

Kaija Puura ja Tuula Tamminen

Pikkulapsipsykiaatria – ei tarua vaan todellisuutta

Varhaislapsuudessa terveelle mielen kehittymiselle olennaista on vanhemman ja lapsen kyky sopeutua varhaisessa vuorovaikutuksessa toistensa ominaisuuksiin ja tarpeisiin. Vanhemman kyky riittävän hyvään varhaiseen vuorovaikutukseen voi vaarantua ulkoisten olosuhteiden, vanhemman omien vaikeuksien ja ominaisuuksien sekä lapseen liittyvien ongelmien vuoksi. Myönteiset, jaetut tunnekokemukset vanhemman kanssa voivat suojata lapsen mielenterveyttä. Vakavat tai pitkäaikaiset ongelmat vauvan hoidossa, vuorovaikutuksessa tai vauvan käyttäytymisessä voivat johtaa vauvan psyykkisen häiriön syntyyn. Pikkulapsipsykiatrinen diagnoosi ja hoitosuunnitelma perustuvat lapsen ja perheen kliiniseen tutkimukseen sekä perheen tuen tarpeen arviointiin. Vanhempien ymmärtävä kuunteleminen sekä neuvonnan ja tiedon antaminen auttavat useita. Vaikeammassa tilanteissa voidaan tarvita vanhempien, lapsen tai vuorovaikutuksen psykoterapeuttista hoitoa.

Varhaislapsuudessa mielen kehittyminen ja mielenterveys ovat voimakkaasti yhteydessä vanhempien tai huoltajien kanssa muodostuneiden ihmissuhteiden laatuun. Erityisen tärkeä on vanhemman tai huoltajan ja lapsen yhteinen kyky sopeutua toistensa ominaisuuksiin ja tarpeisiin sekä ympäristön jatkuvasti muuttuviin olosuhteisiin (1). Koska lapsen kyky säädellä omia tarpeitaan ja tunteitaan on rajallista, vanhemman tehtävänä on havaita, ymmärtää ja säädellä vauvan olotilaa niin, ettei vauva joudu kokemaan liian suurta tai pitkäkestoista fyysistä tai psyykkistä pahaa oloa. Vuorovaikutuksessa riittävästi lapsen tarpeita ymmärtävän vanhemman kanssa lapsi oppii asteittain tunteiden ja käyttäytymisen säätelytaitoja.

Mielenterveyttä vaarantavat ja suojaavat tekijät

Kaikki tekijät, jotka heikentävät vanhemman tai huoltajan kykyä laadultaan ja määrältään riittävän hyvään varhaiseen vuorovaikutukseen, voivat vaarantaa lapsen terveen kehityk-

sen. Maailmanlaajuisesti köyhyys ja erilaiset perheitä kohtaavat onnettomuudet, aseelliset konfliktit sekä muut väkivallan aiheuttamat vaaratilanteet ovat vakavimpia vanhemmuuden riskitekijöitä. Useamman riskitekijän vaikutukset kertautuvat ja haittavaikutukset lisääntyvät, mikäli perheille ei ole tarjolla tarpeellisia terveydenhuollon palveluja ja koulutusta (2).



TIETOLAATIKKO.**Milloin on syytä huoleen ja lisäselvityksiin?**

- Kun vanhemmat ovat huolissaan vauvastaan tai pikkulapsestaan: Jos he ovat huolissaan lapsen terveydestä tai kehityksestä, keskustele huolista ja ohjaa tarvittaessa jatkotutkimuksiin. Jos vanhemmat ovat huolissaan lapsen käyttäytymisestä tai suhteestaan lapseen, keskustele huolenaiheesta, ohjaa tarvittaessa neuvolapsykologille tai konsultoi pikkulapsipsykiatrian asiantuntijaa.
- Kun vanhemmat eivät voi itse hyvin: Jos vanhemmat kertovat fyysisestä huonovointisuudesta, tee tarpeelliset tutkimukset ja arvioi myös, paljonko vanhemman terveysongelma vaikuttaa lapsen hoitoon. Jos vanhempi tai vanhemmat kuvaavat voineensa psyykkisesti huonosti, yritä selvittää, mistä on kyse ja kuinka paljon se vaikuttaa lapsen hoitoon. Konsultoi tarvittaessa aikuisten mielenterveyspalvelujen asiantuntijaa ja sosiaalityöntekijää, mikäli perhe tarvitsee myös konkreettista tukea.
- Kun pituuden ja painon kehitys ei etene: Selvitä, miten syöttämis- ja syömistilanteet sujuvat. Yritä myös selvittää, miltä vanhemman ja lapsen välinen vuorovaikutus vanhemmasta tuntuu, ja katso, miten lapsi käyttäytyy vanhempien kanssa.
- Kun lapsen katsekontakti vanhempisiin tai sinuun on hyvin lyhyt, vähäinen tai sitä ei synny lainkaan: Yritä selvittää, onko lapsella tai vanhemmilla jokin terveyteen liittyvä ongelma tai onko vanhemmilla jaksamista ja vanhemmuutta haittaavia ongelmia tai huolia. Konsultoi tarvittaessa aikuisten mielenterveyspalvelujen asiantuntijaa ja sosiaalityöntekijää, mikäli perhe tarvitsee myös konkreettista tukea tai lastensuojelun tukea laiminlyönnin tai kaltoinkohtelun estämiseksi. Ohjaa tarvittaessa neuvolapsykologille tai konsultoi pikkulapsipsykiatrian asiantuntijaa.
- Kun lapsen ja vanhempien välillä ei näy lainkaan myönteisiä, jaettuja tunteita (hymy, nauru): toimi kuten edellisessä kohdassa.

Ulkoisten riskitekijöiden lisäksi vanhempien fyysisen ja psyykkisen terveyden ongelmat sekä erilaiset sosiaaliset vaikeudet voivat heikentää

vanhemmuuden laatua ja siten vaarantaa lapsen mielenterveyden kehityksen. Myös lapsen ongelmat, kuten pitkäkestoiset tai toistuvat sairaudet, haastava temperamentti tai itkuisuus voivat heikentää vanhemman kykyä tai jaksamista vastata lapsen tarpeisiin. Vastaavasti myönteisten tunneilmaisujen, kuten jaetun ilon kokeminen vanhemman kanssa näyttää suojaavan lapsen mielenterveyttä riskitekijöiden vaikutukselta. Lämmin ja turvallinen kiintymyssuhde vanhempaan tai huoltajaan, jonka kanssa on mahdollista kokea jaetun ilon hetkiä, on lasta suojaava tekijä (3,4).

Yleisimmät ongelmat ja varhaisten psyyken häiriöiden kehittyminen

Vanhemmaksi tuleminen ja varhaisen vuorovaikutuksen vaatimien biologisten ja psykologisten säätelymekanismien kypsyminen vievät aikaa, ja jopa 30 % vanhemmista kuvaa ongelmia jokapäiväisessä vauvan hoidossa, vuorovaikutuksessa tai vauvan käyttäytymisessä (5,6). Jos ongelmat ovat vakavia tai ylittävät vanhemman ja vauvan dyadisen (kahdenkeskisen) sopeutumiskyvyn pitkäaikaisesti, vauvan psyykinen ahdinko voi alkaa näkyä erilaisina oireina. Vauva saattaa vetäytyä vuorovaikutuksesta tai olla ärtynyt, ja hänen unen tai syömissä säätelynsä voi heikentyä. Mikäli oireita on paljon tai niitä esiintyy monessa eri tilanteessa eri ihmisten kanssa, on kyseessä vauvan oman sopeutumiskyvyn menetys, joka voi olla ensimmäisiä merkkejä psyyken kehityksen häiriöstä.

Kun pienellä lapsella esiintyy useita, vakavia ja pysyviä oireita, on hänen psyykinen vointinsa tutkittava asianmukaisesti ja diagnosoitava psykiatrinen häiriö, mikäli sen kriteerit täyttyvät. Virallisesti käytössä oleva ICD-10-tautiluokitus ei juuri kuvaa pienten lasten oireita monenkaan häiriön yhteydessä, minkä vuoksi täydentävänä työkaluna voi käyttää pienten lasten psyykkisten häiriöiden luokitusta (7). Pienten lasten mielenterveydenhäiriöiden esiintyvyydestä ei ole vielä paljoa tutkimustietoa. Tanskassa tehdyssä syntymäkohorttitutkimuksessa arvioitiin noin 20 %:lla alle kolmevuotiaista olevan jokin mielenterveyden häiriö (8).

TAPAUSESIMERKKI 1. Vanhemmat tulevat terveyskeskuslääkärin vastaanotolle itkuisen tyttövauvan kanssa. Elli on neljän kuukauden ikäinen, raskausviikolla 36 syntynyt perheensä kuopus, ja perheessä on kaksi alakoulussa olevaa lasta. Äidille on jäänyt Ellin alkuvaiheista huoli tämän kasvusta, ja hän on kotona jatkanut sairaalassa alkuun annettua ohjetta syöttää vauvaa neljän tunnin välein. Äiti on aivan uuvuksissa, koska Ellin herättäminen syömään on ollut hankalaa, syötöt ovat kestäneet pitkään eikä äiti ole pystynyt päivisinäkään nukkumaan koululaisten pitämän metelin takia. Isä on myös väsynyt, koska hänenkin unensa häiriintyvät. Elli rauhoittuu tutkimuksen aikana, ottaa sekontaktin tutkijaansa ja hymyilee tälle. Paino on tasaisesti lisääntynyt kasvukäyrän mukaan.

Terveyskeskuslääkäri käy vanhempien kanssa keskustelun siitä, tarvitseeko Elliä enää syöttää kelon avustuksella. Lääkärin tuella äiti suostuu kokeilemaan, voisiko Ellin jättää herättämättä ja syöttää yöllä vain silloin, kun tämä itse herää ja haluaa rintaa. Koska äidillä on ollut suuri huoli syöttämisestä, sovitaan, että Elli voi käydä terveydenhoitajalla jo viikon päästä tarkistuskäynnillä. Viikon päästä neuvolassa Ellin paino on edelleen hyvä, vaikka hän on herännyt yöllä syömään vain kerran. Äiti valittaa edelleen unen puutetta ja pohtii terveydenhoitajan kanssa mahdollisuuksia saada lapsenhoitoapua omilta läheisiltään, joita ei ole aiemmin kehdannut vaivata.

TAPAUSESIMERKKI 2. Terveydenhoitaja on ohjannut seitsemän kuukauden ikäisen Jaakon neuvolalääkärille, koska on ollut huolissaan Jaakon painon kehityksestä sekä Jaakon ja äidin vuorovaikutuksesta. Lääkäri kysyy äidin kuulumisia, mihin äiti vastaa, että asiat ovat muuten hyvin, mutta Jaakko ei vain tunnu hänen omalta lapseltaan. Äiti on neuvolassa hiljainen mutta vastailee kysymyksiin. Jaakolle äiti ei puhu eikä osoita eleillään eikä ilmeillään kiintymystä tätä kohtaan. Jaakko on fyysisesti terve mutta ei kiinnostu tutkimuksen aikana tutkijasta lainkaan eikä vastaa katseeseen kuin ohimenevästi. Äiti on jo käynyt neuvolapsykologilla puhumassa parisuhdeongelmastaan ja masennukseen sopivista oireistaan. Äiti suostuu lähetteen tekemiseen pikkulapsipsykiatriseen yksikköön.

Pikkulapsipsykiatrian yksikössä havainnoinnissa näkyy selvästi äidin kyvyttömyys nähdä ja vastata Jaakon tarpeisiin sekä Jaakon oma mielialahäiriöön sopiva poikkeava käytös. Hoito aloitetaan tiiviillä vanhempien ja Jaakon avohoitokäynneillä, ja pian nähdään tarve intensiivisempään jaksoon perheosastolla muun muassa syömistilanteisiin liittyvien vaikeuksien vuoksi. Äidille järjestetään myös oma kontakti mielenterveystoimistoon ja sosiaalitoimen kautta kodinhoitoapua. Äidin masennus ja Jaakon vuorovaikutuspulmat lievittyvät, ja hoito jatkuu vielä puolen vuoden pariterapiana parisuhdeongelmien helpottamiseksi.

On esitetty, että jo 14–15 kuukauden ikäisillä voidaan tunnistaa selviä tiettyjen häiriöiden kehittymiseen liittyviä oireprofileja (9). Omassa väestöpohjaisessa aineistossamme psyykkiseen ahdinkoon liittyvä sosiaalinen vetäytymisreaktio oli havaittavissa 2–4 %:lla alle kaksivuotiaista lapsista (10).

Nukkumiseen, syöttämiseen ja syömiseen liittyvät ongelmat

Uneen ja nukkumiseen liittyvät vanhempien huolet ovat yleisiä lapsen kolmen ensimmäisen elinvuoden aikana. Merkittäviä univaikeuksia esiintyy vanhempien kertomana 15–35 %:lla tämänikäisistä lapsista, ja yleisimmät näistä vaikeuksista liittyvät uneen vaipumisen vaikeuteen ja öiseen heräilyyn (6). Eriasteisia syöttä-

miseen ja syömiseen liittyviä ongelmia esiintyy 20–40 %:lla normaalisti kehittyvistä alle kolmevuotiaista lapsista ja jopa 80 %:lla kehityksessään viivästyneistä lapsista (11). Huonoon painon kehitykseen johtavia syöttämiseen ja syömiseen liittyviä ongelmia on noin 1–3 %:lla vauvoista (8,12).

Syömisvaikeuteen voivat johtaa vauvan vaikeus rauhoittua syömistilanteeseen, vanhemman vaikeus auttaa vauvaa syömään ja vastaavuoroisuuden puute vuorovaikutuksessa. Pienille lapsille syömisongelmia voi syntyä myös aistitoimintojen herkkyiden tai sairauksien ja niiden hoidon yhteydessä (12,13). Pikkulapsiässä syntyviä vaikeita syöttämis- tai syömisongelmia kutsutaan infantiiliksi anoreksiaksi silloin, kun niille ei löydy selvää etiologista taustaa. Mikäli vaikeudet kestävät yli kuukau-

den ja johtavat huonoon painon kehitykseen tai painon putoamiseen, katsotaan, että kyseessä on psykiatrinen häiriö.

Tunteiden säätelyn ongelmat ja varhaislapsuuden mielialahäiriöt

Varhaislapsuudessa lapsen tunnesäätely tapahtuu pääosin vanhemman toiminnan avulla, kunnes tunnevuorovaikutuskokemusten toistuminen johtaa lapsen oman säätelykyvyn kehittymiseen. Varhaiselle vuorovaikutukselle on tyypillistä, että vanhempi ja vauva soinnuttavat koko ajan eleitään, ääntelyään ja liikkeitään toistensa mukaan. Hyvin soinnutettu vuorovaikutus on kummallekin osapuolelle miellyttävää, ja toisaalta hetkelliset väärinsoinnutukset (misattunement) aiheuttavat kummassakin tarpeen korjata tilanne jälleen synkroniaan, mikä kehittää myös vauvan omaa säätelykykyä. Vanhemman kyky ymmärtää vauvan tunteita ja ajatuksia, niin sanottu mentalisaatio, on yksi osa dyadista säätelyä (14).

Osalla vauvoista on nopeasti ja herkästi muutoksiin reagoiva temperamentti, jonka vanhempi voi kokea hankalana ja joka voi johtaa tunnesäätelyn epäonnistumiseen. Toisaalta vanhempi voi olla fyysisesti tai psyykkisesti huonovointinen ja kokea sen vuoksi tavallisetkin vauvan viestit ja tarpeet liiallisiksi. Samoin vanhempaa rasittavat muut tekijät voivat vaikuttaa vanhemman kykyyn nähdä ja vastata vauvan tarpeisiin riittävällä herkkyydellä. Kielteiset tunteet, tyytymättömyys ja pettymys ovatkin varsin tavallisia tuoreiden vanhempien tunteita. Jos lapsella on useita oireita (kuten katsekontaktin välttämistä, jatkuvaa tyytymättömyyttä tai ärtyisyyttä, tunneilmajujen kaventumista, aktiivisuuden vähentymistä ja vuorovaikutuksesta vetäytymistä) suuren osan valveillaoloajasta ja useampana päivänä kuin on oireettomia päiviä, jos oireet esiintyvät useamassa kuin yhdessä tilanteessa ja yhdessä vuorovaikutussuhteessa sekä jos oireet ovat selvä muutos lapsen aiempaan käyttäytymiseen tai mielialaan, voidaan pienelläkin lapsella diagnosoida masennus tai ahdistuneisuushäiriö. Pikkulapsi-iässä tavallisin ahdistuneisuushäiriö on eroahdistushäiriö, mutta muitakin pelottaviin

kokemuksiin liittyviä ahdistuneisuushäiriöitä voi esiintyä.

Käyttäytymisen säätelyn ongelmat ja aggressio

Samoin kuin tunne-elämän säätely, myös lasten kyky koordinoita ja säädellä omia tekojaan ja käyttäytymistään kypsyy nopeasti ensimmäisten ikävuosien aikana, vaikka kehitys jatkuukin varhaiseen aikuisuuteen asti otsalohkon kypsymisen myötä. Kielteiset tunteet ja kiukunpuuskat ovat pikkulapsilla tavallisia, ja aggressiiviset teot ovat yleisimpiä noin kahden vuoden iässä mutta vähenevät selvästi kouluikään mennessä (15). Pikkulasten käytösongelmia esiintyy monissa kulttuureissa. Ne ovat kohtalaisen pysyviä ja yhteydessä myöhempiin opillisiin ja sosiaalisiin vaikeuksiin sekä lisäävät myöhemmän mielenterveyshäiriön ja rikollisuuden riskiä (16,17).

Varhaisiin kielteisiin kokemuksiin liittyvät ongelmat

Tavallisten arjen vastoinkäymisten kokeminen ja niistä selviytyminen ovat merkittäviä mielen kehitystä edistäviä tekijöitä, jotka voivat myös lisätä mielen joustavuutta, resilienssiä. Vahingolliset kokemukset, kuten lapsen tai perheenjäsenen henkeä uhkaavat tilanteet, pitkäkestoinen kaltoinkohtelu, lapsen pahoinpitely tai seksuaalinen hyväksikäyttö, ovat yleensä lapselle ylipääsemättömiä kokemuksia ja johtavat traumaperäisen stressireaktion kehittymiseen myös vauva- ja pikkulapsi-iässä (18).

Traumaperäisestä stressireaktiosta kärsivä lapsi elää trauman aiheuttaneen kokemuksensa uudelleen, mikä saattaa näkyä pakonomaisena, ahdistusta aiheuttavana leikinä, toistuvina painajaisunina, takaumina ja dissosiaatio-oireina. Pienillä lapsilla esiintyy myös vastavuoroisuuden vähenemistä (vuorovaikutuksesta vetäytymistä ja välttämistä) sekä usein kehityksellisiä ongelmia. Traumakokemuksen jälkeen pienillä lapsillakin esiintyy usein vireystilan nousua ja toimintakyvyn selvää heikkenemistä. Pitkäkestoinen fyysinen tai psyykinen kaltoinkohtelu tai lapsen laiminlyönti voi johtaa myös erityi-

TAULUKKO 1. Vauvojen ja pienten lasten tutkimuksessa käytettyjä vanhempien lomakkeita.

| Menetelmä | Tekijä ja julkaisuvuosi | Sovellettu- vuusikä (kk) | Tarkoitus | Kuvaus |
|--|-----------------------------|-----------------------------|--|--|
| Ages and stages questionnaire (ASQ) | Bricker ym. 1999 | 1–48 | Seulontalomake kielen, motorisen ja sosiaalisten taitojen kehityksen arviointiin | Kyselylomake vanhemmille |
| Vineland adaptive behavior scales II | Sparrow ym. 2005 | Sovellettu kaikenikäisille | Seulontalomake kielen, päivittäis-, motoristen ja sosiaalisten taitojen kehityksen viiveen arviointiin, ongelmallisen käytöksen seulonta | Kyselylomake vanhemmille |
| Infant characteristics questionnaire (ICQ) | Bates ym. 1979 | 6, 13 ja 24 | Arvioi lapsen temperamenttia ja ominaisuuksia | Kyselylomake vanhemmille |
| Infant-toddler social and emotional assessment (ITSEA) | Carter ja Briggs-Cowan 2006 | 12–36 | Kattava kysely sosioemotionaalisten ja käyttäytymisen ongelmien arviointiin | Kyselylomake vanhemmille |
| Child behavior checklist (CBCL) | Achenbach ja Rescorla 2000 | 18–60 | Kattava kysely sosioemotionaalisten ja käyttäytymisen ongelmien arviointiin | Kyselylomake vanhemmille, rinnakkaisversio myös päivähoidon henkilöstölle |
| Checklist for autism in toddlers (CHAT) | Baron-Cohen ym. 1992 | 18 | Kyselylomake autististen piirteiden tunnistamiseen | Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kehittäjä lomakkeen vanhemman kanssa |
| Working model of the child-interview | Zeanah ja Benoit 1995 | Syntymästä lähtien | Tieteellinen tutkimus ja kliininen käyttö | Puolistrukturoitu haastattelu huoltajan suhteesta lapseen |
| Preschool age psychiatric assessment (PAPA) | Egger ja Angold 2004 | 24–60 | Diagnostinen menetelmä, tieteellinen tutkimus ja kliininen käyttö | Puolistrukturoitu haastattelu, kattaa kaikki tähän ikään sopivat mielenterveyden häiriöiden DSM-IV-kriteerit ja häiriöt |
| Diagnostic infant and preschool assessment manual (DIPA) | Scheeringa 2004 | 0–72 | Diagnostinen menetelmä, tieteellinen tutkimus ja kliininen käyttö | Osin strukturoitu, osin puolistrukturoitu haastattelu, kattaa kaikki tälle iälle sopivat mielenterveyden häiriöiden DSM-IV-kriteerit |

seen ICD-tautiluokituksessa kuvattuun lapsuusiän reaktiiviseen kiintymyssuhdehäiriöön, joka pikkulapsipsykiatrisessa tautiluokituksessa (DC: 0-3R) on saanut nimen deprivatiohäiriö. Sen alamuotoina ovat estynyt ja valikoimaton käyttäytyminen vanhempaa tai huoltajaa kohtaan.

Kehityshäiriöt

Varhaislapsuudessa yksilöllinen vaihtelu kehityksen nopeudessa ja etenemisessä on suurta, ja hitaammassakin tahdissa kehittyvät lapset yleensä kasvavat normaaleiksi. Kehitykseen saattaa kuulua myös taantumisasiäitä reaktiivina muutosten tai ympäristötekijöiden aiheut-

tamaan stressiin (esimerkiksi hetkellinen taantuminen siisteyskasvatuksessa sisaruksen syntymän jälkeen). Kehityshäiriöitä on kuitenkin pienilläkin lapsilla, ja niitä voidaan ja tulisi tunnistaa jo varhain. Pienten lasten kehityksellisten häiriöiden tutkimuksessa ja diagnostiikassa tulisi hyödyntää lastenlääkärin ja lastenpsykiatrin yhteistyötä, jotta tarkempaan diagnoosiin päästäisiin varhain. Myös autismikirjon häiriöt tulisi pyrkiä tunnistamaan mahdollisimman varhain. Vähenevä kiinnostus seurusteluun muiden ihmisten kanssa, poikkeava katsekontaktin laatu vuorovaikutuksessa, selittämättömät kiukunpurkaukset ja oudot maneerit voivat näkyä jo ennen kahden vuoden ikää. Pikkulasten autismikirjon häiriöiden tunnistamiseen on

TAULUKKO 2. Vanhemman ja lapsen vuorovaikutuksen ja suhteen arvioinnin menetelmiä.

| Menetelmä | Tekijä ja julkaisuvuosi | Lapsen ikä | Tarkoitus | Kuvaus |
|--|--------------------------|--|--|--|
| Infant-toddler HOME-inventory | Bradley ja Caldwell 1979 | 0–36 kk | Arvio lapsen kehitysympäristöstä ja vanhemman ja lapsen suhteesta | Puolistrukturoitu havainnointimenetelmä, jossa mukana vanhemman haastattelu. Tutkija tekee havainnot ympäristössä ja lapsen ja vanhemman käyttäytymisestä kotikäynnillä |
| Child-adult relational experimental index (CARE index) | Crittenden 1981 | 0–36 kk | Vanhemman ja lapsen vuorovaikutuksen arviointi suuren riskin ryhmissä | Havainnointimenetelmä, jossa viiden minuutin mittaisesta vuorovaikutusvideosta koodataan aikuisen herkkyyks ja lapsen kyky yhteistoimintaan aikuisen kanssa |
| Marschak interaction method (MIM) | Jernberg ym. 1991 | 36 kk:sta alkaen | Vanhemman ja lapsen vuorovaikutuksen arviointi, voidaan käyttää interventiovälineenä | Havainnointimenetelmä, jossa vanhempi ja lapsi tekevät yhdessä kortteille kirjoitettuja pieniä tehtäviä, yleensä tilanteet videoidaan. Arvioidaan vanhemman ja lapsen välistä kiintymystä, vanhemman antamaa ohjausta, lapsen kykyä vastaanottaa ohjausta ja hellyyttä sekä vanhemman kykyä säädellä lapsen stressiä ja leikkisyyttä |
| Emotional availability scales (EAS) | Biringen 2008 | 0–48 kk (versio myös vanhemmille lapsille) | Vanhemman ja lapsen vuorovaikutuksen arviointi | Havainnointimenetelmä: 20–30 minuutin videointi, josta vanhemman herkkyyks, strukturointikyky, mahdollinen tungettelevuus ja vihamielisyyks, lapsen kyky ja halu vastata vanhemmalle ja aloitteellisuus sekä parin keskinäinen suhde pisteytetään |
| PICCOLO | Roggman ym. 2013 | 0–36 kk | Vanhemman ja lapsen vuorovaikutuksen arviointi ja hoito | Havainnointimenetelmä: vastaanoton aikana tai viiden minuutin mittaisesta videoinnista pisteytetään vanhemman ilmaisema tunne, lapselle vastaaminen, lapsen rohkaisu ja opettaminen |

kehitetty M-CHAT-lomake, josta on olemassa suomenkielinen versioikin (TAULUKKO 1).

Vauvan ja pikkulapsen psykiatrisen tutkimuksen erityispiirteet

Vauvat ja leikki-ikäiset ovat aktiivisia osapuolia vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa, mutta heidän kykynsä ilmaista sanallisesti kokemuksiaan ja tunteitaan on rajallista. Pienten lasten lastenpsykiatrisen arvio perustuu vanhemmilta tai huoltajilta sekä muilta lapsen elämässä vaikuttavilta aikuisilta saatavaan tietoon sekä lapsen käyttäytymisen ja voimien tarkkaan havainnointiin. Pientä lasta arvioitaessa on välttämätöntä tuntea nopeasti muuttuvat kehitysvaiheet hyvin, jotta pystytään erottamaan

lapsen normaali käytös mahdollisista häiriön oireista (19).

Kliinisen haastattelun ja havainnoinnin tukena arvioinnissa voidaan käyttää apuna erilaisia vanhempien haastatteluja ja kyselylomakkeita sekä strukturoituja havainnointimenetelmiä (TAULUKOT 1 ja 2).

Pienen lapsen diagnoosi ja hoitosuunnitelma perustuvat huolelliseen arviointiin. Se kattaa lapsen ja perheen vahvuuksien ja vaikeuksien sekä perheen muualta saaman tuen arvioinnin. Vanhemmilta ja muilta lapsesta huolehtivilta henkilöiltä saatuja tietoja käytetään yhdessä itse tehtyjen havaintojen kanssa muodostamaan kokonaisvaltainen ymmärrys lapsesta ja tämän ongelmista. Havainnoinnissa molemminpuoliset myönteiset tunteet lapsen ja vanhemman

välillä, jaetut ilon hetket ja vastavuoroinen kiinnostus ovat yleisimmän ongelmattoman vuorovaikutuksen piirteitä. Vanhemman sävytön tai kielteinen tunnetila vuorovaikutuksessa, lapsen vaisuus tai välttelevä käyttäytyminen sekä vähäinen tai puuttuva vastavuoroinen kiinnostus ja ilo ovat yleensä ongelmallisen vuorovaikutuksen piirteitä.

Pikkulapsipsykiatriset interventio- ja hoitomuodot

Pikkulapsipsykiatrisen hoidon tavoitteena on vauvan tai pikkulapsen kehitysympäristön konkreettinen muuttaminen siten, että psyyken kehityksen häiriöitä voidaan ehkäistä ja lapsen vallitsevaa ja tulevaa kärsimystä välttää tai lievittää. Pienten lasten mielenterveyden edistäminen voidaan aloittaa jo raskauden aikana, jolloin siihen kuuluvat vanhempien fyysisen ja psyykkisen terveyden edistäminen ja sairauksien tai häiriöiden asianmukainen hoito. Riittävän ravinnon, asumisen, hygienian ja vanhempien turvallisuuden takaaminen on maailmanlaajuisesti tärkeitä, jotta vanhempien on mahdollista pystyä riittävän hyvään vuorovaikutukseen vauvan kanssa. Tämä on erityisen tärkeää pakolaisiksi joutuneille perheille, joissa kaikki perheenjäsenet ovat voineet kokea eriasteista traumatisoitumista.

Tavallisin hoitomuoto varhaislapsuudessa on vanhempien kokemusten ja huolien ymmärtävä kuunteleminen sekä neuvonnan ja tiedon antaminen. Tätä tarjoavat vanhemmille paitsi heidän omat läheisensä, myös perusterveydenhuollon sosiaali- ja terveyspalvelut sekä kolmannen sektorin toimijat. Niille perheille, joiden tuen tarve on suurempi ja joissa on tarpeen hoitaa joko vanhempaa, lasta tai vuorovaikutusta selvien ongelmien tai oireiden vuoksi, on kehitetty useita hoitomuotoja ja psykoterapiatekniikoita. Toistaiseksi vauvojen tai pienten lasten psyykenlääkehoidosta ei ole tutkimustietoa, eikä tietoa ole myöskään siitä, mitä vaikutuksia psyykenlääkkeillä voisi olla pienen lapsen kehittyville aivoille.

Kolmasosa vanhemmista kokee ongelmia vauvan jokapäiväisessä hoidossa tai varhaisessa vuorovaikutuksessa.

Silloin kun vanhemman ja vauvan välisessä vuorovaikutuksessa on ongelmia, voidaan vuorovaikutusta hoitaa vanhempi-vauvaterapiassa joko yksinään tai osana useampaa hoitomuotoa yhdistävää hoitoa. Tavoitteena on herkistää vanhempaa lapsen tarpeille auttamalla häntä huomaamaan, tulkitsemaan ja ymmärtämään vauvan viestejä ja kokemuksia ja vastaamaan niihin oikeaan aikaan oikealla tavalla. Tämä puolestaan auttaa vauvaa säätelemään omia tilojaan (vanhemman avulla), mikä lisää vauvan kykyä ja halukkuutta aloittaa ja ylläpitää vuorovaikutusta vanhemman kanssa. Vanhempi-vauvaterapiat voidaan jakaa psykodynaamiseen teoriaan pohjautuviin menetelmiin, joissa työskennellään vanhemman mielikuvien kanssa, käyttäytymisterapeuttisesti suuntautuneisiin terapioihin sekä terapioihin, joissa yhdistellään osia kummastakin työskentelytavasta (20). Joissakin terapiamuodoissa korostetaan vauvan aktiivista osuutta vuorovaikutuksessa (21,22).

Sekä käyttäytymisterapeuttisesti suuntautuneen että psykodynaamisen vanhempi-vauvaterapian on todettu lisäävän vanhemman herkkyyttä lapsen tarpeille sekä vähentävän lasten oireilua (23). Vanhemman mentalisaatiokyvyn parantamiseen kohdentuvaa terapiaa on käytetty erityisesti niiden vanhempien hoidossa, joiden elämässä on runsaasti vanhemmuutta heikentäviä tekijöitä (24).

Perheterapia voi olla hyvä hoitomuoto myös perheille, joiden vauvalla tai pikkulapsella on merkittävästi kehitykseen tai käyttäytymiseen vaikuttava sairaus tai muutosvaiheessa oleville perheille. Pienille lapsille ja heidän vanhemmilleen on kehitetty myös ryhmäpsykoterapeuttisia hoito-ohjelmia. Ryhmäterapiaa on käytetty erityisesti psyykkisistä häiriöistä kärsivien vanhempien ja viime aikoina myös esimerkiksi päihderiippuvaisten ja traumatisoituneiden vanhempien hoidossa (25,26). Kansainvälisesti tunnetuin ryhmämuotoinen vanhempien hoito-ohjelma on Turvallisuuden kehä, jota on käytetty muun muassa rikoksia tehneiden äitien hoidossa (27,28).

Perheet, joissa vanhempia kuormittavat useat

Ydinasiat

- ▶▶ Varhaislapsuudessa mielen kehittyminen ja mielenterveys edellyttävät lapsen huoltajilta kykyä havaita, ymmärtää ja säädellä vauvan olotilaa niin, ettei vauva joutu kokemaan liian suurta tai pitkäkestoisista fyysistä tai psyykkistä pahaa oloa.
- ▶▶ Kaikki vanhemmuutta heikentävät tekijät muodostavat riskin lapsen mielenterveydelle.
- ▶▶ Vakavat tai pitkäaikaiset ongelmat jokapäiväisessä vauvan hoidossa tai vanhemman ja vauvan vuorovaikutuksessa voivat johtaa vauvan psyykkiseen ahdinkoon ja varhaiseen psyykkisen häiriön kehittymiseen.
- ▶▶ Kun pienellä lapsella esiintyy useita, vakavia ja pysyviä oireita, on hänen psyykinen vointinsa tutkittava asianmukaisesti ja diagnosoitava häiriö kriteerien täyttyessä.
- ▶▶ Tavallisin hoitomuoto on vanhempien kokemusten ja huolien ymmärtävä kuunteleminen sekä tiedon antaminen.

riskitekijät, kuten mielenterveys- ja päihdeongelmat, sosiaalinen eristyneisyys, työttömyys ja köyhyys tai traumaattiset kokemukset, tarvitsevat usein monimuotoista hoitoa. Hoito sisältää perusterveydenhuollon sosiaali- ja terveystalvelujen kanssa tehtävän verkostotyön, ja usein yhteistyö aikuisten mielenterveys- ja päihde-

palvelujen kanssa on välttämätöntä. Toisista maista ja kulttuureista saapuneiden perheiden hoitoon tulisi olla traumaterapeuttiseen lyhytkestoiseen hoitoon (esimerkiksi narratiivinen altistusterapia, NET) koulutettuja ammattihenkilöitä tukemaan pienten lasten vanhempien psyykkistä selviytymistä. Traumatisoituneet vanhemmat tarvitsevat myös vanhemmuuteen keskittyviä lyhyitä ja keskipitkiä interventioita, joista lupaava esimerkki on Traumaterapia-keskuksen kehittämä vanhempien vertaisryhmäinterventio. Joissakin lastenpsykiatrisissa hoitoyksiköissä on pikkulapsipsykiatrinen perheosasto, jossa lyhyiden intensiivisten hoitokertojen kohteena on sekä lapsen että vanhemman mielenterveys (29).

Lopuksi

Pikkulapsipsykiatrian kehitys on ollut nopeaa, ja sen kliininen tarve on tunnustettu eri puolilla maailmaa. Vaikka alan tieteellistä tutkimusta on vielä rajallisesti, alkaa varhaisen elinvuosien ratkaiseva merkitys psyyken häiriöiden kehityksessä ilmetä. Samalla hahmottuvat uudet, osin mullistavat mahdollisuudet hoitaa ja ehkäistä mielenterveyden häiriöitä. ■

KAIIJA PUURA, LT, lastenpsykiatrian dosentti, ylilääkäri, vastualuejohtaja

Lastenpsykiatrian vastualue, Tays

TUULA TAMMINEN, LKT, lastenpsykiatrian professori, ylilääkäri

Tampereen yliopisto ja Tays

SIDONNAISUUDET

Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia

SUMMARY

Infant psychiatry – more reality than tale

In early childhood, the ability of the parent and the child to adapt to each other's needs during early interaction is essential for a healthy mental development. The parent's ability to carry out adequate early interaction may be compromised because of various problems. Positive, shared emotional experiences with the parent can protect the child's mental health. Severe or prolonged problems in baby care, interaction or behavior of the infant may result in the development of a psychic disorder in the infant. Infant psychiatric diagnosis and treatment plan are based on clinical examination of the child and the family and evaluation of the need for support.

KIRJALLISUUTTA

1. Mäntymaa M. Early mother-infant interaction: determinants and predictivity. Väitöskirja. Tampereen yliopisto 2006.
2. Walker SP, Wachs TD, Gardner JM, ym. Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *Lancet* 2007;369:145–57.
3. Rutter M. Annual research review: resilience – clinical implications. *J Child Psychol Psychiatry* 2013;54:474–87.
4. Mäntymaa M, Puura K, Luoma I, Latva R, Salmelin RK, Tamminen T. Shared pleasure in early mother-infant interaction: predicting lower levels of emotional and behavioral problems in the child and protecting against the influence of parental psychopathology. *Infant Ment Health J* 2015;36:223–37.
5. Reijneveld SA, van der Wal MF, Brugman E, Sing RA, Verloove-Vanhorick SP. Infant crying and abuse. *Lancet* 2004;364:1340–2.
6. Črnčec R, Matthey S, Nemeth D. Infant sleep problems and emotional health: a review of two behavioural approaches. *J Repr Infant Psychol* 2010;28:44–54.
7. The Zero to Three revision task force. DC:0-3R. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: revised edition. Washington: Zero to Three 2005.
8. Skovgaard AM, Houmann T, Christiansen E, ym. The prevalence of mental health problems in children 1(1/2) years of age – the Copenhagen Child Cohort 2000. *J Child Psychol Psychiatry* 2007;48:62–70.
9. Möricke EE, Lappenschaar GA, Swinkels SH, Rommelse NN, Buitelaar JK. Latent class analysis reveals five homogeneous behavioural and developmental profiles in a large Dutch population sample of infants aged 14–15 months. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013;22:103–15.
10. Puura K, Guedeney A, Mäntymaa M, Tamminen T. Detecting infants in need: are complicated measures really necessary? *Infant Ment Health J* 2007;28:409–21.
11. Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, Walsh BT. Feeding and eating disorders in childhood. *Int J Eat Disord* 2010;43:98–111.
12. Chatoor I, Macaaoay M. Feeding development and disorders. Kirjassa: Haith MM, Benson JB, toim. *Encyclopedia of infant and early childhood development*. New York: Academic Press 2008, s. 524–33.
13. Arts-Rodas D, Benoit D. Feeding problems in infancy and early childhood: identification and management. *Paediatr Child Health* 1998;3:21–7.
14. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. Affect regulation, mentalization, and the development of the self. New York: Other Press 2002.
15. Tremblay RE, Nagin DS, Séguin JR, ym. Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors. *Pediatrics* 2004;114:e43–50.
16. Copeland WE, Miller-Johnson S, Keeler G, Angold A, Costello EJ. Childhood psychiatric disorders and young adult crime: a prospective, population-based study. *Am J Psychiatry* 2007;164:1668–75.
17. Burke JD, Waldman I, Lahey BB. Predictive validity of childhood oppositional defiant disorder and conduct disorder: implications for the DSM-V. *J Abnorm Psychol* 2010;119:739–51.
18. Scheeringa MS. Posttraumatic stress disorder. Kirjassa: Zeanah CH, toim. *Handbook of infant mental health*. 3. painos. New York: Guilford Press 2009, s. 345–61.
19. Clark R, Tluczek A, Gallagher KC. Assessment of parent-child early relational disturbances. Kirjassa: DelCarmen-Wiggins R, Carter A, toim. *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment*. New York: Oxford University Press 2004, s. 25–60.
20. McDonough SC. Interaction guidance: understanding and treating early infant-caregiver relationship disturbances. Kirjassa: Sameroff AJ, McDonough SC, Rosenblum KL, toim. *Treating parent-infant relationship problems: strategies for intervention*. New York: Guilford Press 2005, s. 79–98.
21. Cohen NJ, Muir E, Lojkasek M, ym. Watch, wait, and wonder: testing the effectiveness of a new approach to mother-infant psychotherapy. *Infant Ment Health J* 1999;20:429–51.
22. Booth PB, Jernberg AM. *Theraplay: helping parents and children build better relationships through attachment-based play*. San Francisco: Jossey-Bass 1998.
23. Doughty C. *Effective strategies for promoting attachment between young children and infants*. Christchurch: New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA) 2007.
24. Suchman N, Pajulo M, Kalland M, DeCoste C, Mayes L. *Mentalization-based interventions for at-risk mothers of infants and toddlers*. Kirjassa: Bateman AW, Fonagy P, toim. *Handbook on mentalizing in mental health practice*. Washington: American Psychiatric Publishing 2012, s. 309–46.
25. Pedrina F. *Group therapy with mothers and babies in postpartum crises: preliminary evaluation of a pilot project*. *Group Analysis* 2004;37:137–51.
26. Belt RH, Kouvo A, Flykt M, ym. Intercepting the intergenerational cycle of maternal trauma and loss through mother-infant psychotherapy: a case study using attachment-derived methods. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2013;18:100–20.
27. Powell B, Cooper G, Hoffman K, Marvin RS. *The circle of security*. Kirjassa: Zeanah CH, toim. *Handbook of infant mental health*. 3. painos. New York: Guilford Press 2009, s. 450–67.
28. Cassidy J, Ziv Y, Stupica B, ym. Enhancing attachment security in the infants of women in a jail-diversion program. *Attach Hum Dev* 2010;12:333–53.
29. Tamminen T, Kaukonen P. Family ward: a new therapeutic approach. *Keio J Med* 1999;48:132–9.