



UNIVERSITY
OF TAMPERE

This document has been downloaded from
Tampub – The Institutional Repository of University of Tampere

Lapsen masennus

Publisher's version

Authors: Tamminen Tuula
Name of work: Lapsen masennus
Year of publication: 2010
Name of journal: Duodecim
Volume: 126
Number of issue: 6
Pages: 627-633
ISSN: 0012-7183
Discipline: Medical and Health sciences / Gynaecology and paediatrics
Language: fi
School/Other Unit: School of Medicine

URL:

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo98700&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_fro

URN: <http://urn.fi/urn:nbn:uta-3-817>

All material supplied via TamPub is protected by copyright and other intellectual property rights, and duplication or sale of all part of any of the repository collections is not permitted, except that material may be duplicated by you for your research use or educational purposes in electronic or print form. You must obtain permission for any other use. Electronic or print copies may not be offered, whether for sale or otherwise to anyone who is not an authorized user.

Lapsen masennus

Lasten masennus on valitettavan yleinen, alidiagnosoitu, alihoidettu ja kuolemanvaarallinen häiriö itsemurhariskin vuoksi. Varhain alkava masennus usein uusiutuu tai kroonistuu, ja se johtaa alisuoriutumiseen lähes kaikilla elämäntapa-alueilla. Masennus syntyy geneettisen ja neurobiologisen alttiuden sekä ympäristön ja elämäntapahtumien aiheuttaman stressin interaktion lapsen tunteäätelykyvyn vääristyessä. Alle murrosikäisillä lapsilla etiologiassa korostuu puutteellisen ja kaltoin kohtelevan vanhemmuuden osuus. Lapsen masennuksen hoitoa on verrattu lapsuuden diabeteksen ja astman hoitoon. Tarvittavat toimenpiteet koostuvat akuutin vaiheen hoidosta, jatkohoidosta ja ylläpito- hoidosta, ja seurannan tulee jatkua aikuisuuteen asti. Lastensuojelutoimet ovat ajoittain välttämättömiä, mutta ne eivät poista masennustilan hoidon tarvetta. Varhain alkava masennus on lasten terveydenhuollon keskeisimpiä haasteita.

Kolmekymmentä vuotta sitten tieteessä kyseenalaistettiin, voiko masennusta psykiatrisena häiriönä esiintyä lapsilla. Alaikäisten masennus diagnostisena tautiluokkana vakiintui vasta 1980-luvun lopulla (Zalsman ym. 2006). Nykyään lapsen masennuksesta on käytettävissä lukuisia tutkimuksia ja tasokkaita tieteellisiä katsauksia, ja Yhdysvalloissa ja Britanniassa on laadittu kansalliset hoito-ohjelmat (National Institute for Clinical Excellence 2005, Birmaher ym. 2007). Lyhyessä ajassa on käynyt ilmeiseksi, että masennus on vakava ongelma niin lasten hyvinvoinnin ja kehityksen kuin yksilön elämänmittaisen terveyden kannalta.

Masennuksen kliininen kuva

Masennuksen ilmiäsu on samankaltainen elämän eri vaiheissa. Lapsillakin ydinoire on toistuva tai pitkäkestoinen surullisuuden, ilottomuuden, alavireisyyden tai ärtyisyyden tunne, joka haittaa toimintakykyä eikä juuri helpotu mieluistenkaan kokemusten yhteydessä. Näiden tunnetilan oireiden ohella ajattelun kognitiiviset virheet ilmenevät pessimistisyytenä, syyllisyyden tunteina sekä mielenkiinnon, keskittymiskyvyn ja tarkkaavuuden puutteina. Ihmissuhdeongelmat näkyvät itsetunnon ja itseluottamuksen heikkoutena, arvottomuuden kokemuksina ja yksinäisyytenä. Somaattiset oireet, mm. väsymys sekä syömis- ja univaikeudet, ovat lapsillakin yleisiä. Psykomotorinen lamaannus tai levottomuus ovat mahdollisia käyttäytymisen ongelmia. Itsemurha-ajatuksia ja itsetuhoista käyttäytymistä esiintyy myös lapsilla.

Masennushäiriöt voidaan ymmärtää jatkumoksi, jossa oireiden vaikeusaste ja määrä sekä jaksoittain esiintyvän oireilun kesto vaihtelevat. Vaikeassa masennustilassa alentunut mieliala kestää vähintään kaksi viikkoa, oireita on eniten ja ne ovat voimakkaita. Hoidosta riippumatta yli 90 % lapsista toipuu tällaisista (akuuteista) masennusjaksoista 1–2 vuoden kuluessa, suurin osa 3–9 kuukaudessa. Saman oireilujakson uusiutumista on todettu 34–50 %:lla lapsista ja uusiutuneita jaksoja on ilmennyt jopa 54–72 %:lla 3–5 vuoden seurannassa (Zalsman ym. 2006).

Toinen lapsuudessakin yleinen muoto on pitkäaikainen masennus, jossa oireiden intensiteetti on lievempi kuin vakavassa masennuksessa (ei akuuttia vaihetta) mutta kesto

yleensä pidempi. Pitkäaikaisen masennuksen seuraukset voivat lapsilla olla jopa pahempia kuin vaikeassa masennuksessa, koska erityisesti pitkittynyttä masennusta aliarvioidaan ja lapsi jää vaille tarvitsemaansa hoitoa. Vaikein muoto on psykoottinen masennustila, jota esiintyy myös alaikäisillä. Lapsilla yleisin psykoottisuuden oire ovat tällöin kuuloharhat.

Ilman hoitoa lasten masennus usein toistuu, kroonistuu ja jatkuu aikuisuuteen (Zalsman ym. 2006, Colman ym. 2007). Masennusjaksot hidastavat tai vääristävät lapsen normaalia kehitystä, ja oireettomat vaiheet eivät yleensä riitä korjaamaan tilannetta. Lapsuudessa alkanut masennus synnyttääkin monia epäsuotuisia seurauksia kuten koulupudokkuutta, teiniraskauksia, syrjäytymistä, päihteiden väärinkäyttöä, rikollisuutta, itsetuhoista käyttäytymistä ja itsemurhataipumusta (Shaffer ja Waslick 2002). Näyttää myös siltä, että vaikka kaikkein nuorimmat lapset toipuvat nopeimmin masennusjaksoista, pitkän aikavälin ennuste on heillä huonoin (Kennard ym. 2006).

Esiintyvyys

Epidemiologisten tutkimusten mukaan vaikeaa masennusta esiintyy noin 2 %:lla alle murrosikäisistä ja 0,3–1,4 %:lla alle kouluikäisistä (Egger ja Angold 2006, Zalsman ym. 2006). Pitkäaikaisen masennuksen esiintyvyys lapsilla on 0,6–1,7 % (Stalets ja Luby 2006). Ennen murrosikää masennusta on tytöillä ja pojilla yhtä paljon, mutta murrosiässä, jolloin masennuksen esiintyvyys lisääntyy, tyttöjen ja poikien suhde on jo 2:1. Epidemiologisten tutkimusten meta-analyysin mukaan masennuksen esiintyvyys alle 18-vuotiailla on vaihdellut välillä 0,2–12,9 % ja mediaani on ollut 4,7 % (Costello ym. 2006).

Lasten masennuksen lisääntymisestä on riskitriitaisia löydöksiä. Selvää on kuitenkin, että alle murrosikäisten masennus tunnistetaan aiempaa paremmin, ja siten todettu hoidon tarve ja hoidettavien määrä ovat lisääntyneet (Costello ym. 2006). Joissakin aikuisilla ja yhdessä nuorisoikäisillä tehdyssä tutkimuksessa on todettu, että 1940-luvulta lähtien jokaisella sukupolvella on aiempaa suurempi riski sairastua

masennukseen (Kovacs ja Gatsonis 1994, Birmaher ym. 2007). Samalla näissä kohorttitutkimuksissa on ilmennyt, että ensimmäinen masennusjakso todetaan aina aiempaa nuoremmissa ikäryhmissä.

Taustasyyt

Masennus syntyy nykykäsityksen mukaan monien riski- ja suojatekijöiden yhteisvaikutuksena (Zalsman ym. 2006). Perinnölliset ja neurobiologiset riskitekijät säätelevät erityisesti alttiutta ympäristön vaikutuksille. Useilla geeneillä on välillinen merkitys toisaalta stressitilanteissa tapahtuvan hypotalamus-aivolisäke-lisämunuaisakselin (HPA-akseli) toiminnan säätelyn kautta ja toisaalta yksilön ominaisuuksien kuten temperamentin kautta. Masennusta esiintyy suvuittain, ja monet perhe-, kaksos- ja adoptiotutkimukset osoittavat, että jos ainakin toinen vanhemmista potee vaikeaa masennusta, lapsen riski sairastua masennukseen on kolminkertainen. Myös muiden psyykkisten häiriöiden riski on tällöin suurentunut (Zalsman ym. 2006).

Neurofysiologinen tutkimus on nostanut esiin kolme neuroaktiivista ainetta: serotoniinin, aivoperäisen neurotrofisen tekijän (BDNF) ja kortisolin. Tuoreessa katsauksessaan Goodyer (2008) kuvaa, miten nämä tekijät yhdessä vaikuttavat aivojen varhaiseen kypsymiseen eli neurogeneesiin ensimmäisten elinvuosien aikana varhaiseen vuorovaihtukseen ja hoivaan liittyen aiheuttaen joko epätyypillisen varhaisen epigeneesin amygdalassa ja ventraalisessa frontaalikorteksissa tai vähentyneen synaptisen muovautuvuuden hippokampuksessa, joka on keskeinen rakenne kokemusten prosessoinnissa. Neuroendokrinologiset riskitekijät vaikuttavat sukukypsässä elämänvaiheessa, mutta niiden merkitystä lasten masennuksen taustalla ei tunneta (Zalsman ym. 2006).

Ympäristön riskitekijöistä lasten masennuksessa tärkeimpiä ovat vanhemmuuteen ja perheen ihmissuhteisiin liittyvät ongelmat. Vanhempien psyykkiset häiriöt, ennen muuta äidin masennus ja isän päihteidenkäyttö, rikollisuus, lapsen kaltoinkohtelu tai hoidon lai-

minlyönti, huono vanhempi-lapsisuhde sekä perhekoheesio puute ja köyhyys ovat yhteydessä lapsen masennukseen (Zalsman ym. 2006, Birmaher ym. 2007). Lapsen pahoinpitely ja seksuaalinen kaltoinkohtelu näyttävät selvimminkin liittyvän varhaiseen, vaikeaan ja toistuvaan masennukseen (Carr 2008).

Kielteiset elämäntapahtumat, erityisesti merkittävät ihmissuhdemenenetykset, ovat masennuksen riskitekijöitä. Samoin epäonnistumiset lapselle tärkeissä asioissa, kiusatuksi tuleminen, sairastuminen tai vammautuminen voivat laukaista masennustilan (Birmaher ym. 2007). Kielteisten kokemusten kasautuminen kasvattaa riskiä.

Suojaavina tekijöinä tutkimukset nostavat esiin älykkyden, ongelmanratkaisukyvyt, aktiiviset sopeutumiskeinot, itsereflektiokyvyn, hyvän itsetunnon ja itsekontrollin, pärjävyyden, sosiaaliset taidot ja fyysisen aktiivisuuden. Ympäristön suojaavia tekijöitä ovat perheen hyvät ihmissuhteet, positiivinen kouluympäristö ja myönteiset kaverisuhteet sekä ympäristön yhteisöllisyys (Carr 2008).

Etiologisten tutkimusten mukaan sellaiset tekijät, jotka aiheuttavat lapselle hänen sopeutumiskykynsä ylittävää, kohtuutonta stressiä ilman lasta suojaavaa ihmissuhdetta, synnyttävät vuorovaikutuksessa perinnöllisen alttiuden kanssa masennukseen johtavan psykopatogeenettisen prosessin. Lapsen omalla tunnesäätelykyvyllä ja sen kehittyemisellä varhaisen vuorovaikutuksen ja hoivakokemusten kautta on merkitystä tässä prosessissa (Cole ym. 2008).

Diagnostinen arviointi

Masentuneen lapsen hoitopääsy riippuu ympärillä olevien aikuisten kyvyistä havaita lapsen ongelmia. Kaikkialla lasten terveydenhuollossa tulee olla riittävät mahdollisuudet ja taidot tunnistaa tämä vakava häiriö. Erilaisia seulontalomakkeita voidaan käyttää kattavasti tutkittaessa kaikkia tai kohdenneusti tutkittaessa oireilevia tai riskiolosuhteissa eläviä lapsia sekä neuvoloissa että kouluterveydenhuollossa (TAULUKKO). Jo seulontavaiheessa tietoa tarvitaan usealta vastaajalta, ja

TAULUKKO. Lasten masennuksen seulontaan ja arviointiin soveltuvia menetelmiä.

Menetelmä	Kehittäjä(t)
Seulontamenetelmiä	
Preschool Feelings Checklist	Luby ym. 2004
Children's Depression Inventory (CDI)	Kovacs 2003
Yleisen toimintakyvyn mittari	
Children's Global Assessment Scale (CGAS) www.terveysportti.fi/dtk/hpt/koti	Shaffer ym. 1983
Haastattelumenetelmiä	
Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)	Shaffer ym. 2000
Development and Well-being Assessment (DAWBA) www.dawba.com/dawba/bfinnish.html	Goodman ym. 2000
Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA)	Egger ja Angold 2004
Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children. Present and Lifetime version (K-SADS-PL)	Kaufman ym. 1997
Itsemurha-alttiuden mittari	
Child-Adolescent Suicidal Potential Index (CASPI)	Pfeffer ym. 2000

yleisimmin seulontamenetelmät ovatkin "paketteja", joissa on itse täytettävä lomake lapselle, vanhemmille ja opettajalle tai päivähoitajalle. Masennukseen liittyvää toimintakyvyn heikkenemistä voidaan myös arvioida yleisillä toimintakykymittareilla.

Jos seulonnan tai lapsen oireiden perusteella on syytä epäillä mielialahäiriötä, seuraava askel on lapsen ja hänen vanhempiensa tarkempi haastattelu. Tässäkin voidaan hyödyntää strukturoituja haastattelumenetelmiä, joita käytetään lähinnä erikoissairaanhoidossa mutta jotka koulutuksen avulla soveltuvat osin myös perusterveydenhuoltoon (TAULUKKO).

Varsinainen diagnostinen tutkimus tehdään erikoissairaanhoidossa, ja siihen kuuluu useita lapsen ja perheen haastatteluja sekä lähiverkoston kartoitusta. Perhetapaamisissa arvioidaan myös muiden perheenjäsenten psyykkistä tilaa sekä vanhempi-lapsisuhdetta. Alaikäisten masennuksen diagnostiset kritee-

rit ovat pitkälti samat kuin aikuisilla, mutta alle murrosikäisten pitkittyneen masennuksen kestoksi riittää yksi vuosi. Alle kouluikäisten lasten vaikean masennuksen osalta on huomioitava, että pienellä lapsella alentunutta mielialaa tulee esiintyä vähintään kahden viikon ajan vaikkakaan ei jatkuvana (Stalets ja Luby 2006). Pienillä lapsilla kuolemaan ja itsemurhan teemoihin kohdistuva korostunut kiinnostus niin leikeissä kuin muissakin toiminnoissa on masennukselle tyypillistä. Leikki-ikäisillä lapsilla toimintakyvyn heikkeneminen näkyy lähinnä ikätasoa heikompana suorituskykynä.

Masennukseen liittyy usein muita psyykkisiä oireita, ja komorbiditeetti on yleistä. Ahdistus voi olla masennusta ennakoiva oire tai samanaikainen häiriö. 42 %:lla masentuneista lapsista esiintyy tarkkaavuus- ja yliaktiivisuushäiriötä ja 62 %:lla alle kouluikäisistä masentuneista on myös uhmakkuushäiriö. 41 %:lla masentuneista lapsista on kaikki kolme (Stalets ja Luby 2006). Esimurrosikäisillä masentuneilla lapsilla käytöshäiriöiden määrä kasvaa niin suuresti, että yhteisdiagnoosi voi olla tarpeen (masennusoireinen käytöshäiriö). Masennuksessa ja käytöshäiriöissä vanhemmuuteen liittyvät riskitekijät ovatkin lähes samat, mutta vielä ei tiedetä, mikä johtaa masennuksen ja mikä käytöshäiriön kehittymiseen. Esimurrosiästä alkaen päihteiden käyttö liittyy usein masennukseen, ja syysuhdetta pidetään kaksisuuntaisena.

Erotusdiagnoositiikassa muiden psyykkisten häiriöiden osalta traumaperäinen stressireaktio ja -häiriö sekä sopeutumishäiriöt voivat ilmetä samanlaisena mielenkiinnon puutteena, psykomotorisena lamaanumisena ja keskittymisvaikeuksina. Somaattisten sairauksien ja eräiden neurologisten tilojen mahdollisuus on muistettava.

Itsemurha-alttiuden arviointi

Lasten itsemurhista on vähän tutkimuksia eikä niiden tilastointi ole luotettavaa. Yhdysvalloissa terveydenhuollon tilastot kuitenkin osoittavat, että vuosina 1952–1996 15–19-vuotiaiden itsemurhat lisääntyivät 14 % ja aikavälillä 1980–1996 10–14-vuotiailla lisäys oli 100 %

(Pfeffer 2001). 5–14-vuotiaiden itsemurhien määrä kaksinkertaistui vuosina 1979–1998 päinvastoin kuin kaikissa yli 19-vuotiaiden ikäryhmissä, joissa se väheni. Vuonna 1998 itsemurhien ilmaantuvuus 5–14-vuotiailla oli 0,8/100 000 (Pfeffer 2001).

Ainakin 90 %:lla itsensä surmanneista lapsista ja nuorista on ollut psykiatrinen häiriö. Suurin osa häiriintyneistä on kärsinyt vaikeasta tai kaksisuuntaisesta masennuksesta, ja päihteiden käyttö on lisännyt riskiä. Lasten pahoinpitely ja erityisesti seksuaalinen riisto liittyvät suurimpaan riskiin. Alaikäisten itsemurhat esiintyvät jossain määrin epidemian kaltaisesti, eli kaveripiirillä ja medialla on oma vaikutuksensa (Pfeffer 2001). Myös perhe- ja lähipiirissä aiemmin tehty itsemurha altistaa lasta samanlaiseen ratkaisuun.

Itsemurha-alttiuden arvioinnissa on tärkeää kuulla lasta sekä yksin että yhdessä vanhempiensa kanssa. Lapsen halu kuolla on tärkeämpää kuin teon todellinen letaalisuus. Aiemmat itsemurha-ajatukset, -uhkaukset ja -yritykset lisäävät riskiä (Pfeffer 2001). Arvioitava on myös lapsen pelastumisen todennäköisyys, mikäli hän tekee jotain. Lapsen psykososiaalisen ympäristön patogeenisuus ja turvallisuus on punnittava tarkkaan.

Hoito

Lasten masennuksen hoito edellyttää osaamista ja pitkäjännitteisyyttä. Näyttöön perustuva hoito koostuu kolmesta osasta. Akuutin vaiheen hoidossa tavoitteena on oireiden poisto ja toimintakyvyn parantuminen, jatkohoito kohdistuu masennuksen syiden korjaamiseen, ja ylläpitohoidon tavoitteena on ehkäistä uudet masennusjaksot. Akuuttihoito ja hoidon suunnittelu kuuluvat erikoissairaanhoidon, mutta jatko- ja ylläpitohoito tulisi toteuttaa mahdollisimman lähellä lapsen normaalia elinympäristöä.

Tähän asti laajimman meta-analyysin mukaan viidellä eri hoitomuodolla on kohtalaista tehoa alaikäisten masennukseen (Weisz ym. 2006). Vaikuttavuus näyttää kasvavan, kun eri hoitomuotoja yhdistetään mielekkäällä tavalla (Carr 2008).

Kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta (CBT) on tehty eniten tutkimuksia (Harrington ym. 1998). Hoito kohdistuu masennuksen kognitiivisiin oireisiin ja uusien tai parempien kognitiivisten taitojen hankkimiseen. Tämän hoitomuodon käyttökelpoisuus kasvaa lapsen iän myötä, ja menetelmä soveltuu murrosikää lähestyvien ja nuorten hoitoon.

Psykodynaamista terapiaa on tutkittu huomattavasti vähemmän (Watanabe ym. 2004). Se kohdistuu kokonaisvaltaisemmin masennuksen erilaisiin oireisiin ja lapsen psyykkiseen kehitykseen. Terapiaa voidaan toteuttaa joko tukea antavana tai intensiivisenä ja lyhyt- tai pitkäkestoisena. Nykyisen niukan tiedon pohjalta ei vielä voida tehdä päätelmiä eri muotojen tuloksellisuuden eroista.

Vuorovaikutus- tai ihmissuhdeterapia (IPT), joka on osin kehitetty juuri alaikäisten masennuksen hoitoon, kohdistuu ihmissuhteisiin, niissä ilmeneviin ongelmiin, ristiriitoihin ja menetyksiin sekä sosiaalisissa suhteissa tarvittaviin taitoihin (Klomek ja Mufson 2006).

Perheterapiat ovat alle murrosikäisten hoidossa korostuneessa asemassa. Jonkinlaista vanhempien kanssa työskentelyä pitää joka tapauksessa sisältyä lasten masennuksen hoitoon. Perheterapian muoto on vaihdellut kiintymyssuhteisiin keskittyvästä hoidosta (Diamond 2005) aina psykoedukaatiiviseen perhetyöskentelyyn (Sanford ym. 2006). Perheterapioiden vaikuttavuus näyttää olevan pitkällä aikavälillä parempi kuin heti terapian loppumisen jälkeen (Carr 2008).

Lääkkeiden käyttö on lisääntynyt niin aikuisten kuin nuorten masennuksen hoidossa, mutta tutkimuksia on tehty alle murrosikäisillä vielä suhteellisen vähän. Uusilla serotoniinin takaisinoton estäjillä (SSRI) on oma roolinsa lastenkin masennuksen hoidossa, mutta lääkitystä suositellaan vain vaikeimpiin tapauksiin ja muuhun hoitoon yhdistettynä (Carr 2008). Eniten on käytetty fluoksetiinia, jonkin verran myös paroksetiinia, sertraliinia ja sitalopraamia. SSRI-lääkityksen alkuvaiheessa lasta tulee seurata riittävän tiiviisti, koska alaikäisillä on raportoitu esiintyneen itsemurha-alttiuden lisääntymistä. Toistaiseksi on tehty vain yksi lumekontrolloitu kaksoissokkotutkimus, jos-

Esimerkkitapaus

Tutkimushaastattelussa oleva kuusivuotias masentunut tyttö kertoo usein ajatelleensa kuolemaa ja haluavansa tappaa itsensä. Kysyttäessä, onko hän miettinyt, miten itsemurhan voisi tehdä, hän kertoo, että hän voisi hypätä parvekkeelta (koti kolmannessa kerroksessa).

Kokenut lastenpsykiatri on tunnetasolla läsnä ja tytön käytettävissä. Pitkään hiljaa oltuaan tyttö kertoo, että hän on yrittänyt mutta ei yltänyt parvekkeen kaiteen yli. Hän on arvellut, että vessassa oleva muovijakkara auttaisi ja on yksin ollessaan yrittänyt viedä sitä parvekkeelle. Koska ovi avautuu nurkassa olevan television vuoksi vain osittain, hän ei ole saanut jakkaraa parvekkeelle.

Tytön itsemurhariski arvioitiin suureksi, ja hänelle varmistettiin kokoaikainen turva siihen asti, kunnes kriisipaikka sairaalaan jonotuksen jälkeen saatiin järjestyseen.

sa fluoksetiinin käyttö akuutin hoidon jälkeen jatkohoidossa on ehkäissyt masennuksen uusiutumista. Lääkehoidon pitkäaikaisvaikutuksia lapsilla ei tunneta.

Lapsen masennuksen hoito on suunniteltava yksilöllisesti lapsen iän, kehitystason, riski- ja suojatekijöitten sekä masennuksen vaikeusasteen mukaan. Paras hoito on yhdistelmähoito, ja alle murrosikäisillä hoitoon sisältyy aina työskentely vanhempien kanssa. Lapsen oma yksilöllinen hoito on kuitenkin myös tarpeen. Joskus lastensuojelutoimet ovat välttämättömiä, mutta ne eivät poista masennustilan hoidon tarvetta. Hoitoresistenteissä yksittäistapauksissa lapsillekin on vakavimmissa tilanteissa annettu sähköhoitoa tai transkraniaalista magneettistimulaatiota.

Ajankohtaiset kysymykset

Vaikka ensimmäisellä elinvuodella esiintyvä ”anakliittinen” depressio kuvattiin jo 1940-luvulla, vauvojen masennuksesta ollaan vasta nyt saamassa tieteellistä näyttöä. Esimerkiksi äidin synnytyksenjälkeinen masennus ja lapsen traumaattiset varhaiskokemukset voivat johtaa masentuneen vuorovaikutuksen ja siihen liittyvien neurobiologisten muutosten yleistymiseen jo vauvaiällä (Keren ja Tyano 2006). Masentuneen vauvan vetäytyminen ja

YDINASIAI

- ▶▶ Masennus on huomattava ja kasvava haaste terveydenhuollolle.
- ▶▶ Lapsuudessa alkavan ensimmäisen masennusjakson hyvällä hoidolla voidaan vähentää inhimillistä ja taloudellista taakkaa.
- ▶▶ Joka viides sairastuu masennukseen täysi-ikäisyyteen mennessä.
- ▶▶ Lasten masennusta voidaan hoitaa tuloksellisesti. Se edellyttää osaamista ja pitkäjännitteisyyttä terveydenhuollon eri tasoilla.
- ▶▶ Masennuksen ehkäisy on tehokasta, kun se kohdistuu lapsiin, nuoriin ja varhaiseen vanhemmuuteen.

”mykkyys” voivat vaikeina johtaa väärään autismidiagnoosiin. Hoitona vauva-vanhempiterapiat ovat osoittautumassa vaikuttaviksi, ja joskus vain hoitokokeilu erottaa masennuksen laaja-alaisesta kehityshäiriöstä.

Alle murrosikäisten kaksisuuntainen mielialahäiriö on nyt lääketieteessä poikkeuksellisen kuuma kysymys. Osa tutkijoista pitää lasten maniaa vakavana ja huomattavan ali-diagnosoituna mutta suhteellisen harvinaisena häiriönä, osa tutkijoista varoittaa, että lasten levottomuutta tulkitaan ja lääkitään väärin. Psykyenlääkkeiden käyttö alle murrosikäisten hoidossa on viime vuosina nopeasti lisääntynyt monissa maissa, eniten Yhdysvalloissa, ja

jopa alle kouluikäisillä masennuslääkkeiden käyttö on lyhyessä ajassa kaksinkertaistunut.

Lopuksi

Vuonna 1990 vaikea masennus arvioitiin neljänneksi suurimmaksi taakaksi ihmiskunnan terveydelle, ja vuoteen 2020 mennessä sen odotetaan olevan toisella sijalla (Andrews ym. 2002). Vain pieni osa vakavasti masentuneista on hoidon piirissä (Farrell ja Barrett 2007). Näiden syiden vuoksi masennuksen ehkäisy on nousemassa yhä tärkeämpään asemaan. Jotta masennuksen ehkäisy olisi tehokasta, sen tulee kohdistua lapsiin ja nuoriin.

Ehkäisyohjelmat ovat olleet joko universaaleja, yleensä koulujen kautta toteutettuja ja kaikkiin lapsiin kohdistuvia, tai valikoivia (riskiryhmät) ja aiheenmukaisia (subkliinisesti masentuneet lapset). Lievästi oireileviin lapsiin kohdistetut interventiot ovat olleet tehokkaimpia, ja nykyinen tutkimustieto painottaakin ensimmäisen masennusjakson mahdollisimman varhaista, hyvää ja riittävän pitkää hoitoa (Horowitz ja Garber 2006). Äidin raskaudenaikaisen stressin ja synnytyksenjälkeisen masennuksen vähentäminen sekä varhaisen vanhemmuuden tukeminen saattavat tarjota uusia mahdollisuuksia masennukseen liittyvien ongelmien ratkaisemisessa (Field ym. 2006). ■

TUULA TAMMINEN, LKT, professori
Tampereen yliopisto, lääketieteen laitos,
lastenpsykiatria
33014 Tampereen yliopisto

Summary

Childhood depression

Childhood depression is an unfortunately common, underdiagnosed, undertreated and, owing to suicide risk, a life-threatening disorder. Early-onset depression will often recur or become chronic. Depression is generated as a result of the interaction of genetic and neurobiological susceptibility and stress caused by environmental and life events, with the child's ability to control his/her emotions becoming distorted. The necessary measures consist of acute phase treatment, follow-up care and maintenance therapy, and follow-up should be continued until adulthood. While child protection procedures are occasionally unavoidable, they do not abolish the need for treatment of depressive state.

KIRJALLISUUTTA

- Andrews G, Szabo M, Burns J. Preventing major depression in young people. *Br J Psychiatry* 2002;181:460–2.
- Birmaher B, Brent D; AACAP Work Group. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Psy* 2007;46:1503–26.
- Carr A. Depression in young people. Description, assessment and evidence-based treatment. *Dev Neurorehabil* 2008; 11:3–15.
- Cole PM, Luby J, Sullivan MW. Emotions and the development of childhood depression: bridging the gap. *Child Dev Perspect* 2008;2:141–8.
- Colman I, Wadsworth MEJ, Croudace TJ, Jones PB. Forty-year psychiatric outcomes following assessment for internalizing disorder in adolescent. *Am J Psychiatry* 2007; 164:126–33.
- Costello EJ, Erkanli A, Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? *J Child Psychol Psychiatry* 2006;47:1263–71.
- Diamond G. Attachment-based family therapy for depressed and anxious adolescents. Kirjassa: Lebow J, toim. Handbook of clinical family therapy. Hoboken: Wiley 2005, s. 17–41.
- Egger HL, Angold A. The preschool age psychiatric assessment (PAPA): a structured parent interview for diagnosing psychiatric disorders in preschool children. Kirjassa: DelCarmen-Wiggins R, Carter A, toim. Handbook of infant, toddler, and preschool mental assessment. New York: Oxford University Press 2004, s. 223–43.
- Egger HL, Angold A. Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *J Clin Child Psychol* 2006;47:313–37.
- Farrell LJ, Barrett PM. Prevention of childhood emotional disorders: reducing the burden of suffering associated with anxiety and depression. *Child Adolesc Mental Health* 2007;12:58–65.
- Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. *Infant Behav Dev* 2006;29:445–55.
- Goodman R, Ford T, Richards H. The development and well-being assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;41:645–57.
- Goodyer IM. Early onset depressions - meanings, mechanisms and processes. *J Clin Child Psychol* 2008;49:1239–56.
- Harrington R, Whittaker J, Shoebridge P, Campbell F. Systematic review of efficacy of cognitive behaviour therapies in childhood and adolescent depressive disorder. *BMJ* 1998;316:1559–63.
- Horowitz JL, Garber J. The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2006;74:401–15.
- Kaufman J, Birmaher B, Brent D, ym. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children. Present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psy* 1997;36:980–8.
- Kennard BD, Emslie GJ, Mayes TL, Hughes JL. Relapse and recurrence in pediatric depression. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2006;15:1057–79.
- Keren M, Tyano S. Depression in infancy. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2006; 15:883–97.
- Klomek AB, Mufson L. Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2006;15:959–75.
- Kovacs M, Gatsonis C. Secular trends in age at onset of major depressive disorder in a clinical sample of children. *J Psychiatr Res* 1994;28:319–29.
- Kovacs M. Technical manual. Children's depression inventory. Toronto, Canada: Multi-health Systems 2003.
- Luby JL, Heffelfinger A, Koenig-McNaught L, Brown K, Spitznagel E. The preschool feelings checklist: a brief and sensitive screening measure for depression in young children. *J Am Acad Child Adolesc Psy* 2004;43:708–17.
- National Institute for Clinical Excellence. Depression in children and young people. Identification and management in primary, community and secondary care. National clinical guideline. London: British Psychological Society 2005.
- Pfeffer CR, Jiang H, Kakuma T. Child-Adolescent Suicidal Potential Index (CASPI). A screen for risk for early onset suicidal behavior. *Psychol Assess* 2000; 12:304–18.
- Pfeffer CR. Diagnosis of childhood and adolescent suicidal behavior: unmet needs for suicide prevention. *Biol Psychiatry* 2001;49:1055–61.
- Sanford M, Boyle M, McCleary, ym. A pilot study of adjunctive family psychoeducation in adolescent major depression: feasibility and treatment effect. *J Am Acad Child Adolesc Psy* 2006;45:386–95.
- Shaffer D, Gould MS, Brasic J, ym. A children's global assessment scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:1228–31.
- Shaffer D, Fisher P, Lucas CP, Dulcan MK, Schwab-Stone ME. NIMH diagnostic interview schedule for children version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psy* 2000;39:28–38.
- Shaffer D, Waslick BD. The many faces of depression in children and adolescents. Review of psychiatry series. London: American Psychiatric Publishing, Inc. 2002.
- Stalets MM, Luby JL. Preschool depression. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2006;15:899–917.
- Watanabe N, Churchill R, Hunot V, Furukawa TA. Psychotherapy for depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2004, Issue 4. Art. No. CD005334. DOI: 10.1002/14651858.CD005334.
- Weisz JR, McCarty CA, Valeri SM. Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psych Bull* 2006;132:132–49.
- Zalsman G, Oquendo MA, Greenhill L, ym. Neurobiology of depression in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2006;15:843–68.

SIDONNAISUDET

Ei sidonnaisuuksia.