusaste näyttää vaikuttavan hoitolinjaukseen. Vakavassa masennuksessa hoitoon suositellaan otettavaksi mukaan lääkitys yhtenä hoidon osatekijänä. Suurin osa tutkimusotoksissa on lapsia, joilla on todettu lievä tai keskivaikea masennus. Tämä selittynee sillä, että vakavan masennuksen akuutissa vaiheessa hoito keskittyy toimintakyvyn palauttamiseen ja oireiden lievittymiseen, eikä tässä vaiheessa ole vielä kyse varsinaisesta aktiivisesta työskentelyvaiheesta. Myös käytännön kliinisessä työssä suurin osa on korkeintaan keskivaikeasti masentuneita.

Komorbiditeetti saattaa mahdollisesti tuoda lisähaasteen masennuksen hoitoon. Hoitovaste näytti olevan pääsääntöisesti parempi, sekä lääkehoidolla (Wagner, 2013), että psykoterapialla (Nilsen ym. 2013), mikäli lapsella ei esiintynyt samanaikaisesti muuta psyykkistä oireilua Toisaalta näytti, että komorbiditeetti ei tuonut erityistä lisähaastetta hoidon onnistumisen kannalta. (Trowell ym. 2007). Käytännön työhön peilaamalla voisi ajatella, että lapsen oirekuvan monimuotoisuus lisääisi hoitotyön haasteita. Toisaalta masennus ja esim. ahdistus ovat syntyperältään jonkin verran samankaltaisia, joten samojen hoitokeinojen voidaan ajatella pätevän myös ahdistuksen hoitoon.

Masennuksen hoidosta on erilaisia lääketieteellisempiä ohjeistuksia ja mielestäni tämä työ täydentää näitä suosituksia. Tämän työn anti on enemmän hoidon toteuttamiseen käytännön näkökulmasta ja uskon tästä olevan apua hoidon suunnittelussa.

Jos jokin hoitomuoto ei toimi, on aina mahdollisuus kokeilla jotakin muuta. Lasten masennukseen ei ole olemassa yhtä oikeaa hoitomuotoa. Tämä on vapauttava tieto monestakin syystä. Lasten psykoterapiaa on tarjolla rajallisesti saati, että pääsi aina valitsemaan optimaalisimman hoitomuodon. Toisaalta aineisto tukee näkemystä, että muut hoidolliset interventiot, ilman että kyse olisi kyse varsinaisesta terapiasta, auttavat myös.

Tutkimusten keskinäinen vertailu suoraan on kyseenalaista, koska tutkimusasetelmissa on suuria eroja. Kuitenkin kirjallisuudesta voidaan poimia suuntaviivoja, joiden mukaan hoidossa kannattaa edetä. Näkisin silti, että valitsemani aineisto kuvaa lapsen masennuksen hoidon nykytilaa asianmukaisesti. Laadullista aineistoa olisi tosin voinut olla enemmän, mukana koska siitä olisi saanut lisää ”syvyyttä” aineistoon. Tämä voisi olla yksi jatkotutkimuksen aiheista.

Alun perin ajatuksena oli sisällyttää työhön näkökulma, kuinka kouluilla voidaan tukea masentunutta lasta, mutta työ olisi paisunut liian laajaksi.

Jatkossa olisi mahdollista pohtia tätä lapsen hoidon tukea ja laatia mahdollisesti käytännön ohjeita kouluille. Tämä voisi olla varteenotettava jatkotutkimusaihe. Aiheesta on jo koottuna jonkin verran materiaalia.

Näyttää siltä, että käytännön työssä Käypähoito-suosituksia seuraten ja samalla ottaen huomioon yksilöllisten tekijät, päästään parhaaseen lopputulokseen lapsen masennuksen hoidossa. Lapsen masennuksen hyvä hoito koostuu lapsen yksilökontaktista, perheen osuudesta, mahdollisesta lääkityksestä sekä niiden joustavista yhdistelmistä. Lisäksi hoidon onnistumiseen vaikuttavat myös monet muut eri tekijät.

LÄHTEET

- Aaltonen, J. 2009. Perheterapiat. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 1.12.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00102&p_teos=onn&p_selaus=9540.
- Aaltonen, J. & Laitila, A. 2015. Perheterapia. Teoksessa psykoterapiat. Huttunen, M.& Kalska, H. (toim.) Duodecim. s. 207-223.
- Broberg, A., Almqvist, K. & Tjust, T. (toim.) 2005. Kliininen lapsipsykologia. Edita Persona grata. Helsinki.
- Anttila, A.& Juntunen, M. 2008 ” Kuka auttaa minua?”- Vanhemmat ja kouluikäisen (7-12-vuotias) kognitiivinen psykoterapia. Kognitiivisen psykoterapian verkkolehti. 5, s. 47-70. Kognitiivisen psykoterapian yhdistys.
- Brummer, M. & Enckell, H. (toim.) Lasten ja nuorten psykoterapia 2005. WSOY. Juva. 1. painos.
- Carr, A. 2008. Depression in young people: Description, assessment and evidence based treatment. *Developmental Neurohabilitation*.2008;11(1) 3-15.
- Clark, M., Jansen, K. & Cloy, A. 2012.Treatment of Childhood and Adolescent Depression. *Am Fam Physician*. Sep 1;86(5):442-448. University of Mississippi Medical Center, Jackson, Mississippi.
- Clarke, G., DeBar, L., & Lewinsohn, P. 2003. Cognitive–behavioral group treatment for adolescent depression. In A. E. Kazdin & J.R.Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 120–134). New York, NY, US: Guilford Press.
- David-Ferndon, C. & Kaslow, N. J. 2008. Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 62-104. <http://emedicine.medscape.com/article/914192-treatment#d10>.
- Depressio. Käypä hoito-suositus. Duodecim 2014. Julkaistu: 29.09.2014.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50023>.
- Depressio. Käypä hoito-suosituksen päivitystiivistelmä. Duodecim 2009;125(16):1755-6
- Dietz,L., Mufson, L., Irvine, H. & Brent, D. 2008. Family-based interpersonal psychotherapy for depressed preadolescents: an open-treatment trial. *Early Interv. Psychiatry*. Aug; 2(3): 154–161.
- Dietz, L., Weinberg, L., Brent, A, & Mufson, L .2015. Family-based interpersonal psychotherapy for depressed preadolescents: Examining efficacy and potential

treatment mechanisms. *Journal of academic child & adolescent psychiatry*. 54(3): 191-199.

Dolle, K. & Schulte-Körne. G. 2013. The treatment of depressive disorders in children and adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International*. 110(50): 854-60.

Dopheide, J. A. 2006. Recognizing and treating depression in children and adolescents. *Am J Health Syst Pharm*;63(3):233-43.

De Cyper, S., Timbermont, B., Braet, C., De Backer, V. & Wullaert, T. 2004. Treating depressive symptoms in schoolchildren. A pilot study. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 13: 105-114.

Erford, B., Erford, B., Lattanzi, G., Weiler, J., Schein, H. , Wolf, E., Hughes ,M., Darrow, J., Savin-Murphy, J. & Peacock, E. 2011. Counseling Outcomes From 1990 to 2008 for School-Age Youth With Depression: A Meta-Analysis. *Journal of Counseling & Development*. September 1, 2011. *Journal of Counseling & Development*. Fall 2011, Vol. 89 Issue 4, p. 439-457.

Eckshtain, D. & Gaynor S. 2013. Combined Individual Cognitive Behavior Therapy and Parent Training for Childhood Depression: 2-3-Year Follow-Up. *Child Fam. Ther.*; 35(2).

Flinkman, M. & Salanterä, S. 2007. Integroitu katsaus- eri metodeilla tehdyn tutkimuksen yhdistäminen katsauksella. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L.(toim.) teoksessa systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. 51.

Fredriksson, J. 2004. Lasten kognitiivinen psykoterapia. Teoksessa kognitiivinen psykoterapia. Kähkönen, S., Karila, I.& Holmberg, Nils. Kustannus Oy Duodecim.

Friis, L., Eirola, R.,& Mannonen, M. 2004. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. WSOY. Helsinki.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hotulainen, R., Lappalainen, K: & Sointu, E. 2014. Onko nuorella kaikki hyvin, jos koulussa menee hyvin. Teoksessa positiivisen psykologian voima. Uusitalo-Malmivaara, L. (toim.) PS- kustannus. s. 243-264.

Hughes, D. A. 2015. Kiintymyskeskeinen perheterapia – vuorovaikutteinen kehityopsykoterapia. DDP-työkirja. Pt- kustannus.

Huttunen, M. 2015. Masennustilojen lääkehoito lapsilla ja nuorilla. Lääkkeet mielen hoidossa. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 1.5.2016, http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00094

Huttunen, M. 2015. Tietoa potilaalle: Lasten ja nuorten masennus ja mielialahäiriöt. Lääkärikirja Duodecim. 14.11.2015. Viitattu 1.5.2016. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00804&p_haku=lapsen%20masennus.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Toim. Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. ja Ääri, R-L. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A:51, 3-9.

Karila, I. 2004. Masennushäiriöt. Teoksessa kognitiivinen psykoterapia. Kähkönen, S., Karila, I. & Holmberg, Nils. Kustannus Oy Duodecim.

Karlsson L. & Marttunen M. 2011. Lasten ja nuorten masennustilat. Kirjassa Heiskanen T, Huttunen M. & Tuulari J. (toim.) Masennus. Kustannus Oy Duodecim, ss. 353–369.

Kovacs, M. 1992. Children's Depression Inventory Manual. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.

Käypähoito-suositus 2016. Internetsivusto. Etusivu. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/etusivu>. Viitattu 1.5.2016

Leiman, M. 2007. Miten tutkia lastenpsykoterapiaa. Teoksessa Lastenpsykoterapia ja sen vuorovaikutukselliset ulottuvuudet. Toim. Marja Schulman, M., Kalland, M., Leiman, A-M & Siltala, P. Therapiea –säätio. Helsinki.

Lindberg, M., Stenius, J. & Salo, O. 2015. Psykoanalyttinen viitekehys hoitosuhteen tukena. Teoksessa Psykoterapeuttinen hoitosuhde. (Toim.) Lindberg, M., Louheranta, O., Mustonen, K., Salo, O & Stenius, J. Duodecim.

Lipponen, K. 2014. Positiivinen psykologia ja ratkaisukeskeisyys psykoterapiassa. Onko nuorella kaikki hyvin, jos koulussa menee hyvin. Teoksessa positiivisen psykologian voima. Uusitalo-Malmivaara, L.(toim.) PS- kustannus. s. 200-224.

Maag, J., Losinski, M. & Katsiyannis, A. 2014. Meta-Analysis of Psychopharmacologic Treatment of Child and Adolescent Depression: Deconstructing Previous Reviews, Moving Forward. J Psychol Psychother 4:158.

Menetelmäopetuksen tietovaranto (verkkajulkaisu). KVALIMOTV. Tampere. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 11.4.2016. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/index.html>.

Moilanen I., Räsänen E. & Tamminen T. 2004. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Montonen, T. Opinnäytetyöopas. Itä-Suomen yliopisto. Kauppatieteiden laitos.

Nilsen, T., Eisemann, M. & Kvernmo, S. 2013. Predictors and moderators of outcome in child and adolescent anxiety and depression: a systematic review of psychological treatment studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 22: 69-87.

Piha, J. 2004. Terapeuttinen perhetyöskentely. Teoksessa Lasten – ja nuorisopsykiatria. Räsänen, E, Moilanen, I, Tamminen, T. & Almqvist, F. Toim. Jyväskylä. Kustannus Oy Duodecim. Gummerrus kirjapaino Oy.

Paixão, J. 2013. Systematic review summary - Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. *Singapore Nursing Journal*, Volume 40, No. 3, July – September.
<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=801fb3bd-45ab-4c09-874f-2edf1774ce2a%40sessionmgr4003&hid=4204>

Pudas-Tähkä, S-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Toim. Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. ja Ääri, R-L. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A:51.

Puura, K. 2013. Lapsen masennus. Lääkärin käsikirja. 20.8.2013. Viimeisin muutos 20.8.2013. Terveysportti. Viitattu 28.12.15.
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00804&phaku=lapsen%20masennus

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62; Julkisojohtaminen 4. Vaasa.

Santalahti, P. & Sourander, A. 2008 Onko lasten psykiatrinen sairastavuus lisääntynyt? *Duodecim*; 124:1499–506.

Schulman, M. 2007. Vanhempien haavoittuvuudesta. Teoksessa Lastenpsykoterapia ja sen vuorovaikutukselliset ulottuvuudet. Toim. Schulman, M., Kalland, M., Leiman, A-M. & Siltala, P. *Therapiea –säätöä*. Helsinki.

Sinkkonen, J. 2015. Näkökulmia lasten psykoterapiasta. Teoksessa psykoterapiat. Huttunen, M. & Kalska, H. (toim.) *Duodecim*. s. 262-265.

Stolt, M. & Routasalo, P. 2007. Tutkimusartikkelin valinta ja käsittely. Teoksessa Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Toim. Johansson, K. Axelin, A., Stolt, M. ja Ääri, R-L. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A:51.

Tamminen, T. 2010. Artikkelissa lapsen masennus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 126(6):627-33. Viitattu 10.12.2015. www.duodecimlehti.fi.

Tarnanen, K., Isometsä, E., Kivekäs, T., Lindfors, O., Marttunen, M. & Tuunainen, A. Mieli maassa, mikä avuksi? Depressio, masennus. Käyvän hoidon potilasversiot. 25.6.2015. Viitattu 9.12. 2015
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00044.

Tisher, M. 2007. The Children's depression scale in family therapy. Hearing the hurt. Australian & New Zealand Journal of Family therapy. Volume 28. No 3. pp. 130-137.

Trowell, J., Joffe, I., Campbell, J., Clemente, C., Almquist, F., Soininen, M., Koskenranta-Aalto, U., Weintraub, S., Tomara, V., Kolaitis, G., Anastasopoulos, D., Grayson, K., Barnes, J., & Tsiantis, J. 2007. Childhood depression: a place for psychotherapy. European Child & Adolescent Psychiatry. April, Volume 16, Issue 3, pp 157-167.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerrus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Tähtinen, H. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Toim. K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt ja R-L. Ääri. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A:51.

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Ps-kustannus. 4. painos. Juva.

Wagner, K. & Ambrosini, P. 2001. Childhood depression: Pharmacological therapy/ treatment (pharmacotherapy of childhood depression. Journal of Child Psychology. Vol 30, No 1, pp. 88-97.

Weisz J. R., McCarthy, C.A. & Valeri, S.M., 2006. Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis. Psychol Bull. January. 132(1), 132-149.

LIITTEET

LIITE 1 Hakukannat, lausekkeet- ja tulos

Rajoittimet: PDF, kokoteksti. Artikkeleiden julkaisuaika oli rajoitettu

sisäänottokriteereiden mukaan

Kaikki sellaiset tietokannat, joista ei löytynyt hakusanan mukaisia tuloksia, on jätetty pois taulukosta.

Tietokanta valitut	Hakusana	Julkaisuja yht.	Otsikon, julk.tyypin ja asiasanojen perust. valitut	Tiivistelmän perust. valitut	Anal.
terveys- portti	lapsen masennus	16	3	2	2
Academic search elite	child*&dep- ression& treatment OR therapy	179	10	6	6
Academic search elite	childhood dep- ression&therapy NOTadolescent 34		1	1	1
Pubmed	child*dep- ression&treat- ment&family	856	3	3	2
Pubmed	childhood dep- ression family& therapy 16		3	2	2
Pubmed	childhood dep- 10 ressionAND psychodynamic therapy		1	1	1
Pubmed	child*&dep- ression& evidence-based therapy 172		3	2	2
Pubmed	child*&dep- medicationAND therapy 229		4	1	1
Cinahl ebscho	child*&dep- 145 ression& treat ment OR therapy		5	3	3
Cinahl ebscho	child*ANDdep-344 ressionANDthe- rapyNOT adolescent		2	2	2

LIITE 2 Tutkimusaineisto

1. Tamminen, T. 2010. Lapsen masennus.
 - *Suomalainen artikkeli lasten masennuksen tunnistamisesta, taustoista, arvioinnista ja hoidosta.*
2. Eckshtain D.& Gaynor S.T. 2013. Combined Individual Cognitive Behavior Therapy and Parent Training for Childhood Depression: 2-3-Year Follow-Up.
 - *Tutkimusartikkeli, jossa mukana 14 tutkittavaa. Hoitomuotona oli kognitiivinen terapia yhdistettynä vanhempien ohjaukseen. Lasten keskimääräinen ikä oli intervention alussa 10,27 vuotta.*
3. Trowell, J., Joffe, I., Campbell, J., Clemente, C., Almqvist, F., Soininen, M., Koskenranta-Aalto, U., Weintraub, S., Tomara, V., Kolaitis, G., Anastasopoulos, D., Grayson, K., Barnes, J., & Tsiantis, J. 2007. Childhood depression: a place for psychotherapy.
 - *Tutkimusartikkeli, jossa verrattiin psykodynaamista psykoterapiaa ja perheterapiaa hoitomuotona. Lapset olivat 9-15-vuotiaita. Tutkittavia yhteensä 72.*
4. Carr, A. 2008. Depression in young people: Description, assessment and evidence-based treatment.
 - *Tutkimuskatsaus, jossa koottiin yhteen tutkimusnäyttöä mm. lapsen masennuksen hoidosta (kognitiivinen terapia, psykodynaaminen terapia, interpersoonallinen terapia ja perheterapia sekä antidepressanttilääkitys).*
5. Paixao, M., J., G. Systematic review summary. 2013. Psychological therapies versus antidepressant medication, alone, and in combination for depression in children and adolescents.
 - *Systemaattinen katsaus, jossa tutkimusaineistossa olevien lasten ikä oli 8-19 vuotta. Mukana yhteensä 123 tutkimusta, jossa selvitettiin terapian vaikutusta, antidepressanttilääkityksen vaikutus sekä niiden yhdistelmän vaikutusta lasten masennukseen.*
6. Weisz, J., McCarthy, C. & Valeri, S. 2006. Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis.

- *Meta-analyysi psykoterapian vaikutuksista. Mukana 35 tutkimusta, lapsista osa oli alle 13- vuotiaita.*
- 7. De Cyuper, S., Timbermont, B., Braet, C., De Backer, V. & Wullaert, T. 2003. Treating depressive symptoms in schoolchildren. A pilot study.
 - *Pilottitutkimus, jossa selvitettiin kouluikäisten lasten (10-12- vuotiaita; koe (n=9- ja kontrolliryhmä n=11. Kognitiivisen käyttäytymishoidon vaikutusta masennusoireiluun.*
- 8. Dietz, L. , Weinberg, L., Brent, A, & Mufson, L. 2015. Family-based interpersonal psychotherapy for depressed preadolescents: Examining efficacy and potential treatment mechanisms.
 - *Tutkimusartikkeli, jossa verrattiin perhekeskeisen interpersoonallisen terapian ja yksilökeskeisen hoidon tuloksellisuutta varhaisnuorilla. Tutkimuksessa 42 osallistujaa, joiden ikä 7-12 vuotta.*
- 9. Erford, B. T., Erford, B.M, Lattanzi, G., Weiler, J., Schein, H., Wolf, E., Hughes, M., Darrow, J., Savin-Murphy, J. & Peacock, E. 2011. Counseling Outcomes From 1990 to 2008 for School-Age Youth With Depression: A Meta-Analysis.
 - *Meta-analyysi, jossa oli mukana yhteensä 42 tutkimusta. Selvitettiin onko hoitoympäristöllä ja hoitomuodolla merkitystä hoidon tuloksellisuuden kannalta. Tutkimusaineisto vuosilta 1990-2008. Tutkittavien ikä 6-17 vuotta.*
- 10. Tisher, M. 2007. The Children's depression scale in family therapy. Hearing the hurt.
 - *Artikkeli. Laadullinen tutkimus, jossa lapsen masennus nähdään oireiluna perheen kommunikaatiovaikeuksiin.*
- 11. Nilsen, T., Eisemann, M. & Kvernmo, S. 2013. Predictors and moderators of outcome in child and adolescent anxiety and depression: a systematic review of psychological treatment studies.
 - *Kirjallisuuskatsaus, jossa yhteensä 45 tutkimusta, joista 13:ssa tarkasteltiin masennusta. Aineistosta noin puolet lapsia. Tutkittiin, mitkä tekijät ennustavat hoidon tuloksellisuutta.*
- 12. David-Ferndon, C., Kaslow, N. J. 2008. Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression.
 - *Meta-analyysi, jossa selvitettiin näyttöön perustuvien psykososiaalisten hoitomuotojen vaikuttavuutta. Lapsuusikäisiä*

käsitleviä tutkimuksia, joita oli yhteensä 10 oli, käsitelty omana luokkana.

13. Wagner, K. & Ambrosini, P. 2001. Childhood depression: Pharmacological therapy/ treatment (Pharmacotherapy of childhood depression).

- *Tutkimusartikkeli. Lasten masennuksen lääkehoidosta. Meta-analyysi.*

14. Clark, M., Jansen, K. & Cloy, A., 2012. Treatment of Childhood and Adolescent Depression. 2012.

- *Tutkimusartikkeli lasten masennuksen hoidosta.*

15. Dolle, K. & Schulte-Körne. G.2013. The treatment of depressive disorders in children and adolescents.

- *Meta-analyysi, yhteensä 450 tutkimusta lasten ja nuoren masennuksen hoidosta(3-18-vuotiaat). Hoitosuositukset on osoitettu saksalaisväestölle. Tulokset vahvistettu kansainvälisessä konferenssissa, jossa alan edustaja.*

16. Puura. K. 2013. Lapsen masennus.

- *Suomalainen artikkeli lapsen masennuksesta Käypähoito-suositusten mukaan.*

17. Dopheide J.,A. 2006.Recognizing and treating depression in children and adolescents.

- *Tutkimusartikkeli, joka kokoaa yhteen lasten ja varhaisnuoren masennuksen hoitokäytäntöjä.*

*Artikkeleiden tarkemmat lähdeviitteet löytyvät lähdeluettelosta.

LIITE 3 Analyysitaulukot 1,2

Taulukon vasemmassa laidassa on luokiteltuna asia/tekijä, joka nousi aineiston perusteella, luokittelu pohjautuu tehtyyn kirjallisuuskatsaukseen. Taulukon oikeassa reunassa on artikkelin numero tai numerot, josta havainto löytyi. Artikkelien numerointi on sama kuin liitteessä, jossa tutkimusaineisto on numeroituna (LIITE 2).

1. Millaisia hoitotuloksia lapsen masennusta valitun aineiston perusteella on löydettävissä?	
Tulokset	mistä löytyi?
Psykodynaaminen terapia	3, 4, 6,15,4
Perheterapia	3,10,4, 6,15
IPT	15, 8, 4,11,14
Kognitiiviset terapiat	7, 2, 4, 6, 12, 14, 16, 15, 11,17
Eri hoitomuotojen yhdistely	1, 4, 6, 12, 17,9, 5
Joustavuus eri terap. muot. kesken	4,12,17,1,4,5
Lääkitys	4,6, 12, 5, 13, 16, 15
Yksilöterapia	16,7,4
Muut terapiamuodot	12(käyttäytymisterapia), 15

2. Millaisia muita tekijöitä masennuksen hoidossa on hyvä ottaa huomioon?	
mitä muuta?	mistä löytyi?
Masennuksen vaikeusaste	3, 4, 5, 11,
14,16,15,1, 2,15	
Lapsen ikä	16,15, 1,17,14
Riittävä seuranta/riittävän pitkä hoito ja seuranta	3,7,2, 14,1,15
Mikä asia mihin halutaan vaikuttaa (pääongelma)?	3, 10,
Psykoedukaatio (lapsen ja/ tai vanhemman)	7,3,4,1,15
Lasta hoidetaan perheenä, osin riippuen iästä	10,17
Keskitytään tapoihin kommunikaatioissa	

10,	
Lapselle räätälöity hoito, joustavuus eri hoitomuodoissa	4, 12, 17,1, 4,5
Lapsen henkilökohtaiset ominaisuudet: (<i>esim. henk. koht. selv. keinojen vahvistaminen</i>)	12, 17, 14, 7,4
Perheen mukana olo	1,2,10,4,1, 12, 17, 14, 8
Lääkitys psykoterapeuttisen hoidon ohella	5, 16,15, 6,13
Komorboditeetin huomiointi	11, 3, 13,8
Hoito suositusten mukaan (näyttöön perustuva)	5,9, 15,4,1
Lääkityksestä (riskeistä) vähän tutkimustietoa	17,16,9
Mahdollisen suisidiriskin huomiointi	14, 16,4, 5
Lapsen kehitystason/kehitysvaiheen huomiointi	14,1,15,7
Ympäristötekijöiden huomiointi (riski-ja suojaavat tekijät)	4, 1,2,4, 9,8,17
Masennuksen keston huomiointi	15
Vanhempain ohjauksella voisi korvata lääkitys tarvetta 9	
Jos hoitovastetta ei saavuteta, vaihdetaan hoitomuotoa (3kk)	15
Hoidon vaiheen huomiointi (akuutti-, jatko-, vai ylläpito.)	1
Kulttuuritaustan huomiointi	3,15
Työtekijään terapeuttiin liittyvät asiat (ammattitaito, henk. koht. soveltuvuus)	4,1
Empaattisuus, kuuntelu, supportio,uudet merkitykset	10
Spontaanin paranemisen huomiointi	7
Ennaltaehkäisevä näkökulma, mm. uusiutumisen ehkäisy, riittävän aikainen hoitaminen	7,1,14
Sisarusten huomiointi	10
Vanhempi-lapsi suhteen laatu (ennustaa hoitotulosta)	2,1
Perheterapialla pitkäkest. vaikutukset, vaikutukset tulee hitaammin	4
Halutaan apua nopeasti, välittömiä vaikutuksia (n. 3kk)	4,15
Valittuun hoitomuotoon liittyvät vaikutukset	4
Terapeutin ja asiakkaan yhteistyöhön liittyvät asiat	4,10
Valittu hoitomuoto sopii muihin, saman tyyppisiin ongelmiin	6
Terapian kestolla ei suoraa yhteyttä tuloksiin	6
Psykoterapia lääkkeen tilalla	6
Hoito itse suuntausta tärkeämpi	6,17,9 ,15,17
Palveluiden saatavuuden huomiointi	14
Vanhempien kyky ja mahdollisuudet tukea	14,1