

## TIETEESSÄ | katsaus

**MAURI MARTTUNEN**

professori, LT, psykiatrian ja nuorisopsykiatrian erikoislääkäri Helsingin yliopisto ja HYKS, nuorisopsykiatria

**HENNA HARAVUORI**

LT, nuorisopsykiatrian erikoislääkäri Helsingin yliopisto ja HYKS, nuorisopsykiatria

**JENNI MIETTINEN**

LT, koululääkäri Espoon kaupunki, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto

**KLAUS RANTA**

dosentti, LT, nuorisopsykiatrian erikoislääkäri Helsingin yliopisto ja HYKS, nuorisopsykiatria

# Masentunut nuori –

## Miten tunnistan, arvioin ja hoidan perustasolla?

- Vain runsas puolet masentuneista nuorista saa hoitoa.
- Lievä tai komplisoitumaton keskivaikea masennus hoidetaan perustasolla määrämittaisella psykososiaalisella hoidolla, johon tarvittaessa yhdistetään lääkehoito.
- Opiskeluterveydenhuoltoon soveltuvia hoidollisia interventioita tulee kehittää ja ottaa käyttöön.
- Koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa tulisi vahvistaa esimerkiksi palkkaamalla psykiatrisia sairaanhoitajia.

Masennus on yksi yleisimmistä nuorten mielenterveyshäiriöistä. Sen esiintyvyys vuodessa on noin 5–8 % (1,2). Ensimmäinen sairastuminen ajoittuu tyypillisesti nuoruuteen tai nuoreen aikuisuuteen.

riassa toimivilla muilla työntekijöillä (nuorisohjaajat, kolmannen sektorin toimijat, harrastusten ohjaajat) on herkkyyttä havaita nuoren hätä ja kyky ohjata hänet hoitoon.

Tämä katsaus käsittelee nuorten masennuksen tunnistamista ja perustason hoitoa.

*Vain noin 40–60 % masennuksesta kärsivistä nuorista saa hoitoa.*

**KIRJALLISUUTTA**

- 1 Copeland W, Shanahan L, Costello EJ ym. Cumulative prevalence of psychiatric disorders by young adulthood: a prospective cohort analysis from the Great Smoky Mountains Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50:252–61.
- 2 Thapar A, Collishaw S, Pine DS ym. Depression in adolescence. *Lancet* 2012;379:1056–67.
- 3 Karlsson L, Marttunen M. Masennuksen yleisyys lapsuus- ja nuoruusiässä. Kirjassa: Kampman O, Heiskanen T, Holli M, Huttunen MO, Tuulari J, toim. Masennus. 1. painos, Kustannus Oy Duodecim. Printon, Tallinna, 2017: 326. ISBN 978-951-656-440-4.
- 4 Marttunen M, Karlsson L. Course and treatment of adolescent major depression. *Psychiatria Fennica* 2010;41:53–71.
- 5 Haravuori H, Marttunen M. Masentuneen nuoren kohtaaminen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. *Yleislääkäri* 2017;32:14–20.
- 6 Jörg F, Visser E, Ormel J, Reijneveld SA, Hartman CA, Oldehinkel AJ. Mental health care use in adolescents with and without mental disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2016;25:501–8.

Noin 40–80 %:lla masennuksesta kärsivistä nuorista on myös muu mielenterveyden häiriö, yleisimmin ahdistuneisuushäiriö (3). Masennus uusiutuu usein: 2–5 vuoden seurannoissa 40–70 % kokee uuden jakson. Uusiutuminen heikentää ennustetta ja on sitä todennäköisempää, mitä useampia näitä jaksoja on ollut (4).

Nuoruuden masennukseen liittyy suurentunut itsetuhoisen käytöksen ja itsemurhien riski. Häiriö heijastuu aikuisiän terveyteen heikompana somaattisena terveytenä sekä huonompana toimintakykenä, elämänlaatuna ja tyytyväisyytenä itseen ja elämään (5). Silti vain noin 40–60 % masennuksesta kärsivistä nuorista saa siihen hoitoa (6,7) ja hoitoon hakeutumisen viive on pitkä.

Ennuste on sitä parempi, mitä varhaisemmassa vaiheessa hoito aloitetaan (8). Myös riskiin voidaan vaikuttaa esimerkiksi hoitamalla subkliinisiä oireita. Kansainväliset ohjeistukset suosittelevat oireiden seulontaa nuorilta ja vaikuttamista riskitekijöihin (9–11).

Tehokas ja viiveetön hoidon aloittaminen edellyttävät, että tila tunnistetaan perustasolla, opiskeluhuollossa, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa ja muussa perusterveydenhuollossa ja että lievä ja keskivaikea masennus pystytään hoitamaan. Tärkeää on myös, että nuorten pa-

**Tunnistaminen ja alkuarvio**

Masennus voidaan tunnistaa terveystarkastusten yhteydessä tehtävillä oirekyselyillä. Lisäksi terveystarkastuksissa on hyvä haastatella mahdollisista oireista. Huoli voi herätä myös nuoren tai vanhemman hakiessa apua esimerkiksi heikentyneeseen opinnoista suoriutumiseen (kuvio 1).

Kun nuorten masennusta seulotaan koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, positiivisen tuloksen saaneille tulee järjestää asianmukainen jatkoarvio (9). Perustasolla ja erikoissairaanhoidossa pitäisi olla suunniteltuna häiriön vaikeusasteen mukainen porrasteinen hoitopolku ja oikean tasoiset interventiot (9,11).

Suomessa ei ole yksiselitteistä suositusta nuorten seulonnasta. Depression Käypä hoito -suositus (8) suosittelee seulontaa riskiryhmille. STM:n ohjeissa (12) ja THL:n terveystarkastusoppaassa (13) suositellaan 8. luokan terveystarkastuksen yhteydessä seulomaan mielialaoireita ja käyttämään mielialakyselyä myös muissa tilanteissa, joissa herää epäily masennuksesta. Terveystarkastuksissa selvitetään myös psykososiaalisia riskitekijöitä.

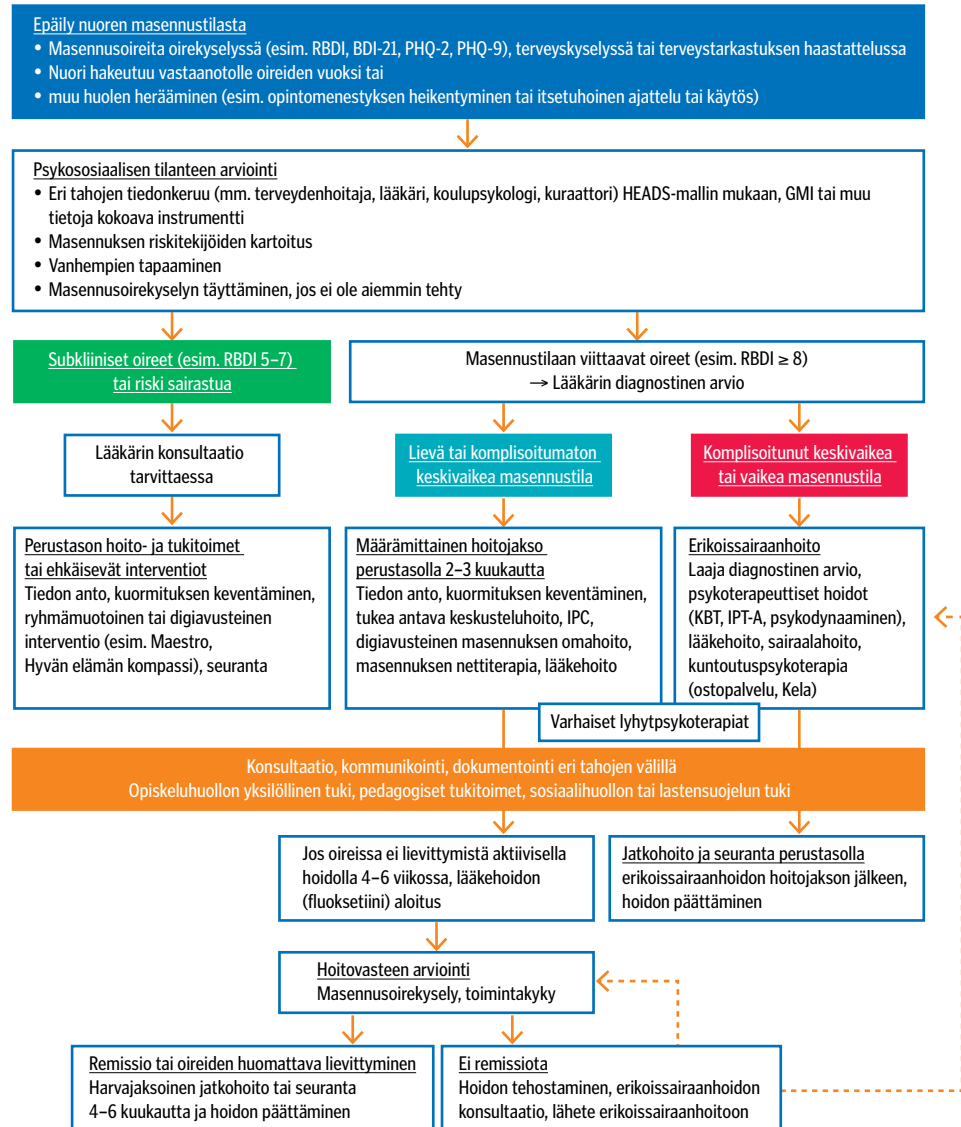
Seulontaa koskevat suositukset vaihtelevat eri maissa. Ruotsalainen ohjeistus (14) ei suosittelen seulontaa, mutta korostaa perusterveydenhuollon merkitystä varhaisessa tunnistamisessa, arvioinnissa ja hoidossa. Yhdysvalloissa suositellaan seulomaan oireita yli 12-vuotiailta vuosittain (9). Britannian suositus korostaa peruster-

VERTAISARVIOITU 

- 7 Costello EJ, He JP, Sampson NA, Kessler RC, Merikangas KR. Services for adolescents with psychiatric disorders: 12-month data from the National Comorbidity Survey-Adolescent. *Psychiatr Serv* 2014;65:359–66.
- 8 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. *Depressio. Käypä hoito -suositus*. Päivitetty 6.7.2016. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- 9 Siu AL. Screening and treatment for major depressive disorder in children and adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Pediatrics* 2016;137(3):e20154467.
- 10 Zuckerbrot RA, Cheung A, Jensen PS ym. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part I. Practice Preparation, Identification, Assessment, and Initial Management. *Pediatrics*. 2018;141(3):e20174081
- 11 National Collaborating Centre for Mental Health. Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care. London (UK): National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2015. (Clinical guideline; no. 28).
- 12 Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:20. Yliopistopaino, Helsinki 2010. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2942-5>.
- 13 Karlsson L, Raitasalo R. Mielialakysely, RBDI. Teoksessa: Mäki P, Wikström K, Hakulinen T, Laatikainen T, toim. Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuolossa. Menetelmäkäsikirja. 4. uudistettu painos. THL Opas 14. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Helsinki 2017:119-121. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-964-4>
- 14 Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen 2017.
- 15 Raitasalo R. Mielialakysely. Suomen oloihin Beckin lyhyen depressiokyselyn pohjalta kehitetty masennusoireilun ja itsetunnon kysely. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 86/2007.
- 16 Richardson LP, Rockhill C, Russo JE ym. Evaluation of the PHQ-2 as a brief screen for detecting major depression among adolescents. *Pediatrics* 2010;125:e1097-e1103.

**KUVIO 1.**

## Nuorten masennustilan tunnistamisen ja hoidon kulku



RBDI = Beckin lyhyestä masennusoirekyselystä muokattu kysely (15), BDI-21 = Beckin 21-kohtainen masennusoirekysely, PHQ = Patient Health Questionnaire HEADS-malli = nuoren psykososiaalisen haastattelun malli (18), GMI = Nuorten Geneerinen Mielenterveysinstrumentti (17)

Lievä tai komplisoitumaton keskivaikkea masennustila tarkoittaa, että oireet ja toimintakyvyn heikkeneminen ovat lieviä tai keskivaikkea. Mahdollinen samanaikaissairastavuus ei edellytä omaa erityistä hoitoa, tyypillisesti lievä ahdistuneisuushäiriö samanaikaissairautena. Ei haaitavaa pähteiden käyttöä. Ei vakavaa itsemurhavaaraa tai psykoottista oireilua

Maestro = kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuva ryhmämuotoinen nuorten masennuksen ehkäisymenetelmä (MASennuksen Ehkäisyä STRESSinhallintaa Oppimalla), Hyvän elämän kompassi = verkkopohjainen hyväksymis-omistautumisterapiaan pohjautuva interventio (<https://headsted.fi/kompassi/>), IPC = interpersonaalinen ohjaus, KBT = kognitiivis-behavioraalinen terapia, IPT-A interpersonaalinen terapia nuorille

- 17 Nikula M, Kinnunen M, Karjalainen M, Granö N, Lindroos P, Ranta K. Nuorten geneerinen mielenterveys-instrumentti (GMI). 2018. [http://www.socca.fi/kehittaminen/lapsen\\_paras\\_-\\_yhdedssa\\_enemman\\_hanke/erityis- ja\\_vaativimman\\_tason\\_palvelujen\\_uudistaminen](http://www.socca.fi/kehittaminen/lapsen_paras_-_yhdedssa_enemman_hanke/erityis- ja_vaativimman_tason_palvelujen_uudistaminen)
- 18 Haravuori H, Muinonen E, Kanste O, Marttunen M. Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät opiskeluterveydenhuollossa. Opas arviointiin, hoitoon ja käytäntöihin. THL Ohjaus 20/2016. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Helsinki 2017:144–57. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-722-0>.
- 19 Garber J, Clarke GN, Weersing VR ym. Prevention of depression in at-risk adolescents. A randomized controlled trial. JAMA 2009;301:2215–24.
- 20 Brent DA, Brunwasser SM, Hollon SD ym. Effect of a cognitive-behavioral prevention program on depression 6 years after implementation among at-risk adolescents: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry 2015;72:1110–8.
- 21 Werner-Seidler A, Perry Y, Calear AL, Newby JM, Christensen H. School-based depression and anxiety prevention programs for young people: a systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev 2017;51:30–47.
- 22 Perry Y, Werner-Seidler A, Calear A, Mackinnon A, King C, Scott J. Preventing depression in final year secondary students: school-based randomized controlled trial. J Med Internet Res 2017;19(11): e369.
- 23 Kosola S, Niemelä E, Niemelä S. Päihdekokeilu – normaalia nuoruutta vai alkava häiriö? Duodecim 2018;134:865–72.
- 24 Karlsson L, Pelkonen M, Ruutuu T ym. Current comorbidity among consecutive adolescent psychiatric outpatients with DSM-IV mood disorders. Eur Child Adolesc Psychiatry 2006;15:220–31.
- 25 Suomalainen L, Seilo N, Haravuori H, Marttunen M. Nuoren viiltely ja muu itsetuhoinen käyttäytymisen. Duodecim 2018;134:857–864.
- 26 Posner K, Brown GK, Stanley B ym. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. Am J Psychiatry 2011;168:1266–77.
- 27 Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. Lancet 2012;379:2373–82.
- 28 Cheung AH, Zuckerbrot RA, Jensen PS, Laraque D, Stein REK; GLAD-PC STEERING GROUP. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part II. Treatment and Ongoing Management. Pediatrics 2018;141(3). pii: e20174082.



TAULUKKO 1.

### Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)

#### PHQ-2 kysymykset

- Kuinka usein olet tuntenut itsesi alakuloiseksi, masentuneeksi tai toivottomaksi kahden viime viikon aikana?
- Kuinka usein olet kokenut mielenkiinnon puutetta tai vähäistä mielihyvää erilaisten asioiden tekemisestä kahden viime viikon aikana?

#### Vastausvaihtoehdot ja pisteytys

Ei ollenkaan = 0, useana päivänä = 1, suurimpana osana päivistä = 2, lähes joka päivä = 3

Ehdotettu depression seulontaraja: kahden kysymyksen summapistemäärä  $\geq 3$

veydenhuollon toimijoiden osaamista nuorten masennuksen ja sen riskitekijöiden tunnistamisessa ja niihin vaikuttamisessa sekä lievien häiriöiden hoidossa (11). Mielenterveyspalveluihin ohjattaville nuorille suositellaan seulontaa.

Suomessa koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa käytetään yleisesti RBDI-oirekyselyä (Beckin lyhyestä masennusoirekyselystä muokattu kysely) (15). Myös PHQ-2 (Patient Health Questionnaire-2) -mittarin kaksi masennuskysymystä (taulukko 1) seulovat kohtuullisen luotettavasti (16), vaikka suomalaisnuorilla toimivinta seulontarajaa ei ole tutkittu.

Nuorilta voi kysyä lisäksi ärtyneisyydestä, energian puutteesta sekä keskittymis- ja univaikeuksista. PHQ-2:n kysymysten lisäksi on kysyttävä itsetuhoisuudesta. Voi kysyä esimerkiksi ”oletko koskaan tahallisesti vahingoittanut itseäsi?”, ”oletko koskaan toivonut kuolemaa, ... tai ajatellut itsemurhaa tai sen tekemistä?” Itsemurha-ajatuksista tai -aikeista kysyminen ei lisää itsemurhan vaaraa.

Kun nuoren arvioon osallistuu terveydenhuollon toimijoiden lisäksi muun opiskeluhuollon tai lastensuojelun ammattilaisia, tulee varmistaa sujuva tiedonkulkua ja välttää haastattelemasta nuorta samoista asioista toistuvasti. Eri ammattihenkilöiden tiedon kokoamiseksi ja sopivien interventioiden valitsemiseksi on työkaluja, kuten pääkaupunkiseudulla pilottikäytössä oleva Nuorten Geneerinen Mielenterveysinstrumentti, GMI (17). Sen avulla perustason työntekijä voi arvioida oireiden vakavuutta sekä riskiä suojelemissa.

Jos nuoren epäillään olevan masentunut, hänen psykososiaalinen tilanteensa arvioidaan kokonaisuutena. Selvitys kannattaa toteuttaa lääkärin ja muiden opiskeluhuollon työntekijöiden yhteistyönä. Haastattelun tukena voi käyttää nuorten GMI-pohjaa tai nuoren psykososiaalisen haastattelun HEADS-mallia (18). RBDI-kyselyllä arvioidaan oirekuvaa ja interventioiden tehoa. Myös vanhempien tuen tarve on hyvä arvioida (11).

Masennusriskissä ovat mm. nuoret, joilla on masennusoireita, jotka ovat vaativia itseään kohtaan, jotka ovat äskettäin kokeneet menetyksiä tai traumaattisia tapahtumia tai joiden vanhemmalla on mielenterveys- tai päihdehäiriö. Myös riskissä oleville nuorille on perusteltua tarjota keskustelutukea tai kohdennettumpia interventiota, tukea heidän hyvinvointiaan ja vähentää kuormittuneisuutta (19,20–22).

### Diagnoosi

Nuorella masennustilan diagnoosi perustuu aina kliiniseen haastatteluun, jossa arvioidaan systemaattisesti ja suoraan kysyen masennuksen oireet. Diagnostiset kriteerit ovat samat kuin aikuisilla (taulukko 2).

Ydinoireet ovat masentunut mieliala, mielihyvän kokemuksen menetys ja uupumus. Masentunut mieliala voi näkyä itkuisuutena, pitkään kestäneenä mielialan laskuna tai etenkin varhaisnuorilla aiemmasta poikkeavana ärtyisyytenä. Mielihyvän kokemuksen ja mielenkiinnon menetys voi ilmetä aiemmin nautintoa tuottaneen harrastuksen lopettamisena tai kyllästyneenä olona. Uupumuksesta kärsivä nuori ei jaksa ryhtyä tekemään tärkeitäkään asioita. Muutokset ruokahalussa sekä nukkumisessa pitää selvittää ja kysyä somaattisista oireista, kuten päänsärystä ja vatsakivuista. Varttuneemilta nuorilta on hyvä selvittää myös seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä.

Oireiden vaikutus nuoren toimintakykyyn näkyy arkisessa toiminnassa, opiskelussa, työssä ja sosiaalisissa suhteissa, kuten ikätoverisuhteissa. Vakavaa masennusta epäiltäessä kysytään mahdollisista epätodellisista kokemuksista ja psykoottisista oireista. Diagnoosi asetetaan haastattelussa todettujen masennuksen oireiden lukumäärän, vakavuuden, keston ja niiden aiheuttaman kärsimyksen tai haitan perusteella.

Arvioinnissa ja hoidon suunnittelussa tulisi haastatella myös nuoren vanhempia. He ovat



TAULUKKO 2.

**Masennustilan diagnostiset kriteerit ICD-10:n mukaan**

Oirekriteerit	Oirekuva
A. Masennusjakso on kestänyt vähintään 2 viikon ajan	
B. Todetaan vähintään 2 seuraavista oireista:	Masentunut mieliala suurimman osan aikaa useimpina päivinä  Kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat tavallisesti kiinnostaneet tai tuottaneet mielihyvää  Vähentyneet voimavarat, uupumus, tai poikkeuksellinen väsymys riittävästä levosta huolimatta
C. Todetaan jokin tai jotkin seuraavista oireista niin, että oireita on yhteensä (B ja C yhteen laskettuina) vähintään 4:	Itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen  Perusteettomat tai kohtuuttomat itesyytykset  Toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen  Subjektiiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä päättämättömyytenä tai asioiden jatkailuna  Psykomotorinen muutos (kiihtymys tai hidastuneisuus), joka voi olla subjektiivinen tai havaittu  Unihäiriöt  Ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos
Lisäksi vaaditaan:	Henkilöllä ei ole aiemmin ollut hypomaanista tai maanista jaksoa  Oireisto ei johdu päihteiden käytöstä tai elimellisestä mielen terveyden häiriöstä

Lievä masennustila aiheuttaa jonkin verran häiritseviä oireita (4–5 oireita) ja tavanomaisen toimintakyvyn heikkenemistä.

Keskivaikea masennustila (6–7 oireita) heikentää merkittävästi sekä suoriutumista työssä (koulussa, opiskelussa), osallistumista harrastuksiin että yksityiselämän hallintaa.

Vaikeassa masennustilassa (8–10 oireita, kaikki B.-oireet, osa oireista vakavia) henkilö on kykenemätön tekemään tavanomaista työtään, osallistumaan harrastuksiin tai hallitsemaan yksityiselämäänsä.

Psykoottisessa masennuksessa esiintyy harhaluuloja tai aistiharhoja.

29 Lewandowski RE, Aciri MC, Hoagwood KE ym. Evidence for the management of adolescent depression. *Pediatrics* 2013;132:e996-e1009.

30 Hopkins K, Crosland P, Elliott N ym. Diagnosis and management of depression in children and young people: summary of updated NICE guidance. *BMJ* 2015;350:h824.

31 Tuomisto MT, Parkkinen L. Työkaluja kouluun: lievä masennus. Kirjassa: Ranta K, Fredriksson J, Koskinen M, Tuomisto MT, toim. Lasten ja nuorten kognitiiviset ja käyttäytymisterapiat. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2018.

usein nuorta luotettavampia tietolähteitä perhe-tilanteen ja sukuanamneesin selvittämisessä. Vanhemmilta kysytään myös, miten nuoren oireilu näkyy kotona ja ovatko he havainneet muutosta nuoren käyttäytymisessä ja suhtautumisessa.

Diagnoosin asettaa lääkäri, mutta moniammatillisessa työskentelyssä myös muut työntekijät voivat kerätä interventoiden ja hoidon ohjaamiseksi tarvittavan tiedon esimerkiksi GMI-instrumentin, haastattelun ja oirekyselyiden avulla. Tämä on erityisen tärkeää perustasolla, ettei hoidon aloittaminen viivästy.

**Erotusdiagnostiikka**

Sukuanamneesin selvittäminen on tarpeen sekä diagnostiikassa että erotusdiagnostiikassa. Osalla nuorista masennus osoittautuu myöhemmin kaksisuuntaisen mielialahäiriön ensimmäiseksi masennusjaksoksi. Sukurasitus, depressioniin liittyvät psykoottiset oireet ja kohonnut mieliala masennuslääkehoidon sivuvaikutuksena viittaavat kaksisuuntaisen mielialahäiriön riskiin (4).

Ajankohtaisen kaksisuuntaisen mielialahäiriön selvittämiseksi kysytään aiempien masennusjaksojen lisäksi kohonneen mielialan jaksoista. Lisäksi selvitetään mahdolliset ahdistuneisuus- ja syömishäiriöt sekä päihteiden käyttö.

Ahdistuneisuushäiriöihin liittyy usein masennusoireita tai samanaikainen masennus. Nämä oireet ovat yleisiä myös syömishäiriöissä, mutta niissä ensisijainen ongelma liittyy syömiskäyttäytymiseen. Nuorella päihteiden käytön taustalla voi olla masennusoireita, joita hän pyrkii hallitsemaan tällä tavalla. Pitempään jatkuva päihdekäyttö voi toisaalta aiheuttaa masennusta. Käytön arviointi perustuu haastattelun ja päihdekyselyihin (23). Tarvittaessa harkitaan virtsan huumeeseulaa. On hyvä selvittää myös, onko nuorella ilmennyt rikekäyttäytymistä.

Varsinkin varttuneempia nuoria tutkittaessa on tarpeen arvioida persoonallisuushäiriöiden mahdollisuus (24). Tällaiseen häiriöön viittaa hyvin joustamaton tapa havainnoida itseä tai muita, ajatella tai toimia. Esimerkiksi ylittynyt luisuus ja korkeat suoriutumistavoitteet voivat viitata vaativaan persoonallisuushäiriöön. Epävakaaseen persoonallisuushäiriöön taas liittyy esimerkiksi hyvin ailahteleva mieliala, voimakas reagointi pettymyksiin ja toistuva itsensä vahingoittaminen.

Masennusta epäiltäessä ja osana erotusdiagnostiikkaa on hyvä tutkia somaattinen yleisstatus. Laboratoriokokeista voidaan tarkistaa verenkuva, kilpirauhasen toimintakokeet, paastosokeri ja tulehdusarvot. Mahdollisten suolisto-oireiden tai nuoren noudattaman ruokavalion ohjaamana tulee seuloa esimerkiksi keliakiaa tai tulehduksellisia suolistosairauksia ja tehdä ravitsemustilaa selvittäviä laboratoriokokeita. Lääkehoitoa harkittaessa voidaan ottaa sydänfilmi (johtumisajat), vaikka se ei ole pakollinen, jos nuorella ei tiedetä olevan sydänsairauksia.

- 32 Weissman M, Klerman G. Interpersonal counseling for stress and distress in primary care settings. Kirjassa: Klerman GL, Weissman MM, toim. New applications of interpersonal psychotherapy. American Psychiatric Press; Washington D.C., 1993.
- 33 Wilkinson PO, Cestaro V, Pinchen I. Pilot mixed-methods evaluation of interpersonal counselling for young people with depressive symptoms in non-specialist services. *Evid Based Ment Health* 2018;21:134–8.
- 34 Ranta K, Parhiala P, Pelkonen R ym. Nuorten masennus, mielenterveyden hoitoketjut ja näyttöön perustuvan hoidon integroitu implementaatio perustasolle. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 90/2017. <https://tietokayttoon.fi/documents/10616/3866814/90-2017-Nuorten+masennus%2C+mielenterveyden+hoitoketjut.pdf/5c8a5bf5-0156-4d53-945e-74d451671dcd?version=1.0>.
- 35 Ebert DD, Zarski A-C, Christensen H ym. Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: a meta-analysis of randomized controlled outcome trials. *PLoS ONE* 2015;10(3):e0119895.
- 36 Hollis C, Falconer CJ, Martin JL ym. Annual Research Review: Digital health interventions for children and young people with mental health problems – a systematic and meta-review. *J Child Psychol Psychiatry* 2017;58:474–503.
- 37 Topooco N, Berg M, Johansson S ym. Chat- and internet-based cognitive-behavioural therapy in treatment of adolescent depression: randomised controlled trial. *BJPsych Open* 2018;4:199–207.
- 38 Marttunen M, Ranta K, Gergov V ym. Nuorten depression psykoterapeuttisten hoitomuotojen vaikuttavuus: Systemaattiseen hakuun perustuva kirjallisuuskatsaus. *Suom Lääkäril* 2015;70:3111–6.

### Itsetuhoisuuden arvio

Koska ainakin puolella masennuksesta kärsivistä nuorista on itsemurha-ajatuksia ja kolmanneksella itsemurhayrityksiä (10), tulee masennusta epäiltäessä aina arvioida itsemurhavaara. Haastattelussa näistä ajatuksista ja mahdollisista suunnitelmista tulee kysyä suoraan. Nuoren itsemurha-ajatusten vakavuus ja pysyvyys, niihin liittyvän kuolemanpyrkimyksen voimakkuus, mahdolliset itsemurhasuunnitelmat tai muut valmistelut arvioidaan. Häneltä kysytään, mihin itsemurha-ajatuksia liittyyvät ja ovatko ne mielessä koko ajan vai väistyvätkö ne välillä (25).

Mahdolliset aikaisemmat itsemurhayritykset selvitetään. Itsemurhayritys on itseä vahingoittava teko, johon liittyy ainakin jonkinasteinen pyrkimys (intentio) kuolla teon takia. Näiden ajatusten ja yritysten arviointiin suositellaan strukturoitua riskinarviointiasteikkoa (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS, 26), jolla arvioidaan itsemurha-ajatusten syytä, vakavuutta ja intensiteettiä sekä itsemurhayrityksen piirteitä ja vakavuutta.

Yleensä itsemurhayritystä edeltää ajankohtainen kuormitustekijä, kuten ero, menetys tai riita läheisen kanssa, epäonnistuminen tai pettymys. Näiden stressitekijöiden lisäksi itsemurhayrityksen vaaraa lisää aiempi vastaava yritys mutta myös toistuva itsensä vahingoittaminen, kuten viiltely, vaikka siihen ei liittyisikään pyrkimystä aiheuttaa oma kuolema (27). Jos nuoren masennukseen liittyy vakavia itsemurha-ajatuksia tai selvä itsemurhasuunnitelma, hänet tulee ohjata kiireellisesti arvioon erikoissairaanhoidon.

On paikallaan varautua siihen, että nuorelle voi ilmaantua itsetuhoisuutta masennuksen hoidon aikana. On myös tärkeää varmistaa, että hänellä on kriisitilanteissa käytettävissään riittävä vanhempien tai muiden aikuisten tuki. Lisäksi on syytä varmistaa, ettei nuoren kotona ole helposti saatavilla itsemurhayritysvälineitä, kuten toksisia lääkkeitä tai ampuma-aseita (10). Turvasuunnitelmaan kuuluu nuoren ja huoltajien kanssa sopiminen siitä, miten nuori pääsee helposti hoitoon, jos vaikeaa itsetuhoisuutta ilmenee.

### Hoito perustasolla

Lievä ja keskivaikea masennustila, johon ei liity vaikeita samanaikaisia häiriöitä eikä vakavaa it-

setuhoisuutta, tulisi hoitaa perustasolla (8,11,28–30). Tämä edellyttää riittäviä henkilöresursseja opiskeluhoitoon, koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon ja mahdollisuutta sekä perustason että erikoissairaanhoidon lääkärikonsultaatioihin (10).

Hoitosuunnitelmaa laadittaessa huomioidaan mm. nuoren kehitysvaihe, oireiden vakavuus ja kesto, mahdollinen itsetuhoisuus, oireiden aiheuttama haitta tai toimintakyvyn lasku sekä perhetilanne (kuvio 1). Hoidolle sovitaan aika-taulu ja tavoite, kuten konkreettinen muutos nuoren voinnissa tai pisteiden väheneminen sovitussa masennusoirekyselyssä.

### Psykososiaaliset hoitomuodot

Lievää ja keskivaikeaa masennusta voidaan perustasolla hoitaa samantyyppisillä psykososiaalisilla interventioilla kuin ehkäisyssä (31). Lisäksi suositellaan tukea antavaa keskusteluhoitoa, ongelmanratkaisutaitoja tukevia menetelmiä tai interpersonaaliseen terapiaan pohjautuvia työskentelytapoja (11,18).

Tällaisten nuorten hoidossa on todettu tehokkaaksi myös kuudesta tapaamisesta koostuva interpersonaalinen ohjanta (Interpersonal Counseling, IPC) (32,33), jota suomalaisten yläkoulujen opiskeluhoillon työntekijäryhmät toteuttivat (34). Tutkimuksessa havaittiin, että lievemmin oireileville nuorille oli hyödyllistä myös tavoitteellinen, viikoittainen ja oireita säännöllisesti seuraava psykososiaalinen hoito. IPC:n vaikutus tuli esiin myös vaikeammin oireilevilla nuorilla, joilla oli samanaikainen ahdistuneisuushäiriö (34).

Nuorten ja aikuisten omahoito-ohjelmat mielenterveystalossa ([www.mielenterveystalo.fi](http://www.mielenterveystalo.fi)) voivat soveltua tukemaan lievästi oireilevien omahoitoa. 18 vuotta täyttäneet voivat käyttää Mielenterveystalo-portaalin kautta masennuksen kognitiivis-behavioraalista nettiterapiaa. Vastaavat terapiat lienevät tehokkaita myös nuorten hoidossa (35,36).

Verkko- tai mobiilipohjaiset hoidot soveltuvat nykytiedon mukaan paremmin vanhemmille ja lievästi oireileville nuorille kuin nuoremmille tai vaikeasti oireileville nuorille. Hoidon mielekkyyttä ja tehoa lisännevät ohjelman yksilöllinen muokkautuvuus sekä vanhemman tuki ja samanaikaiset hoitavan henkilön tapaamiset tai työskentely nettiterapeutin kanssa keskustelu-

## SIDONNAISUUDET

Mauri Marttunen:  
Asiantuntijalausunto (Valvira, Lounais-Suomen, Pohjois-Suomen ja Etelä-Suomen aluehallintovirasto),  
luentopalkkiot (Suomen nuorisopsykiatrisen yhdistys, Viron Psykiatriyhdistys),  
lisenssitulot ja tekijänpalkkiot (Kustannus Oy Duodecim),  
osa-aikainen osastonylilääkäri (HUS),  
jäsenenä useissa Käypä hoito -työryhmissä (Depression, Kaksisuuntainen mielialahäiriö, Ahdistuneisuushäiriöiden, Itsemurhaa yrittäneen Käypä hoito),  
Helsingin yliopiston psykoterapeuttikoulutuksen johtoryhmän jäsen.  
Henna Haravuori:  
Luentopalkkiot (Suomen Psykiatriyhdistys, Suomen Lääkäriliitto, Suomen nuorisopsykiatrisen yhdistys),  
lisenssitulot ja tekijänpalkkiot (Kustannus Oy Duodecim),  
matka-, majoitus- ja kokouskulut (Orion Oyj),  
pienosakkuus (Komppi Holding Oy).  
Jenni Miettinen, Klaus Ranta:  
Ei sidonnaisuuksia.

kanavan kautta (36,37).

Suomalaisessa lainsäädännössä kouluterveydenhuoltoon tai peruskoulun opiskeluhoitoon ei ole sisällytetty sairauksien hoitoa. Sen sijaan painotetaan ennaltaehkäisyä, ohjausta ja varhaista tukea. Opiskeluhoitoon tarjoamaa psykososiaalista tukea ja ohjausta saa moni lievästi tai keskivaikeasti oireileva nuori. Suomessa ei ole yhtenäistä tapaa järjestää mielenterveysongelmista kärsivien nuorten tuki ja hoito perustasolla.

Monissa kunnissa käytetään toimivaa mallia, jossa koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon palkataan nuorten hoitoon paneutuvia, perustason interventioihin koulutettuja psykiatrisia erikoissairaanhoitajia (<https://yle.fi/uutiset/3-10400083>). Hyviä kokemuksia on myös matalan kynnyksen työryhmistä, jotka keskittyvät nuorten mielenterveys- ja päihdeongelmien arviointiin ja hoitoon.

Psykososiaaliset hoidot ovat myös erikoissairaanhoidossa ensisijaisia hoitovaihtoehtoja nuorten lievässä tai keskivaikeassa masennuksessa (8) (kuvio 1). Akuutissa masennuksessa psykoterapiamuodoiksi suositellaan määrämittaista kognitiivis-behavioraalista ryhmä- tai yksilöterapiaa ja interpersonaalista psykoterapiaa (IPT-A) (38). Ne ovat fokuoituja ja kestävät yleensä 12–16 viikkoa. Mahdollisia ovat lisäksi määrämittainen psykodynaaminen psykoterapia ja perheterapia (6,11,28). Perustasolla näitä psykoterapioita ei ole nyt juurikaan tarjolla nuorille. Yksi lähivuosien kehittämiskohde onkin nuorten ohjaaminen varhaisiin lyhytpsykoterapioihin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä.

### Lääkehoito

Jos aktiivisella psykososiaalisella interventiolla ei saada hoitovastetta 4–6 viikon kuluessa, hoitoon liitetään masennuslääkehoito, alle 18-vuotiailla ensisijaisesti fluoksetiini (6,11,28). Varhaisnuorille se aloitetaan yleensä erikoissairaanhoidossa.

Tätä varttuneempien nuorten lääkehoidon voi aloittaa myös nuorten psyykenlääkehoitoon perehtynyt perusterveydenhuollon lääkäri. Aloitusvaihe edellyttää tiivistä seurantaa, ja lääkehoitoa jatketaan noin kuusi kuukautta toipumisen jälkeen (6,5).

Jos perustason psykososiaalinen hoito ja siihen liitetty lääkehoito eivät tehoa, nuoren diagnoosi, perhetilanne ja muu elämäntilanne arvioidaan uudelleen (kuvio 1). Lähete erikoissairaanhoitoon on perusteltu pitkittyvässä masennuksessa. Nuorten vaikea ja komplisoitunut keskivaikea masennus kuuluvat erikoissairaanhoitoon.

### Lopuksi

Häiriön tunnistaminen, arviointi ja hoidon aloitus perustasolla antaa mahdollisuuden hoidon viiveettömään aloitukseen ja hyvään hoitotulokseen. Suomeen tulisi luoda kansallinen malli nuorten mielenterveysongelmien hoidon järjestämiseksi perustasolla.

Esimerkiksi opiskeluhoollon henkilöstöryhmien käyttöön soveltuvien interventioiden kehittäminen ja aktiivinen toteuttaminen voivat merkittävästi tehostaa nuorten hoitoa. Hyvä esimerkki tällaisesta interventiosta on interpersonaalinen ohjaus.

Opiskeluhoollon henkilöresursseja tulisi vahvistaa peruskoulussa ja toisella asteella. Yksi tapa voisi olla nuorten hoitoon koulutettujen psykiatristen sairaanhoitajien palkkaaminen koulu- ja opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajien ja lääkärin työpareiksi. ●

ENGLISH SUMMARY | [www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi) | in english

How to recognize, assess and treat adolescent depression in primary care

**MAURI MARTTUNEN**

Professor, M.D., Ph.D., specialist  
in psychiatry and adolescent  
psychiatry  
University of Helsinki and Helsinki  
University Hospital, Adolescent  
Psychiatry

**HENNA HARAVUORI**  
**JENNI MIETTINEN**  
**KLAUS RANTA**

# How to recognize, assess and treat adolescent depression in primary care

Depression commonly has its onset in adolescence. It is one of the most common psychiatric disorders in youth but it is underdiagnosed and undertreated. Personnel working in Finnish school health care, school welfare services and other primary care (PC) services should identify and assess adolescent depression, and manage mild and moderate adolescent depression. This review aims to provide an update on identifying, diagnosing and treating adolescent depression in PC.

School health care nurses are advised to screen for depression in 8th graders using the Finnish modification of the BDI-13. The diagnostic criteria for adolescent depression are essentially the same as for adults. The diagnosis is based on clinical interview with the adolescent. Parents should be included in the diagnostic assessment and discussion.

Risk of suicidal behaviour should be thoroughly assessed. Use of the structured Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) is recommended to assess the reasons for, severity and intensity of suicidal ideation and suicide attempts. Based on the assessment a safety plan should be made.

The most important comorbid disorders and disorders that need to be taken into account in differential diagnosis are bipolar disorder, anxiety disorders, eating disorders, and substance abuse. In older adolescents possible personality disorders should also be assessed.

Mild and moderate depression not accompanied with severe comorbid disorders or severe suicidality should be treated in school health and welfare services or in other PC settings. To make this possible adequate personnel resources and access to ongoing consultation with mental health specialists are needed. Psychoeducation, problem solving, interventions based on cognitive-behavioural therapy or interpersonal therapy – such as Interpersonal Counselling – are recommended. If adequate response is not achieved with active psychosocial interventions in 4–6 weeks, fluoxetine medication should be prescribed.