

Nuorten mielenterveys koulumaailmassa

Koulumenestys, osallisuus koulukiusaamiseen ja poissaolot koulusta ovat paitsi kognitiivisten ja sosiaalisten taitojen myös mielenterveyden indikaattoreita. Mielenterveyden häiriöt puolestaan voivat haitata oppilaan oppimista ja koulussa olemista monella tavalla. Mielenterveyden häiriöt liittyvät keskittymisvaikeuksiin, hahmottamisongelmiin ja motivaatioon ja epäonnistuminen koulutyössä saattaa altistaa tunne-elämän ja käyttäytymisen ongelmille. Oppimisvaikeuksien varhainen tunnistaminen ja oikein ajoitetut tukitoimet voivat ehkäistä mielenterveyshäiriöiden kehittymistä. Koulukiusaamiseen osallisilla nuorilla, niin kiusaajilla kuin uhreilla, on keskimääräistä enemmän niin internalisoivia kuin eksternalisoivia mielenterveyden häiriöitä samoin kuin oppilailta, jotka ovat usein poissa koulusta. Toveripiirin hyljeksimäksi joutuminen on nuoruusiässä erityisen huolestuttava merkki. Nämä ilmiöt voidaan huomata koulussa ja niihin on mahdollista puuttua oppilashuollon keinoin. Kouluyhteisön pitäisi olla jokaiselle turvallinen, ja myös yksilölliset mielenterveyttä tukevien interventtioiden tarpeet tulee huomata.

Kouluissa opitaan tietojen ja taitojen lisäksi ilmaisemaan tarpeita tilanteeseen sopivalla tavalla, työskentelemään tavoitteellisesti ja tulemaan toimeen monenlaisten ihmisten kanssa. Mielenterveyden häiriöt voivat hankaloittaa koulunkäyntiä ja oppimista. Toisaalta oppimisen ongelmat ja jotkin koulussa tapahtuvat asiat muodostavat riskin mielenterveydelle. Luokkakoko, koulun työskentelyilmapiiri ja

muut rakenteelliset seikat voivat edesauttaa tai häiritä nuoren selviytymistä. Tässä kirjoituksessa käsitellään kuitenkin vain sellaisia tekijöitä, joihin kouluterveydenhuollolla on mahdollisuus vaikuttaa ja joilla on merkitystä yksittäistä nuorta hoidettaessa.

Koulumenestys ja mielenterveys

Koulu on lapselle ja nuorelle tärkeä menestyksen kenttä. Siksi oppimisen vaikeudet ja odotettua heikompi koulumenestys saattavat olla mielenterveyshäiriöiden riskitekijä. Toisaalta mielenterveyden häiriöt heikentävät toimintakykyä vaikeuttaen oppimista ja koulunkäyntiä. Masennusoireet ovat yhteydessä kognitiivisten ja sosiaalisten taitojen heikkenemiseen (Rogers ym. 2004, Fröjd ym. 2008). Masentuneen kouluarvosanat laskevat (Fröjd ym. 2008, Ding ym. 2009), ja toipumisen jäädessä epätäydelliseksi nuori ei myöhemmin saa opintojaan loppuun tai ei pääse haluaansa opiskelupaikkaan (Rogers ym. 2004, Needham 2009). Myös ahdistuneisuushäiriöt vaikuttavat sekä ajankohtaiseen että myöhemmään opiskelumenestykseen (Woodward ja Fergusson 2001, Ranta ym. 2009). Sosiaalinen ahdistuneisuus vaikeuttaa esitelmien pitämistä, tunneilla vastaamista, ryhmätöiden tekemistä ja vastaavia tehtäviä, joissa nuori joutuu alttiiksi muiden katseille ja mahdolliselle arvostelulle.

Sekä nuoren omat että vanhempien ja opettajien suuret odotukset opiskelumenestyksen suhteen ovat yhteydessä masennukseen ja itsetuhoisuuteen (Ang ja Huan 2006). Koulumenestyksen huononeminen saattaa johtaa masennukseen (Herman ym. 2008). Voi syn-

tyä kierre: aiempi epäonnistuminen heikentää käsitystä omasta kyvykkyydestä ja vaikuttaa myös opettajan ja vanhempien odotuksiin. Uudet epäonnistumiset vahvistavat käsitystä kyvyttömyydestä vaikuttaa asiaan (Au ym. 2009).

Kiusaaminen on vahvemmassa yhteydessä mielenterveyden ongelmiin kuin uhrina oleminen

Käytöshäiriöisen nuoren koulumenestys on usein heikko, vaikka hänen älykkyytensä ei poikkeaisi keskimääräisestä (McEvoy ja Welker 2000, Burke ym. 2002). Tämä voi saada nuoren etsimään muuta menestystä, esimerkiksi

rötöstelystä tai kiusaamisesta. Käytöshäiriöön kuuluva auktoriteettien vastustaminen lisää poissaoloja koulusta ja ristiriitoja opettajien kanssa. Pinnaaminen heikentää oppimismahdollisuuksia, ja ristiriidat opettajan kanssa saattavat heikentää tämän käsitystä nuoresta oppijana.

Myös muilla mielenterveyden häiriöillä voi olla yhteyksiä koulumenestykseen, mutta näiden yhteyksien tutkimus on ollut vähäisempää. Anoreksian tiedetään olevan yhteydessä mm. ongelmiin matemaattisissa ja kielellisissä tehtävissä, eivätkä nämä kognitiiviset puutokset selity yhtäaikaisella masennuksella (McDowell ym. 2003). Neuropsykiatriset häiriöt, kuten tarkkaavuuden häiriöt, vaikuttavat oppimiseen. Lapsuudessa ADHD-diagnoosin saaneiden on havaittu menestyvän keskimääräistä huonommin opinnoissaan ja saavuttavan matalamman koulutustason kuin verrokkit (Mannuzza ja Klein 2000). Neuropsykiatriset häiriöt, kuten ADHD ja Aspergerin oireyhtymä, vaikuttavat myös sosiaaliseen käyttäytymiseen haitaten koulutyötä.

Ilman tukitoimia pitkäkestoiset ongelmat, esimerkiksi lapsuusiässä alkavat käytöshäiriöt, masennus, oppimisvaikeudet ja neuropsykiatriset häiriöt, saattavat pitää koulumenestyksen kykyihin nähden huonona jopa koko kouluiän. Jatkuvasti huonot arvosanat eivät välttämättä hälytä miettimään oppilaan avun tarvetta. Oppilashuollolla on tärkeä tehtävä näiden vaikeuksien tunnistamisessa. Koulumenestyksen äkillisen romahtamisen pitäisi

toimia erityisenä hälytysmerkkinä. Syy tulee selvittää ja tarvittavaa oppimisen tukea tarjota. Perusopetuslain muutoksen (hallituksen esitys 109/2009 vp) tarkoituksena on vahvistaa oikea-aikaisen tuen saantia tutussa kouluympäristössä ja oppimisryhmässä. Vuoden 2009 kouluterveyskyselyn tulosten mukaan peruskoulun kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaisista noin neljännes koki, ettei saa koulussa riittävästi apua koulunkäynnin vaikeuksiin.

Kiusaajat ja uhrin – mielenterveyshäiriöiden riskiryhmiä

Koulukiusaaminen määritellään psyykkisesti tai fyysisesti vahvemman oppilaan toistuvaksi, tahalliseksi toiminnaksi, jonka kiusattu kokee epämiellyttäväksi. Koulukiusaaminen voi olla sanallista, fyysistä tai ryhmän ulkopuolelle sulkemista. Suomalaislapsista ja -nuorista 10–15 % joutuu säännöllisesti koulukiusaamisen uhriksi (Kaltiala-Heino ym. 1999, 2010).

Poikkileikkaustutkimuksissa koulukiusaamisen uhriksi joutumisen on osoitettu olevan yhteydessä psykosomaattisiin oireisiin, heikkoon itsetuntoon, masennus- ja ahdistuneisuusoireisiin, itsetuhoajatuksiin ja väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Kiusaajana olo on yhdistetty niin internalisoiviin (depressio, ahdistuneisuus) kuin eksternalisoiviin häiriöihin (käytöshäiriö, päihdehäiriö) (Kaltiala-Heino ym. 1999, 2010). Suomalaisessa pitkitäisaineistossa sekä kiusaajana että uhrina olo 15-vuotiaana ennustivat pojilla myöhempää masennusta, kun taas tytöillä masennus 15 vuoden iässä ennusti myöhempää kiusaamisen uhriksi joutumisen kokemusta (Kaltiala-Heino ym. 2010).

Koulukiusaamisen uhriksi joutuminen voi aiheuttaa psyykkisiä oireita. Lapset ja nuoret, joilla on heikompi itsetunto tai internalisoivia oireita saattavat valikoitua uhreiksi, koska he eivät kykene puolustautumaan tehokkaasti. Sosiaalisten taitojen puutteellisuudet voivat johtaa kiusaamisen uhriksi joutumiseen, mutta internalisoiva nuori saattaa myös muita helpommin tulkita vuorovaikutustilanteita kiusaamiseksi. (Bond ym. 2001). Tutkimusnäyt-

tö suysuhteista ei ole yksimielistä (Fekkes ym. 2006, Kim ym. 2006). Mielenterveyshäiriöt voisivat olla kiusaamista selittäviä taustatekijöitä: kiusaaja purkaisi pahaa oloaan aggressiiviseen käyttäytymiseen tai kiusaaminen olisi yksi ulottuvuus käytöshäiriön oirekuvassa. Lisäksi kiusaamisen uhrit saattavat itse muuttua kiusaajiksi, ja kiusaaja-uhreilla on erityisen paljon mielenterveyshäiriöiden oireita. (Barker ym. 2008) Kiusaaminen on vahvemmassa yhteydessä mielenterveyden ongelmiin kuin uhrina oleminen (Kaltiala-Heino ym. 1999). Kaikilla kiusaajilla ei kuitenkaan ole ongelmia kotona, eivätkä he kaikki ole sosiaalisesti lahjattomia tai kyvyttömiä impulssikontrolliin. Kiusaaminen on ryhmien vuorovaikutuksessa syntyvä ilmiö (Salmivalli 2010).

Sen lisäksi, että koulukiusaamiseen puututaan, siihen osallisten nuorten mielenterveydellisen tuen tarve tulee arvioida yksilöllisesti. Koulukiusaamiseen puuttuminen on kaikkien koulussa työskentelevien kannalta mielenterveyttä edistävää turvallisen ympäristön luomista. Interventioita, joiden tuloksellisuudesta on näyttöä, on ollut tarjolla varsin vähän (Merrel ym. 2008). Ei ainoastaan oppilaisiin vaan koko koulun henkilökuntaan ja vanhempiin, kohdistuvat menetelmät ovat osoittautuneet toimivimmiksi (Vreeman ja Carroll 2007). Suomen peruskouluihin on paraikaa nopeasti leviämässä koko kouluyhteisön ja vanhempien tasolla toimiva KiVa Koulu-ohjelma (Salmivalli ym. 2005), joka vaikuttaa varsin lupaavalta.

Runsaat poissaolot

Runsaat poissaolot koulusta muodostavat nopeasti esteen oppimiselle. Muista kuin vaikeista somaattisista sairauksista johtuvat runsaat poissaolot viittaavat usein mielenterveyden häiriöihin. Rajaamme tämän tarkastelun ulkopuolelle sellaiset poissaolot, joihin on jokin yleisesti hyväksytty syy, kuten somaattiset sairaudet tai perhejuhlat. Kirjallisuudessa koulupoissaolot on tapana jakaa pinnaamiseen ja koulukieltäytymiseen (Kearney 2008).

Pinnaaminen tapahtuu yleensä vanhempien tietämättä. Se liittyy usein käytöshäiriöihin ja

päihdekäyttöön mutta voi liittyä myös masennukseen (Egger ym. 2003, Steinhausen ym. 2008). Koulusta kieltäytyminen saattaa ilmetä jatkuvina epämääräisinä somaattisina vaiovina, tai lapsi tai nuori vetoaa koulupelkoon jäädessään pois koulusta (Kearney 2008). Vanhemmat useimmiten tietävät poissaolosta ja hyväksyvät sen. Taustalla saattaa olla ensisijaisesti vanhemman tai vanhempien ja lapsen väliseen suhteeseen liittyvä eroahdistus, muu ahdistuneisuushäiriö tai depressio (Hansen ym. 1998, King ym. 1998).

Lapsen koulusta pois jääminen saattaa palvella vanhemman tarpeita, tai lapsi voi pelätä jättää vanhempaa yksin esimerkiksi tämän somaattiseen tai psyykkiseen sairauteen liittyvän huolen ja aiheettoman syyllisyyden takia (Kearney 2008). Vanhemmat saattavat tukea lapsensa välttämiskäyttäytymistä ja toivoa siirtoa kotiopetukseen.

Omassa tutkimuksessamme havaitsimme sekä runsaiden sairauspoissaolojen että pinnaamisen yhdistyvän masennukseen, ahdistuneisuuteen, psykosomaattisiin oireisiin ja päihteiden käyttöön molemmilla sukupuolilla. Oireet lisääntyivät pinnaamisen määrän kasvaessa enemmän kuin sairauspoissaolojen määrän kasvaessa (Kaltiala-Heino ym. 2003)

Suomessa perusopetuslaki (477/2003) edellyttää koululaisten poissaolojen seurantaan. Syy toistuviin poissaoloihin on selvitettävä nopeasti. Eroahdistus on tavallisinta alakouluikäisillä; yläluokkalaisilla luvattomat poissaolot liittyvät tavallisesti yleiseen auktoriteettien vastustamiseen tai diagnoosikriteerit täyttävään käytöshäiriöön. Myös sosiaalinen ahdistuneisuus voi johtaa poissaoloihin, etenkin ryhmätöitä tai esitelmien pitoa edellyttävinä päivinä. Mikään nuoren mielenterveyden häiriö ei parane koulusta pois jättäytymällä. Käytöshäiriötapauksissa vanhemmat ja kaikki opettajat olisi saatava yhteisymmärrykseen rajojen ja valvonnan tärkeydestä. Tarvittaessa voidaan kääntyä lastensuojelun puoleen. Oppimisen erityisongelmat, jotka johtavat motivaation puutteeseen, tulee tietenkin huomioida.

Koulumenestyksen äkillinen romahtaminen on hälytysmerkki

Oppilaan kieltäytyessä tulemasta kouluun on selvitettävä, mitkä asiat koulussa pelottavat, ja puututtava esimerkiksi koulukiusaamiseen ripeästi. Riippumatta koulusta pois jättäytymisen alkuperäisestä laukaisevasta tekijästä välttämiskäyttäytymiseen liittyvästä ahdistuksen vähenemisestä tulee nopeasti itsessään kotiin jäämistä motivoiva tekijä. Vaikeissa tilanteissa on osoitettu olevan hyötyä ahdistuneisuuden hallinnan harjoittelumisesta kognitiivisen käyttäytymisterapian keinoin yhdistettynä samanaikaiseen vanhempien harjoittamiseen kouluun palaamisen tukemisessa (King ym. 1998, Kearney 2008). Vanhempien voi olla vaikea ymmärtää, että kouluun palaaminen on nuoren mielenterveyden kannalta ensiarvoisen tärkeää. Yhteistyö vanhempien kanssa asiallista tietoa jakaen sekä yhteisiä toimintasuunnitelmia tehden on välttämätöntä – muuten kouluun paluu tuskin onnistuu. Kouluun-palaamisvaiheessa saatetaan tarvita suunnitelma opetukseen osallistumisen lisäämisestä asteittain. Mahdollisuus vetäytyä tarvittaessa rauhoittumaan ja tukihenkilö, jonka puoleen saa kääntyä päivän aikana ja joka aluksi ehkä saattaa nuoren kouluun, voivat auttaa nuorta kouluun paluussa.

Sosiaalisten taitojen puutteet ja toveripiirin ulkopuolelle jääminen

Moniin mielenterveyden häiriöihin liittyy sosiaalisten taitojen ja vuorovaikutuksen ongelmia. Tarkkaavuus-yliaktiivisuushäiriössä tarkkaamattomuus, impulsiivisuus ja toiminnanohjauksen vaikeudet johtavat helposti sosiaalisten taitojen heikkoon kehittymiseen. Tämä aiheuttaa vaikeuksia ikätoverikontakteissa samaan aikaan kuin samojen perusongelmien negatiivinen vaikutus oppimiseen heikentää itsetuntoa jatkuvan negatiivisen palautteen takia. Autismin kirjon häiriöissä sosiaalisen vuorovaikutuksen erikoisuus on häiriön ydinoire ja ikätoverisuhteiden onnistumista voivat vielä vaikeuttaa samanaikaiset ADHD-oireet. Toisaalta esimerkiksi depressiossa tai ahdistuneisuushäiriöissä nuori ei ehkä kykene käyttämään hankkimiaan sosiaalisia taitoja.

2036 Psykoosisairaudet alkavat usein nuoruusiässä.

Aktiivisen psykoosin puhkeamista voi edeltää pitkäkin ennako-oirevaihe, jossa oireet ovat epäspesifisiä, ilmenevät esimerkiksi eristäytymisenä suhteista ikätovereihin ja epämääräisenä kummallisena käytöksenä. Nuoruusiässä suhteet ikätovereihin ovat kuitenkin kehityksen kannalta välttämättömiä. Niiden epäonnistuminen ja eristäytyminen nuoruusiässä ovat vakavia varoitusmerkkejä.

Ikätoverisuhteiden ulkopuolelle jääminen näkyy koulussa. Lievissä tilanteissa nuorta voidaan auttaa näihin suhteisiin opetuksen ja koulun toiminnan lomassa, esimerkiksi ryhmätehtävien varjolla. Oppilashuollossa on paneuduttava eristäytyvän tai toveripiirin hyljeksimäksi joutuvan nuoren kokonaistilanteeseen ja ohjattava hänet tarvittaessa nuorisopsykiatriin tutkimuksiin samalla, kun koulussa yritetään helpottaa normaalien kontaktien synty- mistä edes valvotuissa oppimistilanteissa.

Mielenterveyden tukemisen mahdollisuuksia kouluissa

Koululaisen ja opiskelijan hyvinvoinnista vastaavaan kokonaisuuteen kuuluvat kouluterveydenhoitaja ja koululääkäri, koulupsykologi ja kuraattori sekä opettajien työhön sisältyvä oppimisen tuki. Näitä kaikkia tarvitaan lasten ja nuorten mielenterveyden seurantaan ja edistämiseen kouluympäristössä. Mielenterveyshäiriöt ovat nuoruusikäisten tärkein toimintakykyä heikentävä sairausryhmä (Patel ym. 2007). Läheskään kaikkia nuorten mielenterveyden häiriöitä ei voi, eikä pidäkään hoitaa erikoissairaanhoidossa. Kouluterveydenhuolto on nuorille luonteva lähipalvelu lievien ja keskivaikeiden häiriöiden hoitoon sekä ehkäisyyn. Mielenterveystiedon tarjoamisen osana terveystiedon opiskelua vähentänee mielenterveyden häiriöihin liittyvää leimautumista ja edistänee avun hakemista oikeaan aikaan.

Asetus koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa tuli voimaan 1.7.2009. Kunnille on annettu siirtymäaika vuoteen 2011 asti kouluterveydenhuollon määräaikaisten terveystarkastusten järjestämiseksi asetuksen edellyttämällä tavalla. Oppilaille on järjestettävä terveystar-

kastus jokaisella vuosiluokalla ja laaja tarkastus ensimmäisellä, viidennellä ja yhdeksännellä luokalla. Peruskoulun kahdeksaluokkalaisten laajassa terveystarkastuksessa arvioidaan oppilaan erityiset tarpeet ammatinvalinnan ja jatko-opiskelun kannalta. Erittäin tärkeitä asioita ovat tällöin nuoruuden kehityksen suotuisa eteneminen ja mielenterveyshäiriöiden ja niiden varhaisten varoitusmerkkien seulonta. Ainakin laajoihin tarkastuksiin on syytä liittää mielenterveyshäiriöiden oireita kartoittavia haastatteluja tai strukturoituja oiremittareita. Myös koulussa ilmenevistä mielenterveyshäiriöihin liittyvistä riskitekijöistä voidaan kysyä systemaattisesti terveystarkastuksissa. Hyvänä käytäntönä laajaan terveystarkastukseen sisältyvät opettajan arvio koululaisesta kouluyhteisössä, huoltajan tapaaminen, koululaisen haastattelu ja huoltajan kuvaus koululaisen sekä perheen tilanteesta, terveydenhoitajan ja lääkärin tekemät seulontatutkimukset sekä tarkastuksesta laadittava tiivistelmä koululaiselle ja hänen huoltajalleen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004).

Artikkelissamme kuvatut mielenterveyshäiriöiden riskiä ilmaisevat seikat – heikko koulumenestys ja varsinkin koulumenestyksen äkillinen romahtaminen, osallisuus koulukiusaamiseen, runsaat poissaolot ja toveripiirin ulkopuolelle jääminen - ovat havaittavissa koulutyön yhteydessä. Kunkin koulun oppilashuollon on hyvä laatia selkeät toimintamallit tilanteen selvittämiseksi ja siihen puuttumiseksi.

Kouluissa voidaan toteuttaa kaikkiin oppilaisiin kohdistuvia, mielenterveyden häiriöitä ehkäiseviä interventioita. Depression ja ahdistuneisuushäiriöiden ehkäisyyn on olemassa koulutyön osana toteutettavia sosiaalisten taitojen harjoitusohjelmia, kuten Australiassa kehitetty FRIENDS-ohjelma (Shortt ym. 2001). Se auttaa käsittelemään ja hallitsemaan ahdistuneisuutta tuottavia ja mielialaa laskevia tilanteita esimerkiksi omien ajatusten uudelleen muotoilemisen, rentoutumisen ja tarkkaavuuden uudelleen suuntaamisen kautta. Masentuneisuuden ehkäisyyn ja lievien masennusoireiden hoitoon tarkoitettu kognitiivis-behavioraalinen ”stressinhallintakurssi”

YDINASIAT

- ▶ Masennusoireet ovat yhteydessä kognitiivisten ja sosiaalisten taitojen heikkenemiseen.
- ▶ Koulukiusaaminen on yhteydessä niin emotionaaliin kuin tunne-elämän häiriöihin.
- ▶ Runsaat poissaolot koulusta ovat yhteydessä mielenterveyden häiriöihin.
- ▶ Suhteet ikätovereihin ovat nuoruusiässä kehityksen kannalta välttämättömiä.
- ▶ Niiden ulkopuolelle jääminen voi viitata sosiaalisten taitojen puutteisiin, jotka altistavat myös mielenterveyden häiriöille, tai kertoa mielenterveyden ongelmista.

(Adolescent Coping With Stress Course) (Clarke ym. 2001) on suunnattu kouluterveydenhoidon seulonnoissa lievästä masennusoireista kertoneille ja toteutetaan pienryhmissä. Ohjelman sisältöinä ovat psykoedukaatio stressistä ja masennuksesta, oman kielteisen ajattelun tunnistaminen, kielteisen ajattelun taustojen hahmottaminen sekä vaihtoehtoisten ajatusten tuottaminen ja hallintastrategioiden kehittäminen.

Lieviä häiriöitä voidaan hoitaa kouluterveydenhuollossa. Terveystarkastajan, psykologin tai kuraattorin toteutettavaksi sopivat lyhytkestoiset, vuorovaikutukseen perustuvat interventiot. Lievien masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoito painottuu yksilölliseen hoitosuhteeseen ja siihen yhdistettyihin perheen tapaamisiin. Esimerkki nuorten lievään masennukseen soveltuvasta tuloksekkaasta menetelmästä on 12 viikon interpersonaalinen terapia (IPT-A) (Mufson ym. 2004). Siinä tarkastellaan masennusoireiden ilmenemistä keskeisten ihmissuhteiden ongelmien ja tapahtumien kautta. Vuorovaikutustaitojen parantaminen, omien odotusten selkeä ilmaisu ja tunneilmaisun helpottaminen konfliktitilanteissa ovat esimerkkejä opeteltavista taidoista. Ahdistuneisuushäiriöissä auttavat monet helposti omaksuttavat lyhytterapeut-

tiset kognitiivis-behavioraaliset hoitomallit, esimerkiksi Coping Cat -ohjelma (Kendall 1994). Kognitiivis-behavioraalisten mallien periaatteena on tuottaa tietoa ajatusten, tunteiden ja somaattisen reagoinnin yhteyksistä, auttaa tunnistamaan katastrofimaisia ajatuksia, muodostaa myönteisiä ja realistisia ajatuksia erilaisissa tilanteissa selviämiseksi sekä käyttää rentoutusta, rauhallista hengitystä tai tarkkaavuuden erilaista suuntaamista (Mattis ja Ollendick 2002). Kouluissa voitaisiin myös toteuttaa portaittaista altistusta, kun pelätyissä ja vältetyissä tilanteissa (esim. luokkatilanteissa tai ruokailussa) läsnä olevat opettajat ovat helposti saatavilla yhteistyökumppaneiksi (Fisher ym. 2004).

Lopuksi

Opettajan työhön ei kuulu hoitavan roolin ottaminen, mutta oppimisen mahdollistaminen mielenterveyden häiriöstä huolimatta toki kuuluu. Opettajat havaitsevat lasten ja nuorten

oireet ja poikkeavan käyttäytymisen erittäin hyvin. Toimiva oppilas- ja kouluterveydenhuolto ovat mielenterveyden edistämisen ja häiriöiden hoidon kannalta ensiarvoisen tärkeitä. Erikoissairaanhoidon voisi tukea koulua ohjaamalla opettajia potilaana olevan nuoren erityistarpeiden huomioimisessa. Nuoren mielenterveyshäiriön jatkohoidon siirtyessä kouluterveydenhuoltoon selkeä ja heti käytettävissä oleva loppulausunto on luonnollisesti tarpeen, ja konsultaatiomahdollisuuskin on hyvä järjestää. ■

RIITTAKERTTU KALTIALA-HEINO, professori, vastuualuejohtaja
Tampereen yliopisto, lääketieteen laitos ja TAYS, nuorisopsykiatrian vastuualue

KLAUS RANTA, LT, ylilääkäri
TAYS, nuorisopsykiatrian vastuuyksikkö

SARI FRÖJD, TtT, erikoistutkija, sosiaalipsykiatrian yliassistentti
Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos

Summary

Adolescent mental health promotion in school context

School performance, involvement in bullying and frequent absences from school are indicators of not only cognitive and social skills but also mental health. Mental disorders may interfere with learning and adjustment in many ways. Mental disorders may bring about problems in attention and motivation, and failure in schoolwork often makes an adolescent vulnerable to mental disorders. Early recognition of and prompt intervention in specific learning difficulties may prevent mental disorders. Adolescents involved in bullying present with increased risk of both internalising and externalising mental disorders, as do adolescents who are frequently absent from school, whether due to illness or due to truancy. Peer rejection is an important warning sign during adolescent development. These features can fairly easily be recognised at school, and school's psychosocial support systems should have plans for intervention. Mental health promotion in school should comprise approaches that make school safe and involving for all, and individual interventions for those at risk.

SIDONNAISUUDET

Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia.

KIRJALLISUUTTA

- Ang RP, Huan VS. Relationship between Academic stress and suicidal ideation: testing for depression as a Mediator Using multiple regression. *Child Psychiatry Hum Dev* 2006;37:133–43.
- Au RCP, Watkins D, Hattie J, Alexander P. Reformulating the depression model of learned hopelessness for academic outcomes. *Educ Res Rev* 2009;4:103–17.
- Barker ED, Arseneault L, Brengden M, Fontaine N, Maughan B. Joint development of bullying and victimisation in adolescence: relations to delinquency and self-harm. *JAACAP* 2008;47:1030–8.
- Bond L, Carlin J, Thomas L, Rubin K, Patton G Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *BMJ* 2001;323:480–4.
- Burke J., Loeber R., Birmaher B. Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, Part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:1200–10.
- Clarke GN, Hornbrook M, Lynch F, Polen M, ym. A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:1127–34.
- Ding W, Lehrer SF, Rosenquist JN, Audrain-McGovern J. The impact of poor health on academic performance: New evidence using genetic markers. *J Health Econ* 2009;28:578–97.
- Egger H, Costello J, Angold A. School refusal and psychiatric disorders: a community study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:797–807.
- Elliott J. School refusal. Issues of conceptualisation, assessment and treatment. *J Child Psychol Psychiatry* 1999;40:1001–2.
- Fekkes M, Pijpers F, Fredriks A, Vogels T, Verloove-Vanhorick S. Do bullied children get ill, or do ill children get bullied? A prospective cohort study on the relationship between bullying and health-related symptoms. *Pediatrics* 2006;117:1568–74.
- Fisher P, Masia-Warner C, Klein R G, Steinberg L. Skills for academic and social success: a school-based intervention for social anxiety disorder in schools. *Clin Child Family Psychol Rev* 2004;7:241–9.
- Fröjd S, Nissinen E, Pelkonen M, Marttunen M, Koivisto A-M, Kaltiala-Heino R. Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. *J Adolesc* 2008;31:485–98.
- Hansen C, Sanders S, Massaro S, Last C. Predictors of severity of absenteeism in children with anxiety-based school refusal. *J Clin Child Psychol* 1998;27:246–54.
- Herman KC, Lambert SF, Reinke WM, Jalongo NS. Low academic competence in first grade as a risk factor for depressive cognitions and symptoms in middle school. *J Counsel Psychol* 2008;55:400–410.
- Kaltiala-Heino R, Fröjd S, Autio V, Laukkanen E, Närhi P, Rantanen P. Transparent criteria for specialist level adolescent psychiatric care. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2007;16:260–70.
- Kaltiala-Heino R, Kilku N, Poutanen P, Rimpelä M. Runsaisten kouluopissaolojen yhteys mieliteervyesongelmiin yläasteikäisillä. *Suom Lääkäril* 2003;58:1677–83.
- Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Marttunen M, Rimpelä A, Rantanen P. Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *BMJ* 1999;319:348–51.
- Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Rantanen P, Rimpelä A. Bullying at school - an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *J Adolesc* 2000;23:661–74.
- Kaltiala-Heino R, Fröjd S, Marttunen M. Involvement in bullying and depression in a 2-year follow-up in middle adolescence. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010;19:45–55.
- Kearney CA. School absenteeism and school refusal behaviour in youth: a contemporary review. *Clin Psychol Rev* 2008;28:451–71.
- Kendall PC. Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 1994;62:100–10.
- Kim YS, Leventhal B, Koh Y-J, Hubbard A, Boyce T. School bullying and youth violence. Causes or consequences of psychopathologic behavior? *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:1035–41.
- King N, Tonge B, Heyne D, ym. Cognitive-behavioral treatment of school-refusing children: a controlled evaluation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:395–403.
- Mannuzza S, Klein RG. Long-term prognosis in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatric Clin North Am* 2000;9:711–26.
- Mattis, S, Ollendick T. Panic disorder and anxiety in adolescence. Oxford: Blackwell Publishing, 2002.
- McDowell B, Moser D, Fernyhough K, Bowers W, Andersen A, Paulsen J. Cognitive impairment in anorexia nervosa is not due to depressed mood. *Int J Eat Disord* 2003;33:351–5.
- McEvoy A, Welker R. Antisocial behavior, academic failure, and school climate: a critical review. *J Emot Behav Disord* 2000;8:130–40.
- Merrel K, Duane M, Gueldner B, Ross S. How effective are school bullying intervention programs? A meta-analysis of intervention research. *Sch Psychol Q* 2008;23:26–42.
- Mufson L, Dorta KP, Moreau D, Wessman MM. Interpersonal Psychotherapy for depressed adolescents. *Toinen painos*. New York: The Guilford Press, 2004.
- Needham BL. Adolescent depressive symptomatology and young adult educational attainment: an examination of gender differences. *J Adolesc Health* 2009;45:179–86.
- Patel V, Flischer AJ, Hetrick SA, McGorry PD. Mental health of young people: a global public health challenge. *Lancet* 2007;369:1302–13.
- Ranta K, Kaltiala-Heino R, Rantanen P, Marttunen M. Social phobia in Finnish general adolescent population: Prevalence, comorbidity, individual and family correlates, and service use. *Depress Anxiety* 2009;26:528–36.
- Rogers MA, Kasaia K, Kojia M, ym. Executive and prefrontal dysfunction in unipolar depression: a review of neuropsychological and imaging evidence. *Neurosci Res* 2004;50:1–11.
- Salmivalli C, Kaukiainen A, Voeten M. Anti-bullying intervention: implementation and outcome. *Br J Educ Psychol* 2005;75:465–87.
- Salmivalli K. Bullying and the peer group: a review. *Aggress Violent Behav* 2010;15:112–20.
- Shortt A, Barrett P, Fox T. Evaluating the FRIENDS program: a cognitive-behavioural group treatment of childhood anxiety disorders: an evaluation of the FRIENDS program. *J Clin Child Psychol* 2001;30:523–33.
- Steinhausen HC, Muller N, Metzke CW. Frequency, stability and differentiation of self-reported school fear and truancy in a community sample. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2008;2:17
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Koulu-terveysneuvoston laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita. Helsinki, 2004.
- Vreeman R, Carroll A. A Systematic review of school-based interventions to prevent bullying. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161:78–88.
- Woodward LJ, Fergusson DM. Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:1086–93.