

Unihäiriö kätkeytyy monen nuoren mielenterveysongelmiin

Kouluterveyskyselyn mukaan 6–8 % nuorista kärsii erilaisista unihäiriöistä. Lasten- ja nuorisopsykiatrian poliklinikoiden potilaista joka kolmannella on todettu unihäiriö. Kyseessä voi olla elämäntapoihin tai elämäntilanteeseen kytkeytyvä ongelma taikka somaattiseen tai psyykkiseen sairauteen liittyvä oire. Hyvä anamneesi on diagnostiikan perusta, unenseurantalomake ja nukkumispäiväkirja antavat lisätietoa. Tavallisen elämän stressitilanteisiin liittyvät unihäiriöt hoidetaan perustasolla. Keskustelu on ensisijainen apu. Hoitoon kuuluvat myös unenhuolto-ohjeet. Jos unihäiriön taustalla on toimintakykyä heikentävä psykiatrinen häiriö, on syytä konsultoida nuorisopsykiatria. Alaikäisten unihäiriöiden hoito ei kuulu minkään psykenlääkkeen virallisiin käyttöaiheisiin. Lääkehoidon on hyvä olla erikoislääkärin käsissä. Melatoniini on ensilinjan valmiste.

Nuoruus on kymmenisen vuotta kestävä jakso lapsuuden ja aikuisuuden välissä. Se ajoittuu keskimäärin ikävuosiin 12–22 (Aalberg ja Siimes 1999). Nuoruusikä on ruumiillisen ja henkisen muutoksen aikaa, jolloin nuori prosessoi itsenäistymistään ja seksuaalisuuttaan sekä rakentaa omaa arvomaailmaansa. Osa nuorista elää tätä vaihetta elämästään kuohuvin tuntein.

Nuoruusikä tuo muutoksia myös uneen (Saarenpää-Heikkilä 2009). Nuoren on helppo valvoa ja pitkittää nukkumaanmenoa (Carskadon ym. 1998). Tämä selittyy unen säätelyjärjestelmien muutoksilla. Sinänsä unen tarve ei vähene, vaan murrosikäinen tarvitsee noin yhdeksän tunnin yöunet. Toki unen tarve on yksilöllistä. Vuoden 2009 kouluterveyskyselyn mukaan erilaisista unihäiriöistä eli

unettomuudesta, nukahtamisvaikeuksista tai liian varhain heräämisestä kärsii 6–8 % nuorista. Tyttöillä vaiva on yleisempi kuin pojilla. Joissakin tutkimuksissa jopa puolet nuorista on kertonut päiväväsymyksestä (Välimäki ym. 2005). Päiväväsymystä esiintyy, vaikka yöunen määrä ei lyhenisikään; ilmeisesti myös hormonaalisilla muutoksilla on vaikutusta oireeseen (Saarenpää-Heikkilä ja Koivikko 1995). Unettomuus saattaa olla päiväaikaisen ongelmakäyttäytymisen taustalla. Se voi ilmentyä ärtyneisyytenä, levottomuutena, keskittymiskyvyn puutteena, impulsiivisuutena, häiriökäyttäytymisenä, itsetuhoisuutena tai huonomuistisuutena (Mindell ym. 2006).

Nuoruusiässä mielenterveyshäiriöt yleistyvät. Unen ja sairauden vastavuoroinen vaikutus näkyy erityisesti psyykkisissä sairauksissa (Paunio ja Porkka-Heiskanen 2008, Owens 2010). On mahdollista, että sairaus ja unen muutokset ruokkivat toisiaan niin, että muodostuu pahenevien oireiden noidankehä.

Kun vastaanotolle tulee unihäiriötä poteva nuori, tulee lääkärin muodostaa kokonaiskuva siitä, mistä on kysymys. Kyseessä voi olla esimerkiksi elämäntapoihin tai elämäntilanteeseen kytkeytyvä ongelma taikka somaattiseen tai psyykkiseen sairauteen liittyvä oire. Tässä artikkelissa keskitytään psykiatrian näkökulmaan nuoren unihäiriöissä.

Tutkiminen

Hyvä anamneesi kertoo paljon. TAULUKOSSA 1 on unettomuutta koskevan Käypä hoito -suosituksen ohjeistus (Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2008). Nuorta tutkittaessa on tavallista, että myös vanhemmat haastatellaan. Unenseurantalomake (Saarenpää-Heikkilä ym. 2010) ja nukkumispäiväkirja (Rintahaka 2007) antavat lisätietoa. Unirekisteröintiä ei

TAULUKKO 1. Nukkumishistoria ja siihen liittyvät keskeiset asiat.

Unettomuuden kesto
Elämänmuutokset unettomuuden alkamisaikana
Unettomuuden jatkuvuus
Aikaisemmat hoidot ja itsehoidot
Potilaan oma tulkinta unettomuuden syistä
Potilaan oma käsitys unen rakenteesta
Nukkumisympäristö
Yölliset oireet ja tapahtumat
Vuodekumppanin kertomus (vanhempien kertomus nuorta tutkittaessa)
Päiväajan seuraukset
Elintavat
Mieliala, ahdistuneisuus, stressaantuneisuus
Toimintakyky ja elämänlaatu

tarvita tavallisen unettomuuden selvittelyssä (Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2008).

Diagnoosi

Tilapäinen unettomuus kestää alle kaksi viikkoa, lyhytkestoinen 2–12 viikkoa ja pitkäaikainen yli kolme kuukautta (Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2008).

Kansainvälisessä unihäiriöluokituksessa pääluokat ovat unettomuus, unenaikaiset hengityshäiriöt, liikaunisuus, uni-valverytmin häiriöt (kronobiologiset häiriöt), uneen liittyvät erityishäiriöt (parasomniat), unenaikaiset liikehäiriöt, muut unihäiriöt, ympäristöperäinen unihäiriö, muut erilliset oireet (kuorsaus) sekä elimellisten ja ei-elimellisten sairauksien aiheuttamat sekundaariset unihäiriöt.

Suomessa käytettävässä ICD-10-tautiluokituksessa unihäiriöt kuvataan mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöissä luokassa F51, joka kattaa ei-elimelliset unihäiriöt, ja hermoston sairauksissa luokassa G47, johon kuuluvat elimelliset unihäiriöt.

Diagnoosia F51 eli ei-elimellinen unettomuus tulisi käyttää, jos potilaan ainoa oire on unen epättydyttävä laatu tai määrä. Unettomuusdiagnoosia voi käyttää, jos unettomuus on pääoire tai potilas pitää sitä perusongelmana. Potilaalla voi olla myös muita psyykkisiä oireita. Vaikeusasteensa ja keston vuoksi

hoitoa edellyttävät tilat tulee ilmaista lisäkoodilla. Ei-elimellinen liikaunisuus (F51.1) on tila, jossa esiintyy ylenmääräistä uneliaisuutta tai pakonomaista nukahtelua. Se liittyy tavallisesti mielenterveyshäiriöön, mutta on myös potilaita – nuoriakin – jotka pystyvät yhdistämään epämiellyttävät päiväaikaiset kokemuksensa taipumukseensa nukahtaa epäsopivina aikoina. Ei-elimellisiin uni-valverytmin häiriöihin (F51.2) kuuluvat häiriöt, joiden taustalla on psyykinen syy, ja häiriöt, joihin ei löydetä syytä. Jos muut psykiatriset oireet ovat selviä ja pitkäaikaisia, ne merkitään lisäkoodilla.

F-luokkaan kuuluu parasomnioita, kuten unissakävely, yöllinen kauhukohtaus ja painajaisunet, jotka eivät lapsuudessa ja nuoruudessa ole psyykkisiä häiriöitä.

G-luokkaan sisältyy myös nuoruudessa esiintyvä narkolepsia tai katapleksia (G47.4). Kyseessä on krooninen unihäiriö, jolle on ominaista pakonomainen nukahtaminen tai tunnetiloihin liittyvä äkillinen lihasjänteiden pettäminen tai vähentyminen.

Nuoren elämäntavat

Murrosiässä nukkumisrytmi alkaa viivästyä hormonaalisista syistä. Tämä palvelee nuorta, jolla on sosiaalinen paine valvoa. Vuoden 2011 kouluterveyskyselyssä selvisi, että jopa 39 % suomalaisista koululaisista menee nukkumaan klo 23:n jälkeen. Koululaisten oman arvion perusteella internetissä vietetty aika aiheuttaa vuorokausirytmiiin liittyviä ongelmia 16–23 %:lla iän ja koulumuodon mukaan (Kouluterveyskysely 2009). Tilanne pahenee viikonloppuisin, jolloin on mahdollista nukkua pitkään.

Internetriippuvuus yhdistetään unihäiriöihin ja mielenterveysongelmiin sekä lisääntyneeseen tupakointiin ja alkoholin käyttöön (Korkeila 2012). Tupakointi sekä runsas alkoholin ja muiden päihteiden käyttö vieroitusoireineen (Erkinjuntti ym. 2009, Saarenpää-Heikkilä 2009) voivat vaikuttaa unirytmien kaotisuuteen. Myös kahvilla ja nuorten suosimilla kola- ja energiajuomilla saattaa olla vaikutusta huononaisuuteen (Owens 2010). Monet nuorista nukkuvat päiväunia, ja liian pitkät

tai liian myöhään nukkutut päiväunet pahentavat uniongelmaa yöaikaan (Partonen 2011).

Elämäntilanne

Stressiin, suruun ja psyykkisiin traumoihin liittyy usein unen häiriöitä (Paunio ja Porkka-Heiskanen 2008, Partonen 2011). Stressi aiheuttaa ylivirittyneen valppauden tilan. Voimakas stressi, jo ajatus seuraavan päivän stressistä, muuttaa unen rakennetta. Stressin pitkittyessä uniongelma voi kroonistua (Paunio ja Porkka-Heiskanen 2008). Nuoren persoonallisuus vaikuttaa stressin kokemiseen. Suorituskeskeiset, kunnianhimoiset nuoret saattavat lukea kokeisiin yömyöhään, ja nukkumaan mennessään he eivät saa unta. Nukkumisesta tulee siten yksi lisästressin aihe (Erkinjuntti ym. 2009). Nuori voi reagoida unihäiriöillä omiin ja perheensä vaikeuksiin, sydänsuruihin, vanhempien riitoihin, avioeroon tai taloudellisiin huoliin.

On myös pidettävä mielessä, että unihäiriöt kuuluvat vaikeiden mielenterveyshäiriöiden eli psykoosisairauksien alkuvaiheen epäspesifisiin ennako-oireisiin (Luutonen ym. 2006). Stressitilanne voi psykoosille alttiilla laukaista monimuotoisia oireita, joista unihäiriöt ovat ensimmäisten joukossa.

Psykiatriset häiriöt

Pitkäkestoinen unettomuus on tavallisesti sekundaarista unettomuutta (Partonen 2011). Tällöin kyseessä on usein mielenterveyshäiriön aiheuttama oire (Glozier ym. 2010). Kaikkiin psyykkisiin sairauksiin liittyy unen muutoksia (Paunio ja Porkka-Heiskanen 2008).

Nuoren unettomuus voi olla yhteydessä lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamiin elimellisiin aivo-oireyhtymiin ja käyttäytymisen häiriöihin. Se saattaa olla alkoholin, piristeiden, tupakan tai rauhoittavien lääkkeiden aiheuttama vieroitusoire. Niin ikään taustalta voi paljastua hallusinogeenien käyttöön liittyvä ylivirittyneisyys.

Psykoosisairauksien puhjetessa unihäiriöiden esiintyminen on mahdollista heti alkuvai-

YDINASIAT

- ▶ Nuoruusiässä unen rakenne muuttuu ja valvomiiseen on sosiaalinen paine.
- ▶ Erilaisista unihäiriöistä kärsii 6–8 % nuorista.
- ▶ Unettomuus voi aiheuttaa psykiatrisia oireita, ja toisaalta psykiatrisiin häiriöihin liittyy usein sekundaarista unettomuutta.
- ▶ Unihäiriön syytä riippumatta hoito alkaa unenhuolto-ohjeista.
- ▶ Sekundaarisen unettomuuden hoidossa on tärkeää perussairauden hoito.
- ▶ Lääkehoito on toteutettava tarkkaa harkintaa käyttäen, esimerkiksi melatoniinia kannattaa kokeilla.

heessa (Luutonen ym. 2006). Uneen liittyvät ongelmat ovat tavallisia myös skitsofreniapotilailla (Paunio ja Porkka-Heiskanen 2008). Heillä ilmenee etenkin nukahtamisen vaikeutta ja yöllistä heräilyä.

Mielialahäiriöissä unettomuus on yleistä (Mindell ym. 2006). Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä uni-valvorytmin häiriintyminen on yksi tavallisimmista oireista (Jackson ym. 2003). Hypomaniaan ja maniaan liittyy unen tarpeen väheneminen. Masennuspotilailla esiintyy nukahtamisen vaikeuden lisäksi unen katkonaisuutta tai aamuyöllistä heräilyä. Toisaalta jo yhden yön valvominen laskee mielialaa (Paunio ja Porkka-Heiskanen 2008). Uusi suomalainen tutkimushavainto tuo esiin sen, että unettomuus voi ennakoida masennusta (Salo ym. 2012). Toisinaan masentunut nukkuu ylen määrin ja liikaunisuus on korostunut oire. Masennuksesta kärsivistä lapsista jopa kolmella neljästä on unihäiriöitä (Mindell ym. 2006).

Myös neuroottisiin häiriöihin kuten yleistyneeseen ahdistuneisuuteen liittyvä huolestuneisuus aiheuttaa nukahtamisvaikeuksia. Nuorilla uniongelmat voivat olla myös eroahdistuksen oire (Mindell ym. 2006). Jo aiemmin

mainitut elämäntapahtumiin liittyvät paineet ja odottamattomat henkiset rasitukset saattavat ilmetä yöunien menetyksenä (Paunio ja Porkka-Heiskanen 2008, Partonen 2011).

Jokin poikkeuksellisen uhkaava tilanne, esimerkiksi onnettomuus tai väkivallan uhriksi joutuminen, voi aiheuttaa traumaperäisen stressireaktion, jonka diagnostisiin kriteereihin sisältyvät sekä unettomuus että painajaisunet.

Psyykkisen kehityksen häiriöihin kuuluviin nuorten neuropsykiatriisiin häiriöihin, kuten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöön (ADHD) sekä Aspergerin ja Touretten oireyhtymiin, liittyy unen poikkeavuuksia (Berglund 2005, Saarenpää-Heikkilä 2009). Jopa 60 %:lla nuorista ADHD-potilaista on unihäiriöitä (Mindell ym. 2006).

Hoito

Joskus nuoren unihäiriöiden selvittely paljastaa taustalta moniongelmaisen perheen. Tällöin saatetaan tarvita terveydenhuollon ja sosiaalitoimen tiivistä yhteistyötä.

Jos uniongelmien syyksi paljastuvat nuoren elämäntavat, on ensimmäiseksi annettava unenhuolto-ohjeita (TAULUKKO 2). Ne on hyvä käydä läpi niin nuoren itsensä kuin kotiväen kanssa (Saarenpää-Heikkilä 2009, Korkeila 2012, Salo ym. 2012). Tämä toteutetaan perusterveydenhuollossa.

Aikuisilla toiminnallisen unettomuuden hoidossa tehokkaiksi todetut käyttäytymisterapeuttiset keinot näyttävät toimivan tuoreen kontrolloidun tutkimuksen mukaan myös lapsilla (Paine ja Grasier 2011). Tässä tutkimuksessa unihäiriöistä ja ahdistuneisuudesta kärsiviä 7–13-vuotiaita lapsia ja varhaisnuoria hoidettiin kognitiivis-behavioraalisella terapialla. Hoidossa vaikutetaan ihmisen tapaan käsitellä huoliaan ja pyritään siihen, että potilas kävisi ongelmiaan läpi päiväsaikaan (Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2008, Paine ja Grasier 2011). Liika nukahtamisen yrittäminen karkottaa unen; rentoutuminen puolestaan auttaa nukahtamaan.

Tavallisen elämän stressitilanteisiin liittyvät unihäiriöt tulisi hoitaa perustasolla, esimer-

kiksi kouluterveydenhuollossa. Keskustelu on ensisijainen apu (Saarenpää-Heikkilä ja Koivikko 1995). Jos nuoren unihäiriön syyksi alkaa paljastua toimintakykyä heikentävä psykiatrinen häiriö, on syytä konsultoida nuorisopsykiatria. Varsinkin alaikäisten psyykenlääkehoidon on hyvä olla erikoislääkärin käsissä; ainakin sen on hyvä perustua erikoislääkärin konsultaatioon.

Mikä lääkkeeksi?

Sekundaarisessa unettomuudessa hoitona on perussairauden asianmukainen hoito, sekä psykososiaalinen että lääkehoito (Luutonen ym. 2006). Lääkitys ei ole ensilinjan vaihtoehto nuoren unettomuudessa, vaan erilaiset unenhuoltoon liittyvät interventiot toteutetaan ensin (Owens 2009b).

Suomessa minkään psyykenlääkkeen virallisena käyttöaiheena ei ole alaikäisen unettomuuden hoito. Tilanne on sama muuallakin. Esimerkiksi Yhdysvalloissa Food and Drug Administration (FDA) ei ole hyväksynyt lasten ja nuorten unihäiriöiden hoitoon yhtään valmistetta tutkimusnäytön niukkuuden takia (Chhangani ym. 2011). Koska unihäiriöt kuitenkin ovat varsin yleisiä, on tavaksi tullut määrätä monen lääkeaineryhmän valmisteita alaikäisillekin (Owens ym. 2003, Pelayo ja Dubik 2008, Meltzer ym. 2010, Owens ym. 2010).

Yhdysvalloissa lääkehoitokulttuuri on erilainen, ja alaikäisten psyykenlääkkeiden käyttö on siellä paljon yleisempää kuin Suomessa (Haapasalo-Pesu 2007). Myös alaikäisten unihäiriöiden lääkehoitokäytännöt Yhdysvalloissa vaikuttavat täkäläisiin menettelytapoihin verrattuna vierailta. Siellä antihistamiinit, esimerkiksi difenhydramiini ja melatoniini, ovat tavallisimpia itsehoitovalmisteita pediatriiseen unettomuuteen (Owens ym. 2003). Yleisimpiä reseptillä määrättäviä valmisteita ovat alfa-agonistit, kuten klonidiini ja guanfasiini. Myös rauhoittavia masennuslääkkeitä, esimerkiksi amitriptyliinia, tratsodonia ja doksepiinia, käytetään (Owens ym. 2010).

Unettomuuden Käypä hoito -suosituksessa (2008) todetaan, että vain nuoria koskevia

tutkimuksia ei ole tehty. Samassa suosituksessa mainitaan, että aikuisten lyhytkestoisen unettomuuden hoitoon käytetään lähinnä bentsodiatsepiinijohdoksia tai unettomuuden hoitoon soveltuvia masennuslääkkeitä. Bentsodiatsepiinien käyttöön liittyy riippuvuus- ja väärinkäyttöriski. Pitkäaikaisen unettomuuden hoito ei voi perustua bentsodiatsepiineihin (nitratsepaami, diatsepaami, oksatsepaami, tematsepaami, triatsolaami) tai niiden johdoksiin (tsaleploni, tsolpideemi, tsopikloni) (Partonen 2011). Ne on tarkoitettu vain tilapäiseen käyttöön. On tilanteita, jolloin lyhytaikainen bentsodiatsepiinihoito unen turvaamiseksi on hyvä ja perusteltu apu myös nuorelle; annos on sama kuin aikuisilla, esimerkiksi 20 mg tematsepaamia.

Rauhoittavat masennuslääkkeet saattavat tehosta aikuisten pitkäaikaiseen unettomuuteen, vaikka taustalla ei olisikaan masennusta (Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2008). Jos nuoren unihäiriötä hoidetaan masennuslääkkeellä, käytetään meillä yleensä mirtatsapiinia. Sitä otetaan 7,5–15 mg kaksi tuntia ennen nukkumaan menoa.

Unettomuuden hoidossa psykoosilääkkeet tulevat kyseeseen vain erityistapauksissa (Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2008). Jos tällaiseen lääkkeeseen nuorten unettomuudessa päädytään, käytetään tavallisesti ketiapiinia, jota otetaan 25–50 mg tuntia ennen nukkumaan menoa.

Mirtatsapiinista tai ketiapiinista nuorten unihäiriöiden hoidossa ei ole tutkimusnäyttöä tehon eikä turvallisuuden osalta. Näitä valmisteita käytettäessä on seurattava huolellisesti niiden mahdollisia haittavaikutuksia. Seurauksena voi olla esimerkiksi väsymystä, ruokahalun kasvua ja painon nousua sekä aineenvaihdunnallisia haittoja, kuten kolesteroliarvojen suurentumista ja hyperglykemiaa. Näistä on olemassa tietoa nuorten hoidossa muidenkin käyttöaiheiden osalta (Haapasalo-Pesu ym. 2004, Correll 2011).

Nukahtamista helpottava melatoniini on tehokas lääke pitkäaikaisen, primaarin unettomuuden ja aikaerorasiuksesta johtuvan unettomuuden hoidossa (Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2008). Melatoniinista on tehty

TAULUKKO 2. Unenhuolto-ohjeita.

Säännöllisen rytmin noudattaminen, myös viikonloppuisin
Nukkumaanmeno vasta väsyneenä (oman rytmin tunnistaminen)
Nukkumisympäristön muokkaaminen sopivaksi (valaistus, äänet, lämpötila, tuuletus, vuode) ja sen säilyttäminen aina samanlaisena
Nautintoaineiden käytön rajoittaminen (kahvi, tupakka, tee, kola- ja energijuomat, alkoholi, huumeet)
Vuoteen varaaminen vain nukkumisaikaksi (ei esim. kännykän käyttöä)
Rauhoittuminen hetki ennen nukkumaan menoa (pois tietokoneelta, ei aktiivisia pelejä, ei tv-jännitystä)
Liikunnan välttäminen ennen nukkumaan menoaikaa, muuten säännöllinen liikunta on hyvästä

yksi nuoria koskeva avoin tutkimus, ja sen perusteella saatiin heikkoa näyttöä melatoniinin nukahtamisviivettä lyhentävästä vaikutuksesta. Suomessa melatoniini on reseptivalmiste. Yliopiston apteekki valmistaa ja välittää sopimuksen tehneisiin apteekkeihin 1:n, 3:n ja 5 mg:n melatoniinitabletteja. Jotkut yksityisapteekit valmistavat melatoniinikapseleita, mutta ne ovat huomattavasti kalliimpia kuin tabletit. Markkinoilla on myös pitkävaikutteinen melatoniinivalmiste. Sen valmisteyhteenvedossa käyttöaiheena on vähintään 55-vuotiaiden primaarin unettomuuden lyhytaikainen hoito. Samoin todetaan, että alle 18-vuotiaille käyttöä ei suositella, koska tiedot turvallisuudesta ja tehosta ovat riittämättömät. Melatoniinivalmisteista ei saa Kela-korvauksia.

Melatoniinin käyttöön ei ole selkeitä ohjeita. Tavallisin nuorille määrätty annos on 5 mg, mutta se vaihtelee 0,5 mg:sta 10 mg:aan (Paine ja Grasier 2011). Paras tutkimusnäyttö melatoniinin käytöstä on nuorilla ADHD-potilailla (Weiss ym. 2006, Owens 2009a). Melatoniini todettiin turvalliseksi, kun tutkittiin 6–14-vuotiaita potilaita. Lääkkeen pitkäaikaiskäyttöön liittyvä tutkimustieto on kuitenkin puutteellista.

Kliinisen kokemuksen mukaan lääkehoidon tarve korostuu hoidon alussa sen nopean vasteen takia. Psykososiaalisten hoitojen käynnis-

tyttyä on usein mahdollista luopua lääkkeiden käytöstä.

Lopuksi

Unihäiriöt ovat hyvin tavallisia nuorten ilmoittamia ongelmia (Andrews ja Davis 1988, Kouluterveyskysely 2009). Taustalla saattaa olla myös somaattisia syitä tai joidenkin lääkkeiden (esim. kortikosteroidien) aiheuttamia haittavaikutuksia, joita tässä ei käsitelty. Lasten- ja nuorisopsykiatrian poliklinikoiden potilaista joka kolmas kärsii unihäiriöistä (Owens ym. 2003). Unettomuus on yksi tärkeimmistä psykotrooppisten lääkeaineiden käyttöaiheis-

ta Yhdysvalloissa. Nuoruusiän unettomuuden on todettu olevan masennuksen ja päihteiden väärinkäytön riskitekijä varhaisaikuisuudessa (Roane ja Taylor 2008). Pitkäaikainen unettomuus altistaa myös somaattisille sairauksille (Roberts ym. 2008). Aikuisilla unettomuuden on todettu kasvattavan sepelvaltimotaudin, infektioautien ja aineenvaihduntasairauksien riskiä (Paunio ja Porkka-Heiskanen 2008).

Nuorten unihäiriöiden hoitoa on tutkittu hyvin vähän. Aiheesta ei ole tarjolla hoitosuosituksia, joille olisi kuitenkin kipeä tarve. Varsinkin alaikäisillä psykyenlääkkeiden käyttö vaatii aina tarkkaa harkintaa. ■

KIRSI-MARIA HAAPASALO-PESU, LT, toimialajohtaja, kliininen opettaja

Satakunnan sairaanhoitopiiri
Turun yliopisto, nuorisopsykiatria

MAX KARUKIVI, LT, nuorisopsykiatriaan erikoistuva lääkäri

Satakunnan sairaanhoitopiiri

SIDONNAISUUDET

Kirsi-Maria Haapasalo-Pesu: Luentopalkkio (Lundbeck, BMS, Astra Zeneca, Pfizer)

Max Karukivi: Työsuhde (ICON/Lilly)

Summary

Sleep disorders among adolescents – a major problem in mental health care

Sleep disturbances are common in adolescents. The etiologies include biological, environmental, and sociocultural factors. The structure of sleep changes during adolescence, and it is easy for adolescents to stay awake. Sleep deprivation causes psychiatric symptoms. On the other hand, many psychiatric disorders cause secondary insomnia. The primary care is sleep hygiene counselling and behavioural therapy. If the sleep disorder is secondary, treatment of the primary disorder is the most important help. The scientific data of pharmacological management of insomnia of adolescent is thin. Melatonin might be worth a try, since there is scientific data of its effectiveness and safety.

KIRJALLISUUTTA

- Aalberg V, Siimes A. Lapsesta aikuiseksi. Murrosikä ja nuoruusikä. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 1999, s. 15.
- Andrews HB, Davis N. Sleeping disorders among West Australian tertiary students. *Comm Health Studies* 1988;12:208–11.
- Berglund B. Barns hälsa och inlärning försämras av bullriga ljudlandskap i skolan och hemmet. *Ympäristö ja Terveys* 2005;36:43–47.
- Carskadon M, Wolfson A, Acebo C, ym. Adolescent sleep patterns, circadian timing, and sleepiness at a transition to early school days. *Sleep* 1998;21:871–81.
- Chhanganani B, Greydanus DE, Patel D, ym. Pharmacology of sleep disorders in children and adolescents. *Pediatr Clin N Am* 2011;58:273–91.
- Correll CU. Safety and tolerability of antipsychotic treatment in young patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2011;72:26.
- Erkinjuntti A, Hietanen M, Kivipelto M, ym. Aivot tarvitsevat unta. Kirjassa: Pidä aivosi kunnossa. Juva: WS Bookwell Oy 2009, s. 184–96.
- Glozier N, Martinuk A, Patton G, ym. Short sleep duration in prevent and persistent psychological distress in young adults: The DRIVE Study. *Sleep Med* 2010;33:1139–45.
- Haapasalo-Pesu K-M. Psykoosilääkkeiden käyttö on yleistynyt nuorten hoidossa. *Suom Lääkäril* 2007;62:2957–61.
- Haapasalo-Pesu K-M, Vuola T, Lahdelma L, ym. Mirtazapine in the treatment of adolescents with major depression: An open-label, multicenter pilot study. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2004;14:175–84.
- Jackson A, Cavanagh J, Scott J. A systematic review of manic and depressive prodromes. *J Affect Disord* 2003;74:209–17.
- Korkeila J. Internet-riippuvuus – milloin haitalliseen käyttöön tulee puuttua? *Duodecim* 2012;128:741–8.
- Kouluterveyskysely. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2009. www.stakes.fi/kouluterveys
- Luutonen S, Heinisuo A-M, Ilonen T. Varhain. Vakavien mielenterveyden häiriöiden varhainen tunnistus ja hoito. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2006.
- Meltzer LJ, Johnson C, Crosette J, ym. Prevalence of diagnosed sleep disorders in pediatric primary care practices. *Pediatrics* 2010;125:1410–8.
- Mindell JA, Emslie G, Blumer J, ym. Pharmacologic management of insomnia in children and adolescents: consensus statement. *Pediatrics* 2006;117:1223–32.
- Owens J. Pharmacotherapy of pediatric insomnia. *J Am Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2009(b);48:99–107.
- Owens JA. A clinical overview of sleep and attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009(a);18:92–102.
- Owens JA. Etiologies and evaluation of sleep disturbances in adolescence. *Adolesc Med State Art Rev* 2010;21:430–5.
- Owens JA, Rosen CL, Mindell JA. Medication use in the treatment of pediatric insomnia: results of a survey of community-based pediatricians. *Pediatrics* 2003;111:628–35.
- Owens JA, Rosen CL, Mindell JA, ym. Use of pharmacotherapy for insomnia in child psychiatry practice: A national survey. *Sleep Med* 2010;11:692–700.
- Paine S, Grasier M. A randomized controlled trial of cognitive-behaviour therapy for behavioural insomnia of childhood in school-aged children. *Behav Res Ther* 2011;49:379–88.
- Partonen T. Aikabiologiset unilääkkeet. *Erikoislääkäri* 2011;21:56–7.
- Paunio T, Porkka-Heiskanen T. Unen merkitys sairauksien synnyssä. *Duodecim* 2008;124:695–701.
- Pelayo R, Dubik M. Pediatric sleep pharmacology. *Semin Pediatr Neurol* 2008;15:79–90.
- Rintahaka P. Nuorten neuropsykiatriset häiriöt – ADHD, Aspergerin oireyhtymä ja inihäiriöt. *Duodecim* 2007;123:212–22.
- Roane BM, Taylor DJ. Adolescent insomnia as a risk factor for early adult depression and substance abuse. *Sleep* 2008;31:1351–56.
- Roberts RE, Roberts CR, Duong HT. Chronic insomnia and its negative consequences for health and functioning of adolescents: A 12-month prospective study. *J Adolesc Health* 2008;42:294–302.
- Saarenpää-Heikkilä O. Koululaisen uniongelmiä voidaan ehkäistä ennalta. *Suom Lääkäril* 2009;64:35–41.
- Saarenpää-Heikkilä O, Koivikko M. Lasten päivävyäsymys. *Suom Lääkäril* 1995;50:447–51.
- Saarenpää-Heikkilä O, Ilveskoski I, Kirjavainen T. Unenseurantalomake on hyvä apu narkolepsiaepäilyssä. *Suom Lääkäril* 2010;65:2751.
- Salo P, Sivertsen B, Oksanen T, ym. Insomnia symptoms as a predictor of incident treatment for depression: prospective cohort study of 40 791 men and women. *Sleep Med* 2012;13:278–84.
- Unettomuus. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2008. www.kaypahoito.fi
- Weiss MD, Wasdell MB, Bomben MM, ym. Sleep hygiene and melatonin treatment for children and adolescents with ADHD and initial insomnia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45:512–9.
- Välimäki T, Pietilä A-M, Vehviläinen-Julkunen K. Lapsen terveyteen liittyvä elämänlaatu, pilottitutkimus eräässä koulu yhteisössä. *Sosiaalilääket Aikakausl* 2005;42:233–44.