

<https://helda.helsinki.fi>

py Nuorten masennus vakava sairaus, hoitoa tutki
Suom Lääkäril 2005;60:2879-2883

Karlsson, Linnea

2005

py Karlsson , L , Pelkonen , M , Aalto-Setälä , T & Marttunen , M 2005 , '
vakava sairaus, hoitoa tutkittu vähän. Suom Lääkäril 2005;60:2879-2883 ' , Suomen
lääkärilehti , Vuosikerta. 60 , Nro 27-29 , Sivut 2879-2883 . <
<http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2005/SLL272005-2879.pdf> >

<http://hdl.handle.net/10138/226031>

publishedVersion

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

This is an electronic reprint of the original article.

This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version.

Nuorten masennus

– vakava sairaus, jonka hoitoa tutkittu vähän

LINNEA KARLSSON ■ MIRJAMI PELKONEN ■ TERHI AALTO-SETÄLÄ ■ MAURI MARTTUNEN

Tärkein tieto

Nuorten mielialahäiriöiden diagnostiset kriteerit ovat pääpiirteissään samat kuin aikuisten.

Nuoren masennus paranee yleensä vuoden kuluessa, mutta sen uusiutumisen riski on huomattava.

Mielialahäiriöt aiheuttavat yleensä laaja-alaista toimintakyvyn heikkenemistä ja lisäävät itsetuhoisen käyttäytymisen riskiä.

Nuoruusikäisten depressiot esiintyvät usein samanaikaisesti muiden psykiatristen häiriöiden kanssa. Somaattiset pitkäaikaissairaudet ja riskialtis terveyskäyttäytyminen kasaantuvat nuorille, joilla on mielialahäiriö.

Nuorten mielialahäiriöiden varhainen hoito kannattaa. Hoitomenetelmien tehoa nuorten mielialahäiriöihin on kuitenkin tutkittu vähän.

Psykososiaaliset hoidot ovat ensisijaisia nuorten depressioiden hoitomuotoja. Lääkityksen liittämistä hoitoon kannattaa harkita, mikäli mielialahäiriö on vaikea-asteinen tai ei lievity muilla toimenpiteillä noin kuukaudessa.

Monet psykiatriset sairaudet alkavat nuoruusiässä, 12–22-vuotiaana (1). Epidemiologisten tutkimusten mukaan 20–25 % nuorista kärsii jostain mielenterveyden häiriöstä ennen aikuisikää (2). Noin puolella heistä psyykinen oireilu jatkuu vielä aikuisena (3). Yleisimpien häiriöiden joukossa ovat eriaisteiset masennustilat (3,4). Depressioiden elämänaikainen esiintyvyys aikuisikään mennessä on 15–20 % (2). Yhden vuoden aikainen esiintyvyys nuorilla on 5–10 % ja pisteprevalenssi 3–5 % (2). Murrosiän käynnistymisen jälkeen riski sairastua depression kasvaa voimakkaasti ja tyttöjen riski on kaksinkertainen poikiin nähden (5,6). Eniten uusia masennusjaksoja ilmaantuu 15–18-vuotiaiden ikäryhmässä (5).

Esiintyvyyksiluvut pitävät sisällään hyvin eriaisteisia masennustiloja, eikä niitä voi sellaisenaan pitää yksiselitteisinä hoidon tarpeen mittareina. Väestötutkimusten valossa näyttää kuitenkin siltä, että vain kolmasosa tai korkeintaan puolet vakavastikin masentuneista ja hoidon tarpeessa olevista nuorista on ollut psykiatrisessa hoidossa (7,8). Koululaisten terveyttä koskevan konsensuslausuman mukaan mielenterveyden häiriöt ovat nykyään tavallisimpia koululaisten terveysongelmia Suomessa (9). Konsensuslausumassa todetaan lisäksi, että muista pitkäaikaissairauksista (esim. astma, epilepsia, diabetes) kärsivät nuoret ovat yleensä hyvässä, moniammatillisessa hoidossa, mutta nuorten depressiot jäävät usein tunnistamatta (9). Psykiatriseen hoitoon haikutumisessa nuoret tarvitsevat usein aikuisten apua (2).

Suurimmalla osalla masentuneista nuorista (40–80 %) on samanaikaisesti muita häiriöitä, kuten ahdistuneisuus-, käytös- ja päihdehäiriöitä (2,10). Tutkimusnäyttöä on myös kertynyt nuoruusikäisten runsaamman somaattisen sairastamisen ja depression välisistä yhteyksistä (8). Vaikka depressio ei aina ole ensimmäisenä tarjoutuva ongelma, nuoren tilanteen monipuolinen kartoittaminen on tärkeää. Koska nuoruudessa rakennetaan aikuisuuden perustaa, vaille hoitoa jäänyt depressio voi vaikuttaa pitkälle tulevaisuuteen. Masennus on myös yksi tärkeimmistä nuorten itsemurhien riskitekijöistä (11). Nuoruusikäisten masennustilojen hoitoa on kuitenkin tutkittu vähän. Erityisesti lääkehoidon tehosta ja turvallisuudesta käydään tällä hetkellä vilkasta keskustelua (12,13,14).

Tähän katsaukseen on koottu ajankohtaista tietoa nuorten masennustilojen epidemiologiasta ja hoidosta. Pääpaino on nuorten yleisintä mielialahäiriötä, vakavaa masennustilaa, käsittelevissä tutkimuksissa, joissa on käytetty strukturoituja arviointimenetelmiä.

NUORTEN MASENNUKSEN DIAGNOSOINTI

Depressio on sairaus, jonka ydinoireet ovat mielialan lasku, mielenkiinnon menettäminen sekä aloitekyvyn heikkeneminen. Oleellista on, että samanaikaisesti esiintyy useita mielialahäiriölle tyypillisiä oireita (15,16,17), jotka kestävät yhtäjaksoisesti viikkoja tai kuukausia ja joiden vuoksi arkielämästä selviytyminen (esim. koulunkäynti) selvästi vaikeutuu. Nuoren käyttäytyminen ja toimintakyky siis muuttuvat aiempaan verrattuna ja

nuoruusiän kehityksen eteneminen vaarantuu. Muutos aikaisempaan voi tapahtua nopeasti tai oireet voivat olla ensin lievempiä ja voimistua vähitellen. Mielialahäiriöiden diagnostiset kriteerit ovat pääsääntöisesti samat ikäkaudesta riippumatta (15). Ohimenevää alakuloisuutta ja masennuksen tunnetta voi esiintyä normaalistikin erilaisten pettymysten ja menetysten yhteydessä, ja erityisesti varhaisnuoruudessa mielialat voivat vaihdella jonkin verran. Normaali alakuloisuuden tunne ei kuitenkaan vaikuta nuoren toimintakykyyn, ei kestä yhtäjaksoisesti pitkiä aikoja, eikä siihen liity muita mielialahäiriön oireita tai nuoruusiän kehityksen pysähtymistä (16,17).

Depression diagnostiset oireet voidaan todeta haastattelemalla nuorta sekä keräämällä tämän kotoa ja koulusta tietoa nuoressa tapahtuneista muutoksista (16). Vanhemmat nuoret osaavat yleensä erikseen kysyttäessä kuvata masennuksen oireita sanallisesti. Nuoremmilla (12-14-vuotiailla) kyky ilmaista abstrakteja käsitteitä ja havainnoida itseään ei välttämättä ole vielä kehittynyt yhtä hyvin. Tällöin haastattelutietoa joutuu täydentämään ulkopuolisten havainnoista ja käyttäytymisen tarkkailusta kertyneellä tiedolla. Apuna diagnostiikassa voi käyttää arviointilomakkeita (17).

RISKITEKIJÄT

Sairastumisriskin kannalta on keskeistä, miten tunne-elämän säätelyjärjestelmä toimii erityisesti stressitilanteissa (18). Depressiolle altistavia stressitilanteita voivat olla mm. menetykset (esim. kuolemantapaukset, erot), pitkäaikaiset perheen sisäiset ristiriidat, kuormittavat elämäntapahtumat (esim. koulukiusaaminen, seurustelusuhteen katkeaminen), muut psykiatriset tai somaattiset sairaudet, oppimisvaikeudet sekä hoivan ja huolenpidon puute (19-25). Elimistön kyky säädellä stressivastetta puolestaan riippuu mm. perimästä, aiemmista kehitysvaiheista ja varhaisten kiintymyssuhteiden turvallisuudesta (18,26,27). Hyvä sosiaalinen tuki ja huolenpito voivat olla masennukselta suojaavia tekijöitä.

Yksi tärkeimmistä nuoren depression riskitekijöistä on vanhemman vakava masennus. Depressiota sairastavan vanhemman lapsilla on 40 prosentin riski sairastua vakavaan masennukseen 20 ikävuoteen mennessä (28). Näillä nuorilla depressio alkaa usein varhaisemmalla iällä ja on vaikea-astei-

Mielenterveyden häiriöt ovat osa kokonaisterveydentilaa, ja masentuneille nuorille näyttää jo varhain kasaantuvan useita terveystorjuntariskejä.

sempi kuin nuorilla, joilla sukurasitus ei ole (29,30). Syy-yhteydet ovat monimutkaisia ja kyseessä lienee perimän ja ympäristön yhteisvaikutus.

OVATKO NUORET MASENTUNEEMPIA KUIN ENNEN?

Väestötutkimusten mukaan depressio on yleisempää nuoremmassa kuin vanhemmissa ikäkohorteissa ja depression alkamisikä näyttää alentuneen (31,32,33). Sekä puberteetin alkamisen varhaistuminen että viime vuosikymmenien yhteiskunnalliset rakennemuutokset (esim. perheen ja muiden sosiaalisten rakenteiden hajoaminen, nopea kaupungistuminen) ovat mahdollisesti lisänneet nuorempien ikäluokkien sairastumisriskiä (31,32,33,34). Vedenpitäviä johtopäätöksiä depressioriskin kasvamisesta on kuitenkin vaikea tehdä, koska näyttö perustuu pääasiassa retrospektiivisiin tutkimuksiin.

MASENNUKSEN KULKU, MERKITYS JA HAITTA

Suurin osa (90-95 %) sairastuneista nuorista paranee masennusjaksoista vuoden kuluessa (10). Aiempien katkausten mukaan hoitoon hakeutuneiden nuorten yksittäisen vakavan masennusjakson kesto on keskimäärin 7-9 kuukautta (10,35). Hoitoon hakeutuneiden nuorten joukossa pitkäkestoiset ja jo lapsuudessa alkaneet masennustilat ovat yleisempiä kuin yleisväestössä (3,36,37). Väestötutkimuksissa onkin havaittu lyhyempiä, keskimäärin muutaman kuukauden mittaisia masennusjaksoja (8,36). Merkittävällä vähemmistöllä depressio on kulultaan krooninen (6,10,37). Alustavaa näyttöä on siitä, että mitä vakavampi depressio on ja mitä useammin siihen liittyy muuta psyykkistä oireilua tai itsetuhoista käyttäytymistä sitä todennäköisemmin masennus on pit-

käkestoinen (6,36,38). Varhainen alkamisikä liittyy mahdollisesti pidempään masennusjakson keston (37).

Nuoren depressio uusiutuu usein. Tutkimukset ovat keskenään varsin yhteneviä sen suhteen, että kahden vuoden seurannassa 40 % ja viiden vuoden seurannassa 70 % sairastuu uudelleen (3,21,35,39). Uusiutumisen näyttää liittyvän huonompaan ennusteeseen (40). Uudet jaksot käynnistyvät myös helpommin ja heikomman laukaisevan tekijän vaikutuksesta kuin ensimmäinen masennusjakso (21,41,42). Siksi depression alkuvaiheisiin tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Masennuksen uusiutumisen ehkäisy ja varhainen havaitseminen edellyttävät seurantaa vielä usean kuukauden ajan toipumisen jälkeen.

Nuoruusiän depressio ennustaa myöhemmän depression lisäksi mm. ahdistuneisuushäiriöitä (43), somaattista sairastamista (44), itsetuhoista käyttäytymistä (11,39) ja varhaista raskautta. Myöhemmin nuoruusiässä ja aikuisuudessa voi lisäksi ilmetä vaikeuksia opiskelussa ja ihmissuhteissa (45,46). Monia tärkeitä valintoja tehdään nuoruusiän kuluessa ja depressio voi vaikuttaa näihin valintoihin. Jopa kolmanneksella niistä nuorista, joilla hoitoon tullessa on vakava masennustila, on raportoitu ilmenevän seurannassa kaksisuuntainen mielialahäiriö (35). Kaksisuuntaisen mielialahäiriön ilmeneminen on todennäköisempää, mikäli masennustilaan liittyy psykoottisia oireita, suvussa on kaksisuuntaista mielialahäiriötä tai nuorelle kehittyä depression lääkehoidon aikana hypomaanisia oireita (10).

Mitä vakavammasta masennustilasta on kyse sitä todennäköisempää on, että nuorella esiintyy itsemurha-ajatuksia. Depressio lisää itsemurhayritysten ja itsemurhakuolleisuuden riskiä. Ainakin puolella itsemurhan tehneistä nuorista on ollut jokin mielialahäiriö (11). Depression esiintyminen samanaikaisesti muiden psykiatristen häiriöiden kanssa lisää itsemurhan vaaraa (11). Masennustilasta kärsivältä nuorelta tulisi aina suoraan kysyä itsemurha-ajatuksista ja -suunnitelmista (47). Vastoin yleistä uskomusta kysyminen ei lisää itsemurhan riskiä, vaan asian puheeksi tuleminen voi jo sinänsä helpottaa tilannetta. Itsemurhien ehkäisyn näkökulmasta mielialahäiriöiden tunnistaminen ja hoito on oleellista (11).

Nuorten masennukseen liittyy poikkeuksetta toimintakyvyn heikke-

nemistä ja eriasteista psykososiaalista haittaa (3,4,7,8,34). Vaikeimmissa masennustiloissa haittaa esiintyy useilla elämäntilanteilla: nuori ei jaksa huolehtia itsestään, opiskelukyky romahtaa ja ihmissuhteet kärsivät. Toimintakyvyn heikkeneminen ei aina ole suhteessa masennusoireiden määrään ja toimintakykyä eri elämäntilanteilla tulisi arvioida erikseen (48). Lievemmat masennusoireet, jotka eivät täytä diagnostisia kriteereitä, ennustavat seurannassa mm. vakavaa masennustilaa, ahdistuneisuutta ja päihteiden väärinkäyttöä (7,40,49), erityisesti mikäli oireisiin liittyy toimintakyvyn heikkenemistä (6). Toimintakyvyn palautuminen kestää usein pidempään kuin masennusoireiden lievittyminen erityisesti jos nuorella on muita samanaikaisia häiriöitä (50).

MASENNUS JA SOMAATTISET SAIRAUDET

Nuorten ajatellaan usein olevan somaattisesti terveitä eikä epidemiologisissa tutkimuksissa ole kiinnitetty kovin suurta huomiota nuorten psyykkisen ja fyysisen sairauden välisiin yhteyksiin. Kahdessa ulkomaisessa väestötutkimuksessa todetaan, että pitkäaikaissairauksista kärsivillä nuorilla depression esiintyvyys on yli kaksinkertainen verrattuna somaattisesti terveisiin nuoriin (20 % vs. 10 %) (51,52). Suomalaistutkimuksen mukaan pitkäaikaissairauksia esiintyi enemmän masentuneilla (34 %) kuin ei-masentuneilla nuorilla (22 %) (8). Astma ja allergiat ovat yleisimpiä pitkäaikaissairauksia tässä ikäryhmässä.

Nuoruusiän depression ja somaattisen sairauden yhteyksiä välittäviä mekanismeja on todennäköisesti useampia. Masennusoireilulle mahdollisesti altistavat sosiaaliset sopeutusvaikeudet, itsetunto-ongelmat ja ruumiinkuvaan liittyvät huolet ovat yleisempiä somaattisesti sairailta kuin terveillä nuorilla (53,54). Nämä vaikeudet todennäköisesti korostuvat, mikäli sairaus aiheuttaa toiminnallista haittaa tai näkyy muulla tavoin ulospäin (52,55). Yksittäisistä sairauksista astma ja allergiat sekä migreeni on liitetty nuorten masennukseen (8,56,57). Yhdistävä tekijä saattaisi olla esim. stressinsäätelyjärjestelmän toimintahäiriö (58,59). Lisätutkimusta kuitenkin tarvitaan mekanismien ja syy-yhteyksien suunnan selvittämiseksi.

Nuoren depressio voi myös vaikuttaa kehittyviin terveystottumuksiin.

Depression varhainen tunnistaminen on edelleen keskeinen haaste kaikissa niissä paikoissa, joissa nuoria hoidetaan.

Tutkimusten mukaan masennuksesta kärsivät nuoret käyttävät enemmän päihteitä, harrastavat vähemmän liikuntaa ja ottavat helpommin riskejä esim. liikenteessä ja seksuaalikäyttäytymisessä kuin ei-masentuneet nuoret (8,44,60,61). Nuoriin kohdistuva terveysvalistus jää usein vaikutuksiltaan vaatimattomaksi. Alustavaa näyttöä on sen puolesta, että masennusoireiden huomioiminen parantaa valistuksen vaikuttavuutta (62).

Masennus ja somaattinen pitkäaikaissairaus heikentävät yhdessä esiintyessään nuoren psykososiaalista toimintakykyä voimakkaammin kuin jompikumpi sairaus yksinään. Nuoret, joilla on sekä somaattinen pitkäaikaissairaus että depressio, käyttävät enemmän terveyspalveluja kuin nuoret, joilla on vain toinen näistä sairauksista (8). He eivät kuitenkaan hakeudu psykiatriin palveluihin, vaan käyttävät ensisijaisesti perusterveydenhuollon palveluja somaattisen sairauden vuoksi (8). Masennusta sairastavilla nuorilla on myös enemmän koulupoissaoloja somaattisen sairauden vuoksi, he kokevat kokonais-terveydentilansa huonommaksi ja heidän somaattisesta sairaudestaan kokeva haitta on suurempi kuin ei-masentuneilla nuorilla (8,52,57,61).

HOITO

Nuoren masennusta kannattaa hoitaa. Hoidon avulla voidaan nopeuttaa paranemista ja parantaa ennustetta toimintakyvyn suhteen (10,63). On myös viitteitä siitä, että nuorten masennuksen hoitamisesta lääkkeillä olisi yhteyttä itsemurhakuolleisuuden vähenemiseen (64).

Nuoren depression hoito suositellaan aloitettavaksi psykososiaalisilla hoidoilla (esim. tukijärjestelyt kotona ja koulussa, supportiiviset käynnit, psykoterapia) (63,65). Kontrolloiduista tutkimuksista kertyneen tiedon mukaan sekä kognitiivinen (CBT) yksilö- ja ryhmäterapia että nuorille sovellettu interpersoonallinen terapia (IPT-A)

ovat tehokkaita nuoruusiän masennustilojen akuuttivaiheen hoidossa (14,66,67). Perheterapiaa ja psykodynaamista terapiaa käytetään nuorten depression hoidossa laajalti, mutta niistä ei juurikaan ole kertynyt kontrolloituja tutkimuksia (14,66).

Lääkehoidon linjausten tueksi tarvittaisiin tämän ikäryhmän erityispiirteet huomioon ottavaa tutkimusta, jossa seuranta-ajat olisivat riittävän pitkiä. Näyttää siltä, että nuoruusiässä alkavan depression biologia eroaa jossain määrin aikuisten depressiosta (68). Nuoren elimistö, mukaan lukien keskushermosto, kehittyy vielä. Aikuisten tutkimuksista kertyneet tiedot mm. lääkevasteesta ja sivuvaikutuksista eivät välttämättä ole suoraan sovellettavissa nuoriin. Kun otetaan huomioon sekä julkaistut että julkaisemat tutkimukset, vain fluoksetiinin osalta on näyttöä riittävän hyvästä hyöty-haittasuhteesta alle 18-vuotiaiden potilaiden lääkehoidossa (12,13,14,65). Yleisesti ottaen SSRI-valmistesta tarvitaan kuitenkin vielä lisätutkimusta sekä tehon osoittamiseksi että vakavien sivuvaikutusten (itsemurha-ajatusten lisääntymien, impulsiivisuus) riskin kartoittamiseksi. Trisyklisiä masennuslääkkeitä ei nykytiedon mukaan tulisi käyttää nuorten hoidossa niiden epäedullisen sivuvaikutusprofiilin (mm. kardiiovaskulaariset sivuvaikutukset) ja riittämättömän tehon vuoksi (14,69). Uuden polven masennuslääkkeistä (esim. venlafaksiini, mirtatsapiini) ei ole kertynyt julkaistuja kontrolloituja tutkimuksia (14).

Lääkehoidon liittämistä muuhun hoitoon tulisi harkita ainakin, mikäli depressio ei muilla keinoin lieviy 4–6 viikon kuluessa, vakavat masennusjaksot toistuvat, depression oirekuvassa on psykoottisia piirteitä tai nuori on vakavasti itsetuhoinen (63,65). Nuoren lääkehoito kannattaa aloittaa pienellä annoksella (esim. fluoksetiini 10 mg x 1), seurannan tulee olla tiivistä ja erityistä huomiota on kiinnitettävä itsetuhoisuuden tai impulsiivisuuden lisääntymisen mahdollisuuteen. Aina-kin nuorempien (12–16-vuotiaiden) osalta lääkehoito olisi hyvä aloittaa erikoissairaanhoidossa (65).

Oheissairauksien merkityksestä nuorten depressioiden hoitotuloksille on ristiriitaista tietoa. Kontrolloidut tutkimukset on usein tehty valikoituissa aineistoissa ja luotettavaa tietoa laaja-alaisista oireista kärsivien nuorten potilaiden hoitotuloksista ei tois-taiseksi ole. Arvellaan, että muiden

häiriöiden kanssa esiintyvä depressio ei reagoi nykyisille hoidolle yhtä hyvin kuin ”puhdas” masennustila (70). Toisaalta eri häiriöt eroavat mahdollisesti ennusteen ja vaadittavien interventioiden osalta toisistaan. Tällöin muiden häiriöiden olemassaolo ei automaattisesti tarkoittaisi huonompaa depression hoitotulosta (71). Huomioiden oheissairastavuuden yleisyys nuorilla depressiotilalla tutkimusta tarvittaisiin tällä alueella lisää.

HOITOTUTKIMUKSIA TARVITAAN PIKAISESTI

Yleisiä ongelmia nuorten depressioiden hoitoa koskevilla tutkimuksissa ovat mm. aineistojen valikoituminen lievempiin masennustiloihin sekä lyhyet seuranta-ajat. Sekä lääke- että psykoterapiatutkimuksessa pitäisi kiinnittää huomiota siihen, että hoitovastetta mitataan riittävän monipuolisesti. Lumevaikutus verrokkiryhmissä on usein huomattava ja saattaa olla, että nimenomaan depression hoidossa ns. epäspesifisellä tuella on tärkeä rooli (67). Lisää tietoa tarvittaisiin erityisesti vaikeimpien, pitkäkestoisten ja ns. hoitoresistenttien masennustilojen hoidosta, uusiutumisen ehkäisemiseen vaikuttavista toimenpiteistä, nykyisten hoitomuotojen tehosta ”elävää elämää” edustavissa valikoitumattomissa potilasaineistoissa sekä hoitomenetelmien turvallisuudesta ja pitkäaikaisvaikutuksista nuoruusikäisillä. Eri menetelmien yhdistämisen eduista ja haitoista on niin ikään puutteellisesti tietoa.

PÄÄTELMÄT

Nuoruusiän depressio on vakava sairaus. Masennustilan vaikutukset nuoren elämään ovat usein laaja-alaisia ja voivat ulottua aina aikuisikään asti. Mielenterveyden häiriöt ovat osa kokonaisterveydentilaa ja masentuneille nuorille näyttää jo varhain kasautuvan useita terveysriskejä. Masennuksen varhainen tunnistaminen on edelleen keskeinen haaste kaikissa niissä paikoissa, joissa nuoria hoidetaan. Lievemmat masennustilat voivat hoitua kohtuullisen pienelläkin puuttumisella, mutta vaikeimmat depressiot vaativat pitkäjänteistä ja moniammatillista työskentelyä ja eri hoitomenetelmien yhdistämistä. Nuorten depressioiden hoitoa koskevaa laadukasta tutkimusta tarvittaisiin pikaisesti.

KIRJALLISUUTTA

- Burke KC, Burke JD, Regier DA, Rao DS. Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:511-8.
- Haarasilta L, Aalto-Setälä T, Pelkonen M, Marttunen M. Nuorten depression epidemiologia: esiintyvyys, muut mielenterveyden häiriöt ja terveyspalvelujen käyttö. *Suom Lääkäril* 2000;55:2635-40.
- Newman D, Moffitt TE, Caspi A, Magdol L, Silva PA, Stanton W. Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11 to 21. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:552-62.
- Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairment in adolescents and young adults. *Psychol Med* 1998;28:109-26.
- Hankin BL, Abramson LY, Moffitt TE, Silva PA, McGee R, Angell KE. Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *J Abnorm Psychol* 1998;107:128-40.
- Oldehinkel AJ, Wittchen HU, Schuster P. Prevalence, 20-month incidence and outcome of unipolar depressive disorders in a community sample of adolescents. *Psychol Med* 1999;29:655-68.
- Aalto-Setälä T. Depressive disorders in young adults. Publications of the National Public Health Institute. KTL A 22/2002. Helsinki: Hakapaino 2002. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_a/2002a22.pdf
- Haarasilta L. Major depressive episode in adolescents and young adults – a nationwide epidemiological survey among 15-24-year-olds. Publications of the National Public Health Institute. KTL A 14/2003. Helsinki: Hakapaino 2003. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_a/2003a14.pdf
- Duodecim. Konsensuslausuma: Kouluikäisten terveys. http://www.duodecim.fi/koulutus/konsensuskokoukset/2001_kouluikäistenterveys.html
- Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1427-39.
- Pelkonen M, Marttunen M. Itsetuhoisten nuorten hoitomuodot. *Suom Lääkäril* 2004;59:893-8.
- Jureidini JN, Doেকে CJ, Mansfield PR, Haby MM, Menkes DB, Tonkin AL. Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents. *Br Med J* 2004;328:879-83.
- Whittington CJ, Kendall T, Fonagy P, Cotrell D, Cotgrove A, Boddington E. Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data. *Lancet* 2004;363:1341-5.
- Marttunen M, Haarasilta L, Aalto-Setälä T, Pelkonen M. Adolescent major depression: course, comorbidity, and treatment. *Psychiatr Fennica* 2003;34:33-49.
- World Health Organization (WHO). The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization 1992.
- Marttunen M. Nuoruusiän mielialahäiriöiden tunnistaminen. *Suom Lääkäril* 1996;51:2701-7.
- Haarasilta L, Marttunen M (2000). Nuorten depressio-tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/ohjeet_ja_suosituksset/nuortendepressio.pdf
- Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry* 2001;49:1023-39.
- Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Adolescent psychopathology: III. The clinical consequences of comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:510-9.
- Brown J, Cohen P, Johnson JG, Smailes EM. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1490-6.
- Lewinsohn PM, Allen NB, Seeley JR, Gotlib IH. First onset versus recurrence of depression: differential processes of psychosocial risk. *J Abnorm Psychol* 1999;108:483-9.
- Goodyer IM, Herbert J, Tamplin A, Altham PME. First episode major depression in adolescents. Affective, cognitive and endocrine characteristics of risk status and predictors of onset. *Br J Psychiatry* 2000;176:142-9.
- Kendler KS, Gnadner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *Am J Psychiatry* 2002;159:1133-45.
- Pelkonen M, Marttunen M, Aro H. Risk for depression: a 6-year follow-up of Finnish adolescents. *J Affect Disord* 2003;77:41-51.
- Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Rantanen P, Rimpelä A. Bullying at school—an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *J Adolesc* 2000;23:661-74.
- Essex MJ, Klein MH, Cho E, Kalin NH. Maternal stress beginning in infancy may sensitize children to later stress exposure: effects on cortisol and behavior. *Biol Psychiatry* 2002;52:776-84.
- Caspi A, Sugden K, Moffitt TE. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003;301:386-9.
- Beardslee WR, Versage EM, Gladstone TR. Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:1134-41.
- Lieb R, Isensee B, Hofler M, Pfister H, Wittchen HU. Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:365-74.
- Weissman MM, Gammon GD, John K ym. Children of depressed parents. Increased psychopathology and early onset of major depression. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:847-53.
- Klerman GL, Weissman MM. Increasing rates of depression. *JAMA* 1989;261:2229-35.
- Wittchen HU, Knäuper B, Kessler RC. Lifetime risk of depression. *Br J Psychiatry* 1994;165(Suppl 26):16-22.
- Kessler RC, McGonagle KA, Nelson CB, Hughes M, Swartz M, Blazer DG. Sex and depression in the National Comorbidity Survey II: cohort effects. *J Affect Disord* 1994;30:51-26.
- Kessler RC, Walters EE. Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depression and Anxiety* 1998;7:3-14.
- Kovacs M. Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:705-15.
- Sanford M, Szatmari P, Spinner M, ym. Predicting the one-year course of adolescent major depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:1618-28.
- Lewinsohn PM, Clarke GN, Seeley JR, Rohde P. Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:809-18.
- Spijker J, de Graaf R, Bijl RV, Beekman AT, Ormel J, Nolen WA. Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Br J Psychiatry* 2002;181:208-13.
- Weissman MM, Volk S, Goldstein RB, ym. Depressed adolescents grown up. *JAMA* 1999;281:1707-13.
- Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Klein DN, Gotlib IH. Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: predictors of recurrence in young adults. *Am J Psychiatry* 2000;157:1584-91.
- Kendler KS, Thornton LM, Garner CO. Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: an evaluation of the “kindling” hypothesis. *Am J Psychiatry* 2000;157:1243-51.
- Post RM. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am J Psychiatry* 1992;149:999-1010.
- Pine DS, Cohen P, Gurley D, Brook J, Ma Y. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:56-64.
- Bardone AM, Moffitt TE, Caspi A, Dickson N, Stanton WR, Silva PA. Adult physical health outcomes of adolescent girls with conduct disorder, depression and anxiety. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 594-601.
- Rohde P, Lewinsohn PM, Seeley JR. Are adolescents changed by an episode of major depression? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:1289-98.
- Fergusson DM, Woodward LJ. Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:225-31.
- Haarasilta L, Pelkonen M, Marttunen M. Nuorten itsetuhoikäytännön tunnistaminen ja arviointi – tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/ohjeet_ja_suosituksset/itsetuhoarviointi.pdf
- Angold A, Costello EJ, Farmer EMZ, Burns BJ, Erkanli A. Impaired but undiagnosed. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:129-37.

- 49 Pine DS, Cohen E, Cohen P, Brook J. Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: moodiness or mood disorder? *Am J Psychiatry* 1999;156:133-5.
- 50 Pelkonen M, Marttunen M, Laippala P, Lonnqvist J, Aro H. Psychosocial functioning in adolescent psychiatric patients: a prospective study on changes in psychosocial functioning among severely and moderately impaired adolescent out-patients. *Acta Psychiatr Scand* 1997;96:217-14.
- 51 Rutter M, Tizard J, Yale W, Graham P, Whitmore K. Research report: Isle of Wight studies 1964-1974. *Psychol Med* 1976;6:313-32.
- 52 Lewinsohn PM, Seeley JR, Hibbard J, Rohde P, Sack W. Cross-sectional and prospective relationships between physical morbidity and depression in older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1120-9.
- 53 Howe GW, Feinstein C, Reiss D, Molock S, Berger K. Adolescent adjustment to chronic physical disorders -I. Comparing neurological and non-neurological conditions. *J Child Psychol Psychiatry* 1993;34:1153-71.
- 54 Huurre TM, Aro HM. Long-term psychosocial effects of persistent chronic illness. A follow-up study of Finnish adolescents aged 16 to 32 years. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2002;11:85-91.
- 55 Cadman D, Boyle M, Szatmari P, Offord DR. Chronic illness, disability, and mental and social well-being: findings of the Ontario Child Health Study. *Pediatrics* 1987;79:805-13.
- 56 Breslau N, Davis GC. Migraine, physical health and psychiatric disorder: a prospective epidemiological study in young adults. *J Psychiatr Res* 1993;27:211-21.
- 57 Egger HL, Angold A, Costello EJ. Headaches and psychopathology in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:951-8.
- 58 Marshall PS. Allergy and depression: a neurochemical threshold model of the relation between the illnesses. *Psychol Bulletin* 1993;113:23-43.
- 59 Cohen S, Rodriguez MS. Pathways linking affective disturbances and physical disorders. *Health Psychology* 1995;5:374-80.
- 60 Ramrakha S, Caspi A, Dickson N, Moffitt T, Paul C. Psychiatric disorders and risky sexual behavior in young adulthood: cross sectional study in birth cohort. *Br Med J* 2001;321:263-6.
- 61 Glied S, Pine DS. Consequences and correlates of adolescent depression. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156:1009-14.
- 62 Walker Z, Townsend J, Oakley L ym. Health promotion for adolescents in primary care: randomised controlled trial. *Br Med J* 2002;325:524-7.
- 63 American Academy Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37(10 Suppl):63S-83S.
- 64 Olsson M, Shaffer D, Marcus SC, Greenberg T. Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:978-82.
- 65 Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Depressio. Käypä hoito suositus. *Duodecim* 2004;120:744-64.
- 66 Curry JF. Specific psychotherapies for childhood and adolescent depression. *Biol Psychiatry* 2001;49:1091-100.
- 67 Harrington R, Whittaker J, Shoebridge P, Campbell E. Systematic review of efficacy of cognitive behavior therapies in childhood and adolescent depressive disorder. *Br Med J* 1998;316:1559-63.
- 68 Kaufman J, Martin A, King RA, Charney D. Are child-, adolescent-, and adult-onset depression one and the same disorder. *Biol Psychiatry* 2001;49:980-1001.
- 69 Hazell P, O'Connell D, Heathcote D, Robertson J, Henry D. Efficacy of tricyclic drugs in treating child and adolescent depression: a meta-analysis. *Br Med J* 1995;310:897-901.
- 70 Brent DA, Kolko D, Birmaher B ym. Predictors of treatment efficacy in a clinical trial of three psychosocial treatments for adolescent depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:906-14.
- 71 Rohde P, Clarke GN, Mace DE, Jorgensen JS, Seeley JR. An efficacy/effectiveness study of cognitive-behavioral treatment for adolescents with comorbid major depression and conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43:660-8.

English summary

Adolescent depression is an impairing disease – intervention studies are called for

Mood disorders comprise one of the major health problems in adolescence with a one-year prevalence estimate at around 5–10%. The diagnostic criteria for mood disorders are mainly independent of age, while age and developmental stage play a role in the choice of data collection methods. The risk for depression is increased after puberty, especially for girls. Most depressed youths recover within 6–12 months but the risk for recurrence is substantial. Other psychiatric disorders as well as chronic somatic diseases often co-occur with mood disorders. Risky health habits also accumulate in depressed youths. Wide-spread psychosocial impairment often accompanies adolescent mood disorders, and the risk for suicidal behaviour is elevated both later in adolescence and in adulthood. Early-onset depression has prognostic significance for the development of later physical and mental health, which underlines the importance of early recognition and

treatment of the first episode mood disorder. However, representative intervention studies on adolescent depression are scarce, and there is an urgent need for such data. Current treatment guidelines suggest that the treatment of adolescent depressive disorders should be started by psychosocial interventions (e.g. supportive measures at school and at home, psychotherapeutic assessment). Antidepressant medication (e.g. fluoxetine) should be considered if depression is severe or recurrent and/or does not alleviate by psychosocial measures within 4–6 weeks.

LINNEA KARLSSON
M.D., Ph.D. Specialising physician
National Public Health Institute
Department of Mental Health and
Alcohol Research
Turku University Central Hospital
Department of Psychiatry,
Outpatient Clinic of Adolescent
Psychiatry
E-mail: linnea.karlsson@ktl.fi

MIRJAMI PELKONEN
TERHI AALTO-SETÄLÄ
MAURI MARTTUNEN

Kirjoittajat

LINNEA KARLSSON
LT, erikoistuva lääkäri
Kansanterveyslaitos, Mielenterveyden
ja alkoholitutkimuksen osasto
Tyks, psykiatrian klinikka,
nuorisopsykiatrian pkl
linnea.karlsson@ktl.fi

MIRJAMI PELKONEN
dosentti
Kansanterveyslaitos, Mielenterveyden
ja alkoholitutkimuksen osasto
Hus, Peijaksen sairaala,
Nuorisopsykiatrian vastuualue

TERHI AALTO-SETÄLÄ
LT, erikoistuva lääkäri
Kansanterveyslaitos, Mielenterveyden
ja alkoholitutkimuksen osasto
Hus, Lasten ja nuorten sairaala,
nuorisopsykiatrian osastoryhmä

MAURI MARTTUNEN
ma. professori, ylilääkäri
Kansanterveyslaitos, Mielenterveyden
ja alkoholitutkimuksen osasto
Oulun yliopisto, psykiatrian klinikka
Hus, Peijaksen sairaala,
nuorisopsykiatrian vastuualue