

Vauvan depressio

Kaija Puura

Vauvan depressio liittyy somaattisiin ongelmiin, vanhemmasta eroon joutumiseen sekä vanhemman ja lapsen väliseen puutteelliseen vuorovaikutukseen. Riskitekijöitä ovat ei-toivottu raskaus, parisuhdeongelmat, perheen eristyneisyys, vanhemman mielenterveys- tai päihdeongelma ja taloudelliset vaikeudet. Vauvan depression pääoireet ovat masentunut mieliala, kiinnostuksen tai mielihyvän, vuorovaikutustaitojen ja aloittekyvyn vähentyminen, valittelu, unen ja syömisen häiriöt ja heikentynyt kyky protestoida. Depression ehkäisyssä tärkeintä on turvata vauvan ravinnonsaanti sekä vanhemman ja vauvan riittävä vuorovaikutus. Perustasolla voidaan huolehtia vanhemman ja perheen kokonaistilanteen helpottamisesta ja vuorovaikutuksen tukemisesta, mutta depressiivisten vauvojen hoidontarpeen arviointi sekä hoidon suunnittelu ja toteutus vaativat pikkulasten psykiatrisen erikoissairaanhoidon asiantuntemusta.

Lapsen depression tunnistamista vaikeuttavat masennusoireiden subjektiivinen luonne ja haluttomuutemme tunnustaa lapsen psyykkisen kivun olemassaolo. Aina 1970-luvulle asti lasten depression olemassaolo kiellettiin kokonaan, kunnes vähitellen kliinisten kokemusten ja tieteellisten tutkimusten myötä alettiin puhua lasten somatisaatio- tai käytösoireisiin kätkeytyvästä »naamioidusta depressiosta» ja 1980-luvulla aikuisten vakavaa masennusta vastaavasta oireyhtymästä (Carlson ja Cantwell 1980). Nykyisissä tautiluokituksissa aikuis- ja lapsuusiän depression diagnostiset kriteerit ovat samat, ja lasten depressiot katsotaan voitavan diagnosoida niiden avulla noin kuudennesta ikävuodesta alkaen (Luby 2000).

Jo alle kuusivuotiailla on kirjallisuudessa raportoitu esiintyneen vakavan masennuksen kriteerit täyttäviä tiloja. Päiväkodissa tutkituista 2,5–7-vuotiaista lapsista 1–4 % arvioitiin mahdollisesti masentuneiksi (Kashani ym. 1986). Lisäksi vauvoilla ja alle kolmivuotiailla lapsilla on kuvattu depression sopivia oireita somaattisten ongelmien, pitkien erokokemusten sekä van-

hemman ja lapsen puutteellisen vuorovaikutuksen yhteydessä. Pikkulapsen depressiolle ei kuitenkaan ole virallisia kriteereitä, eikä pienten lasten depression tai depressiivisten oireiden esiintyvyydestä ole luotettavia tutkimuksia.

Varhainen vuorovaikutus ja lapsen tunne-elämän kehitys

Syntymästään lähtien vauva osaa katseen ja liikehännän avulla tavoitella ja ylläpitää myönteistä vuorovaikutusta sekä välttää kielteistä vuorovaikutusta häntä hoitavan aikuisen kanssa (Cole ym. 1994). Ensimmäisen elinvuotensa aikana vauvat ovat kuitenkin hyvin riippuvaisia heitä hoitavien aikuisten kyvystä ymmärtää, jakaa ja säädellä heidän kokemuksiaan ja tunnetilojaan. Tunneilmaisut, kuten ilmeet, itku ja jokeltelu, kertovat vauvan tarpeista ja tunnetilasta ja ohjaavat hoitajan käyttäytymistä (Tronick ja Weinberg 1997). Vauvan kehityksen kannalta on olennaista, että hänen tarpeensa ymmärretään ja niihin vastataan eikä hän joudu kokemaan liikaa kielteisiä tunteita (Tronick ja Wein-

berg 1997). Seikat, jotka huonontavat vanhemman kykyä ymmärtää vauvan viestejä ja vastata niihin, voivat johtaa vauvan tunne-elämän häiriintymiseen.

Somaattisiin ongelmiin liittyvät depressiiviset oireet

Kehitysmaissa vauvaikäisillä esiintyvien depression-oireiden yleinen syy on aliravitsemus. Vaikean proteiininpuutteen aiheuttamassa kvasiorkorissa oireina ovat surullinen tai masentunut ilme, ärtyisyys ja vetäytyminen sosiaalisesta vuorovaikutuksesta. Vaikka depression oireet ovat näillä lapsilla todennäköisimmin aliravitsemustilan seurausta, niihin liittyy useimmiten vanhemman ja lapsen välisen vuorovaikutuksen häiriö, joka johtuu perheen vaikeista elinoloista ja vanhemman depressiosta (Guedeny 1997).

Länsimaissa pikkulapsilla on kuvattu depression oireena kasvun ja kehityksen hidastumista. Useat tutkijat pitävät elimellisistä syistä riippumatonta huonoa menestymistä (non-organic failure to thrive, NOFTT) pikkulapsi-ikäisen depression muotona (Powell ja Low 1983, Guedeny 1997). Tilan oireet ovat hidas painonnousu, motorisen aktiivisuuden ja hymyn väheneminen vuorovaikutuksen yhteydessä, yleinen motorisen aktiivisuuden väheneminen, katsekontaktin heikkeneminen ja itseä viihdyttävän käyttäytymisen kuten peukalon imemisen lisääntyminen. NOFTT-oireyhtymän etiologisena tekijänä pidetään vanhemman ja lapsen vuorovaikutuksen häiriintymistä, joka voi johtua kumman tahansa ominaisuuksista (Powell ja Low 1983). Myös osalla niistä lapsista, jotka kärsivät elimellisten syiden aiheuttamasta huonosta menestymisestä (failure to thrive, FTT), on kuvattu depression oireita (surullinen ilme, ääntelyn ja katsekontaktin väheneminen, ärtyisyys ja vuorovaikutuksesta vetäytyminen) (Powell ja Bettes 1992).

Vetäytymisreaktio eli vuorovaikutuksen välttäminen, itseä viihdyttävän käyttäytymisen lisääntyminen ja psykomotorinen »vaimeneminen» liittyy pienillä vauvoilla vastasyntyneisyyskaudelta lähtien voimakkaaseen kipuun ja orgaanisiin sairauksiin (Guedeny 1997).

Erokokemuksiin liittyvät depressiiviset oireet

Pikkulapsen pitkäaikaisen erokokemuksen yhteydessä syntyneen depression kuvasi ensimmäisenä Spitz (1946). Osa tutkituista kahden viikon ikäisenä laitoshoitoon joutuneista vauvoista alkoi oireilla puolen vuoden iässä: he muuttuivat surullisiksi, itkuisiksi, huonosti nukkuviksi, vetäytyviksi ja apaattisiksi. Myös lasten kasvu ja kokonaiskehitys hidastuivat. Tila korjaantui heidän päästessään takaisin oman äitinsä tai muun pysyvän hoivahenkilön hoitoon. Spitz katsoi tämän ns. anakliittisen depression olevan lapsuusiän masennuksen muoto, joka syntyy erokokemuksen yhteydessä lapsen sosioemotionaalisten tarpeiden laiminlyönnin seurauksena. Myöhemmin mm. Bowlby (1980) on kuvannut pikkulapsen reagoivan hoitajastaan eroon joutuessaan ensin protestoimalla, sitten epätoivolla ja lopuksi vetäytymällä pois ihmiskontakteista.

Puutteellisen vuorovaikutuksen seurauksena syntyvät depressio-oireet

Laadullisesti ja määrällisesti puutteellinen vuorovaikutus vanhemman ja vauvan välillä voi johtaa depressio-oireiden kehittymiseen vauvalle. Puutteelliselle vuorovaikutukselle altistavat tekijät on lueteltu taulukossa 1.

Suomalaisista ensisynnyttäjistä 12 %:lla todettiin Tammisen (1990) tutkimuksessa kliinisesti selvä masennus vielä kuusi kuukautta synnytyksen jälkeen. Masentuneiden äitien on todettu leikkivän ja puhuvan vähemmän lastensa kanssa, osoittavan enemmän kielteisiä tunteita ja reagoivan hitaammin lapsensa aloitteisiin ja viesteihin kuin ei-masentuneiden äitien (Field 1992, Cooper ja Murray 1997). Osa masentuneista äideistä puuttuu liiaksi lapsen omaan toimintaan ja käsittelee lasta mekaanisesti ja kova-kouraisesti (ns. intrusiiviset äidit), osa puolestaan vetäytyy kontaktista lapsen kanssa (Tronick ja Weinberg 1997). Myös skitsofreniaa sairastavat äidit saattavat tunnistaa huonosti vauvan tarpeita ja olla etäisiä tai tunkeilevia (Riordan ym. 1999). Psykoottiset äidit voivat myös liittää vauvaan epärealistisia ominaisuuksia, jot-

ka vaikuttavat kielteisesti vauvan käsittelyyn ja hoitoon (Hipwell ja Kumar 1997). Myös vanhemman epäkypysä tai epävakaa persoonallisuus voi johtaa lapsen kannalta puutteelliseen vuorovaikutukseen, erityisesti jos häiriöön liittyy epäsosiaalisuutta ja päihteiden ongelmakäyttöä (Hans ym. 1999).

Vastaavanlaisia puutteita kyvyssä pitää yllä riittävän myönteistä vuorovaikutusta lapsensa kanssa on todettu teini-ikäisillä äideillä, päihteistä riippuvaisilla vanhemmilla ja sosiaalisesti vaikeissa oloissa elävillä, jatkuvasti huoliaan ajattelevilla äideillä (Reis 1989, Cooper ja Murray 1997, Hans ym. 1999).

Myös lapsen ominaisuudet ja käyttäytyminen voivat johtaa puutteelliseen vuorovaikutukseen vanhemman kanssa, jos ne eivät vastaa vanhemman odotuksia ja käsityksiä (Teti ja Gelfand 1991). Huono motoriikka, vähäinen aktiivisuus tai lisääntynyt ärtyisyys heikentävät lapsen vuorovaikutuskykyä ja lisäävät äidin masennusriskiä (Abrams ym. 1995; Campbell ja Cohn 1997). Myös vammaisuus sekä synnynnäiset, toistuvat tai pitkäaikaiset sairaudet voivat heikentää lapsen kykyä ja mahdollisuuksia tyydyttävään vuorovaikutukseen (Guedeney 1997).

Lapsen depressioriski on suuri erityisesti silloin, kun vanhemman kyky varhaiseen vuorovaikutukseen on heikentynyt usean riskitekijän yhteisvaikutuksesta (Rutter 1990).

Puutteellisen vuorovaikutuksen seuraukset vauvalle

Vauvan depressio-oireiden yhteydessä on tutkittu eniten vanhemman masentuneisuuden vaikutuksia. Lapsensa ensimmäisen elinvuoden aikana yli kuusi kuukautta masennuksesta kärsineiden äitien vauvoilla on todettu lukuisia käyttäytymisen sekä fysiologisen ja biokemiallisen säätelyn häiriöitä (taulukko 2), (Henriques ja Davidson 1991, Field 1992, Cummings ja Davies 1994, Abrams ym. 1995, Field ym. 1995, Dawson ym. 1999). Lisäksi masentuneiden äitien lasten kognitiivinen kehitys on useissa tutkimuksissa todettu heikommaksi kuin muiden lasten (Singer ja Fagen 1992). Vastaavia piirteitä on esiintynyt myös skitsofreniaa sairastavien, päih-

deongelmaisten ja monista psykososiaalisista ongelmista kärsivien äitien vauvoilla (Field ym. 1998, Riordan 1999).

Pikkulapsen depression kriteerit ja kliininen kuva

Yhdysvaltalainen National Centre for Clinical Infant Programs (NCCIP) on 0–3-vuotiaiden lasten mielenterveyshäiriöiden luokituksessa (Zero to Three 1994) ensimmäistä kertaa määritellyt pikkulapsen depression oireet (taulukko 3). Kri-

Taulukko 1. Vuorovaikutuksen puutteellisuudelle altistavat tekijät.

Vanhemman vuorovaikutuskykyä heikentävät	Vauvan vuorovaikutuskykyä heikentävät
Mielenterveyden häiriö	Huono motoriikka
masennus	Vähäinen aktiivisuus
psykoottisuus	Lisääntynyt ärtyisyys
epäkypysä tai epävakaa	Synnynnäinen vamma
persoonallisuus	Synnynnäinen sairaus
Päihdeongelma	Pitkäaikainen sairaus
Vaikea, jatkuvaa huolta aiheuttava elämäntilanne	Toistuva sairaus
Nuori ikä	

Taulukko 2. Puutteellisen vuorovaikutuksen seuraukset vauvalle.

Kielteiset tunteenilmaukset lisääntyvät
Myönteiset tunteenilmaukset vähenevät
Kiinnostus vuorovaikutukseen aikuisen kanssa vähenee
Ärtyisyys ja itkuisuus lisääntyvät
Kyky rauhoittua huononee
Nukkuminen häiriintyy
Aktiivisuus vähenee
Lihasjänteyks heikkenee
Sydämen syketaajuuden vaihtelu suurenee (heikko vagaalinen tonus)
Stressi vuorovaikutuksessa lisääntyy
EEG:ssä oikeanpuoleinen frontaalinen epäsymmetria merkkinä lisääntyneistä kielteisistä tunnekokemuksista
Kognitiivinen kehitys huononee

Taulukko 3. Pikkulapsen depression pääoireet.

Masentunut tai ärtynyt mieliala
Vähentynyt kiinnostus ikätasoisin toimintoihin
Vähentynyt mielihyvän kokemus
Vuorovaikutustaitojen heikentyminen
Aloitekyvyn heikkeneminen
Lisääntynyt valittelu
Heikentynyt kyky ilmaista vastustusta
Unen häiriöt
Syömisen häiriöt

teerien mukaan oireiden keston täytyy olla vähintään kaksi viikkoa, mutta diagnoosia varten tarvittavien oireiden lukumäärästä ei ole mainintaa. Epäiltäessä vauvan depressiota on suljettava pois elimelliset sairaudet ja kehityshäiriöt.

Vauvan depression kliiniselle kuvalle on tyyppillistä tunnereaktioiden latistuminen ja sosiaalisen kehityksen hidastuminen tai taantuminen (taulukko 4). Jos depressiiviset oireet tulevat esiin myös vauvan tarpeisiin vastaavassa vuorovaikutuksessa, niistä on tullut vauvan mielialan pysyvämpi häiriö.

Vauvan masennuksen ehkäisy

Vauvan masennuksen paras hoito on sen ehkäisy. Maailmanlaajuisesti tärkeintä on turvata vauvoille riittävä ravinnonsaanti ja pysyvä suhde vähintään yhteen hoitavaan aikuiseen sekä tukea riittävän hyvän vuorovaikutuksen muodostumista.

Suomessa vauvojen ravinnonsaantiin liittyvät ongelmat ovat harvinaisia ja kasvun ja somaattisen terveyden seuranta on hyvin järjestetty. Vanhemman ja lapsen välisen hyvän suhteen muodostumista tuetaan äitiys- ja vanhempainloman avulla. Vauvan kannalta vaikeita ovat ennakkoimattomat erotilanteet sairauden, onnettomuuden tai kiireellisen huostaanoton yhteydessä. Depression ehkäisemiseksi vauvalle on erotilanteissa turvattava alusta lähtien pysyvä korvaava hoitaja. Vauvojen ja pienten lasten huostaanotoissa tulisi päästä pysyvään ratkaisuun lapsen kannalta riittävän nopeasti, mieluummin viikkojen kuin kuukausien kuluessa.

Vanhemman ja vauvan välisten vuorovaikutusongelmien ehkäisemiseksi tulee äitiysneuvolassa kartoittaa kunkin odottavan perheen riskitekijät ja niiden aiheuttama tuen ja varhaisen intervention tarve (taulukko 1). Äidin ja isän mielenterveys, äidin raskaudenaikainen mieliala ja siihen vaikuttavat tekijät on syytä selvittää erityisen tarkoin, samoin vanhempien päihiteidenkäyttö. Yhtä tärkeää on jo raskausaikana tukea mahdollisimman hyvän vuorovaikutussuhteen syntymistä vanhempien ja syntyvän lapsen tai ainakin äidin ja lapsen välille. Tätä varten on syytä keskustella mielikuvista, joita he

Taulukko 4. Vauvan depression kliininen kuva.

Ilmeettömyys taikka surullinen tai tyhjä ilme
Katsekontaktin välttely
Vuorovaikutusjokeltelu vähäistä tai puuttuu
Ikätasoinen hymyily vähäistä tai puuttuu
Valitteleva tai kitisevä itkuääni
Ärtyvyys tai jatkuva tyytymättömyys
Epäsäännöllinen nukkuminen
Syömiseen liittyvät vaikeudet
Heikentynyt lihasjänteys
Hidas motorinen kehitys tai taantuma kehityksessä

liittävät tulevaan lapseen, heidän ennakoimistaan vaikeuksista lapsen hoidossa ja perheen tilanteessa sekä erityisesti niistä keinoista, joilla he itse ajattelevat voivansa ratkaista vaikeudet. Tällä tavoin voidaan tukea vanhempien tunnetta omasta kyvykkyydestään lapsensa hoitajana – menettely suojaa erityisesti äitiä masentumiselta. Lastenneuvolassa vanhempien kyvykkyyttä voidaan lisätä antamalla myönteistä palautetta vauvan kanssa hyvin sujuvista asioista ja rohkaisemalla heitä viettämään aikaa vauvan kanssa katse- ja kosketuskontaktissa. Erityistä huomiota tulee kiinnittää perheisiin, joissa havaitaan jokin vuorovaikutusta haittaava tekijä (taulukko 1).

Puutteellisen vuorovaikutuksen tunnistaminen ja hoito

Vanhemman ja vauvan välisen puutteellisen vuorovaikutuksen tyypilliset piirteet on lueteltu taulukossa 5 (Reis 1989, Cooper ja Murray 1997, Hipwell ja Kumar 1997, Tronick ja Weinberg 1997, Riordan ym. 1999). Vaikeassa masennuksessa tai todellisuudentajunsa horjuessa äiti saattaa lisäksi kertoa epärealistisia piirteitä lapseltaan, esimerkiksi että vauva itkee vain kiusataksseen häntä (Hipwell ja Kumar 1997). Jos lapseen ja hänen hoitamiseensa liittyy äidin mielessä paljon kielteisiä tunteita, se saattaa näkyä äidin tyytymättömyytenä ja vihamielisyytenä paitsi lasta myös perhettä auttavia henkilöitä kohtaan (Törrönen 1998).

Hoidon suunnittelua ja toteutusta varten työntekijän on kyettävä luomaan avoin ja luotamuksellinen suhde vanhempaan. Keskeistä on

Taulukko 5. Vuorovaikutuksen havainnointi ja puutteellisen vuorovaikutuksen piirteet.

Havainnoitava asia	Vanhempi	Lapsi
Vuorovaikutuspuhe	Vähän tai ei lainkaan vuorovaikutuspuhetta	Vähän tai ei lainkaan vuorovaikutusjokittelua
Katsekontakti	Ei tavoittele vauvan katsetta Kääntää usein vauvan kasvot pois päin itsestä	Ei tavoittele tai välttää äidin katsetta
Vauvan käsittely	Käsittelee lasta kuin esinettä Koskettelu mekaanista nyppimistä, tökkimistä tms. Antaa lapsen helposti muille Pitää lasta kaukana itsestään	Ei näytä nauttivan kosketuksesta, vaimea reagointi

vanhemman kuunteleminen niin, että hän kokee tulevaisuutta kuulluksi ja ymmärretyksi – vanhemman on saatava kokea samankaltainen vuorovaikutus työntekijän kanssa kuin mihin hänen tulisi kyetä lapsensa kanssa. Vanhemman ja perheen kokonaistilanteen helpottamisen lisäksi on muistettava vanhemman ja lapsen välisen vuorovaikutuksen edistäminen sekä vauvan mahdollisesti tarvitsema yksilöllinen hoito.

Masentuneen äidin psykiatrisen hoidon (keskusteluapu ja mahdollisesti lääkitys) lisäksi arvioidaan konkreettisen avun (lepo ja kodinhoitoapu) tarve. Vuorovaikutuksen hoito on olennaista sekä äidin masennuksen helpottumisen että vauvan terveen kehityksen kannalta. Helposti sovellettavia tekniikoita on useita (mm. Field 1997). Äitejä voidaan herkistää vauvan viestien ymmärtämiseen neuvomalla heitä olemaan kasvokkain vauvan kanssa ja matkimaan tämän ilmeitä. Vetäytyviä äitejä voidaan neuvoa hieromaan vauvaansa päivittäin, jolloin he pääsevät kokemaan vauvan koskettamisen ja hoidon myönteiseksi.

Jos vauvalle on kehittynyt depression oireita, täytyy arvioida hänen oma hoidontarpeensa. Kaikissa yliopistosairaaloissa, osassa aluesairaaloista sekä suuremmissa perheneuvoloissa on vauvojen ja pikkulasten psyykkisiin häiriöihin perehtyneitä työryhmiä, joita voi konsultoida hoidon tarpeesta ja toteuttamisesta ja joihin vauva perheineen voidaan ohjata (taulukko 6). Äiti-vauvaparia voidaan hoitaa yksilöllisesti tai ryhmässä. Hoitojen sisältö vaihtelee vuorovaikutuksellisesta neuvonnasta (Mc Donough 1993) psykodynaamisesti suuntautuneisiin terapioihin.

Taulukko 6. Erikoissairaanhoidon konsultaation ja hoitoonohjauksen aiheet.

Vauvan oireilu
Äidin vaikea tai pitkäkestoinen, hoitoon vastaamaton depression
Äidin psykoottinen oireilu
Äidin kyvyttömyys toteuttaa hoitoa ja korvaavan hoitajan puute
Lastensuojelun tarve perheessä
Mielenterveyden ongelma molemmilla vanhemmilla

Psykoottisen vanhemman ja hänen vauvansa hoitoa tulisi aina arvioida yhteistyössä aikuispsykiatrisen ja pikkulasten psykiatrisen työryhmän kanssa. Keskeistä on tutkia, kuinka suuri riski vanhemmalla on vahingoittaa lastaan tahattomasti tai tahallisesti esimerkiksi kokiessaan vauvan itselleen vahingolliseksi. Vanhemman kykyä hoitaa vauvaa tulee arvioida vauvan kehitystarpeet huomioiden ja järjestää tarvittaessa viipymättä vauvalle korvaava hoitaja (Hipwell ja Kumar 1997). Yhteistyötä sosiaalitoimen kanssa tarvitaan kodinhoitoavun ja lastensuojelutoimien mahdollisen tarpeen vuoksi.

Päihdeongelmalliselle vanhemmalle on pyrittävä järjestämään asianmukainen hoito ja kuntoutus ja tukihenkilö hoidon ajaksi. Hyviä tuloksia on saatu ohjelmalla, jossa vanhemmille on annettu sosiaalista ja ammatillista kuntoutusta ja mielialaa kohottavaa terapiaa sekä tuettu äidin ja vauvan välistä vuorovaikutusta (Field ym. 2000). Päihdeongelmaisten vanhempien ohjaaminen hoitoon ei ole helppoa, eikä maassamme ole riittävästi vauvaperheille tarkoitettuja hoito- ja kuntoutuspalveluja. Myös persoonallisuushäiriöistä kärsivien vanhempien ohjaaminen

hoitoon on usein vaikeaa, ja neuvola saattaa olla ainoa paikka, jossa he suostuvat käymään. Ymmärtävän ja tutun terveydenhoitajan suorittamina vuorovaikutukseen kohdistuvat interventiot voivat auttaa vanhempia herkistymään vauvansa tarpeille ja johtaa vauvan tilanteen helpottumiseen. Vauvan oman hoidon ja mahdollisten lastensuojelutoimien tarve tulee näissäkin tapauksissa arvioida samoin periaattein kuin edellä on kuvattu masentuneen ja psykoottisen vanhemman hoidon yhteydessä.

Päätelmät

Lapsuusiän depressio on osoittautunut lapsen kehitystä ja toimintakykyä haittaavaksi vakavaksi mielenterveyden häiriöksi, joka helposti uusiutuu ja jatkuu nuoruus- ja aikuisiälle (Kovacs ym. 1984a,b, Luby ym. 1996). Jos vauvan depressio osoittautuu lapsuusiän depression varhaismuodoksi, on sen ehkäisy tärkeää myöhemmän masennusriskin vähentämiseksi.

Vauvan depression ehkäisy ja hoito painotuvat molemmat vanhemman ja vauvan välisen varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen ja hoitoon. Äitiys- ja lastenneuvolat ovat avainasemassa tässä tehtävässä. Monessa maamme neuvolassa on varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen otettu toimintatavaksi ja henkilökunta on koulutautunut tunnistamaan vuorovaikutusta haittaavia tekijöitä sekä arvioimaan ja tukemaan varhaista vuorovaikutusta lasten mielen-terveystyötä tekevän ammattilaisen antaman työnohjauksen tuella. Vaikeasti ongelmaiset perheet ja jo depressiivisesti oireilevat vauvat tarvitsevat erikoissairaanhoidon pikkulasten psykiatristen työryhmien konsultaatiota ja hoitoa.

Vielä ei tiedetä, onko vauvan depressio lapsuusiän depression varhaisempi muoto. Vauvoilla havaitut oireet kertovat kuitenkin heidän kokemastaan kärsimyksestä, jonka tunnistaminen ja hoitaminen on välttämätöntä heidän terveen kehityksensä turvaamiseksi.

Kirjallisuutta

- Abrams SM, Field T, Scafidi F, Prodromidis M. Newborns of depressed mothers. *Infant Ment Health J* 1995;16:233–9.
- Bowlby J. *Loss, sadness and depression*. London: Hogarth Press, 1980.
- Cambpell SB, Cohn JF. The timing and chronicity of postpartum depression: Implications for infant development. Kirjassa: Murray L, Cooper P, toim. *Postpartum depression and child development*. New York: Guilford Press 1997, s. 165–200.
- Carlson GA, Cantwell DP. Unmasking masked depression in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1980;137:445–9.
- Cole PM, Michel MK, Teti LO. The development of emotional regulation and dysregulation: a clinical perspective. *Monogr Soc Res Child Dev* 1994;240:73–100.
- Cooper P, Murray L. The impact of psychological treatments of postpartum depression on maternal mood and infant development. Kirjassa: Murray L, Cooper P, toim. *Postpartum depression and child development*. New York: Guilford Press 1997, s. 201–21.
- Cummings EM, Davies PT. Maternal depression and child development. *J Child Psychol Psychiatry* 1994;1:73–111.
- Dawson G, Frey K, Self J, Panagiotides H, Hessl D, Yamada E, Rinaldi J. Frontal brain electrical activity in infants of depressed and non-depressed mothers: relations to variations in infant behavior. *Dev Psychopathol* 1999;11:589–605.
- Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC: 0–3). Washington DC: Zero to Three: National Centre for Clinical Infant Programs 1994.
- Field TM. Infants of depressed mothers. *Dev Psychopathol* 1992;4:49–66.
- Field T, Pickens J, Fox NA, Nawrocki T, Gonzalez J. Vagal tone in infants of depressed mothers. *Dev Psychopathol* 1995;7:227–31.
- Field T. The treatment of depressed mothers and their infants. Kirjassa: Murray L, Cooper P, toim. *Postpartum depression and child development*. New York: Guilford Press 1997, s. 221–36.
- Field TM, Scafidi F, Pickens J, ym. Polydrug-using adolescent mothers and their infants receiving early intervention. *Adolescence* 1998;33:117–43.
- Guedeney A. From early withdrawal reaction to infant depression: a baby alone does exist. *Infant Ment Health J* 1997;18:339–49.
- Hans SL, Bernstein VJ, Henson LG. The role of psychopathology in the parenting of drug-dependent women. *Dev Psychopathol* 1999;11:957–77.
- Henriques J, Davidson R. Left frontal hypoactivation in depression. *J Abnorm Psychol* 1991;100:535–45.
- Hipwell AE, Kumar RC. The impact of postpartum affective psychosis on the child. Kirjassa: Murray L, Cooper P, toim. *Postpartum depression and child development*. New York: Guilford Press 1997, s. 265–94.
- Kashani JH, Holcomb WR, Orvaschel H. Depression and depressive symptoms in preschool children from the general population. *Am J Psychiatry* 1986;143:1138–43.
- Kovacs M, Feinberg T, Crouse-Novak M, Paulauskas S, Pollock M, Finkelstein R. Depressive disorders in childhood: I. A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Arch Gen Psychiatry* 1984(a);41:229–37.
- Kovacs M, Feinberg T, Crouse-Novak M, Paulauskas S, Pollock M, Finkelstein R. Depressive disorders in childhood: II. A longitudinal study of the risk for a subsequent major depression. *Arch Gen Psychiatry* 1984(b);41:643–9.
- Luby JL, Todd RD, Geller B. Outcome of depressive syndromes: infancy to adolescence. Kirjassa: Shulman KI, Tohen M, Kutcher SP, toim. *Mood disorders throughout the life span*. New York: Wiley-Liss 1996, s. 83–101.
- Luby JL. Depression. Kirjassa: Zeanah C, toim. *Handbook of infant mental*. New York: Guilford Press 2000 Health, s. 382–96.
- McDonough SC. Promoting positive early parent-infant relationships through interaction guidance. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am*, 1995;(4):661–72.
- Powell GF, Low J. Behavior in non-organic failure to thrive. *Dev Behav Pediatr* 1983;4:26–33.
- Powell GF, Bettes BA. Infantile depression, non-organic failure to thrive and DSM-III-R: a different perspective. *Child Psychiatry Hum Dev* 1992;22:185–96.
- Reis J. A comparison of young teenage, older teenage and adult mothers on determinants of parenting. *J Psychol* 1989;123:141–51.

- Riordan D, Appleby L, Faragher B. Mother-infant interaction in postpartum women with schizophrenia and affective disorders. *Psychol Med* 1999;29:991–5.
- Rutter M. Commentary: some focus and process considerations regarding effects of parental depression on children. *Dev Psychol* 1990; 26:60–7.
- Singer JM, Fagen JW. Negative affect, emotional expression and forgetting in young infants. *Dev Psychopathol* 1992;28:43–57.
- Spitz R. Anaclitic depression: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanal Study Child* 1946;1:47–53.
- Tamminen T. Äidin masennus, imetys ja varhainen vuorovaikutus. *Acta Universitatis Tamperensis* 1990, ser A Vol 304.
- Teti DM, Gelfand DM. Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Dev* 1991;62:918–29.
- Tronick EZ, Weinberg KM. Depressed mothers and infants: Failure to form dyadic states of consciousness. Kirjassa: Murray L, Cooper P, toim. *Postpartum depression and child development*. New York: Guilford Press 1997, s. 54–85.
- Törrönen H. Ehjänä perille. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 18. Helsinki: Nykypaino 1998.

KAIJA PUURA, LT, erikoislääkäri, apulaisopettaja
puura@sci.fi
TAYS:n lastenpsykiatrian klinikka ja
Tampereen yliopisto, lastenpsykiatrian oppiala
PL 607, 33014 Tampereen yliopisto

Mitä opin

1. Vauvan depressio liittyy
 - a) vihurirokoon
 - b) vauvan somaattisiin sairauksiin
 - c) vanhemman ja lapsen puutteelliseen vuorovaikutukseen
2. Vauvan depression pääoireita ovat
 - a) aloitekyvyn vähentyminen
 - b) yliviikkaus
 - c) heikentynyt kyky katsekontaktiin
3. Vanhemman vuorovaikutuskykyä heikentävät
 - a) liian hyvä parisuhde
 - b) jatkuvaa huolta aiheuttava elämäntilanne
 - c) vauvan liiallinen sylissä pitäminen

Oikeat vastaukset sivulla 1081