

Venla Männikkö

LAPSEN MASENNUKSEN TUNNISTAMINEN, TERAPIAT JA
LÄÄKEHOITO- KUVAILEVA KIRJALLISUUSKATSAUS

Hoitotyön koulutusohjelma
2016

LAPSEN MASENNUKSEN TUNNISTAMINEN, TERAPIAT JA LÄÄKEHOITO-KUVAILEVA KIRJALLISUUSKATSAUS

Männikkö, Venla
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Toukokuu 2016
Ohjaaja: Olli, Seija
Sivumäärä: 64
Liitteitä: 4

Asiasanat: lapsi, masennus, tunnistaminen, psykoterapia, lääkehoito

Lapsen masennus on vakava ongelma, joka uhkaa lapsen normaalia kehitystä ja hyvinvointia. Hoitamattomana se voi kroonistua ja aiheuttaa lapsen varttuessa syrjäytymistä, koulupudokkuutta, päihteiden käyttöä ja itsetuhoisuutta. Lapsen masennuksen tunnistaminen on vaikeaa ja se jääkin usein tunnistamatta. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kirjallisuuden avulla miten lapsen masennus tunnistetaan, mitä terapioiden ja millaista lääkehoitoa lapsen masennuksen hoidossa on käytetty. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää ennaltaehkäisevää työtä ja varhaista puuttumista lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa.

Kirjallisuuskatsauksen lähdeaineiston haku suoritettiin keväällä 2015 Ebsco, Pubmed ja Medic tietokannoista. Lähdeaineiston valinnassa käytettiin sisään- ja ulosottokriteerejä. Kirjallisuuskatsauksen lopullinen lähdeaineisto koostui yhteensä kymmenestä julkaisusta. Julkaisut analysoitiin sisällönanalyysillä ja niistä koottiin taulukot.

Kirjallisuuskatsauksen tulokset korostivat varhaisten oireiden tunnistamista ja niihin puuttumista. Tyypillisiä oireita ovat ärtyneisyys, käytösongelmat, sosiaalisista tilanteista vetäytyminen, somaattiset oireet, joille ei löydy lääketieteellistä selitystä sekä levottomuus ja ahdistuneisuus. Tunnistamisessa hyödynnetään oirekuvan kartoitusta, diagnostisia kriteereitä ja arviointimittareita. Tutkimusnäyttöä on runsaasti kognitiivis-behavioraalista terapiasta sekä interpersoonallisesta psykoterapiasta, joita suositellaan kahdeksasta ikävuodesta alkaen. Pienille lapsille sopivista terapiamuodoista on tutkimusnäyttöä niukasti ja hoitona suositetaan perheeseen ja vanhempi-lapsi suhteeseen kohdistuvia interventioita. Lääkehoidon osalta runsaasti tutkittuja antidepressantteja ovat SSRI-lääkkeet. Antidepressanttien käyttö lapsen masennuksen hoidossa on rajoitettua niiden ongelmallisen haitta/hyöty-suhteen vuoksi.

Tulevaisuudessa tarvitaan lisää tutkimustyötä lapsille sopivien ja tehokkaiden hoitomuotojen kehittämiseen. Tunnistamisen avuksi voisi kehittää arviointimittareita, joita voisivat käyttää sekä terveydenhuollon ammattilaiset, että kouluhenkilökunta varhaisen masennuksen tunnistamisen apuna osana ennaltaehkäisevää työtä.

THE IDENTIFICATION OF CHILDHOOD DEPRESSION, FORMS OF PSYCHOTHERAPY AND PHARMACOTHERAPY – A DESCRIPTIVE LITERATURE REVIEW

Männikkö, Venla
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
May 2016
Supervisor: Olli, Seija
Number of pages: 64
Appendices: 4

Keywords: child, depression, identification, psychotherapy, pharmacotherapy

Childhood depression is a serious health problem that constitutes a risk for the child's well-being and normal development. If untreated, it may become a chronic disorder and lead to marginalization, dropping out of school, alcohol or drug use, and suicidality. The diagnosis of childhood depression is difficult, and often remains unidentified. The purpose of this thesis is to survey methods, found in literature, for the identification of childhood depression and relevant forms of psychotherapy and pharmacotherapy. The study aims to gain evidence-based information for the prevention, early intervention and treatment of childhood depression at Child Health Clinics and within the School Health Care system.

The material for the literature review was collected in spring 2015 from Ebsco, PubMed and Medic databases. By using inclusion and exclusion criteria, a total of ten publications were selected. The literature was analyzed by using content analysis, and tables were used to facilitate the description.

The reviewed literature highlighted the importance of the early identification of symptoms and early intervention. Typical symptoms include irritability, behavioral problems, social withdrawal, somatic symptoms (with no clear medical causes), restlessness, and anxiety. Methods used for the identification of childhood depression include the assessment of mood symptoms, diagnostic criteria, and various rating scales. Regarding psychotherapy, there is ample evidence on the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy which are both recommended for children at 8 years and older. For smaller children, in turn, the evidence of the suitability of psychotherapy is scarce, and instead parent-child psychotherapeutic interventions seem to be preferred as treatment. Regarding pharmacotherapeutic treatment, the most researched antidepressants are SSRI's. The reason for the limited use of antidepressants is their problematic benefit/risk balance.

In the future, more research is needed for the development of effective forms of treatment, as well as for designing rating scales for both health professionals and school staff for the early detection of childhood depression as part of preventive measures.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	LAPSEN MASENNUS	7
2.1	Masennus ja depressio	7
2.2	Taudinkuva ja jaottelu.....	7
2.3	Lapsen masennus	9
2.3.1	Vauvan masennus	10
2.3.2	Leikki -ja kouluikäisen lapsen masennus	11
3	MASENNUKSEN ENNALTAEHKÄISY	13
3.1	Masennuksen riski- ja suojaavat tekijät	13
3.2	Varhainen vuorovaikutus	14
3.3	Varhainen puuttuminen.....	16
4	LAPSEN PSYYKKISEN KEHITYKSEN ARVIOINTI	17
4.1	Lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon rooli häiriöiden tunnistamisessa	18
4.2	Lapsen psykososiaalisen kehityksen arviointimenetelmät.....	19
5	LAPSEN MASENNUKSEN HOITOMUODOT	21
5.1	Lääkehoito.....	22
5.1.1	Lääkehoidon erityispiirteet	23
5.1.2	Sairaanhoidajan rooli lääkehoidossa	24
5.2	Terapiat	25
5.2.1	Kognitiivis-behavioraalinen terapia	26
5.2.2	Psykodynaaminen terapia	27
5.2.3	Ryhmäpsykoterapia	27
5.2.4	Perhetyöskentely.....	27
5.3	Sairaanhoidajan rooli lapsen masennuksen hoidossa	28
6	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET	31
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	32
7.1	Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä.....	32
7.2	Aineiston haku ja valintaprosessi.....	33
7.3	Aineiston analysointi	35
8	TULOKSET	36
8.1	Lapsen masennuksen tunnistaminen.....	36
8.1.1	Tunnistamisessa hyödynnettävät menetelmät	38
8.1.2	Tunnistamisessa havaittuja ongelmia	42
8.2	Lapsen masennuksen hoidossa käytetyt terapiat.....	44

8.3	Antidepressantit lapsen masennuksen hoidossa.....	48
9	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	55
9.1	Tulosten tarkastelu	55
9.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	58
9.3	Jatkotutkimusehdotukset.....	60
	LÄHTEET.....	62
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Nykyisten tutkimusten ja tieteellisten katsausten perusteella voidaan todeta, että lapsen masennus on vakava ongelma, joka uhkaa lapsen normaalia kehitystä ja hyvinvointia. (Tamminen 2010, 627-633). Alle 13-vuotiailla lapsilla masennuksen esiintyvyys on n. 3% ja vauvaikäisistä n. 3%:lla esiintyy sosiaalisesta vuorovaikutuksesta vetäytymistä. (Puura 2013). Pitkäaikaisen masennuksen esiintyvyys on lapsilla 0,6- 1,7%. Ilman tarvittavaa hoitoa ja varhaista puuttumista masennus voi toistua, kroonistua ja jatkua pitkälle aikuisuuteen. Masennushäiriöt voidaan mieltää jatkumoksi, jolloin oireiden kesto, niiden vaikeusaste sekä määrä vaihtelevat. Lapsen masennus voi saada aikaan lukuisia seurauksia myöhemmin, kuten syrjäytymistä, päihteiden väärinkäyttöä, koulupudokkuutta, itsetuhoista käyttäytymistä ja itsemurhataipumusta. (Tamminen 2010, 627-633.)

Lastenneuvolan terveystarkastuksiin kuuluu lapsen psykososiaalisen terveyden arviointi ja seuranta. Psykososiaalisen tuen tarpeessa olevan lapsen tunnistaminen on haaste terveydenhuollolle. Riittävän varhain annetulla tuella ja hoidolla on tutkimusten mukaan edullisin ja tehokkain vaikutus. Psykososiaalisen terveyden seurannassa huomioidaan lapsen psyykinen hyvinvointi, mahdollinen oireilu, toimintakyky eri arjen ympäristöissä sekä perhe -ja ympäristötekijät. (THL 2011, 108-112.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin, miten lapsen masennus tunnistetaan sekä selvittää mitä terapioita ja millaista lääkehoitoa lapsen masennuksen hoidossa on käytetty. Työn tavoite on tuoda näyttöön perustuvaa tietoa lapsen masennuksen tunnistamisesta ja keskeisistä hoitomuodoista. Opinnäytetyöni tilaaja on Pihlavan neuvola, joka kuuluu Porin perusturvan alueeseen. Tutkimuksen tietoa voivat hyödyntää lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon työntekijät ennaltaehkäisevässä työssä, varhaisessa tunnistamisessa, masennuksen hoidossa ja perheen tukemisessa.

2 LAPSEN MASENNUS

2.1 Masennus ja depressio

Erilaisia depression käsitteitä kuten masennus, käytetään useassa eri merkityksessä. Masennus voi tarkoittaa hetkellistä tunnetilaa, joka on normaali elämään kuuluva ohimenevä reaktio ja se liitetään tavallisesti pettymyksen ja menetyksen kokemukseen. Masentunut mieliala voi tarkoittaa myös pitkään jatkuvaa alakuloista tunnevirettä, joka voi kestää useita viikkoja tai kuukausia. (Isometsä 2014, 247.)

Masennusoireyhtymästä puhutaan silloin kun masentuneen mielialan lisäksi henkilöllä esiintyy oireyhtymään liittyviä muita oireita. Depressiot eli masennustilat luetaan oireyhtymiksi ja ne ovat mielenterveyden häiriöitä. (Isometsä 2014, 247.)

Masennusoireyhtymät voidaan luokitella unipolaarisiin eli yksisuuntaisiin, tavallisiin masennusoireyhtymiin ja bipolaarisiin eli kaksisuuntaisiin masennusoireyhtymiin, joissa potilaalla voi ilmetä joko samanaikaisesti tai vuorotellen masennuksen ja manian oireita. Masennushäiriöiden luokittelussa keskeistä on oireiden laatu ja niiden kesto sekä vaikeusaste. Keskeistä diagnostiikassa on havaita maanisten tai hypomaanisten oireiden esiintyminen potilaalla, sillä tämä erottaa bipolaarisen mielialahäiriön tavallisesta masennustilasta. (Isometsä 2014, 247-250.)

2.2 Taudinkuva ja jaottelu

Masennuksen diagnostisia kriteerejä on määritelty kahdella eri tavalla. ICD-10 tautiluokitus jakaa masennuksen lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan masennukseen. Tämän lisäksi käytössä on DSM-IV tautiluokitus, jossa masennuksen perusoireisto on lähes samanlainen. ICD-10 tautiluokitus esittelee kolme pääoiretta ja näiden lisäksi on joukko muita oireita. Vaikeusaste määräytyy esiintyvien oireiden mukaisesti. Pääoireina ovat masentunut mieliala, kyvyttömyys tuntea mielenkiintoa ja mielihyvää sekä voimattomuus, väsyminen ja aktiivisuuden väheneminen. Muita oireita luokitellaan kohtiin a)- g) , joita ovat mm. unihäiriöt, itsetunnon ja omanarvon väheneminen, huonontunut ruokahalu ja syyllisyyden tunteet. Yleiset kriteerit

masennuksessa ovat kaikilla ikäluokilla samat, joskin lapsilla tyypillinen oireilu saattaa poiketa masennuksen yleisistä kriteereistä. (Almqvist, Kumpulainen, Moilanen, Piha, Räsänen & Tamminen 2004, 219.)

Lievässä masennusjaksossa henkilöllä tavataan kaksi masennuksen pääoiretta ja kaksi muuta oiretta. Masennusjakson kesto on vähintään kaksi viikkoa. Keskvaikeassa masennuksessa henkilöllä on kaksi pää oiretta ja kolme tai neljä muuta oiretta. Masennuksen todetaan vaikuttavan huomattavasti normaaliin toimintakykyyn ja on kestoltaan vähintään kaksi viikkoa. Vaikea masennus erotellaan taudinkuvan psykoottisten oireiden esiintymisen mukaan. Ilman psykoottisia oireita ilmenevässä taudinkuvassa on kolme pääoiretta ja tämän lisäksi neljä muuta oiretta. Lapsilla oirekuva muotoutuu kehitysvaiheen mukaisesti ja mm. temperamentilla katsotaan olevan merkitystä oireiden esiintymisessä. (Almqvist ym. 2004, 219-220.)

Ymmärrys pienten lasten psyykkisistä häiriöistä on selkiytynyt vauvatutkimuksen myötä. Yhdysvalloissa ilmestyi vuonna 1994 ensimmäinen psykiatrinen diagnoosiluokitus 0-3 vuotiaille lapsille. Mielialahäiriöt liittyvät pienillä lapsilla lähes aina kiintymyssuhteen, varhaisen vuorovaikutuksen tai hoivan puutteeseen. Diagnosoinnissa kuitenkin on syytä huomioida, että jos lapsen ja äidin välinen vuorovaikutus on ”masentunutta”, mutta lapsi kykenee terveeseen vuorovaikutukseen muiden läheisten kanssa, häiriö liittyy varhaiseen vuorovaikutukseen. Sen sijaan, jos lapsi ei kykene normaaliin vuorovaikutukseen äidin eikä läheisten kanssa, vaan reagoi masentuneesti on masennus yleistynyt vauvan omaksi diagnosoitavaksi häiriöksi. (Almqvist ym. 2004,192-194.)

Pienten lasten psyykkisten häiriöiden arvioinnissa on myös tiettyjä erityispiirteitä, joita tulee huomioida. Varhaisen vuorovaikutuksen arviointi on hyvin keskeisessä osassa sekä lapsen hoidossa, että diagnostisessa arvioinnissa. Lapsen mielenterveyden tilan, kehitystason ja ongelmien arviointi tulisi tapahtua vanhempien tai perheen kanssa yhdessä, jotta saavutettaisiin yhteinen ymmärrys lapsen tilannetta kohtaan. Pikkulapsipsykiatrisessa arvioinnissa suoritetaan vanhempien lastenpsykiatrinen haastattelu, joka pitää sisällään mm. lapsen hankkimiseen, synnytykseen, raskauteen ja vanhemmuuteen liittyviä teemoja. Näiden teemojen lisäksi arvioidaan lapsen

kehitystasoa ja ominaisuuksia sekä keskitytään lapsen ja vanhemman välisen vuorovaikutuksen tarkkailuun. (Almqvist ym. 2004, 198.)

2.3 Lapsen masennus

Lapsen masennusta voidaan kuvata alakuloisuuden ja tyytymättömyyden tilaksi. Lapsi menettää kiinnostuksensa tavallisiin asioihin, eikä koe iloa tai tyydytystä lasta tavallisesti viihdyttävistä asioista. Tyypillisesti lapsi on vähäilmeinen, surkea ja onneton. Myös tyytymättömyys ja ärstymystä esiintyy. (Puura 2013.) Oirekuvalla on tavallista, että lapsi uskoo olevansa hyljeksitty, eikä usko muiden läheisten pitävän hänestä. Oirekuvan kirjo vaihtelee eri ikäkausien mukaan. Lamautuneisuuden ja alakuloisuuden lisäksi lapsella ilmenee käytösongelmia esimerkiksi voimakasta levottomuutta ja ärtyneisyyttä. (Karlsson & Marttunen 2011, 361.)

Vaikeaa masennusta esiintyy lapsilla tutkimusten mukaan n. 0,3- 1,4 %:lla alle kouluikäisistä. Pitkäaikaista masennusta esiintyy n. 0,6- 1,7%:lla. Kun alentunut mieliala kestää yli kaksi viikkoa, oireet ovat voimakkaita ja niitä esiintyy runsaasti, puhutaan vaikeasta masennuksesta. Suurin osa lapsista toipuu näistä masennusjaksoista, joskin oireilujaksojen on havaittu uusiutuvan 35-50%:lla lapsista. Pitkäaikaisen masennuksen oirekuva on lievempi, mutta oireiden pitkäkestoisuuden vuoksi lapsi jää usein ilman tarvittavia hoitotoimia. Masennuksen on havaittu kroonistuvan ja jatkuvan pitkälle aikuisuuteen, mikäli lapsi ei saa tarvitsemaansa hoitoa. Hoitamattomasta masennuksesta voi seurata tulevaisuudessa mm. koulupudokkuutta, syrjäytymistä, päihteiden väärinkäyttöä ja itsemurhataipumusta. (Tamminen 2010, 627-633.)

Masennuksen tunnistamisessa keskitytään sen kokonaiskuvan arviointiin huomioiden oireiden kasaantuminen, pitkäkestoisuus ja niiden vaikutus normaaliin toimintakykyyn. Oireiden puheeksi ottamisella voi olla jo niitä lieventävä vaikutus. Leikki-ikäinen lapsi osaa kuvailla itseään, tapahtumia ja tunnetiloja esimerkiksi leikin tai piirtämisen avulla. (Karlsson & Marttunen 2011, 364-365.)

Lapsen ja nuoren masennukseen liittyy myös oheissairastavuutta, jota voi esiintyä joko samanaikaisesti, seuraten tai edeltävästi masennusjakson kanssa. Tällaisia ovat

esimerkiksi tarkkaavaisuuden häiriöt, kuten ADHD, ahdistuneisuushäiriö tai käytöshäiriö. (Karlsson & Marttunen 2011.) Erilaisten muiden häiriöiden esiintyminen masennuksen yhteydessä on lapsilla ja nuorilla yleisempää verraten aikuisiin. Tästä käytetään yleisesti termiä komorbiditeetti. Käytösongelmat voivat kehittyä lapselle myös masennuksen komplikaationa ja saattavat säilyä lapsella masennuksesta toipumisen jälkeenkin. Masennusta ilmenee myös monien pitkäaikaissairauksien yhteydessä. (Almqvist. ym. 2004, 222.)

2.3.1 Vauvan masennus

Vauvaikäisen masennus ilmenee apaattisuutena ja sosiaalisista kontakteista vetäytymisenä. Masennukseen liittyy vahvasti kasvun pysähtyminen ja syöminen voi olla niukkaa. Vauvaikäisen masennus on tyypillisesti yhteydessä ympäristötekijöihin. Ympäristön kyky herkistyä ja vastata vauvan tarpeisiin sekä tarjota huolenpitoa ja hoivaa ovat usein riittämättömiä. Nämä seikat voivat johtaa motorisen kehityksen hidastumiseen. Vauva voi olla itkuinen ja ärtyisä. Kehitykselle tyypilliset hymyily ja jokeltelu voivat puuttua kokonaan. (Karlsson & Marttunen 2011, 361.)

Vauvan masennukselle ei kuitenkaan ole selkeitä kriteerejä. Tutkimuksissa on kuitenkin voitu osoittaa, että masentunut vauva vetäytyy pois sosiaalisista vuorovaikutustilanteista. Vetäytyneelle vauvalle on tyypillistä katsekontaktin välttäminen vanhemman kanssa, vähäisen kiinnostuksen osoittaminen ympäristöä kohtaan, vähäilmeisyys esim. kasvojen jähmettynyt tai surullinen ilme. Vauvalla voi ilmetä myös syömis- ja univaikeuksia, liikkuminen ja ääntely on normaalia vähäisempää, ärsykyksiin reagoiminen on hidasta ja itku voi olla vaimeaa. (Puura 2013.)

Vauvan vetäytyminen sosiaalisista vuorovaikutustilanteista voi johtua epätydyttävästä vanhempi-vauva suhteesta, jossa keskeisenä tekijänä havaitaan riittävän vuorovaikutuksen puuttuminen. Vanhemman niukka huomion osoittaminen vauvaan, katsekontaktin puuttuminen, vauvan käsittelyn ja puheen ns. baby talkin puuttuminen voivat johtaa vauvan vetäytymiseen sosiaalisista vuorovaikutustilanteista. Vauvaikäisillä on kuitenkin huomioitava, että sosiaalisista

tilanteista vetäytyminen voi johtua myös erinäisistä somaattisista sairauksista . Kivun kokeminen , kuulon ja näön häiriöt voivat johtaa sosiaalisen vuorovaikuttamisen puuttumiseen. (Puura 2013.)

Depression oireet voivat alkaa heti syntymän jälkeen, toisella tai kolmannella viikolla tai myöhemmin vauvaiässä. Keskeisimpiä oireita ovat kehityksen hidastuminen ja kehitykselle tyypillisten vaiheiden puuttuminen tai katoaminen kuten esim. sosiaalinen hymy ja liikkuminen. Pääsääntöisesti vauva on pysyvästi surullinen, kasvoillaan iloton tyhjä ilme. Vauva ei ole innokas syömään ja unirytmii on häiriintynyt. Tavallisesti myös kiintymyssuhteen muodostamisessa ilmenee ongelmia. Sairastelua esiintyy runsaasti ja älyllinen kehitys hidastuu. Mikäli vauva ei ota katsekontaktia ihmisiin vielä kahden kuukauden iässä, jos sosiaalinen hymy jää kehittymättä tai jos vauva ei huomioi hoitajansa verbaalista kommunikointia neljän kuukauden ikäisenä voidaan epäillä masennusta. Masentuneilla vauvoilla jää kehittymättä vokaalinen vastavuoroisuus eivätkä he reagoi esimerkiksi syliin ottoon vielä viiden kuukauden ikäisinä. Myös innostus vastavuoroiseen leikkimiseen hoitajan kanssa puuttuu. (Almqvist ym. 2004, 220.)

2.3.2 Leikki -ja kouluikäisen lapsen masennus

Leikki-ikäinen masentunut lapsi on vauvan tavoin myös surumielinen ja alakuloinen. Itkuisuutta, marinaa ja tyytymättömyyttä esiintyy tavallista enemmän. Leikki-ikäisellä lapsella voi kuitenkin ilmetä enemmän levottomuutta, aggressiivisuutta ja ärtyneisyyttä verrattaen vauvaikään. Tyypillistä ovat voimakkaat reaktiot suhteessa pettymyksen kokemuksiin ja turhautumista ilmenee herkästi. Vaikeasti masentunut lapsi ei leiki juurikaan ja toiminta on lamaanutunutta. Toisinaan leikeissä voi ilmetä vihamielisiä ajatuksia ja negatiivisia teemoja. Lapsella voi olla myös vaikeuksia suojella itseään ikätasoonsa nähden verraten muihin lapsiin. Lapsella voi esiintyä myös somaattisia oireita kuten vatsakipua, päänsärkyä ja unihäiriöitä, joille ei löydy lääketieteellistä selitystä. (Karlsson & Marttunen 2011, 362.)

Toiminnan lamaanutunutta kuvaa laskenut mielihyvän ja kiinnostuksen kokeminen. Lapsi voi kokea itsensä syylliseksi, epäonnistuneeksi ja huonoksi. Depression voivat

kuulua myös voimakkaat raivokohtaukset ja ongelmat sosiaalisessa kanssakäymisessä muiden lasten kanssa. Myös uni-valve rytmissä voi ilmetä ongelmia ja ruokahalu voi olla heikentynyt. (Puura 2013.)

Masentuneilla lapsilla ilmenee myös vähentynyttä kiinnostusta älyllisiin toimintoihin, oppimisen taantumista sekä haluttomuutta leikkiä toisten lasten kanssa. Lapsi saattaa takertua vanhempansa ja eroahdistuksen piirteitä voi olla näkyvissä. Oirekuvaan kuuluvat myös levottomuus, tottelemattomuus ja itsetuhoiset piirteet. Itsetuhoisuus ilmenee lähinnä tapaturma-alttiutena kuten esim. selittämätön karkailu tai vaeltelu. Masennuksen varhaisvaiheessa lapsella voi ilmetä leikeissä maagisia fantasioita, jotka vähentävät lapsen kokemaa epätoivoa hetkellisesti. Lapsen oireilu kehittyy käytöksen usein muuttuessa aggressiiviseen ja tuhoavaan suuntaan. (Almqvist ym. 2004, 220.)

Kouluikäisen lapsen masennus voi ilmetä leikki-ikäisen lapsen lailla ihmissuhteista vetäytymisenä, häiritsevänä tai levottomana käytöksenä tai aggressiivisuutena. Kaverisuhteissa voi ilmetä ongelmia tai tavallista enemmän riitaa. Tavallisesti myös koulunkäynnissä ilmenee ongelmia. Masentunut kouluikäinen voi kokea keskittymisvaikeuksia, univaikeuksia tai yleistä väsymystä, joka vaikuttaa koulussa suoriutumiseen. Levottomuus ja väsymys voi ilmetä koulussa myös muita häiritsevänä käytöksenä. (Karlsson & Marttunen 2011, 362.)

Lapsi saattaa kokea kyllästymisen tunnetta ja eikä välttämättä koe ilon tunteita tekemiinsä asioihin liittyen. Myös turhautumiskynnys ja itsetunto on alentunut. Lapsi on ikävystynyt ja näkee itsensä negatiivisessa valossa. (Karlsson & Marttunen 2011, 362.)

3 MASENNUKSEN ENNALTAEHKÄISY

3.1 Masennuksen riski- ja suojaavat tekijät

Lapsen psyykkiseen kehitykseen vaikuttavat joukko sitä suojaavia ja vahingoittavia tekijöitä. Lapsuusiän psyykinen kehitys muodostaa pohjan aikuisiän mielenterveydelle. Keskeisenä tekijänä suotuisan psyykkisen kehityksen kannalta mainitaan vanhempi-lapsisuhteen ominaisuudet ja lasta ympäröivä vanhemmuus. Vanhempien mielikuvat itsestään vanhempina ja kyky vastata lapsen tarpeisiin vaikuttavat lapsen psyykkisen kehityksen kulkuun. Voimavaroja ja vuorovaikutuskykyä rasittava pitkäaikainen tekijä voi heikentää vanhempien kykyä suoriutua vanhemmuuden tehtävästä ja näin vaikuttaa osaltaan myös lapsen psyykkiseen kehitykseen. (Manninen 2008, 2047- 2053.)

Masennukseen sairastumiselle ei kuitenkaan yleensä ole yhtä suoranaista syytä. Lapsen stressinsietokyvyn ylittyminen voi johtaa masennuksen syntymiseen, joskin siihen vaikuttavat lapsen ikä, kehitysvaihe, perimä, temperamentti, kasvuolosuhteet ja varhaisvaiheen hoivasuhteet. Stressin kokeminen on myös hyvin yksilöllistä. Perimän vaikutus masennukseen sairastumisessa lapsilla on pienempi kuin nuorilla. Lapsilla masennusriski on riippuvainen enemmän vallitsevista elinolosuhteista ja vuorovaikutussuhteesta lasta hoivaavan aikuisen kanssa. (Karlsson & Marttunen 2011, 359.) Masennuksen on kuitenkin tavattu esiintyvän suvuittain. Perhe-, adoptio- ja kaksostutkimukset osoittavat, että lapsen riski sairastua masennukseen on kolminkertainen, jos ainakin toisella vanhemmasta on vaikea masennus. (Tamminen 2010, 627-633.)

Varhaisvaiheen kiintymyssuhteet ja hyvän hoivan on katsottu suojaavan masennukselta sekä lapsuudessa, että nuoruudessa. Lapsen saama hyvä hoiva auttaa lasta säätelemään ja tunnistamaan eri tunnetiloja ja stressireaktioita. Turvallisen kiintymyssuhteen katsotaan ohjaavan stressinsäätelyjärjestelmän kehitystä. Stressin kokemisen on todettu auttavan ihmistä selviytymään vastoinkäymisistä ja lapsi tarvitsee ennakoitavat ja turvalliset olosuhteet ongelmaratkaisutaitojen kehittämistä varten. Näiden ongelmaratkaisutaitojen hallitseminen osaltaan suojaa lasta

masennukselta. Myös lapsen temperamentin vaikutus yhdessä vallitseviin ympäristöolosuhteisiin voi altistaa masennukselle. Jos vanhemman voimavarat ovat puutteelliset ja lapsella on ”vaikea” temperamentti, voi hoitosuhteeseen muodostua negatiivinen kierre, eikä lapsi saa tarpeeksi tukea ympäristöstä. (Karlsson & Marttunen 2011, 360.)

Sairastumisriskiin vaikuttavat myös lapsen kokemat hoivasuhteen katkokset, menetykset, hoivan laiminlyönti tai lapsen kokema väkivalta. Kuitenkin lähes mikä tahansa voimakas elämänmuutos voi altistaa lasta masennukselle. Tavalliset arkisetkin elämänmuutokset voivat vaikuttaa ylivoimaisilta, jos lapsi kokee elämän muutenkin kuormittavana eikä sosiaalista tukea ole saatavilla riittävästi. (Karlsson & Marttunen 2011.) Tärkeimpinä ympäristötekijät liittyvät vanhemmuuteen ja perheen ihmissuhteisiin. Lapsen pahoinpitely tai seksuaalinen väkivalta liittyvät varhaiseen, vaikeaan ja toistuvaan masennukseen. Myös vanhempien psyyken häiriöt, korostettuna äidin masennus tai isän päihteiden käyttö tai rikollisuus altistavat lasta masennukselle. Merkittävät ihmissuhdemenetykset tai kasaantuvat epäonnistumisen kokemukset voivat myös laukaista masennuksen. (Tamminen 2010, 627-633.)

Hyvän fysiikan ja itsetunnon on todettu olevan suojaavia tekijöitä, jotka ehkäisevät masennusta. Motorinen taitavuus tukee lapsen itsetuntoa, sillä se vahvistaa kokemusta oman kehon hallinnasta. Myös kokemus kyvystä vaikuttaa omaan elämäänsä vaikuttaa ehkäisemällä masennusta. Luottamus omiin kykyihinsä ja ongelmaratkaisukykyyn tukee lapsen omia voimavaroja. (Almqvist, Broberg & Tjus 2005, 247.)

3.2 Varhainen vuorovaikutus

Varhainen vuorovaikutus on vauvan ja vanhemman välistä viestintää, joka ulottuu syntymästä 1-2 vuoden ikään. Vuorovaikutus kattaa vanhemman ja lapsen välisen puheen, katseen, ääntelyn, ilmeiden ja leikin. Vuorovaikutuksessa on keskeistä vauvan ja vanhemman välisen toiminnan yhteensopivuus. Hyvällä vuorovaikutusilmapiirillä on vaikutusta suotuisaan psyykkiseen kehitykseen. (Pesonen 2010, 515-520.)

Vauvan ja vanhemman kommunikaatioita voidaan kuvailla tunnekommunikaatioksi eli protokonversaatioksi, joka on varhaisen kommunikaation muoto. Tähän voidaan lukea mm. katsekontakti, ääntely, käsien ja pään liikkeet, jotka välittävät ymmärrystä ja jaettua kokemusta sekä tunteita. Varhaisen vuorovaikutuksen kautta sekä vauvan, että vanhemman aivot (limbinen järjestelmä) ovat yhteydessä. Tämä ohjaa vauvan aivojen kehitystä. Protokonversaatio on vauvalle voimakas, tunnepitoinen vuorovaikutushetki, jossa vastaanotetaan sosiaalista ja kognitiivista informaatiota. Vuorovaikutuksessa on keskeistä vauvan ja vanhemman kyky soinnuttaa tunneilmaisut yhteen. Yhteensointuva vuorovaikutuskokemus muokkaa lapsen kokemusmaailmaa jäsentyneemmäksi ja johdonmukaisemmaksi tukien tervettä psyykkistä kehitystä. (Kalland & Sinkkonen 2011, 20.)

Äidin masennuksella on havaittu olevan vaikutusta vauvaan. Äidin kielteisyys, tunkeilevuus ja vetäytyminen voivat saada vauvassa aikaan useita eri muutoksia. Vauva voi olla alakuloinen ja kiukkuinen sekä vähemmän aktiivinen. Äidissä ilmenevät tunnetilat ja käyttäytyminen voivat vaikeuttaa vauvan kykyä säädellä vireys- ja tunnetilaa. Äidillä voi syntyä kielteisiä mielikuvia vauvan hoidosta ja itsestään äitinä. Äidin masennus voi ilmetä erilaisina vuorovaikutuksen ongelmina kuten kyvyttömyytenä ennakoida vauvan kehityksessä tapahtuvia muutoksia tai luomaan vuorovaikutustilanteita. (Juutilainen & Sarkkinen 2011, 345.)

Vastavuoroisuuden ongelmat syntyvät kun äiti on vaihtelevasti passiivinen tai poissaoleva ja vastaa hitaasti vauvan tarpeisiin. Välillä äiti voi puolestaan olla liian tunkeileva, jolloin vauvalle syntyy vaikeuksia ennakoida ja tulkita ympäristöstä tulevia viestejä. Äidin ja vauvan välisestä vuorovaikutuksesta häviää dialogisuus, jolloin vauva voi tulla alakuloiseksi. Myös vauvan myönteisyys äitiä kohtaan voi vähentyä. Vauva voi myös omaksua äidiltään depressiivisen vuorovaikutustyylin. Tämä voi heijastua myöhempiin ihmissuhteisiin, jos häiriintynyttä vuorovaikutussuhdetta ei hoideta tai vauvalla ei ole korvaavaa varhaista vuorovaikutussuhdetta. (Juutilainen & Sarkkinen 2011, 345.)

Äitiys- ja lastenneuvolat sekä päivähoito ovat keskeisessä asemassa varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen suhteen. Perustason työntekijöillä tulee olla mahdollisuus saada konsultaatioapua tai ohjata perhe varhaisen vuorovaikutuksen

erityisosaamisen yksikköön. Varhaisen vuorovaikutussuhteen hoitaminen keskittyy vuorovaikutussuhteeseen ja sen häiriöiden korjaamiseen, jotta voidaan saada lapselle paremmat kasvu -ja kehitysedellytykset. Hoito voi kohdistua vanhempaan, lapseen tai vuorovaikutussuhteeseen riippuen siitä, missä ongelmia havaitaan. Selvityksen kohteena on vanhemman oma käsitys vuorovaikutuksen ongelmista tai hyvistä puolista. Hoito on luonteeltaan hyvin ei-verbaalista ja vaatii huolellista suunnittelua. (Almqvist ym. 2004, 405-406.)

3.3 Varhainen puuttuminen

Varhaisen puuttumisen käsitettä käytetään sekä arkikielessä, että ammattikielessä. Se on noussut keskeiseksi käsitteeksi 1990-luvun lopulla. Tilalle on ehdotettu myös käsitteitä ”varhainen vastuu”, ”varhainen tuki” tai ”välittäminen”. Ammattikielessä varhaisen puuttumisen sijaan käytetään myös käsitettä interventio. Interventiolla tarkoitetaan ulkoapäin tulevaa ohjattua väliintuloa, jolla pyritään vaikuttamaan ihmisen käyttäytymiseen. Koulussa interventio voi kohdistua esimerkiksi oppilaaseen tai terveydenhuollossa asiakkaaseen. Intervention käsitteellä on myös suomenkielinen vastaava termi ”väliintulo”. (Huhtanen 2007, 22.)

Varhainen puuttuminen tarkoittaa käytännössä esiin tulevien ongelmien havainnoimista ja ratkaisujen löytämistä mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. Varhaista puuttumista voidaan pitää prosessina, joka vaatii tietoa ja taitoa. Varhaiselle puuttumiselle on tyypillistä, että se alkaa pieninä havaintoina ja johtaa konkreettisiin toimenpiteisiin. Tavoitteena on estää ongelmien kärjistymisen ja kasaantumisen. Varhaiselle puuttumiselle on luonteenomaista ennaltaehkäisevä ja kuntouttava toiminta. Tarkoitus on paneutua kokonaisuuteen oire- tai ongelma-keskeisyyden sijasta, vaikka prosessina varhainen puuttuminen alkaa usein yksittäisen ongelman havaitsemisesta. (Huhtanen 2007, 28-29.)

Varhaiseen puuttumiseen liittyy huolen herääminen ja useissa lähteissä käytetään käsitettä ”huolen vyöhykkeistö”. Se on terveydenhuollon ammattilaisen käyttämä varhaisen yhteistyön työväline, joka auttaa jäsentämään ja kehittämään asiakkaan ja ammattilaisen välistä yhteistyösuhdetta. Vyöhykkeistön avulla ammattilainen arvioi

heräkkeen huolen astetta suhteessa käytettävissä oleviin tukimahdollisuuksiin. Vyöhykkeistön avulla voi myös arvioida lisävoimavarojen tarvetta. Huolen vyöhykkeitä voidaan kuvata neljä, jotka kulkevat eräänlaisena jatkumona (ei huolta, pieni huoli, tuntuva huoli ja suuri huoli). Vyöhykkeiden tarkoitus ei ole kuitenkaan lokeroita ajatuksia, vaan käsite on kielikuva ja sen rajat ovat häilyvät. Ammatillaisen kokemat heränneet huolet ovat aina subjektiivisia, henkilökohtaisia ja ennakoituja. Sen lisäksi että arvioidaan huolen astetta suhteessa asiakkaaseen, arvioidaan omia voimavaroja ja mahdollisuuksia tuen antamiseen.(THL- www sivut 2015.)

4 LAPSEN PSYYKKISEN KEHITYKSEN ARVIOINTI

Päiväkodin ja koulun ammattilaiset kuuluvat lapsen ja nuoren lähiyhteisöön tiiviisti. Vanhempien ollessa huolissaan lapsensa mielenterveydestä haetaan apua ensisijaisesti koulusta tai päiväkodista. Ongelmatilanteissa päiväkodin tulisi ensisijaisesti ohjata perhe lastenneuroliterveydenhuoltoon ja koulussa kouluterveydenhuoltoon saamaan apua. (Almqvist ym. 2004, 379-380.)

Lapsen hyvinvointiin vaikuttavat voimakkaasti perhe- ja lähiympäristö. Lastenneurolan ja kouluterveydenhuollon tehtävä on tunnistaa mielenterveyden häiriöt. Huolen herätessä tulee huoli ottaa puheeksi, jotta häiriöihin voitaisiin vaikuttaa mahdollisimman nopeasti. Avohoidossa pystytään hoitamaan varhaisessa vaiheessa olevat häiriöt. Tunnistaminen on haastavaa, jolloin masennuksen oirekuvan tunteminen on välttämätöntä. (Kaisvuo, Storvik-Sydänmaa, Talvensaari. & Uotila 2013, 282-283.)

Yleisesti arvioidaan, että 10-30% perheistä on erityisen tuen tarpeessa ja n. 10% lapsista asuu perheessä, jossa on psykososiaalista kasvua ja kehitystä vaarantavia ongelmia. Lasten psyykkisen oireilun arvellaan olevan tätäkin runsaampaa. Usein perheet itse tunnistavat ongelmansa varsin myöhään ja tuen tarpeen havaitsemisessakin on puutteita. Yksittäisen lapsen tilannetta seurataan usein pitkään ennen avun hakemista. Psykiatristen häiriöiden tuntemus on riittämätöntä ja

tutkimusten mukaan apua on haettu vain 10%:lle masentuneista lapsista. Tutkimuksissa on myös havaittu, että neuvolassa huomio kiinnittyy enemmän fyysiseen, motoriseen ja kielelliseen kehitykseen. On myös havaittu, että terveydenhoitajat saattavat vältellä huolen puheeksi ottoa asiakassuhteen huononemisen pelossa. (STM 2004, 98-99.)

4.1 Lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon rooli häiriöiden tunnistamisessa

Alle kouluikäisillä lapsilla psyykkiset häiriöt ovat usein vuorovaikutuksellisia ja neurologisia kehityksellisiä ongelmia. Psyykkiset häiriöt liittyvät usein lapsen säätelykykyyn, vuorovaikutukseen tai kokonaistilanteeseen. Alle kouluikäisillä yksittäisten diagnostiseen luokitukseen liittyvää seulontaa ei suositella. Lapsille on kuitenkin olemassa paljon erilaisia käytöksen, vuorovaikutuksen, säätelykyvyn ja tunne-elämän häiriöihin liittyviä seuloja, joiden käytöstä ei ole riittävästi tutkimustietoa. Eri kyselylomakkeita käytetään pääsääntöisesti puheeksi ottamisen välineenä. (STM 2004, 159-160.)

Tilanteen selvittelyssä perhe voidaan ohjata esimerkiksi perheneuvolaan, erikoissairaanhoidon tai lastensuojelun asiakkaiksi. Terveydenhoitaja voi myös konsultoida työtiimiään tai neuvolalääkärinä. Myös perhetyöntekijän tekemät kotikäynnit voivat auttaa perheen tukemista. Kaikenlaisten interventioiden tulisi kuitenkin tapahtua lähellä perhettä ja perheen kanssa tehdään yhdessä jatkohoitosuunnitelmia. (STM 2004, 162.)

Neuvolatyöntekijän on keskusteltava vanhempien kanssa lapsen ikätasoon kuuluvista tarpeista ja kehityspiirteistä. Neuvolalääkärin ja terveydenhoitajan tehtävä on havaita erityisen tuen tarpeessa olevat lapset ja ohjata ongelmat neuvolatyöryhmän käsiteltäväksi. Neuvolan tehtävä on ohjata perhe esim. kasvatus -ja perheneuvolaan, mikäli neuvolalla ei ole mahdollisuutta auttaa ja tukea perhettä. Keskeistä ongelmien varhaisessa tunnistamisessa on, että neuvolatyöryhmä alkaa toimia varhain. Lapsella ja perheellä on myös oikeus saada lääketieteellinen arvio mahdollisista ongelmista. (STM 2004, 226-227.)

Päänsärky, jännittyneisyys, niska-hartiaseudun särky, levottomuus tai keskittymisvaikeudet ovat yleisiä kouluikäisillä lapsilla. Joskus oireiden taustalla voi olla pidempiaikaisia fyysisiä tai psyykkisiä sairauksia, jolloin oireilusta tulisi haastatella lasta ja lasten vanhempia joko neuvolassa, tai kouluterveydenhuollossa. Oireiden tunnistaminen on tärkeää, jotta niihin voidaan puuttua riittävän varhain. Oireiden kartoittamisessa säännöllinen haastattelemine auttaa työntekijää hahmottamaan oireilun taustoja ja oireiden seuranta. (Borg, Kaukonen, Laatikainen & Mäki 2011, 119.)

Synnytyksenjälkeisestä masennuksesta kärsii n. 15-20% synnyttäneistä ja masennus kestää kuukausia. Usein oireet voivat jäädä huomaamatta äidiltä itseltään, oireita voidaan piilotella tai niitä häpeillään. Äidin masennuksen hoitaminen on tärkeää lapsen emotionaalisen kehittymisen kannalta sillä on todettu, että äidin masennus aiheuttaa lapselle masennusta ja ahdistuneisuutta. Lapsilla on todettu ilmenevän myös vastakkaisia oireita kuten aggressiivisuutta, käyttäytymishäiriöitä ja uhmaa. Äidin masennuksen hoitamisella voidaan ehkäistä lapsen ahdistuneisuusherkkyyttä, häiriökäyttäytymistä ja depressiivisyyttä. (STM 2004, 231.)

4.2 Lapsen psykososiaalisen kehityksen arviointimenetelmät

Kiintymyssuhteella vanhemman ja lapsen välillä on todettu olevan merkittävä vaikutus lapsen neurobiologisen, tunne-elämän ja sosiaalisten taitojen kehittymiseen. VaVu on varhaista vuorovaikutusta tukeva haastattelumentelmä, joka on kehitetty neuvolatyöhön ja on laajasti käytössä. Vavussa on kaksi haastattelulomaketta, josta toinen tehdään raskauden aikana ja toinen 4-8 viikkoa synnytyksen jälkeen. Tarkoituksena on edistää lapsen ja vanhemman välistä positiivista vuorovaikutusta, sekä auttaa vanhempia tunnistamaan ja ottamaan puheeksi mahdollisia huolen aiheita tai vaikeuksia. Samalla kartoitetaan perheen tuen tarvetta. Työntekijälle on kehitetty myös VaVu- haastattelumenetelmän pohjalta stukturoitu arviointimenetelmä, joka on tarkoitettu tehtäväksi 0-18 kk ikäisen lapsen ja vanhemman välisen vuorovaikutuksen arviointia varten. (Hastrup & Puura 2011, 97-98.) Sisältö perustuu VaVu haastatteluissa havaittuihin asioihin ja työntekijän itsensä tekemiin havaintoihin.

Työntekijä havainnoi vanhemman ja lapsen välistä vuorovaikutusta käyttäytymisen tasolla sekä sen tunnesisältöjä. (Borg & Kaukonen 2011, 104.)

Lapsen ja perheen tarpeista riippuen ongelmien ilmetessä, yhteistyötä voi harkita perheneuvolan, neuvolapsykologin, lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon, lastensuojelun tai vanhempien mielenterveyspalveluiden kanssa. Ensisijaisesti työntekijän on kuitenkin otettava huoli puheeksi vanhempien kanssa, kartoitettava perheellä olevat voimavarat sekä tehdä yhdessä suunnitelma keinoista, joiden avulla vuorovaikutusta voitaisiin parantaa. (Borg & Kaukonen 2011,106.)

Lapsen psykososiaalista kehitystä arvioitaessa on huomioitava useat eri tahot, jotka vaikuttavat lapsen elämään. Arvioinnin luotettavuutta parantaa tietojen kerääminen useista eri lähteistä kuten päivähoidosta, vanhemmilta ja harrastuksista. Vahvuudet- ja vaikeudet kysely kuvaa lapsen psykososiaalista hyvinvointia. Kysely on todettu luotettavaksi ja on laajasti käytössä. Se sopii psykososiaalisesti oireilevan lapsen arviointiin. Alle kouluikäisillä lapsella kyselyn luotettavuudesta on odotettavissa tutkimustietoa. Kysely perustuu lapsen käyttäytymiseen ja se kartoittaa käytösoireita, tunne-elämän oireita ja mahdollisten vaikeuksien vaikutusta lapseen. Kyselyn tarkoitus on koota näkemys sekä päivähoidosta, kotoa ja neuvolasta. Kysely on tarkoitettu 4-16 vuotiaiden lasten kohdalla tehtäväksi. (Borg 2011, 108-111.)

LAPS-lomake on psykososiaalista terveyttä ja kehitystä kuvaava menetelmä, joka on kehitetty lääkärin tai lääkäri-terveydenhoitajatyöparin avuksi. Arvioinnissa tarkastellaan lapsen psyykkistä vointia, mahdollisia oireita, kehitykseen vaikuttavia perhe -ja ympäristötekijöitä sekä lapsen toimintakykyä. LAPS-lomaketta voidaan käyttää 4-15 vuotiaiden lasten laajoissa terveystarkastuksissa tai silloin kun huoli on herännyt lapsen psykososiaalisesta hyvinvoinnista. Lomakkeen avulla pystytään arvioimaan perheen tuen tarvetta, psyykkisten oireiden vakavuutta ja lapsen tilanteen kiireellisyyttä. Lomakkeen avulla voidaan myös arvioida toteutetaanko perheen tarvitsemat tuki- ja hoitotoimet esimerkiksi perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Lomake täytetään lapsen ja vanhempien kanssa keskustellen ja sen tukena hyödynnetään jo aiempaa tietoa lapsen psykososiaalisesta kehityksestä. (Borg & Kaukonen 2011,112-113.)

Vane-Psy on neurologisen ja psyykkisen kehityksen strukturoitu arviointimenetelmä 1,5kk, 4kk, 8kk ja 15kk ikäisille vauvoille. Tavoitteena on havaita mahdolliset kehitykselliset poikkeavuudet ja ongelmat, jotka vaativat erityisiä tukitoimia. Ymmärretyksi ja hyväksytyksi tuleminen on terveen psyykkisen kehityksen edellytys. Psyykkisen ja neurologisen kehityksen osa-alueiden lisäksi arvioidaan myös keskeisiä riskitekijöitä. Arvioinnissa vertaillaan vanhempien antamaa tietoa ja lapsen havainnoimisesta ja tutkimisesta saatua tietoa keskenään. Tutkimustilanne on luonteeltaan vuorovaikutuksellinen tapahtuma, jossa ilmapiiri on myönteinen ja rauhallinen. (Mustonen 2011,82-83.)

5 LAPSEN MASENNUKSEN HOITOMUODOT

Lapsen masennuksen hoito koostuu eri hoitomenetelmien yhdistelmästä, joilla pyritään vaikuttamaan lapsen kokonaistilanteeseen. Erilaisilla hoitomenetelmillä vaikutetaan eri tekijöihin. Hoitostrategia kohdistuu lapsen lähiyhteisöön (perheen ulkopuolinen), perheen sisäiseen, yksilön sisäiseen (lapsen mielenmaailma) ja biologiseen tasoon. Lähiyhteisöön vaikuttaminen tarkoittaa lähinnä työskentelyä esim. päivähoiton ammattilaisten kanssa. Tämän lisäksi voidaan hyödyntää verkostoterapiaa, jossa hoitoon osallistuvat esim. lähisukulaiset ja ystävät. Perheen sisäisellä tasolla tarkoitetaan käytännössä perheterapiaa ja työskentelyä vanhempien kanssa. Yksilön sisäiseen tasoon kohdistuvilla menetelmillä tarkoitetaan erilaisia terapioita (yksilöpsykoterapia, ryhmäpsykoterapia yms.). Biologiseen tasoon vaikutetaan lääkehoidolla. (Almqvist ym. 2004, 400.)

Yleisesti hoitoperiaatteina on, että lapsella olisi häntä tukeva henkilö koko hoidon ajan. Henkilön tulisi pystyä osoittamaan kiintymystä ja huolenpitoa lasta kohtaan sekä sietämään lapsen tunnereaktiot. Keskeistä on, että mitä pienemmästä lapsesta on kysymys, sitä tärkeämpää on vanhempien läsnäolo hoidon toteuttajina sekä kohteena. Lyhytkestoista masennusta voidaan hoitaa avohoidossa, mikäli riittävän pitkä ja huolellinen seuranta on mahdollista toteuttaa. Hoito tapahtuu neuvolassa yhdessä

perheen kanssa. Kun depressio heikentää merkittävästi lapsen toimintakykyä tai kun se on pitkäkestoista, tulisi sitä hoitaa erikoissairaanhoidossa. (Puura 2013.)

Diagnosoinnin jälkeen mietitään, tarvitseeko lapsi avohoitoa vai sairaalahoitoa. Tässä erityisesti perheen voimavarat ja masennuksen vaikeusaste tulee huomioida. Hoidon keskeisenä periaatteena on, että hoitavat henkilöt olisivat samat hoidon aikana. (Almqvist ym. 2004, 224-225.)

Hoidon suunnittelussa tulee huomioida lapsen kehityksellinen taso, tiedon antaminen sairaudesta, sen hallinnasta ja vaikutuksista arkeen, perheen tarvitsema tuki, arvio mahdollisista liitännäishäiriöistä ja riskikäyttäytymisestä. Myös tavoitteiden laatiminen on osa hoidon suunnittelua yhdessä lapsen ja vanhempien kanssa. (Caetano, Kieling, Rocha & Zeni 2013, 24-25.)

5.1 Lääkehoito

Tutkimuksia lastenpsykiatrisesta lääkehoidosta on tehty vähän ja sen vuoksi lääkehoito on ns. off-label käyttöä. Tämä tarkoittaa, että lääkehoitoa toteutetaan virallisista käyttöaiheista poikkeavalla tavalla. Ongelma koskee laajasti koko lasten lääkehoitoa. Vuonna 2000 EU-maissa lapsille määrättyistä lääkkeistä yli puolet olivat sellaisia, joiden käyttöä oli tutkittu vain aikuisilla. Viimeisen 10-15 vuoden aikana lasten psykiatrisen lääkkeiden käyttö on lisääntynyt. Psykofarmakologista tutkimusta on tehty erityisesti alle kouluikäisillä lapsilla hyvin niukasti. Euroopan lääkevirasto EMA on hyväksynyt muutaman psykotrooppisen lääkeaineen käytön lasten psykiatrisessa hoidossa. Alaikäisten masennuksen lääkehoitoon on hyväksytty fluoksetiini. Psykiatrisen lääkehoito kohdistetaan lapsipotilaiden kohdalla johonkin tiettyyn psyykkiseen sairauteen tai kohdeoireisiin kuten käytösoireisiin tai pelkoihin. Lääkehoidossa toteutetaan yhä useammin eri lääkeaineiden yhdistelmää yhden lääkeaineen käytön sijaan. (Kumpulainen & Talka 2015, 33-35.)

5.1.1 Lääkehoidon erityispiirteet

Lasten ja nuorten kohdalla lääkehoito pitää sisällään lukuisia erityispiirteitä, jotka on otettava huomioon psyykenlääkkeiden käytössä. Lääkkeiden käyttö lapsilla ja nuorilla on vielä jokseenkin vähäistä, mutta lääkehoidon yhdistäminen muihin hoitomuotoihin lievittää oireita. Lääkkeen vaikutusmekanismit poikkeavat lapsilla kasvun ja kehittymisen vuoksi. Monet psyykenlääkkeet ovat rasvaliukoisia ja rasvakudoksen määrä vaihtelee lapsen iän ja kehityksen mukaan. Lääkemetaboliaan vaikuttaa entsyymien aktiivisuus ja veren virtaus maksassa, joten lääkkeen annostus tulee miettiä huolellisesti. Vastasyntyneen lääketabolia on hidasta kun taas leikki-iässä lääkeaine poistuu nopeammin elimistöstä. Myös lääkeaineen erittymisessä tulee huomioida lapsen ikä ja kehitysvaihe sillä esimerkiksi vastasyntyneen munuaiset toimivat heikommin kuin aikuisen, jolloin annostukseen tulee kiinnittää huomiota. Lääkehoidon aloituksesta tulee keskustella lapsen vanhempien kanssa ja erityisesti keskustella lääkehoitoon liittyvistä peloista ja käsityksistä. (Almqvist ym. 2004, 414-415.)

Ennen lääkehoidon aloittamista lapselle tulee suorittaa kliininen tutkimus, joka pitää sisällään lastenpsykiatrisen diagnoosin, neurologisen tutkimuksen ja somaattisen tutkimuksen. Verenkuva, maksan ja munuaisten toiminta on aiheellista tutkia ja mahdollisesti tehdä muita laboratoriokokeita. Lääkehoito aloitetaan pienimmällä annoksella seuraten mahdollisia sivuvaikutuksia ja toivottuja vaikutuksia. Lääkehoidon lopettaminen tulee toteuttaa annosta asteittain vähentämällä. (Almqvist ym. 2004, 415-416.)

Akuuttivaiheessa keskeistä hoidossa on oireiden poisto ja toimintakyvyn parantaminen. Jatkohoidossa keskitytään masennuksen syiden korjaamiseen ja ylläpito-hoidossa tärkein tavoite on uusien masennusjaksojen ennaltaehkäisy. Lääkkeiden käyttö masennuksen hoidossa on lisääntynyt, vaikka niitä onkin tutkittu alle murrosikäisillä vähän. SSRI-lääkkeitä eli serotoniinin takaisinoton estäjiä käytetään jonkin verran ja niitä suositellaan lähinnä vaikean masennuksen hoitoon. Lääkehoidon alkuvaiheessa lasta tulee seurata tarkasti itsemurha-alttiuden lisääntymisen vuoksi. Lääkehoito tulisi suunnitella lapsen kehitystason, iän, masennuksen vaikeusasteen sekä riski -ja suojatekijöiden mukaan. Parhaana

hoitomuotona pidetään yhdistelmähoitoa ja lapsen vanhemmat ovat mukana koko lapsen hoitajakson ajan. (Tamminen 2010, 627-633.)

5.1.2 Sairaanhoidajan rooli lääkehoidossa

Lääkehoitoon kuuluu keskeisesti asiakkaan kanssa keskusteleminen lääkkeiden käytöstä ja sen merkityksestä hoidossa. Potilasta tulee motivoida ja kertoa lääkehoidon vaikutuksista sairauden ennusteeseen sekä toipumiseen. Hoitohenkilökunnan taidot antaa tietoa potilaalle lääkehoidosta vaikuttavat merkittävästi kokonaisvaltaiseen hoitomyöntyvyyteen. Ohjauksen ja tiedon antamisen kannalta hoitajan on tärkeä osata tunnistaa eri psyykenlääkkeiden merkitys masennuksen hoidossa sekä ymmärtää niiden vaikutukset potilaassa. (Kanerva, Kuhanen, Oittinen, Schubert & Seuri 2010, 252-253.)

Lääkehoidon suunniteluun, toteuttamiseen ja seurantaan osallistuvat lapsen lisäksi lääkäri ja sairaanhoitaja sekä lapsen vanhemmat. Lääkehoidon turvallisuuden ja laadun kannalta on tärkeää, että päätöksentekoon osallistuu moniammatillinen tiimi ja informaatio kulkee eri ammattiryhmien välillä, vaikka lääkäriellä onkin kokonaisvastuu hoidosta. Sairaanhoidajan tehtäviin kuuluu lääkehoidon toteuttaminen, vaikutusten ja haittavaikutusten seuraaminen sekä lääkehoidon kirjaaminen. Näiden lisäksi tärkeää on myös potilaan ohjaaminen. Sairaanhoidajan vastuulla on raportoida hoitotiimille lääkehoidon seurannassa ilmeneviä asioita, osallistua omalta osaltaan päätöksentekoon ja antaa omaisille tietoa lääkehoidosta. (Saano & Taam- Ukkonen 2013, 19-20.)

Koska lapsen elimistö voi reagoida lääkeaineille eri tavalla kuin aikuinen ovat riskit haittavaikutuksiin, myrkytyksiin ja yhteisvaikutuksiin suuremmat. Lääkeaineesta mahdollisia haittoja tulee seurata tarkoin varsinkin, jos lapselle on määrätty hiljattain markkinoille tullutta lääkevalmistetta tai lääkeainetta, jota on tutkittu lapsilla vähän. Huomiota tulisi kiinnittää myös pitkäaikaissairaiden lasten lääkehoidossa mahdollisesti ilmeneviin ongelmiin. Tavallisimpia lääkkeen käyttöön liittyviä ongelmia ovat haittavaikutukset ja niihin liittyvät pelot, anto -ja ottovaikeudet,

lääkkeen ottamisen unohtuminen tai sen huono teho. (Saano & Taam-Ukkonen 2013,123-124.)

Lapsen lääkehoidon onnistumista edesauttaa terveydenhuollon ammattilaisen hyvät vuorovaikutustaidot, tiedot ja taidot sairauteen liittyen sekä asenteet. Lapselle pitää kertoa hänen saamastaan lääkehoidosta. Lapsi tulee ottaa mukaan lääkehoidon toteuttamiseen niin pian kuin se on mahdollista ja lääkehoitoon liittyvät ohjeet tulee antaa sekä suullisesti, että kirjallisesti lapselle ja vanhemmille. Myös vanhempia tulee opastaa lääkkeen käytössä ja antaa tietoa lääkehoitoon liittyen sekä neuvoa keneen ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa. Lääkehoidon ohjaus, joka on kohdennettu lapselle edistää lääkehoidon onnistumista ja hoitoon sitoutumista. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 124-125.)

5.2 Terapiat

Mielenterveyshäiriöiden hoidossa on paljon hyvin monenlaisia terapioiden ja niissä erilaisia suuntauksia. Jokainen terapia vaatii toteuttamista varten erillisen erityiskoulutuksen, mutta psykiatrisessa hoitotyössä voi olla nähtävissä elementtejä kaikista erilaisista terapioiden. (Punkanen 2001, 76.)

Terapian avulla lapselle annetaan mahdollisuus käsitellä negatiivisia tunnekokemuksia kuten esimerkiksi riittämättömyyden tunnetta, heikkoa itseluottamusta ja syyllisyyden tunnetta. Terapian tarkoitus on tunteiden käsittelyn lisäksi käydä läpi vallitsevia olosuhteita. Sairastumiseen liittyvät riskitekijät ja ympäristössä ilmenevät epäkohdat tulisi kartoittaa huolellisesti, jotta lapsen kokemaa kuormittumista voitaisiin ehkäistä. (Almqvist, Broberg & Tjus 2005, 259-260.)

Psykoterapia on runsaasti käytetty terapiamuoto lastenpsykiatrisessa hoidossa. Siihen kuuluvat mm. psykodynaaminen, kognitiivis-behavioraalinen yksilöterapia, perhepsykoterapia ja ryhmäpsykoterapia. Varhaislapsuuden vuorovaikutusterapia on uudempi psykoterapian muoto. (Almqvist ym. 2004, 401.)

Lasten masennuksen hoidossa ei olla voitu osoittaa minkään yksittäisen hoitomuodon olevan parempi kuin toinen. Aiheesta on tehty tutkimusta niukasti ja useat tutkimukset keskittyvät kognitiivis-behavioraalisten terapioiden vaikuttavuuteen. Kognitiivis-behavioraalisten terapioiden katsotaan olevan tehokkain hoitomuoto tämänhetkisen tutkimusnäytön valossa. Myös musiikkiterapiaa, kuvataideterapiaa ja psykodynaamista terapiaa käytetään, mutta niiden vaikuttavuudesta ei ole toistaiseksi riittävästi tutkimuksellista näyttöä. (Karlsson & Marttunen 2011, 367.)

5.2.1 Kognitiivis-behavioraalinen terapia

Kognitiivis-behavioraalista terapiamuotoa voidaan toteuttaa sekä yksilö, että ryhmämuodossa. Mitä pienemmästä lapsesta on kyse, sitä enemmän terapiassa harjoitellaan kädestä pitäen eri tilanteista selviytymistä, ja vaikeiden tilanteiden kohtaamista. Lasten kohdalla olennaista on myös vanhempien läsnäolo. Kokonaiskestoltaan käynnit ovat psykodynaamista terapiaa lyhyempiä. (Karlsson & Marttunen 2011, 367.)

Kognitiivisen yksilöterapian kohteena ovat erilaiset vääristymät lapsen kehityksessä ja toiminnassa. Teorioiden mukaan häiriöt pohjautuvat opittuihin käyttäytymismalleihin ja reaktioiden ehdollistumiseen. Terapian tarkoitus on, että lapsi nimeää ja tunnistaa kielteisiä ajatuksia ja tunteita itsessään. Pyrkimys on purkaa negatiivisia ajattelumalleja. Tämän lisäksi tarkoituksena on kehittää myös sosiaalisia ja vuorovaikutuksellisia taitoja. Ennen terapian aloitusta selvitetään, millaiset tilanteet tai kokemukset ovat häiriön pohjalla ja millainen yksilön kehitys on ollut ennen häiriön alkamista. Tätä terapiamuotoa on mahdollista käyttää kouluikäisillä lapsilla. Pienemmillä lapsilla keskitytään oppimisterapeuttisiin menetelmiin. Tämä tarkoittaa myönteisen käyttäytymisen palkitsemista ja ei-toivotun käytöksen jättämistä huomiotta. Negatiivisista ajatusmalleista pois oppimista voidaan pyrkiä hoitamaan myös erilaisten tehtävien avulla. (Almqvist ym. 2004, 410.)

5.2.2 Psykodynaaminen terapia

Psykodynaaminen yksilöterapia on psykoterapian tavallisin muoto, jonka tavoitteena on vapauttaa lapsen voimavaroja ja kykyjä, joiden käyttäminen on estynyt häiriön vuoksi. Hoidon tavoitteina on ahdistuneisuuden vähentäminen, selviytymiskeinojen parantaminen, vuorovaikutustaitojen kehittäminen, itsetunnon vahvistaminen sekä pettymysten sietokyvyn parantaminen. Lapsilla voidaan käyttää leikkiä terapian välineenä. Leikin avulla lapsi kykenee ilmaisemaan tunteitaan ja mielikuviaan. Leikki itsessään on lapselle iloa ja mielihyvää tuottavaa. Vaikeiden asioiden käsittelyssä lapset tukeutuvat leikkiin luonnostaan. (Almqvist ym. 2004, 409.)

5.2.3 Ryhmäpsykoterapia

Ryhmäterapien keskeinen ajatus on, että ryhmätilanne tarjoaa mahdollisuuden kokea ja toimia yhdessä toisten kanssa, jotka elävät samaa kehitysvaihetta. Samassa kehitysvaiheessa olevat lapset ymmärtävät toisiaan. Vaikka jokainen ryhmän jäsen on yksilönä hoidossa, ryhmä antaa terapeutin ohjauksessa jokaiselle ryhmän jäsenelle enemmän kuin pelkkä terapeutin ja yksilön välinen suhde. Leikillä on keskeinen osuus pienten lasten ryhmäterapiassa. Ryhmäterapiaa voidaan toteuttaa kognitiivisen mallin tai psykodynaamisen mallin mukaan. Keskeistä on turvallisen ilmapiirin luominen, ryhmän jäsenten tasapuolinen huomioiminen sekä tukeminen. Ryhmätilanteessa on mahdollisuus oppia uusia asioita ja ratkaisumalleja. Ryhmäpsykoterapioiden rinnalla järjestetään myös vanhempien tukiryhmiä. (Almqvist ym. 2004, 410-411.)

5.2.4 Perhetyöskentely

Perhe on aina osa lapsen hoitokokonaisuutta, sillä perhe on elinehto lapselle. Perhetyöskentelyssä erotetaan vanhempiin kohdistuvat toimet ja perheterapia toisistaan. Vanhempien ohjauksessa ja neuvonnassa keskitytään vanhempien ja lapsen väliseen suhteeseen. Keskeinen tavoite on, että vanhemmat saavuttavat ymmärryksen lapsen oireiden ja käyttäytymisen taustasta. Tämän lisäksi keskeistä on, että

vanhemmat osaavat kohdata lapsen oireet ja reaktiot asianmukaisesti. (Almqvist ym. 2004, 403.)

Perheterapiaa käytetään silloin kun lapsen psyykinen häiriö liittyy perheensisäiseen vuorovaikutuksen häiriöön. Tavoitteena on löytää perheen kanssa sellainen uusi toimintamuoto, joka korvaisi aikaisemman vallitsevan psyykkisiä oireita tuottavan tai ylläpitävän vuorovaikutus- ja toimintajärjestelmän. Sanalliset ja esineisiin liittyvät vertauskuvat, jotka ovat helposti lapsen ymmärrettävissä, ovat todettu käyttökelpoisiksi ratkaisuksi toimia. Terapiatilat tuleekin olla sellainen, jossa on runsaasti leikkikaluja, joilla on jokin symbolinen merkitys. (Almqvist ym. 2004, 404.)

Perheterapiaa varten perustetaan aina työryhmä, jossa yksi työskentelee perheen kanssa ja muut osapuolet havainnoivat terapeutin ja perheen välistä toimintaa, joko samassa huoneessa tai toisessa tilassa. Istunnon välissä saatetaan pitää neuvottelutaukoja, joissa työryhmän jäsenet kokoavat yhteen havaintoja ja näkökulmia. Neuvottelu voidaan pitää myös niin että perhe voi kuulla keskustelun. Perheterapiaa voidaan hyödyntää sekä avo, että osastohoidossa. (Almqvist ym. 2004, 404-405.)

5.3 Sairaanhoidajan rooli lapsen masennuksen hoidossa

Muuttuvat käytännöt hoidossa ja mielenterveyshoitotyön kentän laajeneminen asettavat lukuisia haasteita ja vaatimuksia hoitotyön kehittämiseksi. Hoitajalla tulee olla monipuoliset tiedot ja taidot potilaan hoidosta sekä yhteistyökykyä hoidon toteuttamisessa. Mielenterveyshoitotyön kehittämisen kannalta olennaista on myös ammattitaidon kehittäminen. Ihmissuhde -ja päätöksentekotaitojen lisäksi hoitajalta edellytetään myös tiedonhankintataitoja. Hoitajalla tulee olla käsitys tutkimusten hyödyntämisestä mielenterveyshoitotyössä sekä tietoa mielenterveyden hoitoon tähtäävistä hoitomenetelmistä. (Kanerva, Kuhanen, Oittinen, Schubert & Seuri 2010, 304-305.)

Mielenterveyshoitotyötä toteutetaan moniammatillisen työryhmän avulla, jossa jokainen työryhmän jäsen tuo potilaan hoitoon oman asiantuntijuutensa. Työtiimi koostuu tavallisesti lääkäristä, hoitajista ja erityistyöntekijöistä esimerkiksi

psykologista ja sosiaalityöntekijästä. Tavoitteena moniammatillisessa työskentelyssä on suunnitella ja toteuttaa potilaan hoitoa yhdessä potilaan kanssa. Yhteistyön avulla lisätään ymmärrystä potilaan kokonaistilanteesta ja mahdollistetaan potilaan auttaminen huomioiden yksilöllinen hoidon tarve. Kokonaisvaltainen, yksilöllinen ja potilaslähtöinen hoito voi toteutua, jos kaikilla hoitoon osallistuvilla henkilöillä on yhteinen näkemys hoidon toteuttamisesta ja sen merkityksestä. (Kanerva, Kuhanen, Oittinen, Schubert & Seuri 2010, 148-149.)

Keskeinen osa potilaan hoitoa on hoitajan ja potilaan välinen yhteistyösuhde. Sen lähtökohdana on mielenterveyden edistäminen ja hoitaminen. Yhteistyösuhteen tärkeitä elementtejä ovat vuorovaikutuksellisuus, lähellä oleminen, rohkeus, osallisuus, potilaan tarpeet sekä vastavuoroisuus. (Kanerva, Kuhanen, Oittinen, Schubert & Seuri 2010, 150-151.)

Mielenterveyshäiriöiden hoidossa ensisijaisesti hoidetaan aina lasta, mutta hoidossa on tiiviisti mukana myös lapsen perhe. Lastenpsykiatrisella osastolla hoito on vaativaa ja perustuu omahoitajuuteen. Omahoitaja ja muut aikuiset auttavat lasta tunteiden ja kokemusten käsittelemisessä. Lasta tulee kuunnella ja minäkuva vahvistaa. Sairaanhoidaja voi tukea ja auttaa lasta ja perhettä antamalla informaatiota hoitoon liittyen sekä antaa lapselle toimintamahdollisuuksia. Tärkeää on kuunnella ja olla läsnä. Myös perhettä tulee tukea ja kannustaa olemaan mukana lapsen hoidossa. Omahoitajan tehtävä on olla lapsen parissa eniten läsnä, koordinoida ja suunnitella hoitoa konkreettisesti. (Kaisvu, Storvik-Sydänmaa, Talvensaari & Uotila 2013, 284-285.) Omahoitajasuhteessa korostuvat lasten kohdalla samat elementit kuin aikuispsykiatriassakin. Huomiota tulee kuitenkin kiinnittää hoidon suunnitteluun ja toteutukseen lapsen ikätason mukaisesti. Omahoitajasuhteessa lasten kohdalla korostuu myös tiheämpi kahdenkeskinen aika verraten aikuispotilaisiin. (Punukanen 2001, 152.)

Ohjaus on keskeinen osa potilaan hoitoa ja jokaisen hoitotyöntekijän tehtävä on ohjata asiakkaita. Ohjaus toteutetaan erilaisissa ohjaustilanteissa suunnitelmallisesti osana potilaan muuta hoitoa ja siihen liittyviä toimenpiteitä. Ohjauksesta voidaan käyttää myös käsitteitä neuvonta, tiedon antaminen tai opetus. Ohjaus on rakenteeltaan suunnitelmallista ja se sisältää tiedon antamista potilaalle. Ohjaus-suhde on

luonteeltaan tasa-arvoista ja vuorovaikutuksellista. (Hirvonen, Johansson, Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta & Renfors 2007, 5, 25.) Potilaan ohjaaminen mahdollistaa ja rohkaisee potilasta osallistumaan hoidossa tapahtuvaan päätöksentekoon ja tämä edellyttää riittävää tiedon saantia. Riittävän tiedon saaminen edesauttaa myös hoitoon sitoutumista, vastuunottoa ja hoidon jatkuvuutta. Ohjauksen tarkoitus on myös lievittää potilaan kokemaa mahdollista ahdistusta ja pelkoa sairauteen liittyen. (Eloranta & Virkki 2011, 15.)

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tutkimuksen tarkoitus on kuvata miten lapsen masennus tunnistetaan, millaisia terapioita masennuksen hoidossa on käytetty sekä millaista lääkehoitoa masennuksen hoidossa on käytetty.

Tutkimuksen tavoite on tuoda näyttöön perustuvaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää ennaltaehkäisevää työtä, varhaista puuttumista ja lapsen masennuksen hoitoa.

Tutkimuskysymykset:

- 1) Miten lapsen masennus tunnistetaan?
- 2) Mitä terapiamuotoja on lapsen masennuksen hoidossa käytetty ja millaista näyttöä niiden vaikuttavuudesta on?
- 3) Millaista lääkehoitoa lasten masennuksen hoidossa on käytetty?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

7.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kirjallisuuskatsaus voidaan tutkimusmenetelmänä jakaa kolmeen eri perustyyppiin, joita ovat systemaattinen kirjallisuuskatsaus, kuvaileva kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi. Meta-analyysiä voidaan tehdä joko kvalitatiivisena tai kvantitatiivisena tutkimuksena. (Salminen 2011, 6.) Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on kehittää jo olemassa olevaa teoriaa. Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan myös arvioida teoriaa ja luoda myös uutta teoriaa. Kirjallisuuskatsauksen tehtävä on rakentaa kokonaisuutta käsiteltävästä asiakokonaisuudesta. Sen avulla voidaan myös kuvata laajasti jonkin teorian historiallista kehitystä. Käsitteenä kirjallisuuskatsaus voi olla harhaanjohtava. Pelkästä katsauksesta poiketen aihetta käsitellään analysoiden, kriittisesti ja perusteellisesti. Pelkkänä katsauksena se olisi lyhyt yhteenveto tai tiivistelmä. (Salminen 2011, 3-5.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on luonteeltaan yleiskatsaus ja yleisimmin käytetty tutkimusmenetelmä muiden kirjallisuuskatsausten joukossa. Menetelmää eivät rajaa tiukat tutkimukselliset ohjeet tai säännöt. Aineistot ovat tavallisesti laajoja ja tutkittavaa ilmiötä kuvataan laajasti. Tutkimuskysymykset ovat vapaampia verrattaen meta-analyysiin tai systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. (Salminen 2011, 6.)

Menetelmä perustuu valittuun tutkimuskysymykseen tai kysymyksiin, joihin tuotetaan laadullinen vastaus valitun aineiston perusteella. Menetelmästä voidaan erottaa neljä eri työvaihetta, jotka ovat 1) tutkimuskysymyksen muodostaminen 2), analysoitavan aineiston valinta 3) kuvailun rakentaminen sekä 4) tulosten tarkasteleminen. (Ahonen, Jääskeläinen, Kangasniemi, Liikanen, Pietilä & Utriainen 2013, 291.)

7.2 Aineiston haku ja valintaprosessi

Aineistonhakuprosessi alkoi kartoittamalla lähdemateriaalia. Alustavia hakuja tehtiin termein laps*, masen*, child*, depression*. Hakuprosessin edetessä ilmeni, että suomenkielistä materiaalia oli saatavilla niukasti. Päädyttiin hakemaan aineistoa englannin kielellä. Aineistoa haettiin kolmesta tietokannasta: PubMed, Medic ja Ebsco. Keskeiset hakusanat olivat: child*, depression*, psychotherapy*, therapy*, treatment*, pediatric* ja depressive disorder*. Aineiston haussa hyödynnettiin näiden termien yhdistelmiä. Hakutuloksia rajattiin vuosivälille 2005-2015 ja hakutuloksista hyväksyttiin julkaisut, josta oli saatavilla koko teksti. Tämän lisäksi aineisto rajattiin koskemaan lapsia.

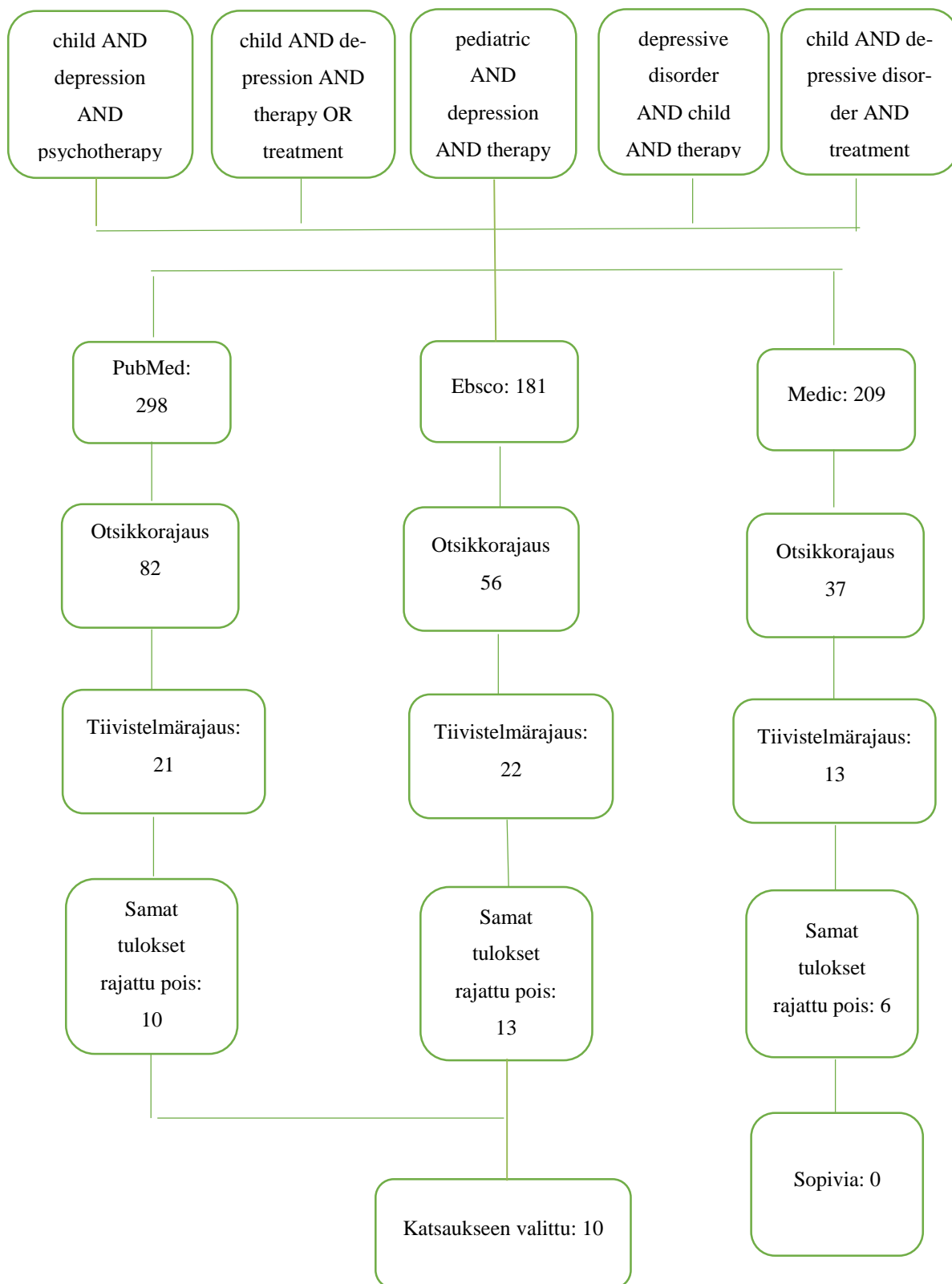
PubMedista hakutuloksia eri yhdistelmillä yhteensä 298, joista otsikon perusteella rajattiin 82. Tämän jälkeen tiivistelmän perusteella rajattiin 21. Ebscosta hakutuloksia saatiin eri yhdistelmillä 181, joista otsikon perusteella rajattiin 56 ja tiivistelmän perusteella 22. Medicistä hakutuloksia tuli 209, joista otsikon perusteella rajattiin 37 ja tiivistelmän perusteella 13. Tietokannoista tuli myös runsaasti samoja hakutuloksia, jotka rajattiin pois, jolloin PubMed tuotti 10, Ebsco 13 ja Medic 6 hakutulosta (yht 29.)

Aineiston valintaprosessissa hyödynnettiin alla mainittuja kriteerejä. Tarkempaan tarkasteluun valikoitui 29 hakutulosta. Aineiston valintaan vaikuttivat alla mainitut mukaanotto- ja poissulkukriteerit. Valintaprosessissa tutkimukseen valikoitui 10 julkaisua Ebscosta ja PubMedistä (kts. liite 1). Medicistä saadut hakutulokset eivät vastanneet riittävän hyvin mukaanottokriteerejä, joten niitä ei valittu aineistoon.

Taulukko 1: Kirjallisuuskatsauksen mukaanotto- ja poissulkukriteerit

Mukaanottokriteerit	Poissulkukriteerit
vuosiväli 2005-2015	yli 10 vuotta vanhat julkaisut
koko teksti saatavilla verkossa	koko teksti ei saatavilla
tutkimus, artikkeli, katsaus, kirjallisuuskatsaus	lyhyt lehtiartikkeli tai sisällöltään liian suppea katsaus
koskee lapsen masennuksen tunnistamista, terapioiden ja lääkehoitoa	aineisto koski pääosin jotakin muuta mielialahäiriötä
kouluikäiset ja alle kouluikäiset lapset	aineisto koski nuoria tai aikuisia

Kuvio 1: Hakusanat ja aineiston rajaus



7.3 Aineiston analysointi

Aineiston purkaminen ja analysointi tapahtui sisällön analyysiä käyttäen. Sisällön analyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan hyödyntää kvalitatiivisen tiedon analysoinnissa. Sisällön erittelyllä voidaan kuvata ja analysoida erilaisia aineistoja ja sitä on käytetty paljon hoitotieteen tutkimuksissa analyysimenetelmänä. Menetelmän avulla aineistoa on mahdollista tiivistää ja kuvata sitä yleistävästi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166.)

Sisällön analyysi koostuu analyysiyksikön valinnasta, aineistoon tutustumisesta, aineiston pelkistämisestä, luokittelusta ja tulkinnasta sekä sen luotettavuuden arvioinnista. Tavoitteena on luoda tutkittavasta ilmiöstä laaja mutta samalla tiivis kuva, jolloin syntyy käsiteluokituksia, malleja ja käsitekarttoja. Sisällön analyysi on menetelmänä haastava, sillä menetelmä on joustava, jolloin tutkijalle jää runsaasti ajatustyötä aineiston käsittelyssä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166-167.)

Sisällön analyysi voi olla joko induktiivista tai deduktiivista. Induktiivinen sisällön analyysi tarkoittaa, että sanoja luokitellaan teoreettisten merkitysten perusteella. Kategorisoitavat asiat johdetaan hankitusta aineistosta, joita valitut tutkimusongelmat ohjaavat. Induktiivisessa analyysissä on aina valmisteluvaihe, jossa valitaan analyysiyksikkö. Tämä voi olla joko teema tai yksittäinen sana, joka käsittää useita lauseita tai merkityksiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167-168.)

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa työn käsittelyosassa tarkoituksena on vastata esitettyihin tutkimuskysymyksiin ja tehdä uusia johtopäätöksiä. Käsittelyosa on laadullista kuvailua, joka on tuotettu hankitusta aineistosta. Kuvailun tarkoitus on yhdistää ja analysoida sisältöjä kriittisesti. Valitusta aineistosta luodaan jäsennetty kokonaisuus ja kuvailussa tehdään aineiston sisäistä vertailua, vahvuuksien ja heikkouksien analysointia ja päätelmiä. Aineistosta haetaan tutkimuskysymyksen kannalta olennaisia seikkoja, joita voidaan rakentaa monella eri tavalla. Ilmiötä voi tarkastella esimerkiksi luokittelemalla esille nousseet seikat teemoihin tai kategorioihin. Kuvailun esittäminen on aineistolähtöistä ja se edellyttää tutkijalta

aineiston tuntemista, syvällistä perehtymistä ja kokonaisuuden hallintaa. (Ahonen, Jääskeläinen, Kangasniemi, Liikanen, Pietilä & Utriainen 2013, 296-297.)

8 TULOKSET

8.1 Lapsen masennuksen tunnistaminen

Lapsilla tyypillisinä oireina ilmenee ärtyneisyyttä, kyvyttömyyttä tuntee mielihyvää, somaattisia vaivoja (joille ei löydetä selvää lääketieteellistä selitystä), sosiaalisista tilanteista vetäytymistä sekä levottomuutta tai ahdistuneisuutta. Pienemmät lapset saattavat kokea myös eroahdistusta. Myös käytösongelmat, keskittymisvaikeudet ja psykomotorinen levottomuus ovat tyypillisiä oireita. Joillakin lapsilla tavataan hallusinaatioita, erityisesti kuuloharhoja. Lapset kokevat usein myös syyllisyyden ja häpeän tuntemuksia. (Caetano, Kieling, Rocha & Zeni 2013, 23; Harmin & Pachler 2005, 57; Luby 2009, 1.)

Masennuksen diagnostiset kriteerit ovat samat lapsilla ja aikuisilla. Lapsilla ja aikuisilla ilmenevät oireet voivat kuitenkin poiketa toisistaan. Myös lasten ja nuorten välillä oireiden ilmenemisessä tavataan eroja. Lasten ja nuorten kohdalla diagnoosin tekeminen on haasteellista. Koska diagnostiset kriteerit ovat kehitetty alun perin aikuisille, ne sivuuttavat lukuisia kehityksellisiä eroja joita tavataan lasten, nuorten ja aikuisten välillä. DSM- IV ja ICD-10 luokitukset ovat diagnostisista kriteereistä yleisimmät. ICD-10 luokittelee masennuksen sen vaikeusasteen mukaan kolmeen luokkaan: lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan. DSM-IV kriteereissä oireita on luokiteltu eri luokkiin, viisi tai enemmän listatuista oireista tulee ilmetä kahden viikon aikana. DSM-IV-TR on tekstiversio DSM-IV luokituksesta ja mainitsee keskeisenä oireena lapsilla ärtyneisyyden. ICD-10 luokituksessa ei ole sovellettu kehityksellisiä näkökantoja kriteereihin. (Caetano ym. 2013, 23; Clark, Cloy & Jansen 2012, 445; Dolle & Schulte-Körne 2013, 855.)

Tutkimuksissa nousi esille myös tiettyjä riskitekijöitä, jotka altistavat lasta masennukselle. On arvioitu, että lapsen riski sairastua masennukseen on kolminkertainen, jos vanhemmat sairastavat masennusta. Myös lapsen perheessä olevat ongelmat saattavat altistaa lasta masennukselle sekä lapsen ja vanhemman välinen huono vuorovaikutussuhde. Näiden lisäksi myös elämässä koetut suuret menetykset tai vastoinkäymiset voivat vaikuttaa masennuksen kehittymiseen. Toisaalta myös lapsen kyvyllä käsitellä vastoinkäymisiä ja ongelmatilanteita on vaikutusta masennuksen synnyssä. Lapset, jotka sairastavat jotakin somaattista sairautta esimerkiksi astmaa tai diabetesta ovat riskiryhmässä. On myös arvioitu, että masennuksen rinnalla jopa 40-70%:lla tavataan jokin liitännäishäiriö kuten esimerkiksi ADHD tai ahdistuneisuushäiriö. (Almqvist, Anastasopoulos, Barnes, Campbell, Clemente, Grayson, Joffe, Kolaitis, Koskenranta- Aalto, Soininen, Tomaras & Tsiantis 2007, 158; Caetano ym 2013, 23; Clark, Cloy & Jansen 2012, 442; Harmin & Pachler 2005, 56.)

Taulukko 2: Lapsen masennuksen tunnistaminen

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
Lapsen masennuksen tunnistaminen	Tyypilliset oireet	-ärtyneisyys -somaattiset vaivat (ei lääketieteellistä syytä) -levottomuus, ahdistuneisuus, eroahdistus -fobiat, hallusinaatiot (erityisesti kuuloharhat) -sosiaalisista tilanteista vetäytyminen -käytösongelmat -kehitysviivästymät -keskittymisvaikeudet, psykomotorinen levottomuus -syyllisyyden ja häpeän tunteet
	Diagnostiset kriteerit	-ICD-10 -DSM-IV
	Riskitekijöitä	-vanhempien masennus -perheympäristön ongelmat -vuorovaikutusongelmat -lapset, joilla somaattinen sairaus -menetykset, vastoinkäymiset -liitännäishäiriöt (ADHD, ahdistuneisuushäiriö)

8.1.1 Tunnistamisessa hyödynnettävät menetelmät

Masennuksen tunnistamisessa keskeistä on lapsen kokonaisvaltainen arviointi. Keskeistä on luoda luottamuksellinen suhde lapseen. Perheen huomioiminen ja mukaanotto on tärkeää masennuksen ehkäisyssä, sairauden ymmärtämisessä sekä hoidossa. Arvioinnissa tulee kartoittaa olemassa olevat riskitekijät ja huomiota tulisi kiinnittää myös positiivisiin tekijöihin, joista voi olla apua myöhemmin masennuksen hoidossa. Masennuksen oireiden kartoittamisen ohella, myös mahdolliset muut häiriötilat tulee selvittää sekä huomioida mahdolliset somaattiset sairaudet. Näiden lisäksi tulee tehdä itsetuhoisten ajatusten tai käyttäytymisen arvio. Samalla selvitetään perheen historia psyykkisten sairauksien osalta sekä arvioidaan lapsen sen hetkinen mielentila. (Caetano ym. 2013, 23 ; Clark, Cloy & Jansen 2012, 444; Harmin & Pachler 2005, 56.)

Kokonaisvaltaiseen arviointiin kuuluu myös lapsen toimintakyvyn ja kehityksellisen tason tutkiminen. Tiedon kerääminen mahdollisimman monelta eri taholta (lapsi itse, vanhemmat/huoltaja, päivähoito, koulu ym.) on tärkeää. Pienemmillä lapsilla arviointiin tulee varata runsaasti aikaa. Oireiden tunnistamista varten voidaan hyödyntää esimerkiksi lapsen ja vanhemman välistä leikkiä, josta voi tehdä havaintoja. (Caetano ym. 2013, 23; Clark, Cloy & Jansen 2012, 443-444; Luby 2013, 2.)

Diagnostisen arvion voi tehdä käyttämällä strukturoituja tai puolistrukturoituja haastatteluja ja arviointimittareita. Yleisimpiä vastaanotoilla ja tutkimuksissa käytettyjä valideja ja luotettaviksi todettuja arviointimittareita ovat mm. CDI (Children's Depression Inventory), CDRS-R (Children's Depression Rating Scale-Revised) ja Reynolds Child Depression Scale. Näiden lisäksi saatavilla on myös K-SADS (The Children's Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) ja HAM-D (Hamilton Rating Scale for Depression). Arviointimittarin valinnassa tulisi huomioida potilaan ikä, lukutaito ja käytettävissä olevan ajan määrä arvioinnin suorittamiseen. (Caetano ym. 2013, 23; Clark, Cloy & Jansen 2012, 443; Harmin & Pachler 2005, 57.)

CDI on tarkoitettu tehtäväksi 7-17 vuotiaille lapsille ja nuorille. Siitä on olemassa eri versioita myös vanhemmalle, lapselle itse ja opettajalle tehtäväksi. Kliinisesti merkittävänä tuloksena pidetään 65:tä pistettä tai enemmän. Potilaan täyttämä versio koostuu 27 osasta. Mittari arvioi masennuksen oirekuvaa kuten häiriintynyttä mielialaa, alentunutta kykyä tuntea mielihyvää, kehityksellisiä toimintoja ja ihmissuhteita. CDI on testattu luotettavaksi ja on laajasti käytetty tutkimuksissa. (Clark, Cloy & Jansen 2012, 443; Harmin & Pachler 2005, 57.)

CDRS-R on 17 osainen semistrukturoitu haastattelu, joka on suunnattu tehtäväksi 6-12 vuotiaille lapsille. Kysely on tarkoitettu lääkärille tehtäväksi ja sen avulla voi varmistaa diagnoosia. Haastattelun avulla on myös mahdollisuus kartoittaa masennuksen vaikeusastetta. Ensimmäiset 14 kysymystä on suunnattu lapsen vanhemmalle tai lähisukulaiselle tehtäväksi. Loput kolme kysymystä ovat tarkoitettu lääkärille tehtäväksi. Lopullinen tulos saadaan yhteen laskemalla kysymyksistä saadut tulokset välillä 17-113. Mittarissa on dokumentoitu psykometrisiä ominaisuuksia hyvin ja se on osoittautunut hyvin luotettavaksi useissa tutkimuksissa. (Callahan, Cox, Churchill, Hetrick, Hunot, Merry & Parker 2014, 7; Harmin & Pachler 2005, 57.)

K-SADS-P on lääkärin tehtäväksi suunnattu haastattelu, joka koostuu yhdeksästä osiosta. Neljässä osiossa on lisäksi kaksi alaluokkaa, joissa on jokaisessa kolme kysymystä. Haastattelun tulokset asettuvat välille 9-56. Haastattelu kartoittaa oireita edeltävän kahden viikon ajalta ja arvioi oireita erityisesti pohjautuen DSM IV diagnostisiin kriteereihin. K-SADS-P on myös todettu erittäin luotettavaksi. HAM-D on lääkärin suorittamaksi suunnattu arviointimittari, joka koostuu 17 osasta. Arviointiskaala on nolasta kahteen tai neljään. Osiot kartoittavat masennuksen oireita edeltävän viikon ajalta. (Callahan ym. 2014, 7.)

MADRS lääkärin suoritettavaksi tarkoitettu 10 osainen arviointimittari. Kysymykset arvioivat masennuksen oireita edeltävän 3-7 päivän ajalta. Vastaukset asettuvat välille 0-7 ja maksimipistemäärä on 60. Lisäksi saatavilla on MFQ (Moods & Feelings Questionnaire), joka on 16 osainen potilaan itse tehtävä arviointimittari. Korkean tuloksen saa kahdeksalla pisteellä tai enemmän. Toisin kuin nuorilla, pienempien lasten rutiiniomaisesta seulonnasta perusterveydenhuollossa ei ole riittävästi näyttöä, jotta sitä voitaisiin suositella. Kuitenkin, jos lapsella havaitaan ainakin yksi riskitekijä,

voi seulonasta olla hyötyä. (Almqvist ym. 2007, 160 ; Callahan ym. 2014, 7; Clark, Cloy & Jansen 2012, 1.)

Lapsen toimintakyvyn arvioimiseen käytettäviä mittareita ovat esimerkiksi C-GAS (Children's Global Assessment Scale) ja DAWBA (the Development and Well-Being Assessment). C-GAS on ammattilaisen tehtäväksi tarkoitettu mittari, jossa toimintakykyä arvioidaan skaalalla 0-100. Masennuksen oireiden ja toimintakyvyn kartoittamisen lisäksi itsetuhoisten ajatusten ja itsemurha-alttiuden arvioimiseen on kehitetty arviointimittari ASQ (the Ask Suicide-Screening Questions). ASQ sisältää neljä kysymystä, jotka arvioivat itsetuhoisten ajatusten esiintymistä. Reynolds Child Depression Scale on kehitetty arvioimaan hoidon ja interventioiden tehokkuutta. (Almqvist ym. 2007, 160 ; Caetano, Kieling, Rocha & Zeni 2013, 23 ; Harmin & Pachler 2005, 57.)

Taulukko 3: Lapsen masennuksen tunnistaminen- Tunnistamisessa hyödynnettävät menetelmät

Päälouokka	Yläluokka	Alaluokka
Tunnistamisessa hyödynnettävät menetelmät	Kokonaisvaltainen arviointi	-psykiatrinen arvio lapsen oireista käyttäen arviointimittareita -arvio muista samanaikaisesti ilmenevistä häiriötiloista -riskitekijöiden kartoitus -tiedon keruu usealta eri taholta -pitkäaikainen oireiden seuranta
	Mittarit	-CDRS (Children's Depression Rating Scale) -CDI (Children's Depression Inventory) -K-SADS /The Children's Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) -HAM-D (Hamilton Rating Scale for Depression) -MFQ (Moods and Feelings Questionnaire) -MADRS (Montgomery & Åsberg Depression rating Scale) Muut: -ASQ (Ask Suicide-Screening Questions) -RCDS (Reynold's Child Depression Scale) -DAWBA (Development & Well-Being Assessment) -C-GAS (Children's Global Assessment Scale) -CGI (Clinical Global Impressions)

Taulukko 4: Arviointimittarit

Mittari	Ikäryhmä	Kuka tekee?	Osiot/kysymykset	Mitä kartoittaa
CDI	7-17 v.	lapsi, vanhempi, opettaja	lapsen täyttämässä 27	oirekuva, toiminnot, mieliala
CDRS	6-12 v.	lääkäri + vanhemmat	17, joista 14 suunnattu vanhemmille	diagnoosin varmistaminen, vaikeusaste
K-SADS-P	6-18 v.	lääkäri	9 osiota, neljässä kaksi alaluokkaa	oireiden arviointi, pohjautuen DSM IV kriteereihin
HAM-D		lääkäri	21 kysymystä	oireet (viim. 2 vko ajalta)
MADRS		lääkäri	10 osiota	oireet 3-7 pv ajalta
MFQ	8-18 v.	lapsi tai huoltaja	16 ja pidempi 33 kysymystä	oireiden kartoitus
CGI (Clinical Global Impressions)		lääkäri	2 osiota, ennen ja jälkeen hoidon	vaikeusaste ja edistyminen
Muut mittarit				
C-GAS	4-16v.	lääkäri	10 arvioitavaa kohtaa	toimintakyky
DAWBA	5-17 v.	lapsi, vanhempi, opettaja	laaja paketti, sturkturoituja ja avoimia kysymyksiä	toimintakyky, hyvinvointi, oireet ym.
ASQ		lapsi/nuori, ammattilainen	4 kysymystä	itsetuhoisuuden arviointi
RCDS	8-11 v.	lapsi itse tai lapselle luettuna	30 kysymystä	hoidon ja interventioiden tehokkuus

8.1.2 Tunnistamisessa havaittuja ongelmia

Lapsen masennuksen tunnistaminen on vaikeaa ja jää usein tunnistamatta. Ahdistuneisuus -ja mielialahäiriöt voivat tutkimusten mukaan alkaa hyvin varhaisessa vaiheessa. Lapsen kehitykselliselle tasolle sopivista hoitomuodoista on tehty tutkimusta niukasti. Oireiden tunnistamista vaikeuttaa mm. ikäryhmästä johtuvat syyt. Pienemmillä lapsilla mielialassa tavataan enemmän ajallista vaihtelua, joka vaikeuttaa masennusjakson tunnistamista. Lapsi voi myös kieltää masentuneisuuden tunteen kokonaan eikä välttämättä spontaanisti ilmaise masentunutta mielialaa. Masennukseen liittyvien tunnetilojen kuvaaminen voi olla lapselle vaikeaa. Itsetuhoiset ajatukset ja teemat ilmenevät usein lapsen leikeissä eivätkä välttämättä sanallisesti ilmaistuna. (Caetano ym. 2013, 23; Harmin & Pachler 2005, 55; Luby 2013, 1.)

Lapsilla ilmenevät oireet ovat hyvin moninaisia. Tämä vaikeuttaa osaltaan masennuksen tunnistamista. Monet tyypilliset oireet kuten ärtyneisyys ja surullisuus voivat olla havaittavissa, kuitenkin ilman muita masennuksen oireita. Masennusta voidaan alkaa epäillä jos ärtyneisyyden lisäksi havaitaan sosiaalisista tilanteista vetäytymistä, syyllisyydentuntoja, kehitysviivästymiä tai kyvyttömyyttä tuntea mielihyvää. Tyypilliset oireet ovat epäspesifejä, jolloin niitä esiintyy runsaasti myös muissa häiriötiloissa. 40-90 %:lla masentuneista lapsista tavataan myös jokin muu psykiatrinen ongelma kuten esimerkiksi ADHD tai ahdistuneisuushäiriö. Masennuksen oireet saattavat jäädä varjoon jonkin toisen häiriötilan oireiden vuoksi. (Harmin & Pachler 2005, 56; Luby 2009, 3.)

Muita syitä, jotka vaikeuttavat masennuksen tunnistamista voivat olla mm. se, että lasta hoitavat henkilöt eivät välttämättä tunnista lapsessa havaittuja muutoksia masennuksen oireiksi. Myös vanhemmat saattavat olla vähemmän tietoisia lapsensa kokemasta mielialasta. Tunnistamista hankaloittaa myös diagnostiset kriteerit, jotka ovat suunniteltu aikuisille ja sivuuttavat keskeisiä kehityksellisiä eroja, joita tavataan lasten, nuorten ja aikuisten välillä. Tulevaisuudessa on tarvetta lisäkoulutukselle, jotta terveydenhuollon ammattilaiset, kouluhenkilökunta ja lasten vanhemmat tunnistaisivat masennuksen oireita ja merkkejä mahdollisimman varhain. (Luby 2009, 3.)

Taulukko 5: Lapsen masennuksen tunnistaminen- Tunnistamisessa havaittuja ongelmia

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
Tunnistamisessa havaittuja ongelmia	Ikäryhmästä johtuvat syyt	-lapsen vaikea kuvata ja ilmaista tunnetiloja -pienillä lapsilla ajallista vaihtelua mielialassa -lapsi kieltää masentuneisuuden, ei ilmaise spontaanisti masentunutta mielialaa -itsetuhoiset ajatukset ilmenevät leikeissä, eivätkä sanallisesti ilmaistuina
	Moninaiset oireet	-ärtyneisyys on tyypillinen oire monissa eri häiriötiloissa -oireiden monimuotoisuuden vuoksi kliinisen arvion teko vaikeaa -masennuksen yhteydessä lukuisia muita oireiltaan samankaltaisia häiriötiloja (ADHD, ahdistuneisuushäiriö ym.)
	Muut	-nykyiset diagnostiset kriteerit tehty aikuisille ja sivuuttavat lukuisia kehityksellisiä eroja joita tavataan lapsilla ja nuorilla -lapsen hoitoon osallistuvat eivät tunnista havaitsemiaan muutoksia masennuksen oireiksi -lasten vanhemmat vähemmän tietoisia lapsensa kokemasta mielialasta

Tulosten pohjalta voidaan todeta, että lapsen masennuksen tunnistaminen on haasteellista ja tunnistamista vaikeuttavat monet erilaiset syyt. Tunnistamisprosessi lähtee lapsen masennuksen oireiden havainnoimisesta. Tietoa luotettavan oirekuvan kartoittamista varten kerätään usealta eri taholta. Päivähoito, koulu ja terveydenhuollon ammattilaiset ovat avainasemassa vanhempien ohella tekemässä havaintoja varhaisista oireista. Ennaltaehkäisevä näkökulma perustuu olemassa olevien riskitekijöiden tuntemiseen. Tuen tarpeessa olevan perheen tai lapsen

tunnistaminen on osa lastenneuvolan, päivähoidon, koulun ja kouluterveydenhuollon työtä. Riskitekijöiden kartoituksella voidaan myös arvioida perheen tarvitsemaa tuen tarvetta myös tulevaa hoitoa ajatellen.

Tunnistamisen apuna käytetään diagnostisia kriteerejä ja arviointimittareita. Osa arviointimittareista soveltuu myös terveydenhuollon ammattilaisen tehtäväksi, jolloin näitä on mahdollisuus käyttää esimerkiksi lastenneuvolassa tai kouluterveydenhuollossa. Osa arviointimittareista voidaan käyttää myös hoidon edistymisen arvioimiseen. Tutkimuksen tuloksena keskeiseksi osa-alueeksi muodostui myös lukuisat ongelmat masennuksen tunnistamisessa. Osa ongelmista liittyy ympäristön kykyyn havaita masennuksen oireita ja osa hyvin moninaisiin oireisiin, jotka poikkeavat aikuisten masennuksen oirekuvasta. Myös yleistyneet liitännäishäiriöt vaikeuttavat tunnistamista.

8.2 Lapsen masennuksen hoidossa käytetyt terapiat

Ensisijaiset hoitomuodot lasten masennuksen hoidossa ovat kognitiivis-behavioraalinen terapia ja interpersoonallinen psykoterapia. Lääkehoidon haitta -ja sivuvaikutuksien vuoksi terapia on aina ensisijainen hoitovaihtoehto. Hoitosuosituksia, jotka ovat tehty aikuisille, on vaikea soveltaa lasten kohdalla iän ja kehitystason vuoksi. Hoitoa suunniteltaessa tulisikin huomioida aina lapsen kehityksellinen taso, ikä, depression vaikeusaste, liitännäishäiriöt, riskikäyttäytyminen sekä perheen tarvitsema tuki. Pienemmillä lapsilla tulee suosia perheeseen kohdistuvia interventioita masennuksen hoidossa. (Caetano ym. 2013, 25; Dolle & Schulte-Körne 2013, 856.)

Kognitiivis-behavioraalista terapiaa on tutkittu eniten lasten masennuksen hoidossa interpersoonallisen psykoterapian ohella. Terapian avulla pyritään opettelemaan uusia positiivisia ajattelumalleja negatiivisten ajatusvääristymien tilalle. Samalla pyritään parantamaan potilaan ongelmanratkaisu-, selviytymis -ja kommunikaatiotaitoja. Interpersoonallisessa psykoterapiassa keskitytään ihmissuhteisiin, oireiden ja tilanteiden välisen yhteyden ymmärtämiseen ja sitä kautta ongelmanratkaisutaitojen

kehittämiseen sekä kommunikaatioitaitoihin. (Clark, Cloy & Jansen 2012, 446; Harmin & Pachler 2005, 57-58.)

Myös psykodynaamista yksilöterapiaa ja perheterapiaa on tutkittu lapsilla. Almqvist ym. (2007) vertasivat tutkimuksessa perheterapiaa ja psykodynaamista yksilöterapiaa keskenään lapsen masennuksen hoidossa. Tutkimukseen osallistui 72, 9-15 vuotiasta potilasta. Tutkimuksessa käytettiin erilaisia tunnettuja arviointimittareita kuten CDI, K-SADS, MFQ ja C-GAS. Terapiat toteutettiin 9 kuukauden aikana, joka sisälsi 8-14, 90 minuutin perheterapiaistuntoa tai 6-30, 50 minuutin yksilöterapiaistuntoa. Yksilöterapiaan valittiin satunnaisesti 35 potilasta ja perheterapiaan 37. Tuloksena 74, 3% yksilöterapiaryhmästä ei ollut enää masentunut ja perheterapiaryhmässä tulos oli 75,5 % arviointimittareilla mitattuina. Kuuden kuukauden seurannan jälkeen yksilöterapiaryhmän tulos oli 100% ja perheterapiaryhmän 81%. Tutkimuksen tulokset tukevat perheterapian ja psykodynaamisen yksilöterapian käyttöä keskivaikean tai vaikean masennuksen hoidossa lapsilla. (Almqvist ym. 2007, 159, 164.)

Pienillä lapsilla masennuksen hoidossa suositellaan lapsen ja vanhemman väliseen suhteeseen kohdistuvia interventioita. Nämä lähestymistavat keskittyvät sekä lapseen, että hoitajaan. PICT-ED (Parent Child Interaction Therapy-Emotion Development) on ainoa pienillä lapsilla empiirisesti testattu terapiamuoto. PICT:n tarkoitus on vahvistaa vanhempi-lapsi suhdetta ja ohjata vanhempaa asettamaan rajoja lapselle. Tätä kautta positiivista vanhempi-lapsi suhdetta pyritään vahvistamaan. PCIT sisältää kaksi osaa, joista toinen on suunnattu vanhemmalle (PDI=Parent Directed Interaction) ja toinen lapselle (CDI= Child Directed Interaction). PDI ohjaa vanhempaa rajojen asettamiseen positiivisella, kannustavalla asenteella. Vanhempi toimii terapeutin ohjauksessa ja terapeutti on vanhemman tukena. CDI:n tarkoitus on ohjata vanhempaa seuraamaan lapsen leikkiä, kannustamaan ja parantamaan vuorovaikutussuhdetta. (Luby 2009, 4; Luby 2013, 8.)

Terapiaan on liitetty myös ED (Emotion Development) muoto, jonka tarkoitus on auttaa lasta tunnistamaan ja ymmärtämään tunteitaan ja säätelemään niitä. ED pyrkii myös vahvistamaan positiivisia tunnekokemuksia. PCIT-ED:tä on tutkittu pienessä satunnaistetussa kontrolliryhmässä. Pienestä ryhmäkoosta huolimatta merkittävää

edistystä havaittiin lapsen kyvyssä tunnistaa tunteita, tunteiden säätelyssä sekä masennuksen oireiden lievenemisessä. (Luby 2009, 4; Luby 2013, 8.) (kts. liite 3.)

Eri terapiamuotoja lasten masennuksen hoidossa on tutkittu niukasti ja näyttöä niiden vaikuttavuudesta on saatavilla vähän. Eniten tutkittuja terapiamuotoja ovat kognitiivinen käyttäytymisterapia (CBT) ja interpersoonallinen psykoterapia (IPT). Tutkimusnäyttöä näistä terapiamuodoista on saatavilla kuitenkin lapsilla n.12 ikävuodesta alkaen ja työtä pienille lapsille sopivien hoitomuotojen kehittämiseen on tehty vähän. Alle kouluikäisten kohdalla systemaattista tutkimusnäyttöä näistä hoitomuodoista ei ole saatavilla. Kognitiivisen käyttäytymisterapian on todettu olevan tehokas lapsilla ja nuorilla. Kouluikäisillä lapsilla sitä on tutkittu pienissä koeryhmissä ja tulokset näyttävät lupaavilta. Kuitenkaan pidemmän aikavälin vaikuttavuudesta ei ole saatavilla riittävästi tutkimusnäyttöä. Terapian teho masennuksen oireisiin on kohtalainen ja akuutin vaiheen hoidossa nuorilla, sen ei olla voitu osoittaa olevan tehokkaampi kuin placebo. Lääkehoidon ja kognitiivisen käyttäytymisterapian yhdistelmä näyttää olevan tehokkaampi kuin pelkkä lääkehoito remission saavuttamisessa. (Clark, Cloy & Jansen 2012, 446; Luby 2009, 3.)

Interpersoonallista psykoterapiaa on tutkittu myös paljon satunnaistetuissa kontrolliryhmissä. Sen on todettu olevan parempi kuin verrokkiryhmä ilman terapiaa ja se on todettu myös yhtä tehokkaaksi ja joissakin tutkimuksissa tehokkaammaksi kuin kognitiivinen käyttäytymisterapia. Interpersoonallista psykoterapiaa ei olla verrattu lääkehoitoon, yhdistelmähoitoon tai placeboon. Interpersoonallisesta psykoterapiasta on saatavilla tutkimusnäyttöä lähinnä nuorilla. (Clark, Cloy & Jansen 2012, 446; Luby 2009, 3.)

Ei olla varmoja siitä, mikä hoitomuoto on tehokkain lasten masennuksen hoidossa ja kuinka hoito tulisi toteuttaa. Kaikkien psykoterapioiden on todettu vähentävän depression oireita lyhyellä aikavälillä (n. 12 vko) 6-18 vuotiailla lapsilla ja nuorilla. Kuitenkin pidemmässä seurannassa (24 kk) tulokset vaikuttavuudesta ovat jääneet epäselviksi. Cocranen tekemässä laajassa meta-analyysissä, jossa vertailtiin eri hoitomuotojen vaikuttavuutta ja turvallisuutta todettiin, ettei voida osoittaa yksittäisen hoitomuodon olevan parempi kuin toinen. Meta-analyysissä vertailtiin eri tutkimusten tulosten avulla 1) terapiamuotoja ja lääkehoitoa keskenään, 2) yhdistelmähoitoa (terapia + lääkehoito) ja lääkehoitoa 3) yhdistelmähoitoa ja pelkkää terapiaa sekä 4)

eroavatko tutkimustulokset lapsilla ja nuorilla. Tulosten perusteella ei voitu vetää selviä johtopäätöksiä siitä, mikä hoitolinja olisi tehokkain. (Caetano ym. 2013, 26 ; Dolle & Schulte- Körne 2013, 858; Callahan ym. 2014, 5, 25.) Taulukkoon 11 on koottu lapsen masennuksen hoidossa käytetyt terapiat. (kts. liite 3.)

Kirjallisuuskatsauksen tuloksena voidaan todeta, että eniten tutkittuja ja tehokkaiksi todettuja hoitomuotoja ovat CBT ja IPT. Myös perheterapiasta ja psykodynaamisesta yksilöterapiasta on saatu lupaavaa näyttöä, mutta ne vaativat vielä lisää tutkimustyötä. Ongelmana on kuitenkin puutteellinen tutkimusnäyttö pienten lasten kohdalla eivätkä kaikki terapiamuodot ole sellaisenaan soveltuvia pienille lapsille käytettäväksi. Lupaavaa näyttöä on saatu kuitenkin PCIT-terapiasta, joskin vahvaan tutkimusnäyttöön tarvitaan vielä lisää tutkimustyötä. (Almqvist ym. 2007, 165; Dolle & Schulte-Körne 2013, 856; Luby 2013, 10.)

Hoitotyön näkökulmaa tai hoitajan roolia tämän tutkimuskysymyksen kohdalla voidaan perustella monella eri tavalla. Terapiat valittiin tutkimuskysymykseksi niiden keskeisen roolin vuoksi lapsen masennuksen hoidossa. Terapioita saa antaa vain siihen erityiskoulutuksen saanut henkilö kuten psykologi. Teoriatietoon perustuen lapsen hoitaminen tapahtuu kuitenkin moniammatillisessa tiimissä kokonaisvaltaisesti. Hoitaja, ja erityisesti omahoitaja on tiiviisti tekemisissä lapsen ja tämän perheen kanssa koko hoidon ajan. Omahoitajan tehtävä on suunnitella ja koordinoida hoitoa. Tämä edellyttää perustason käsitystä lapsen masennuksen hoitomuodoista, vaikka hoitaja ei terapiaa toteutakaan. Hoidon aikana hoitaja myös ohjaa lasta ja tämän perhettä. Hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja perheen tukemisessa hoitajan tehtävä on antaa tietoa käytettävissä olevista hoitovaihtoehdoista ja niiden sisällöstä. Näin ollen tiedosta, millaisia terapioita hoidossa on mahdollista hyödyntää, auttaa hoitajaa perheen ohjaamisessa ja tukemisessa. Laadukas ohjaaminen puolestaan auttaa lasta ja perhettä hoitoon sitoutumisessa ja sairauden hallinnassa. (Eloranta & Virkki 2011, 15; Kaisvuori, Storvik-Sydänmaa, Talvensaari & Uotila 2013, 284-285; Kanerva, Kuhanen, Oittinen, Schubert & Seuri 2010, 148-149, 304-305.)

8.3 Antidepressantit lapsen masennuksen hoidossa

Lasten masennuksen hoidossa eniten tutkittuja lääkkeitä ovat fluoksetiini, sertraliini, sitalopraami ja paroksetiini. Suuressa meta-analyysissä (2,910 osallistujaa), joka koostui 13 tutkimuksesta tutkittiin antidepressanttien tehoa lapsilla ja nuorilla. Tutkimuksen tuloksena todettiin, että antidepressanteilla oli merkittävä vaste verrattuna placeboon (61% vs. 50%) masennuksen hoidossa. Kun tulokset luokiteltiin ikäryhmittäin, huomattiin, että nuorilla vaste on merkittävästi parempi verrattuna lapsiin. Nuorilla tulos oli 62% verrattuna placeboon 49%. Lasten kohdalla ei löydetty tilastollisesti merkittävää eroa placeboon ja antidepressanttien välillä (65% vs. 58%). Fluoksetiinin havaittiin kuitenkin olevan ainoa tehokas antidepressantti molemmissa ikäryhmissä. Placebo-kontrolloiduissa tutkimuksissa pelkän fluoksetiinin tehoksi on arvioitu n. 52-56%. Cocranen hiljattain tekemässä systemaattisessa katsauksessa todetaan, että lääkkeitä koskevat tutkimukset ovat keskenään hyvin erilaisia, mutta saatavilla olevan tutkimusnäytön pohjalta fluoksetiinin tulisi olla ensisijainen hoitovaihtoehto lääkehoidon osalta. (Almqvist ym. 2007, 158; Caetano ym. 2013, 26.)

Fluoksetiinin on myös todettu olevan tehokkaampi kuin placeboon relapsin ehkäisemisessä. Emslie ym. tutkivat 7-18 vuotiaita lapsia ja nuoria, jotka olivat saaneet akuuttihoitoa aikana (12vko) fluoksetiinia. Tutkittavat jaettiin jatkohoidossa kahteen ryhmään, josta osa jatkoi fluoksetiinin käyttöä ja toinen ryhmä sai placeboa. Fluoksetiiniryhmässä tutkittavilla esiintyi vähemmän relapseja kuin placebo-ryhmässä. (Carmody, Emslie, Hughes, Kennard, Mayes, Nightingale-Teresi, Rintelman, Rush & Tao 2008, 7.)

SSRI-lääkkeitä on tutkittu myös yhdistettynä kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan. TADS-tutkimuksessa (Treatment of Adolescent Depression Study 2004) fluoksetiinin havaittiin olevan tehokkaampi yhdistettynä kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan verrattuna muihin interventioihin. Yhdistelmähoito on todettu olevan tehokasta myös TORDIA-tutkimuksessa (Treatment of Resistant Depression in Adolescents 2010). Isossa Britanniassa tehdyssä ADAPT-tutkimuksessa (Antidepressant and Psychotherapy Treatment 2007) yhdistelmähoito ei kuitenkaan todettu olevan tehokkaampi verrattuna pelkkään lääkehoitoon. Tätä tulosta on perusteltu mm. tutkimusryhmällä, joiden oireet olivat vakavammat verraten TORDIA ja TADS-tutkimuksiin. (Caetano ym. 2013, 26.)

Trisyklisten masennuslääkkeiden (esim. amitriptyliini, imipramiini) käyttöä lasten masennuksen hoidossa ei suositella. Tutkimuksissa, joissa niiden tehoa on arvioitu suhteessa placeboon, ei olla saatu merkittäviä tuloksia. Trisyklisillä masennuslääkkeillä tiedetään olevan haittavaikutuksena sydänoireita, jotka voivat olla hengenvaarallisia. Myöskään MAO:n estäjiä ei suositella lapsille, sillä niistäkään ei ole niiden käyttöä tukevaa tutkimusnäyttöä. (Caetano ym. 2013, 26; Clark, Cloy & Jansen 2012, 446; Dolle & Schulte-Körne 2013, 858; Harmin & Pachler 2005, 61.)

Myös SNRI-lääkkeitä on tutkittu lasten masennuksen hoidossa. Bangs ym. (2014) tutki duloksetiinia 7-11 vuotiailla ja 12-17 vuotiailla lapsilla ja nuorilla. Osa osallistujista sai duloksetiinia, osa fluoksetiinia ja osa placeboa. Duloksetiinin ei havaittu eroavan merkittävästi placebosta. Merkitsevää tutkimuksessa oli myös se, että myöskään fuoksetiinin suhteen ei saatu merkittävää tutkimustulosta akuuttihoiton aikana (10 vko). Tämän tutkimuksen pohjalta duloksetiinia ei suositella lasten masennuksen hoidossa. Myöskään venlafaksiinin tai eri lääkeaineryhmään kuuluvan mirtatsapiinin ei olla todettu olevan tehokkaampi kuin placebo, sen sijaan niiden on havaittu lisäävän itsetuhoisia ajatuksia ja itsetuhoisuutta. (Bangs, Emslie, March, Pangallo, Parkash & Zang 2014, 170; Dolle & Schulte-Körne 2013, 858.)

Taulukko 6: Antidepressantit lapsen masennuksen hoidossa –Antidepressanttien ryhmät

Päälouokka	Yläluokka	Alaluokka
Antidepressanttien ryhmät	SSRI (selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät): fluoksetiini, paroksetiini, sertraliini, sitalopraami	-fluoksetiinia, paroksetiinia, sitalopraamia ja sertraliinia eniten tutkittu -meta-analyysin tuloksena fluoksetiini tehokkain lapsilla ja nuorilla -sertraliini ja sitalopraami toissijaisia -fluoksetiini tehokkaampi kuin placebo relapsin ehkäisyssä -fluoksetiinin teho n. 52/56 %, TADS tutkimus 60.6 % ja yhdistettynä CBT 71% -paroksetiinin ei olla osoitettu olevan tehokkaampi kuin placebo
	Yhdistelmähoito (fluoksetiini + kognitiivis-behavioraalinen terapia CBT)	-yhdistelmähoidosta jonkin verran tutkimusnäyttöä: <ul style="list-style-type: none"> • TADS tutkimus: CBT + fluoksetiini todettiin olevan tehokkaampi kuin muut interventiot • TORDIA tutkimus: yhdistelmähoito toi paremman vasteen • ADAPT tutkimus: yhdistelmähoidon ei havaittu olevan tehokkaampi kuin pelkän lääkehoidon
	Trisykliset masennuslääkkeet (esim. amitriptyliini, imipramiini)	-ei olla todettu olevan tehokkaampi kuin placebo -haittavaikutuksena sydänoireita, jotka voivat olla hengenvaarallisia yliannostuksessa -ei suositella lapsille
	SNRI (serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjät): duloksetiini, venlafaksiini	-duloksetiini ei tehokkaampi kuin placebo -venlafaksiini ei tehokkaampi kuin placebo, yhdistetty lisääntyneeseen itsetuhoisuuteen
	MAO-estäjät (monoamiini-oksidaasiestäjät)	-ei ole niiden käyttöä tukevaa tutkimusnäyttöä, ei suositella lapsille
	Muut:	-mirtatsapiinin ei olla todettu olevan tehokkaampi kuin placebo, ei suositella lapsille

Taulukko 7: Antidepressanttien teho

Lääkeaine	Julkaisu	Ikäryhmät ja osallistujat	Lääkeaineen teho	Vakavien sivuvaikutusten esiintyminen	Tehon arvioinnissa käytetyt mittarit
Fluoksetiini	Emslie ym. (1997)	96 lasta, 7-17v.	31% parantui	Ei itsetuhoisuutta tai masennuksen pahenemista	CGI, CDRS-R
	Emslie ym. (2002)	219 lasta	n. 41% saavutti remission vs. placebo 21%	Yhdellä potilaalla ilmeni levottomuutta	CGI, CDRS-R
	Lastly & March ym. (2004), TADS	439 lasta, 12-17v.	yhdistelmähoito 71%, fluoksetiini yksin 61% ja CBT yksin 43% ja placebo 35%	7%:lla itsetuhoisuutta, 4%:lla itsetuhoisuutta placeboryhmässä	CDRS-R, CGI
	Emslie ym. (2014)	117 lasta, 7-11v & 12-17v.	Ei tilastollisesti merkittävää tulosta	Kaikissa ryhmissä havaittiin itsetuhoisten ajatusten lisääntymistä	CDRS-R, C-SSRS, TEAEs
	Emslie ym. (2008)	168 lasta, 7-18v.	42%:lla uusiutui, 69,2%:lla placeboryhmästä uusiutui	Yksi keskeytti osallistumisen itsetuhoisuuden vuoksi	CGI, CDRS-R
Paroksetiini	Flinding ym. (2002)	30 lasta, 6-17v.	66% parantui	Kahdella potilaista ilmeni hypomaniaa	CDRS-R, K-SADS, HAM-D
	Keller ym. (2001)	275 lasta	63% parantui vs. imipramiini 50%, placebo 46%	Kymmenellä vakavia sivuvaikutuksia	HAM-D, K-SADS
Sertraliini	Wagner ym. (2003)	367 lasta, 6-17v.	69%:lla hoito tehosi vs. placebo 59%	3%:lla itsetuhoista käytöstä, 4%:lla levottomuutta	CDRS-R
Sitalopraami	Wagner ym. (2004)	174 lasta, 7-17v.	36%:lla hoito tehosi vs. placebo 24%	Ei vakavia sivuvaikutuksia	CDRS-R
Duloksetiini	Emslie ym. (2014)	224 lasta, 7-11v & 12-17v.	Ei tilastollisesti merkittävää tulosta	Kaikissa ryhmissä havaittiin itsetuhoisten ajatusten lisääntymistä	CDRS-R, C-SSRS, TEAEs

Lasten masennuksen hoidossa psykoterapia on aina ensisijainen ja keskeinen osa hoitoa. Vanhemmille lapsille ja nuorille, jotka sairastavat ensimmäistä masennusjaksoa suositellaan hoidoksi joko kognitiivis-behavioraalista terapiaa, interpersoonallista psykoterapiaa, fluoksetiinia tai yhdistelmähoitoa, joka koostuu fluoksetiinista ja kognitiivis-behavioraalisesta terapiasta. Kun lapsen kohdalla harkitaan lääkehoidon aloittamista, tulee arvioida mm. depression vaikeusaste, onko lääkitystä ollut aiemmin, perheen historia depression osalta ja mahdollinen vaste lääkehoitoon ja onko masennusta yritetty hoitaa psykoterapian avulla. Lääkehoitoa harkitaan mikäli muilla keinoin edistystä ei olla saatu 4-6 viikossa. Lääkehoito ensisijaisena hoitovaihtoehtona tulee kysymykseen, mikäli oireet ovat niin vakavat, että psykoterapian käyminen ei ole mahdollista, lapsella on psykooseja, masennus on krooninen ja lapsella on havaittu toistuvia masennusjaksoja. (Clark, Cloy & Jansen 2012, 446; Dolle & Schulte-Körne 2013, 856; Harmin & Pachler 2005, 59.)

Lapset reagoivat antidepressantteihin eri tavalla kuin aikuiset lääkineen tehon ja haittavaikutusten suhteen. Antidepressantit vaikuttavat aivoissa toimiviin välittäjäaineisiin ja lasten kohdalla tietyt hermoradat eivät ole välttämättä täysin kehittyneet, jolloin lääkineen vaikutus muuttuu. Lapsilla antidepressanttien käyttöä on rajoitettu niiden ongelmallisen haitta/hyöty suhteen vuoksi. Alle kouluikäisille antidepressanteja ei suositella käytettäväksi, sillä niiden turvallisuudesta ja tehosta masennuksen hoidossa ei ole riittävästi tutkimusnäyttöä. Kaikista antidepressanteista on annettu varoitus liittyen niiden haitallisiin sivuvaikutuksiin. Antidepressanttien on todettu lisäävän itsetuhoisia ajatuksia tai itsetuhoisuutta erityisesti hoidon alkuvaiheessa. Mikäli lapsen kohdalla aloitetaan lääkitys, se vaatii tarkkaa ja säännöllistä seuranta haittavaikutusten takia. Perheen tulee olla tietoinen lääkityksen hyödyistä ja haitoista sekä kiinnittää huomiota kaikenlaisiin haitallisiin ilmiöihin kuten itsetuhoisiin ajatuksiin, levottomuuteen tai masennuksen oireiden pahenemiseen. (Almqvist ym. 2007, 158; Caetano ym. 2013, 26; Clark, Cloy & Jansen 2012, 446; Dolle & Schulte-Körne 2012, 856; Harmin & Pachler 2005, 59.)

Ensisijaisia lääkevaihtoehtoja ovat SSRI-lääkkeet (serotoniinin takaisinoton estäjät). Fluoksetiinia suositellaan kahdeksasta ikävuodesta alkaen. Mikäli fluoksetiinin avulla ei saada edistystä, voidaan kokeilla sertraliinia tai sitalopraamia toissijaisina vaihtoehtoina. Lääkitys aloitetaan mahdollisimman pienellä annoksella ja annos

titrataan vasteen mukaan minimoiden haittavaikutukset. Fluoksetiinin aloitusannos on 10 mg/ pv ja se voidaan nostaa tarvittaessa 20 mg/pv. Muilla lääkeaineilla annostus on puolet aikuisten annoksesta. Trisyklisiä masennuslääkkeitä tai MAO:n estäjiä (monoamiinioksidaasiestäjät) ei suositella lasten masennuksen hoidossa. (Caetano ym. 2013, 26; Clark, Cloy & Jansen 2012, 446; Dolle & Schulte-Körne 2013, 856; Harmin & Pachler 2005, 59.)

Taulukko 8: Antidepressantit lapsen masennuksen hoidossa- Lääkehoitoa koskevat suositukset

Pääloukka	Yläluokka	Alaluokka
Lääkehoitoa koskevat suositukset	Antidepressanttien käytön ongelmat	-lapset reagoivat antidepressantteihin eri tavalla kuin aikuiset tehon ja haittavaikutusten suhteen -käyttöä rajoitettu ongelmallisen haitta/hyöty -suhteen vuoksi -alle kouluikäisille ei suositella, ei riittävästi tutkimusnäyttöä turvallisuudesta/ vaikuttavuudesta -vaatii tarkkaa seuranta hoidon alussa, ei sovellu kaikille perheille -kaikista antidepressanteista annettu varoitus:lisääntynyt riski itsetuhoisuuteen
	Lääkehoidon toteutus	-fluoksetiinin aloitusannos 10mg/pv, voidaan nostaa 20mg/pv, muissa lääkeaineissa ½ aikuisten annoksesta -aloitus mahd. pieni annos, titraus vasteen ja haittavaikutusten mukaan -SSRI-lääkkeet ensisijaisia vaihtoehtoja: fluoksetiini 8v alkaen

Kirjallisuuskatsauksen tuloksena lapsen masennuksen hoidossa käytettäviä lääkeaineita on tutkittu jonkin verran. Eniten tutkimusnäyttöä on saatu fluoksetiinista (SSRI-ryhmä) ja se on ainoa hyväksytty antidepressantti. Tutkimukset tutkivat pääasiallisesti jonkin antidepressantin tehoa verraten placeboon. Näissä tutkimuksissa huomionarvoisena voidaan pitää korkeita placebo- arvoja. Antidepressanttien tehon onkin arvoitu olevan nuorilla parempi. Lasten kohdalla näyttö on epäselvä lukuun ottamatta fluoksetiinia. Antidepressanttien käyttöön liittyy ongelmia lasten kohdalla

niiden haitta-hyötysuhteen vuoksi. Lääkkeiden käyttö masennuksen hoidossa ei ole ensisijainen vaihtoehto ja sitä toteutetaan pääasiallisesti terapian ohella. Alle kouluikäisillä lapsilla antidepressantteja ei suositella lainkaan. Jos lääkehoitoon aiotaan hoidossa ryhtyä, tulee lääkehoidon aloitusta harkita perusteellisesti huomioiden lapsen perhe päätöksentekoprosessissa. (Almqvist ym. 2007, 158; Caetano ym. 2013, 26; Harmin & Pachler 2005, 59.)

Hoitajan rooli on teorian tiedon perusteella lääkehoidossa keskeinen. Lääkäri päättää aina lääkehoidosta ja sen aloittamisesta. Sairaanhoidajan tehtävä on ohjata perhettä lääkehoidossa, seurata lääkehoidon vaikutuksia ja raportoida niistä hoitotiimille. Antidepressanttien käyttö vaatii erityistä seurantaa ja perheen ohjaamista, jotta lääkehoito olisi turvallista ja tarkoituksenmukaista. Perheen ohjaaminen erityisesti haitallisten vaikutusten osalta sekä hoitoon sitoutumisen kannalta on tärkeää. Tiedon antaminen lapsen hoidossa käytettävästä lääkkeestä, sen merkityksestä hoidossa sekä mahdollisista haittavaikutuksista kuuluu laadukkaaseen ja turvalliseen lääkehoitoon. Näin ollen hoitajan kuuluu tuntea masennuksen hoidossa käytetyt lääkeaineet ja niiden käyttötarkoitukset. (Kanerva, Kuhanen, Oittinen, Schubert & Seuri 2010, 252-253; Saano & Taam-Ukkonen 2013, 124-125.)

9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata miten lapsen masennus tunnistetaan, millaisia terapioita ja millaista lääkehoitoa lasten masennuksen hoidossa on käytetty. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa, jota voidaan hyödyntää ennaltaehkäisevän työn, varhaisen puuttumisen ja lapsen masennuksen hoidon kehittämisessä.

9.1 Tulosten tarkastelu

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tarkoituksena oli selvittää kuinka lapsen masennus tunnistetaan. Aineistossa keskeisiksi teemoiksi tunnistamisprosessissa nousivat lapsen oirekuva, diagnostiset kriteerit, riskitekijät, arviointimittarit ja tunnistamisen ongelmat. Lapsen masennuksen tunnistaminen on haastavaa ja jää usein tunnistamatta. Oirekuva on lapsilla moninainen ja eroaa aikuisten kokemista oireista. Keskeisimmät oireet ovat ärtyneisyys, somaattiset vaivat (joille ei löydy lääketieteellistä selitystä), levottomuus, sosiaalisista tilanteista vetäytyminen, käytösongelmat, kehitysviivästymät sekä syyllisyyden ja häpeän tuntemukset. Masennuksen diagnostiikassa keskeiset diagnostiset kriteerit ovat ICD-10 ja DSM IV. Lapsen tilannetta tulee arvioida kokonaisvaltaisesti ja tietoa tulisi kerätä usealta eri taholta (päiväkoti, koulu, vanhemmat, lapsi itse). Lapsen perhetilanne, perheen tuen tarve sekä lapsen kehityksellinen taso ja riskikäyttäytyminen tulee huomioida. Tunnistamisen apuna voidaan käyttää arviointimittareita, joista osa ovat suunnattuja lääkärille ja osaa voivat hyödyntää myös muut terveydenhuollon ammattilaiset. Yleisimmät aineistossa esille nousseet mittarit olivat CDI, K-SADS, CDRS-R ja CGI.

Keskeisiä tunnistamisessa esille nousseita ongelmia olivat ikäryhmästä johtuvat syyt ja moninaiset oireet. Lapsi ei välttämättä osaa ilmaista tai kuvata kokemiaan oireita. Masentunutta tunnetilaa ei välttämättä tuoda spontaanisti esille, vaan se voi ilmetä esimerkiksi leikissä. Moninaisilla oireilla tarkoitetaan oireiden epäspesifisyyttä. Ärtyneisyys keskeisenä oireena ilmenee myös muissa häiriötiloissa. Lisäksi on arvioitu että n. 40-70%:lla lapsista on myös esimerkiksi ADHD tai

ahdistuneisuushäiriö, jonka varjoon masennuksen oireet voivat piiloutua. Lasta hoitavat henkilöt eivät välttämättä tunnista masennuksen oireita eivätkä vanhemmat ole välttämättä tietoisia lapsensa kokemasta mielialasta. Aikaisemman teorian mukaan vanhemmat eivät ensisijaisesti käänny lääkärin puoleen mielenterveysongelmissa vaan hakevat apua mm. päiväkodista. Tällöin päiväkodin ja terveydenhuollon ammattilaisten tehtävänä on tunnistaa riskiryhmät, havaita oirekuvaan kuuluvat piirteet ja ohjata perhe lisätutkimuksiin. (kts. Liite 2.)

Lapsen masennuksen tunnistamisessa samoja teemoja nousi esille muissakin tutkimustöissä. Lindforsin (2011), Jääskeläisen, Pasasen ja Suomalaisen (2009) sekä Kumpulan ja Suonperän (2014) tekemissä tutkimuksissa mainittiin lapsen masennuksen oireina samoja piirteitä. Näissä tutkimuksissa korostettiin terveydenhuollon henkilöstön, päiväkodin ja koulun roolia tunnistamisessa.

Toisen tutkimuskysymyksen tarkoitus oli kuvata lapsen masennuksen hoidossa käytettyjä terapioiden ja selvittää millaista näyttöä niiden vaikuttavuudesta on. Tuloksena keskeiset terapiamuodot olivat kognitiivis-behavioraalinen terapia (CBT) ja interpersoonallinen psykoterapia (IPT). Terapiat ovat keskeinen osa hoitoa ja myös ensisijaisia hoitovaihtoehtoja. Muita terapiamuotoja olivat perheterapia, psykodynaaminen yksilöterapia sekä pienille lapsille kehitetty PCID (Parent Child Interaction Therapy).

Tutkimusnäyttöä terapioiden vaikuttavuudesta uupuu kuitenkin pienten lasten kohdalla ja interpersoonallisesta psykoterapiasta näyttöä on lähinnä nuorilla. Kognitiivis-behavioraalista terapiaa tai interpersoonallista psykoterapiaa ei myöskään voi käyttää sellaisenaan pienillä lapsilla vaan niitä tulisi soveltaa iän ja kehitystason mukaan. Pienten lasten kohdalla perheeseen kohdistuvia interventioita suositellaan. Myös perheterapiasta on saatu lupaavaa tutkimusnäyttöä. Ainoa pienillä lapsilla pienessä kontrolliryhmässä testattu terapiamuoto on PICT (Parent Child Interaction Therapy). Terapiamuodosta saatiin lupaavia tuloksia, mutta se vaatii myös lisää tutkimustyötä. Selvää johtopäätöstä siitä, mikä on tehokkain hoitomuoto, ei voida tehdä. Tämänhetkisen tutkimusnäytön valossa ensisijaisia hoitomuotoja ovat CBT, IPT tai yhdistelmähoito, joka koostuu kognitiivis-behavioraalista terapiasta ja lääkehoidosta. (kts. Liite 3.)

Esille tulleet terapiamuodot olivat verrattavissa teorian tietoon. Uutena terapiamuotona esille nousi PCIT, joskin se on pitkälle verrattavissa terapiamenetelmänä perheterapiaan. Terapiamuotojen tehon suhteen samoihin johtopäätöksiin päädyttiin aikaisemmassa teorian tiedossa. Myös Jääskeläisen, Pasasen ja Suomalaisen (2009) tutkimuksessa nostettiin esille samoja terapiamuotoja esimerkiksi perheterapia, kognitiiviset terapiat ja psykodynaaminen yksilöterapia, joskin niiden tehokkuutta masennuksen hoidossa ei tuotu tutkimuksessa esille.

Kolmannen tutkimuskysymyksen tarkoitus oli kuvata millaista lääkehoitoa lasten masennuksen hoidossa on käytetty. Tutkimuksen tuloksena saatiin eri masennuslääkkeiden ryhmiä ja tutkimuksia, joissa eri lääkeaineiden tehoa on tutkittu. Eniten näyttöä sekä lapsilla, että nuorilla on saatu fluoksetiinista. Fluoksetiini kuuluu SSRI-lääkkeiden ryhmään ja se on ainoa hyväksytty antidepressantti lapsilla. Alle kouluikäisillä antidepressanteja ei suositella käytettäväksi, koska riittävää näyttöä turvallisuudesta ja tehosta ei ole saatavilla. Lääkehoidon aloitusta tulee harkita vakavasti eikä se ole ensisijainen hoitovaihtoehto lapsilla niiden ongelmallisen haitta-hyötysuhteen vuoksi.

Antidepressanttien käytöstä on annettu varoitus niiden käyttöön liittyen. Erityisesti hoidon alkuvaiheessa ne lisäävät itsetuhoisia ajatuksia ja itsemurhariskiä. Huolellinen seuranta koko lääkehoidon ajan ja perheen ohjaaminen on keskeinen osa lääkehoitoa. Muiden antidepressanttien kohdalla riittävää tutkimusnäyttöä niiden tehosta ei ole saatu. Trisyklisiä masennuslääkkeitä, joiden teho on tunnustettu aikuisilla, ei suositella lapsille niiden haittojen ja tehottomuuden vuoksi. Sama koskee MAO:n estäjiä. Myöskään SNRI-ryhmän lääkkeisiin kuuluva duloksetiini ei ole tuloksissa eronnut merkittävästi placebosta.

Jääskeläisen, Pasasen ja Suomalaisen (2009) tutkimuksessa oli tuotu esille masennuksen hoidossa käytettyjä samoja lääkeaineryhmiä, mutta ei tuotu esille niiden käyttökelpoisuutta lapsilla tai niiden tehoa. Työssä tuotiin esille myös näkökulma, jossa lääkehoitoa tulisi harkita jo heti hoidon alkuvaiheessa. Tätä perusteltiin lääkehoidon positiivisella vaikutuksella muihin hoitomuotoihin. Tämän kirjallisuuskatsauksen tuloksena terapioiden korostettiin ensisijaisena hoitomuotona lääkeaineiden ongelmallisen haitta-hyötysuhteen vuoksi. Tämä näkemys oli yhtenäinen tutkimukseen valitussa aineistossa. (kts. Liite 4.)

9.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyyttä voidaan pitää kaiken tieteellisen toiminnan keskeisenä osana. Tutkimusetiikkaa voidaan nimittää normatiiviseksi etiikaksi sillä tutkimuksessa tulee noudattaa tiettyjä oikeiksi katsottuja sääntöjä. Hyvään eettiseen käytäntöön kuuluu, että tutkija on aidosti kiinnostunut uuden tiedon hankkimisesta ja tutkija paneutuu alaansa, jotta tuotettu tieto olisi mahdollisimman luotettavaa. Tutkijan tulee olla työssään rehellinen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211-212.)

Eettisiä kysymyksiä tutkimuksessa ovat myös tulosten sepittäminen, plagiointi, puutteellinen raportointi tai toisten tutkijoiden vähättely. Plagioinnissa on kysymys toisten tekstien suorasta lainaamista ilman lähdeviittauksia tai omien tekstien toistamisesta. Tulosten sepittäminen tarkoittaa sitä, että tutkimuksesta saadut tulokset ovat tekaistuja ilman aineistoa tai tuloksia on muutettu. Tutkimusraportissa tulee kuvata tarkasti tutkimuksen eri vaiheet. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 224-225.)

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa luotettavuus ja eettisyys ovat sidoksissa toisiinsa koko tutkimusprosessin ajan. Luotettavuutta ja eettisyyttä tukee asioiden esittäminen johdonmukaisella tavalla tutkimuskysymys kerrallaan kohti johtopäätöksiä. Luotettavuutta tukee tutkimuskysymysten esittäminen selkeästi ja perustellusti. (Ahonen, Jääskeläinen, Kangasniemi, Liikanen, Pietilä & Utriainen 2013, 297-298.)

Tutkimus toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, joka ei tutkimusmetodina vaatinut erillistä tutkimuslupa-anomusta, koska tutkimuksen kohteena eivät olleet potilaat tai esimerkiksi hoitohenkilökunta. Tutkimusprosessissa tutkija on huomionnut hyvät eettiset käytännöt työn kussakin vaiheessa. Aiheeseen perehtyminen alkoi teoreettisen tiedon hankkimisen kautta käyttäen luotettavia tietolähteitä teorian perustana. Aineiston hakuprosessi on esitelty ja havainnollistamisen avuksi tehty kuvio hakutuloksista ja hakutermeistä. Myös mukaanotto -ja poissulkukriteerit on esitetty taulukossa, jotta se olisi lukijalle selkeämpää. Kunkin tutkimuskysymyksen kohdalla aineiston tulokset on koottu erillisiksi taulukoiksi, jossa ne on esitetty tiivistetysti. Tutkimuksessa on tuotu esille tutkimuksen eri vaiheet ja pyritty

esittämään tutkimustulokset lukijalle ymmärrettävällä tavalla ja tutkimuskysymyksiä on perusteltu nojaten esitettyyn teorian tietoon.

Aineistoa lähdettiin hakemaan useasta eri tietokannasta sekä suomen, että englannin kielellä. Hakuprosessin alkuvaiheessa todettiin, että suomenkielistä aineistoa, joka vastaisi parhaiten tutkimuskysymyksiin, ei ollut juurikaan saatavilla. Joitakin suomenkielisiä lähteitä löytyi, mutta ne eivät vastanneet tarpeeksi laajasti mukaanottokriteereitä, jolloin aineisto päädyttiin hakemaan kokonaan englanninkielisenä. Tutkimusaineistoa valittaessa hakutuloksia tuli runsaasti ja suuri osa koski nuorten masennusta, synnytyksen jälkeistä masennusta tai äidin masennusta. Tutkimukseen onnistuttiin kuitenkin valitsemaan 10 parhaiten tutkimuskysymyksiin vastaavaa tutkimusta tai katsausartikkelia. Tutkimuskysymykset olivat keskenään hyvin erilaisia, joten haasteeksi osoittautui löytää lähteitä, jotka vastaisivat kaikkiin kolmeen tutkimuskysymykseen mahdollisimman kattavasti. Tutkimuskysymysten valita perustui tavoitteeseen kuvata lapsen masennusta ilmiönä laajasti sisältäen sekä tunnistamisprosessin, että käytettävissä olevat hoitomuodot. Tutkimuksessa käytetty aineisto oli melko kirjava sisältäen hyvin erityyppisiä lähteitä kuten tutkimuksia ja katsausartikkeleja. Sisällöltään ne kuitenkin vastasivat laajasti mukaanottokriteereitä, työn tavoitetta sekä ne vastasivat tutkimuskysymyksiin.

Aineiston analyysivaiheessa haasteena oli tiedon kokoaminen ja ryhmitteleminen. Ennen tulosten esittelyä päädyttiin kokoamaan kaikki tieto kyseisestä tutkimuskysymyksestä ja ryhmittelemään ne taulukkoon omiksi luokikseen, joka helpotti myös tulosten kokoamista. Tutkimusaineisto vastasi tutkimuskysymyksiin hyvin. Yhtenä puutteena aineistossa oli kuitenkin vähäinen hoitotyön näkökulma. Toisaalta tutkimuskohteena eivät olleet hoitotyön toiminnot, joten haettu aineisto vastasi valittuihin tutkimuskysymyksiin.

Hoitotyön näkökulmasta jokaisen tutkimuskysymyksen kohdalla saatu tieto tuki tutkijan omaa ammatillista kehittymistä opinnäytetyöprosessissa. Teoriatietoon nojautuen tutkimuksesta saatu tieto on tarpeellista ja perusteltavissa hoitajan roolin osalta lapsen masennuksen hoidossa. Tunnistamisen osalta (oirekuva, mittarit, tunnistamisprosessi, tunnistamisen ongelmat) hoitajan rooli on keskeinen. Tietämys sairauden oireista ja riskitekijöistä kuuluu hoitotyön asiantuntijuuteen. Hoitaja voi olla

myös perheen ensimmäinen kontakti lapsen ongelmissa. Näin ollen tieto masennuksen tunnistamisesta on tärkeää, jotta lapsen masennus tunnistetaan ajoissa. Terapioiden osalta hoitomenetelmien tunteminen hoidon suunnittelussa, päätöksenteossa ja perheen ohjaamisessa on välttämätöntä. Lääkehoito on keskeinen osa sairaanhoitajan koulutusta ja vaatii erityisosaamista. Lapsen lääkehoidossa osallisena on myös lapsen perhe. Perheen ohjaaminen lääkehoidossa on välttämätöntä hoitoon sitoutumisen ja turvallisuuden vuoksi. Näin ollen sairaanhoitajan tulee tietää lapsen masennuksen hoidossa käytetyt lääkeaineet, käyttöaiheet sekä haitta- ja yhteisvaikutukset, jotta ohjaaminen olisi mahdollista.

Tutkimusprosessi oli haastava, mutta antoisa. Kuvailuvan kirjallisuuskatsauksen tekeminen oli metodina vaikea, mutta toteutettavissa. Haasteita olivat tutkimuskysymysten valinta, aineiston käsittely ja niiden tarkasteleminen johdonmukaisesti ja perustellusti. Tutkimustyö on antanut lisää ammatillisia valmiuksia toimia psykiatristen potilaiden kanssa ja tukenut ammatillista kasvua.

9.3 Jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuksen tulosten perusteella lapsen masennus jää usein tunnistamatta ja tunnistaminen on haastavaa. Ennaltaehkäisyn näkökulmasta keinoja lapsen masennuksen varhaiseen tunnistamiseen tulisi kehittää. Tietoa varhaisista ja tyypillisistä oireista tulisi antaa vanhemmille, koulun ja päiväkodin henkilöstölle. Tutkimuksessa esitetyt arviointimittarit olivat suurimmaksi osaksi lääkäreille suunnattuja. Varhaisen tunnistamisen kehittämiseksi tarvetta olisi myös sellaisille arviointimittareille, jotka olisivat suunnattuja hoitotyön ammattilaisten lisäksi myös päiväkodin ja koulun henkilöstölle. Samoin tietoa tulisi lisätä masennuksen riskitekijöistä ja syistä miksi lapsen masennus jää usein tunnistamatta.

Keskeisenä ongelmana tutkimuksessa nousi esille myös puutteellinen näyttö tehokkaista hoitomuodoista pienillä lapsilla. Nuorilla erilaisten terapioiden ja lääkehoidon tehosta on saatavilla tutkimusnäyttöä, mutta lisätutkimusta lapsilla tarvitaan, jotta lasten masennusta voitaisiin hoitaa mahdollisimman tehokkaasti ja turvallisesti. Terapioiden osalta tutkimusnäyttöä on pienillä lapsilla niukasti ja tämä on merkittävä ongelma kun on havaittu, että lapsen masennus voi kehittyä jo hyvin

varhaisessa vaiheessa. Edelleen ollaan epävarmoja tehokkaiden hoitovaihtoehtojen suhteen ja kuinka hoito tulisi toteuttaa.

Lääkehoidon osalta saatu näyttö antidepressanttien tehosta on epäselvä etenkin lasten kohdalla. Näin ollen turvallisuuden ja tehon suhteen tutkimusnäyttöä kaivataan lisää. Lääkehoidon toteutus vaatii tarkkaa seuranta ja perheen ohjausta eikä kaikkien perheiden kohdalla lääkehoitoa ei ole mahdollista toteuttaa välttämättä avohoidossa. Tiedon lisääminen käytettävistä lääkeaineista, erityisesti hoidon alkuvaiheessa parantaisi hoidon turvallisuutta ja hoitoon sitoutumista. Hoitohenkilökunnan lisäksi myös koulun henkilökunnalle voisi olla hyödyllistä tietää, millaisia asioita lapsesta tulisi hoidon aikana seurata. Tämä lisäisi myös turvallisuutta. Samoin vanhemmille ja etenkin lapselle suunnattua ohjausta voisi kehittää.

LÄHTEET

- Ahonen, S.M., Jääskeläinen, P., Kangasniemi, M., Liikanen, E., Pietilä, A.M. & Utriainen, K. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 4, 291. Viitattu: 9.4.2015.
https://moodle2.samk.fi/pluginfile.php/114655/mod_resource/content/1/Hoitotiede_2013_Kuvaileva_kirjallisuuskatsaus.pdf
- Almqvist, A., Broberg, A. & Tjus, T. 2005. *Kliininen lapsipsykologia*. Helsinki: Edita.
- Almqvist, F., Kumpulainen, K., Moilanen, I., Piha, J., Räsänen, E. & Tamminen, T. 2004. *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Borg, A-M. 2011. Vahvuudet ja vaikeudet kysely. Teoksessa *terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa- Menetelmäkäsikirja*. THL. Viitattu: 25.9.2015.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80364/Opas14_2011.pdf?sequence=3
- Borg, A-M. & Kaukonen, P. 2011. Lapsen psykososiaalisen kehityksen arviointimenetelmä, LAPS-lomake. Teoksessa *terveystarkastuksen lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa- Menetelmäkäsikirja*. THL. Viitattu: 25.9.2015.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80364/Opas14_2011.pdf?sequence=3
- Borg, A-M. & Kaukonen, P. 2011. Työntekijän arvio lapsen ja vanhemman välisestä vuorovaikutuksesta. Teoksessa *terveystarkastuksen lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa- Menetelmäkäsikirja*. THL. Viitattu: 25.9.2015.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80364/Opas14_2011.pdf?sequence=3
- Borg, A.M., Kaukonen, P., Laatikainen, T. & Mäki, P. 2011. Lapsen oireiden selvittäminen. Teoksessa *terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa- Menetelmäkäsikirja*. THL. Viitattu 25.9.2015.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80364/Opas14_2011.pdf?sequence=3
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. *Ohjaus hoitotyössä*. Helsinki: Tammi.
- Hastrup, A. & Puura, K. 2011. Varhaista vuorovaikutusta tukeva haastattelu, VaVu. Teoksessa *terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa- Menetelmäkäsikirja*. THL. Viitattu: 1.6.2015.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80364/Opas14_2011.pdf?sequence=3
- Hirvonen, E., Johansson, K., Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M. & Renfors, T. 2007. *Ohjaaminen hoitotyössä*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Huhtanen, K. 2007. *Kun huoli herää. Varhainen puuttuminen koulussa*. Jyväskylä: Juva
- Isometsä, E. 2014. *Psykiatria. Depression ja masennuksen käsitteet*. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu: 29.12.2014.
http://www.terveysportti.fi.lillukka.samk.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04497&p_selaus=16597
- Juutilainen, K. & Sarkkinen, M. 2011. *Äidin masennuksen vaikutus vauvaan*. Teoksessa *Masennus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Jääskeläinen, N., Pasanen, A. & Suomalainen, M. 2009. Lapsen masennus. Alakouluikäisen lapsen oireiden tunnistaminen, hoito ja ohjaus. AMK-opinnäytetyö. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Viitattu: 23.3.2016. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200906244039>

Kaisvuo, T., Srörvik-Sydänmaa, S., Talvensaari, H. & Uotila, N. 2013. Lasten ja nuorten hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kalland, M. & Sinkkonen, J. 2011. Varhaislapsuuden tunnesiteet. Helsinki: WSOY pro Oy

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

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Karlsson, L. & Marttunen, M. 2011. Teoksessa Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Kumpula, E. & Suonperä, L. 2014. Masentuneen 0-6-vuotiaan lapsen ominaispiirteet. AMK-opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu: 23.3.2016. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201401171504>

Kumpulainen, K. & Talka, A-K. 2015. Akuutisti osastohoitoon ohjattujen lasten psyykenläähehoito. Lääkärilehti 2, 33-35. Viitattu: 25.9.2015. <http://www.fimnet.fi.lillukka.samk.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000042274>

Linfors, S. 2011. Lapsikin voi olla masentunut. Alle kouluikäisen lapsen masennus. AMK-opinnäytetyö. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Viitattu: 23.3.2016. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201103153186>

Manninen, H. 2008. Vanhemman vakava sairaus on yksi lapsen psyykkisen kehityksen riskitekijä. Suomen Lääkärilehti. 22, 2047-2053. Viitattu: 30.12.2014. http://www.terveysportti.fi.lillukka.samk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00804&p_haku=laps*%20masen*

Mustonen, K. 2011. Vauvan neurologisen ja psyykkisen kehityksen arviointimenetelmä, Vane-psy. Teoksessa terveystarkastuksen lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa- Menetelmäkäsikirja. THL. Viitattu: 25.9.2015. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80364/Opas14_2011.pdf?sequence=3

Pesonen, A-K. 2010. Varhainen vuorovaikutus on suotuisan psyykkisen kehityksen edellytys. 5, 515-520. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu: 10.11.2014. http://www.terveysportti.fi.lillukka.samk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo98656&p_haku=varhainen%20vuorovaikutus

Punkanen, T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Helsinki: Tammi.

Puura, K. 2013. Lapsen masennus. Lääkärin käsikirja. Viitattu: 29.12.2014. http://www.terveysportti.fi.lillukka.samk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00804&p_haku=laps*%20masen

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2013. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? – Johdatus kirjallisuuskatsausten tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Viitattu: 9.4.2015.
http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tueksi. Opas työntekijöille. Helsinki: Edita Prima Oy.

Tamminen, T. 2010. Lapsen masennus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 6, 627-622. Viitattu 3.11.2014.
http://www.terveysportti.fi/lillukka.samk.fi/terveysportti/haku.koti?p_db=tp&p_haku=laps*+masen*

THL www-sivut. Huolen vyöhykkeistö. Viitattu: 8.10.2014.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/menetelmat/verkostodialogiset_menetelmat/huolen_vyohykeisto

THL. Terveystarkastuksen lastenneuvolassa- ja kouluterveydenhuollossa. Menetelmäkäsikirja. 2011. Viitattu: 31.5.2015.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80364/Opas14_2011.pdf?sequence=3

Kirjallisuuskatsaukseen valittu aineisto:

Almqvist, F., Anastasopoulos, D., Barnes, J., Cambell, J., Clemente, C., Grayson, K., Joffe, I., Kolaitis, G., Koskenranta-Aalto, U., Soininen, M., Tomaras, V., Tsiantis, J. & Trowell, J. 2007. Childhood depression: a place for psychotherapy. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 16, 157-167. Viitattu: 14.12.2015.
<https://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c7aab6cf-c790-4681-8d75-fcefc6657d07%40sessionmgr4003&vid=0&hid=4101&preview=false>

Bangs, M., Emslie, G., March, J., Pangallo, B., Prakash, A. & Zhang, Q. 2014. A Double-Blind Efficacy and Safety Study of Duloxetine Fixed Doses in Children and Adolescents with Major Depressive Disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 4, 170-179. Viitattu: 3.3.16. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4026396/>

Caetano, S., Kieling, C., Rocha, T. & Zeni, C. 2013. Mood disorders in childhood and adolescence. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 35, 22-31. Viitattu: 9.12.2015.
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462013000500004&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Callahan, P., Cox, G., Churchill, R., Hetrick, S., Hunot, V., Merry, S. & Parker, A. 2014. Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. *The Cochrane Collaboration*. Viitattu: 9.12.2015.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008324.pub3/epdf>

Carmody, T., Emslie, G., Hughes, C., Kennard, B., Mayes, T., Nightingale-Teresi, J., Rintelmann, J., Rush, A. & Tao, R. 2008. Fluoxetine Versus Placebo in Preventing Relapse of Major Depression in Children and Adolescents. *Am J Psychiatry* 4, 459-467. Viitattu: 3.3.16.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2824429/>

Clark, M., Cloy, J. & Jansen K. Treatment of Childhood and Adolescent Depression. 2012. *American Family Physician* 5, 442-447. Viitattu: 9.12.2015.
<http://www.aafp.org/afp/2012/0901/p442.html>

Dolle, K. & Schulte-Körne, G. 2013. The Treatment of Depressive Disorders in Children and Adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International* 50,854-860. Viitattu: 3.3.16.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3888928/>

Harmin, V. & Pachler, M. 2005. Child & Adolescent Depression. Review of the Latest Evidence-Based Treatments. *Journal of Psychosocial Nursing* 1, 54-61. Viitattu: 9.12.2015.
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2005095238&authtype=sso&custid=s4778301&scope=site>

Lyby, J. 2009. Early Childhood Depression. *Am J Psychiatry* 9, 974-979. Viitattu: 9.12.2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3184299/>

Luby, J. 2013. Treatment of Anxiety and Depression in the Preschool Period. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 4, 346-358. Viitattu: 15.12.2015.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3640809/>

LIITE 1

Taulukko 9: Kirjallisuuskatsaukseen valittu aineisto (10kpl)

Tutkimuksen nimi, vuosi, tekijä	Almqvist. ym. (2007) Childhood depression: a place for psychotherapy	Tutkia kahden terapianuodon tehokkuutta lasten masennuksen hoidossa (perheterapia ja psykodynaaminen yksilöterapia)	Aineisto ja menetelmät 72 potilasta 9-15 v. (keskimääräinen ikä 12v.) Arviointimitarit: CDI, K-SADS, MFQ, C-GAS	Tulokset ja johtopäätökset -Molemmat terapianuodot tehokkaita -tarvitaan lisää tutkimusta näiden käytöstä
Bangs ym. (2013) A Double-Blind Efficacy and Safety Study of Duloxetine Fixed Doses in Children and Adolescents with Major Depressive Disorder	Tutkia duloksetiinin tehoa ja turvallisuutta lasten masennuksen hoidossa verrattuna placeboon ja fluoksetiiniin	463 potilasta 7-11v, ja 12-17v. Arviointimitarit: CDRS-R, C-SSRS, TEAEs	-Kunmastakaan lääkkeestä (duloksetiini ja fluoksetiini) ei saatu merkittäviä tuloksia verrattuna placeboon -duloksetiinia ei suositella lasten masennuksen hoidossa	
Caetano, S., Kieling, C., Rocha, T. & Zeni, C. (2013) Mood disorders in childhood and adolescence	Tuoda tietoa lasten masennuksen kliinistä kuvaa, epidemiologiaa, diagnostiikkaa ja hoitoa	Katsausartikkeli: käsittelee lapsen masennuksen oirekuvaa, epidemiologiaa, diagnostiikkaa ja hoitoa	-Varhaisen tunnistamisen avulla voidaan ehkäistä myöhemmin seuraavia ongelmia jos masennusta ei hoideta -ehkäiseviä menetelmiä riskiryhmille tulisi tutkia tulevaisuudessa	
Callahan ym. (2014) Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in Children and Adolescents. The Cochrane Collaboration.	Arvioida terapioiden ja lääkehoidon vaikuttavuutta lasten masennuksen hoidossa yksin/yhdistelmähoitona	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus: tutkimukset joissa osallistujat 6-18v. 11 tutkimusta, yht 1307 potilasta	Ei voida vetää johtopäätöstä siitä onko psykoterapia, lääkehoito vai niiden yhdistelmä tehokkain hoito lasten masennuksen hoidossa	

Nimi, vuosi, tekijä	Tarkoitus	Miten tutkittiin?	Tulokset ja johtopäätökset
Carmody ym. (2008) Fluoxetine Versus Placebo in Preventing Relapse of Major Depression in Children and Adolescents.	Tutkia fluoksetiinin tehoa relapsin ehkäisyssä lasten masennuksen hoidossa	168 potilaasta valikoitui jatkohoitoon 102 (N=50 fluoksetiini ja N= 52 placebo) 7-18 v. Arvioinnittarit: CDRS-R	-Fluoksetiinia saaneiden ryhmässä oli vähemmän relapseja kuin placeboryhmässä -relapsi tapahtui placeboryhmässä nopeammin kuin fluoksetiiniyryhmässä
Clark, M., Cloy, J. & Jan- sen, K. (2012) Treatment of Childhood And Adolescent Depres- sion.	Tuoda tietoa lasten masennuksen oirekuvasta, diagnostikasta ja hoitomuodoista	Kirjallisuuskatsaus: tietoa haettiin 9 tietokannasta: (katsauksia, meta-analyysyjä, satunnaistettuja kontrolliryhmiä ja kliinisiä tutkimuksia)	-Lasten kokemat oireet erilaisia kuin aikuisilla -hoito koostuu psykoterapiasta, lääkehoidosta tai näiden yhdistelmästä -depression vaikeusasteesta riippuen -fluoksetiini on tehokkain antidepressantti
Dolle, K. & Schulte- Körne, G. (2013) The treatment of depressive disorders in children and adolescents	Tuoda tietoa lasten masennuksen hoitomuodoista, hoidon toteuttamisesta ja hoitomuodon valinnasta	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus: 468 tutkimusta Ikäryhmä: 3-18v.	-Näyttöä lasten kohdalla hoitomuodoista ei ole riittävästi -hoitona vanhemmille lapsille CBT, IPT, fluoksetiini tai yhdistelmähoito (CBT+fluoksetiini)
Harmin, V. & Pachler, M. (2005) Child & Adolescent Depression. Review of the latest evidence-Based Treatments	Tuoda tietoa lasten masennuksen epidemiologiasta, arvioinnittareista, riskitekijöistä, terapioiden ja lääkehoidon tutkimuksista	Katsausartikkeli: käsittelee oirekuvaa, arvioinnittareita, terapiota ja lääkohoitoa	-Lapset voivat kokea erilaisia masennuksen oireita kuin aikuiset -psykiatrisessa arviointi: arvioinnittarit, riskitekijät, liittämäishäiriöt -CBT ja IPT ensisijaisia -SSRI lääkkeet voivat olla osa hoitoa

Nimi, Vuosi, Tekijä	Tarkoitus	Miten tutkittiin?	Tulokset ja johtopäätökset
Luby, J. (2009) Early Childhood Depression.	Tuoda tietoa diagnostikan ongelmista, oirekuvasta ja tutkista PCT ja hoitomuodosta	Katsausartikkeli: käsittelee tunnistamista, oirekuvaa ja PCT-terapiamuotoa	-SSRI lääkkeet eivät ole ensisijaisia hoitovaihtoehtoja alle kouluikäisillä -vuorovaikutukselliset interventiot, perheeseen kohdistuvat suositeltuja pienille lapsille hoitomuodoiksi
Luby, J. (2013) Treatment of Anxiety and Depression in the Preschool Period.	Tuoda tietoa psykoterapeuttisista hoidoista alle kouluikäisillä lapsilla	Kirjallisuuskatsaus: 10 tutkimusta: tutkimusten osallistujat yht. 539. alle kouluikäiset lapset	-PCT-terapiamuoto vaikuttaa lupaavalta lasten masennuksen hoidossa -alle kouluikäisillä terapeutoista tutkimusta vähän -iälle ja kehitykselle sopivia hoitomuotoja tulisi kokeilla ensisijaisina

LIITE 2

Taulukko 10: Lapsen masennuksen tunnistaminen

Pääloukka	Yläluokka	Alaluokka
Lapsen masennuksen tunnistaminen	Tyypilliset oireet	-ärtyneisyys -somaattiset vaivat (ei lääketieteellistä syytä) -levottomuus, ahdistuneisuus, eroahdistus -fobiat, hallusinaatiot (erityisesti kuuloharhat) -sosiaalisista tilanteista vetäytyminen -käytösongelmat -kehitysviivästymät -keskittymisvaikeudet, psykomotorinen levottomuus -syyllisyyden ja häpeän tunteukset
	Diagnostiset kriteerit	ICD-10 DSM-IV
	Riskitekijöitä	-vanhempien masennus -perheympäristön ongelmat -vuorovaikutusongelmat -lapset, joilla somaattinen sairaus -menetykset, vastoinkäymiset -liitännäishäiriöt (ADHD, ahdistuneisuushäiriö)
Tunnistamisessa hyödynnettävät menetelmät	Arvioinnin sisältö	-psykiatrinen arvio lapsen oireista käyttäen arviointimittareita -arvio muista samanaikaisesti ilmenevistä häiriötiloista -riskitekijöiden kartoitus -tiedon keruu usealta eri taholta -pitkäaikainen oireiden seuranta
	Mittarit	-CDRS(Children´s Depression Rating Scale) -CDI (Children´s Depression Inventory) -K-SADS (The Children´s Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) -HAM-D (Hamilton Rating Scale for Depression) -MFQ (Moods & Feelings Questionnaire) -MADRS (Montgomery & Åsberg Depression rating Scale)

		<p>Muut:</p> <ul style="list-style-type: none"> -ASQ (Ask Suicide-Screening Questions) -RCDS (Reynold´s Child Depression Scale) -DAWBA (Development & Well-Being Assessment) -C-GAS (Children´s Global Assessment Scale) -CGI (Clinical Global Impressions)
Tunnistamisessa havaittuja ongelmia	Ikäryhmästä johtuvat	<ul style="list-style-type: none"> -lapsen voi olla vaikea kuvata ja ilmaista tunnetiloja -pienillä lapsilla enemmän ajallista vaihtelua mielialassa -lapsi voi kieltää masentuneisuuden, eikä välttämättä ilmaise spontaanisti masentunutta mielialaa -itsetuhoiset ajatukset ilmenevät usein leikeissä, eivätkä välttämättä sanallisesti ilmaistuina
	Moninaiset oireet	<ul style="list-style-type: none"> -ärtyneisyys on tyypillinen oire monissa eri häiriötiloissa -oireiden monimuotoisuuden vuoksi kliinisen arvion tekeminen vaikeaa -masennuksen yhteydessä ilmenee lukuisia muita oireiltaan samankaltaisia häiriötiloja (ADHD, ahdistuneisuushäiriö ym.)
	Muut	<ul style="list-style-type: none"> -nykyiset diagnostiset kriteerit ovat tehty aikuisille ja sivuuttavat lukuisia kehityksellisiä eroja, joita tavataan lapsilla ja nuorilla -lapsen hoitoon osallistuvat henkilöt eivät välttämättä raportoi havaitsemiaan muutoksia masennuksen oireiksi -lasten vanhemmat voivat olla vähemmän tietoisia lapsensa kokemasta mielialasta

LIITE 3

Taulukko 11: Lapsen masennuksen hoidossa käytetyt terapiat

Terapiamuodot	Terapioiden sisältö	Terapioiden teho	Muuta
CBT (Cognitive Behavioral Therapy) = Kognitiivis-behavioraalinen terapia	-ongelmaratkaisutaidot -kommunikaatioaidot -ajatusväitistymien purkaminen, positiiviset ajatusmallit -selvitysmiskeinot	-eniten tutkittu terapiamuoto -todettu tehokkaaksi lapsilla ja nuorilla -teho keskiveroinen, akuutin vaiheen hoidossa ei voitu osoittaa tehokkaammaksi kuin placebo -CBT + fluoksetiini tehokkaampi kuin lääkehoito yksin	-laajassa meta-analyysissä tuloksena: vaikea osoittaa yhdenkään hoitomuodon olevan parempi kuin toinen -psykoterapioiden on todettu vähentävän masennuksen oireita lyhyellä aikavälillä (12vko), pidemmässä seurannassa tulokset jääneet epäselviksi -ei olla varmoja siitä, mikä hoitomuoto olisi tehokkain ja kuinka hoito tulisi suunnitella lapsille sopivien hoitomuotojen kehittämisessä tehty vähän työtä -hoitomuotoja lapsilla tutkittu niukasti, näyttöä saatavilla paljon nuorten kohdalla -alle kouluikäisillä ei saatavilla systemaattista tutkimusta hoitomuodoista -ei selvää mallia pitkällä aikavälillä vaikuttavista hoitomuodoista -tarvitaan lisää tutkimusta terapioidista ja lääkehoidosta pienillä lapsilla
IPT (Interpersonal Psychotherapy) = Interpersonaalinen psykoterapia	-ihmissuhteet -ongelmien ymmärtäminen ja ongelmanratkaisu -kommunikaatioaidot -oireiden ja tilanteiden välinen yhteys	-toinen eniten tutkittu terapiamuoto CBT:n rinnalla -ei olla verrattu lääkehoitoon/ yhdistelmään/ placeboon -parempi kuin ”wait list control group”, ja todettu yht tehokkaaksi tai joissakin tehokkaammaksi kuin CBT	
Individual Psychotherapy = Psykodynaaminen yksilöterapia	-läheiset ihmissuhteet -stressitekijät	-Almqvist ym. (2007) vertaili tutkimuksessa Psykodynaamista yksilöterapiaa ja perheterapiaa: Psykodynaamisen yksilöterapian teho 74,3 % potilaista saavutti remission, 6kk seurannassa 100%	
FT (Integrative Family Therapy) ”Family Therapy” = Perheterapia	-perheessä olevat ongelmat -stressitekijät	-Almqvist ym. (2007) vertaili tutkimuksessa perheterapiaa ja Psykodynaamista yksilöterapiaa: Perheterapia teho 75,5 % potilaista saavutti remission, 6 kk seurannassa 81%	
PICT-ED = Parent Child Interaction Therapy- Emotion Development	-vanhempi-lapsi suhteen parantaminen -ED auttaa lasta tunnistamaan ja käsittelemään tunteita -vanhempi toimii terapeutin ohjauksessa	-ainut empiirisesti tutkittu hoitomuoto pienillä lapsilla -positiivisia tuloksia verrokkiryhmään verraten: oireiden väheneminen, lapsen kyky tunnistamisessa ja hallinnassa parani -vaatii lisää tutkimustyötä	

LIITE 4

Taulukko 12: Antidepressantit lapsen masennuksen hoidossa

Päälouokka	Yläluokka	Alaluokka
Antidepressanttien teho ja tutkimusnäyttö	SSRI (selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät): fluoksetiini, paroksetiini, sertraliini, sitalopraami	-fluoksetiinia, paroksetiinia, sitalopraamia ja sertraliinia eniten tutkittu -meta-analyysin tuloksena fluoksetiini tehokkain lapsilla ja nuorilla -sertraliini ja sitalopraami toissijaisia -fluoksetiini tehokkaampi kuin placebo relapsin ehkäisyssä -fluoksetiinin teho n. 52/56 % , TADS tutkimus 60.6 % ja yhdistettynä CBT 71% -paroksetiinin ei olla osoitettu olevan tehokkaampi kuin placebo
	Yhdistelmähoito (fluoksetiini + kognitiivis-behavioraalinen terapia CBT)	-yhdistelmähoidosta jonkin verran tutkimusnäyttöä: TADS tutkimus: CBT + fluoksetiini todettiin olevan tehokkaampi kuin muut interventiot TORDIA tutkimus: yhdistelmähoito toi paremman vasteen ADAPT tutkimus: yhdistelmähoidon ei havaittu olevan tehokkaampi kuin pelkän lääkehoidon
	Trisykliset masennuslääkkeet (esim. amitriptyliini, imipramiini)	-ei olla todettu olevan tehokkaampi kuin placebo -haittavaikutuksena sydänoireita, jotka voivat olla hengenvaarallisia yliannostuksessa -ei suositella lapsille
	SNRI (serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjät): duloksetiini, venlafaksiini	-duloksetiini ei tehokkaampi kuin placebo -venlafaksiini ei tehokkaampi kuin placebo, yhdistetty lisääntyneeseen itsetuhoisuuteen
	MAO-estäjät (monoamiini-oksidaasiestäjät)	-ei ole niiden käyttöä tukevaa tutkimusnäyttöä, ei suositella lapsille
	Muut:	-mirtatsapiinin ei olla todettu olevan tehokkaampi kuin placebo, ei suositella lapsille

Lääkehoitoa koskevat suositukset	Antidepressanttien käytön ongelmat	<ul style="list-style-type: none"> -lapset reagoivat antidepressantteihin eri tavalla kuin aikuiset tehon ja haittavaikutusten suhteen -käyttöä rajoitettu ongelmallisen haitta/hyöty-suhteen vuoksi -alle kouluikäisille ei suositella, ei riittävästi tutkimusnäyttöä turvallisuudesta/ vaikuttavuudesta -vaatii tarkkaa seuranta hoidon alussa, ei soveltu kaikille perheille -kaikista antidepressanteista annettu varoitus: lisääntynyt riski itsetuhoisuuteen
	Lääkehoidon toteutus	<ul style="list-style-type: none"> -fluoksetiinin aloitusannos 10mg/pv, voidaan nostaa 20mg/pv, muissa lääkeaineissa ½ aikuisten annoksesta -aloitus mahd. pieni annos, titraus vasteen ja haittavaikutusten mukaan -SSRI-lääkkeet ensisijaisia vaihtoehtoja: fluoksetiini 8v alkaen

