

Vanhempien mielenterveyshäiriöt ja lasten psykiatriset ongelmat

Vanhempien mielenterveyshäiriöt lisäävät lasten vaaraa sairastua psykiatrisiin häiriöihin lapsuuden aikana ja aikuisuudessa. Häiriön pitkäkestoisuus ja merkitys vanhemman vuorovaikutus- ja toimintakykyyn vaikuttavat lapseen enemmän kuin diagnoosi. Lasten psykiatriset häiriöt ovat vaikeampia, alkavat varhaisemmin ja kestävät pidempään, jos vanhemmilla esiintyy psykiatrisia häiriöitä. Varhaislapsuudessa ja alakouluikässä korostuvat käytösongelmat ja ahdistushäiriöt, nuoruusiässä masennus ja päihteiden käyttö. Aikuista hoidettaessa tulee ottaa huomioon myös hänen lastensa tarpeet psykiatristen ongelmien ehkäisyn ja hoidon suhteen.

Psykiatriset häiriöt vaikuttavat kykyyn ajatella, tuntea ja toimia sekä kykyyn ja haluun olla kanssakäymisessä toisten ihmisten kanssa. Perhe on tiivis vuorovaikutusyksikkö, joten perheenjäsenen mielenterveysongelmat tulevat aina osaksi koko perheen elämää. Lasten ja nuorten kehitys ja hyvinvointi ovat puolestaan riippuvaisia suhteista vanhempiin, vanhemmuuden toteutumisesta ja perheen toiminnasta ja ilmapiiristä. Vanhemman mielenterveysongelmat muodostavat yhden tärkeimmistä taustatekijöistä lasten ja nuorten psykiatrisissa häiriöissä.

Kyseessä ei ole mikään marginaalinen lapsiryhmä. Australiassa (Maybery ym. 2005), Hollannissa (www.trimbos.nl) ja Norjassa (Jan Steneby, Voeksne for barn, suullinen tiedonanto) on arvioitu, että noin 20–25 % alaikäisistä elää perheessä, jossa vanhemmalla on hoitoa vaativa mielenterveys- tai päihdeongel-

ma. Vastaavaa tutkimusta ei ole tehty Suomessa, mutta tiedetään, että noin joka kolmannella suomalaisella psykiatrisella potilaalla on alaikäisiä lapsia (Leijala ym. 2001).

Tässä artikkelissa ei paneuduta niihin geneettisiin, biologisiin, psykososiaalisiin ja sosioekonomisiin tekijöihin, joiden yhteisvaikutuksesta sukupolvesta toiseen siirtyvien ongelmien ketju syntyy. Lapsilla tarkoitetaan kaikkia jälkeläisiä, myös nuoruusikäisiä ja aikuisia.

Lasten ongelmat ja häiriöt, kun vanhempi sairastaa

Vankka epidemiologinen tieto kertoo lasten vaarasta sairastua psyykkisesti, kun vanhempi kärsii psyykkisestä häiriöstä. Lapsilla on myös erilaisia kehityksellisiä vaikeuksia ja subkliinistä oireilua. Näitä ovat mm. varhaislapsuuden sosioemotionaaliset ongelmat, vanhemmista erossa oloon liittyvät vaikeudet, sosiaalinen arkuus tai aggressiivisuus sekä kognitiiviset ja koulunkäyntiongelmien (Beardslee ym. 1998, Dierker ym. 1999, Reinherz ym. 2000, Biederman ym. 2001, Goodman ja Gotlib 2002, Niemi ym. 2003, Schubert ja McNeil 2003, Keller ja Cummings 2008). Häiriöt ovat myös vaikeampia ja moniulotteisempia, alkavat varhaisemmin ja kestävät pidempään kuin lapsilla, joiden vanhemmilla ei ole psykiatrista häiriötä.

Eniten tutkimuksia on tehty vanhemman masennuksesta, joka onkin tavallisin psykiatrinen häiriö ja erityisesti lapsiperheiden ongelma. Hammenin ja Brennanin (2003) aineistossa 20 % masentuneitten äitien lapsista oli sairastunut masennukseen kymmenenteen ikävuoteen mennessä, ei-masentuneitten lapsista puolet tästä. Beardslee ym. (1998) ar-

YDINASIAAT

- » Vanhempien mielenterveyshäiriöt altistavat lapset kehityksellisille ongelmille, psykiatrisille häiriöille ja somaattisille sairauksille lapsuudessa ja aikuisuudessa.
- » Noin 20–25 % alaikäisistä elää perheessä, jossa vanhemmalla on hoitoa vaativa mielenterveys- tai päihdeongelma.
- » Noin 40 % masentuneitten vanhempien lapsista sairastuu diagnosoitavaan häiriöön ennen 20 vuoden ikää ja noin 60 % alle 25-vuotiaana.
- » Psykiatrasta potilasta hoidettaessa on huolehdittava myös hänen lastensa hoidon ja tuen tarpeista; samoin on huolehdittava lasten- ja nuorisopsykiatrisen potilaan vanhempien hoidon tarpeesta.

vioivat katsauksessaan, että noin 40 % masenusta sairastavien vanhempien lapsista sairastuu psyykkisesti ennen 20 vuoden ikää ja jopa 60 % alle 25-vuotiaana (Beardslee ym. 1998).

Lasten ja vanhempien häiriöiden keskinäistä suhdetta voidaan tarkastella myös tutkimalla lastenpsykiatristen potilaiden vanhempien mielenterveyttä. Noin 40 %:lla lastenpsykiatrisessa avohoidossa ja 70 %:lla osastohoidossa olevista suomalaislapsista on vanhempi, jolla on psykiatrisia ongelmia (Erkolahti ym. 2000). Weller ym. (1994) totesivat vakavaa masennusta sairastavien lasten vanhemmilla esiintyvän muita useammin erityisesti mielialahäiriöitä, mutta myös ahdistus- ja persoonallisuushäiriöitä.

Hyvin usein perheen molemmilla vanhemmilla esiintyy psyykkisiä häiriöitä tai päihteiden käyttöä. Yli puolet masennuspotilaiden puolisoista kärsii hoitoa vaativasta psykiatrisesta häiriöstä (Merikangas 1984). Lasten häiriöiden esiintyvyys lisääntyy selvästi, kun molemmat vanhemmat sairastavat. Dierkerin ym. (1999) aineistossa psykiatrinen häiriö todettiin 70 %:lla lapsista (7–17-vuotiaista), jos molemmilla vanhemmilla oli mieliala- tai ahdistushäiriö, 40 %:lla jos vain toisella oli, ja

Vanhemman häiriön luonne

Vanhemman diagnoosilla ei näytä olevan ratkaisevaa merkitystä lasten kehityksen kannalta, eikä siitä voida suoraan päätellä lasten sairastumisvaaraa. Suurempi vaikutus näyttää olevan sillä, minkälaisia ja miten pitkäkestoisia seuraamuksia häiriöllä on vanhemman ja perheen toiminta- ja vuorovaikutuskykyyn (Luo-ma ym. 2001, Goodman ja Gotlib 2002, Hammen ja Brennan 2003, Halligan ym. 2007, Hay ym. 2008). Sama pätee niin päihdehäiriöön kuin myös vanhemman vakavaan somaattiseen sairauteen ja niiden merkitykseen lapsille. Vanhemman somaattisen sairauden merkitys perheelle on asia, johon on vasta viime aikoina kiinnitetty huomiota (Schmitt ym. 2007, Niemelä ym. 2009).

Vanhemman masennuksen seuraamukset lapsille ja koko perheelle näyttävät kuitenkin olevan vakavampia kuin muiden häiriöiden (Dierker ym. 1999). Masennuksen oireet piiloutuvat tuttuihin ilmiöihin, kuten alakuloon, ärtyvyyteen ja jaksamattomuuteen, jolloin erityisesti lasten on vaikea mieltää niitä sairauksiksi. Psykoottiset oireet tai pakkotoiminnot on helpompi huomata poikkeavuudeksi, eikä niitä tulkita osaksi normaalia vuorovaikutusta. Lisäksi masennus on usein krooninen tai uusiutuva ongelma, jonka diagnoosi voi viivästyä. Masennus saattaa varjostaa perheen elämää vuosikausia.

Vanhemman häiriö altistaa lapsen monelle eri häiriölle

Vaikka vanhemman ja lapsen psyykkiset häiriöt ovat usein samantyyppisiä, lapsen kehitys voi häiriintyä monella tavalla. Vanhemman psykiatriset ja päihdehäiriöt diagnoosista riippumatta lisäävät lasten riskiä sairastua sekä masennukseen että ahdistushäiriöön ja käytös- tai päihdehäiriöön (Dierker ym. 1999, Biederman ym. 2001, Goodman ja Gotlib 2002, Weissman ym. 2006, Keller ja Cummings 2008).

Vanhemman skitsofrenia liittyy lasten ongelmiin monitasoisesti lisäten psykoottisen häiriön, masennuksen, kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja päihdeongelman todennäköisyyt-

tä. Lapsilla voidaan todeta myös neurologisen ja motorisen kehityksen ongelmia, sosiaalista arkuutta sekä ongelmia toverisuhteissa, tarkkaavuudessa ja luokkatyöskentelyssä (Niemi ym. 2003, Schubert ja McNeil 2003). Vanhemman omassa lapsuudessa puhjennut skitsofrenia aiheuttaa lapsille kaksi kertaa suuremman sairastumisvaaran kuin aikuisuudessa puhjennut skitsofrenia (Nicolson ym. 2003). Riskieron taustalla lieenee lapsuudessa puhjennun sairauden vahvempi geneettinen pohja ja patologisempi kulku.

Vanhemman ja lapsen sukupuolen merkitys

Suurin osa erityisesti varhaisemmista tutkimuksista koskee vain äitejä. Perusoletuksena lieenee ollut äitien suurempi merkitys lasten kehitykselle. Ramchandani ym. (2008) ovat rikkoneet sukupuolistereotypioita tutkimalla isän synnytyksenjälkeisen masennuksen vaikutuksia vauvan kehitykseen. Tutkimus oli väestökohortti, jossa oli mukana 10 950 isää lapsineen. Isien synnytyksenjälkeinen masennus oli yhteydessä erityisesti lasten uhmakkuus- ja käytöshäiriöihin sekä sosiaalisiin ongelmiin, äitien masennus enemmän tunne-elämän ongelmiin. Tämä selittynee masennusoireilun sukupuolittumisella. Isien depressio ilmenee useammin ärtyvyytenä (Goodman ja Gotlib 2002), jolloin lapsen reaktio on uhma ja käytösongelmat. Äitien depressio ilmenee useammin itkuisuutena ja apaattisuutena, jolloin lastenkin reaktiot ovat enemmän sisäinpäin suuntautuneita.

Muutkin isätutkimukset osoittavat isän mielenterveydellä olevan merkitystä lapsille. Kanen ja Garberin (2004) meta-analyysin mukaan isän masennuksella on selvä yhteys lasten häiriöihin, ja sen vaikutus arvioitiin samansuuruisiksi kuin äitien masennuksen.

Sen sijaan tutkimustieto vanhemman ja lapsen sukupuolen merkityksestä on vielä kovin hataraa. Jotkut tutkijat ovat havainneet vahvan yhteyden äidin ja tyttären tai isän ja pojan välisessä oireilussa, toiset taas päinvastoin. Kyseessä lieenee monimutkaisempi prosessi kuin vain biologisen sukupuolen merkitys.

Mielenkiintoista on, ettei missään tutkimuksessa ole selvitetty tai edes kuvattu vanhempien rooleja ja ajankäyttöä suhteessa perheeseen. Jos perheessä on selvä työnjako vanhempien välillä, on mahdollista, että sen vanhemman sairastuminen, jonka vastuulla lapset ja kodinhoito ovat, on vakavampi asia lapsille ja perheen toiminnalle kuin toisen vanhemman sairastuminen, sukupuolesta riippumatta.

Lapsen kehitysvaiheen merkitys ja vanhemman häiriön kroonisuus

Lapsen kehitys etenee askelin, jotka otetaan vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. On ymmärrettävää, että vanhemman sairastuminen vaikeuttaa ajankohtaisten kehitystehtävien toteutumista, mutta suuri kysymys on, korjaantuuko tilanne myöhemmin.

Vauvaiällä tärkein kehitystehtävä on suuntautuminen toisiin ihmisiin, kiintymyssuhteiden syntyminen ja psykofysiologisten säätelymekanismien rakentuminen läheisten tuella. Vanhemman masennus ja siitä johtuvat vaikeudet vuorovaikutuksessa saattavat häiritä tätä kehitystä, jolloin vauvalla voidaan todeta sosioemotionaalisen kehityksen ongelmia ja säätelyhäiriöitä (Goodman ja Gotlib 2002). Leikki-iässä puolestaan korostuu omien tunteiden ja käyttäytymisen hallinta. Kouluun meno tuo tullessaan suuria sosiaalisia haasteita. Monessa tutkimuksessa todetaankin vanhemman masennuksen liittyvän varhaisvuosina ja alakouluässä enemmän ahdistus- ja käytöshäiriöihin kuin masennukseen (Luoma ym. 2001, Weissman ym. 2006, Ashman ym. 2008, Hay ym. 2008). Nuoruusiässä puolestaan luodaan omaa identiteettiä ja suuntaudutaan tulevaisuuteen. Vanhemmilta tarvitaan hyväksyntää, kannustusta ja ohjausta, ja jälkeläisten häiriöissä korostuvat masennus ja päihteiden käyttö.

Erityisen suurta huolta on kannettu äidin perinataalivaiheen masennuksen mahdollisista pysyvistä vaikutuksista lapsen kehitykseen. Pitkät seurantatutkimukset ovat tuoneet asiaan valoa. Halliganin ym. (2007) tutkimuksessa lasten kehitystä seurattiin parin kuukauden iästä 13 vuoden ikään ja Hayn ym. (2008) tutkimuksessa raskaudesta 16 ikävuoteen.

Molemmissa tutkimuksissa äidin perinataalivaiheen masennuksen todettiin liittyvän vahvasti nuoruusiän depressioon, mutta vain, jos

***Lasta ja perhettä
tulee tukea pitkään,
kun äiti tai isä on
ollut masentunut
raskauden aikana tai
synnytyksen jälkeen***

äidillä oli esiintynyt uusiutuvia masennuskausia. Surullista kyllä, äidin perinataalivaiheen masennus ennakoiki vahvasti toistuvia masennusjaksoja. Yli 80 %:lla synnytyksen jälkeen depressiivisillä

äideillä oli ollut myöhempiä masennusjaksoja.

Tutkimustulokset korostavat lapsen ja perhetilanteen pitkän seurannan ja tuen merkitystä neuvola- ja kouluterveydenhuollossa, kun äidillä tai isällä on ollut raskaudenaikainen tai synnytyksenjälkeinen masennuskausi.

Kolmen sukupolven tarina

Weissmanin ym. (2005 ja 2006) ainutlaatuudessa seurattututkimuksessa seurattiin eimasentuneitten ja vaikeasta tai keskivaikeasta masennuksesta kärsivien vanhempien jälkeläisiä noin 15 ikävuodesta 35 vuoden ikään.

Aikuisiässä ryhmien välillä ei ollut eroa koulutustasossa, avio- tai avoliittojen määrissä, tulotasossa, työllisyydessä tai lasten lukumäärässä. Riskiryhmän nuorista aikuisista noin 80 % (verrokeista 50 %) oli kuitenkin sairastunut johonkin mielialahäiriöön, 65 % (verrokeista 27 %) vakavaan masennukseen ja 67 % (verrokeista 34 %) ahdistushäiriöön. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä ei esiintynyt verrokeilla lainkaan, kun taas riskiryhmässä siitä kärsi 35 vuoden iässä 14 %. Molemmissa ryhmissä ilmeni yhtä paljon päihteiden väärinkäyttöä, mutta päihderiippuvuutta esiintyi riskiryhmässä huomattavasti enemmän. Myös yleinen toimintakyky ja työssä selviäminen olivat riskiryhmässä huomattavasti heikompia.

Tutkimuksessa todettiin depressiivisten vanhempien jälkeläisillä olevan myös suurentunut somaattisen sairauden riski. Heillä oli enemmän sydän- ja verisuoni- sekä hermo-lihassairauksia. Ero todettiin 30 ikävuoden jälkeen.

Kun tarkasteltiin häiriöiden puhkeamisajan

van riskiryhmässä jo 3–5 vuoden iässä. Toinen sairastuvuushuippu havaittiin riskiryhmässä ikävuosina 28–32. Tämä johtui erityisesti nuorten naisten paniikkihäiriöistä. Masennus ja päihdehäiriöt lisääntyivät nuoruusiässä depressiivisten vanhempien lapsilla huomattavasti enemmän kuin verrokeilla. Kuten olettaa saat-
taa, masennuksesta kärsivät erityisesti tytöt, päihdehäiriöistä pojat.

Tutkitut nuoret aikuiset saivat omia lapsia ja aineistoon syntyi kolmas sukupolvi. Suurimman riskin ryhmässä, jossa sekä vanhempi että isovanhempi oli sairastanut toimintakykyä haittaavan depression, peräti 70 % lapsista oli ehtinyt sairastua johonkin psykiatriseen häiriöön 12 ikävuoteen mennessä.

Tutkimus kuvaa koskettavasti mielenterveysongelmien ylisukupolvisen kierteen. Se osoittaa, miten vakavasta ongelmasta on kyse, kun lasten elinoloihin ja kehitykseen ovat vaikuttamassa sekä geneettinen että sosiaalisen perimä.

Lapsen ja perheen tuentarve

Psyykkisesti sairaat vanhemmat kantavat huolta ja syyllisyyttä omasta voinnistaan, lapsistaan ja perheensä tulevaisuudesta. Lapset ovat hätäntyneitä ja hekin syyttävät usein itseään. Joillekin lapsille kehittyä huoltajan rooli, jotkut taas kuluttavat aikansa kodin ulkopuolella (Solantaus-Simula ja Punamäki 2002). Palveluilla on sekä mahdollisuus että velvollisuus tulla avuksi niin ajankohtaisen kärsimyksen lieventämisessä kuin jälkeläisten häiriöiden ehkäisemisessä ja hoidossa (Lastensuojelu- ja päihdehuoltolait, Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009).

Vaikka tutkimukset ovat rankkaa luettavaa, ne osoittavat myös, että osa lapsista selviää hyvin ja vanhemmat pystyvät tukemaan lapsiaan häiriöstään huolimatta. Suomessa on käytössä useita ehkäisyn menetelmiä, kuten ”Lapset puheeksi -keskustelu” (Solantaus 2006), Beardsleen perheinterventio (Solantaus ja Beardslee 1996, Beardslee ym. 2007), lasten ja vanhempien ryhmät (Inkinen ja Söderblom 2005) sekä oma-apuoppaat vanhemmille ja varttuneem-

mille lapsille (Solantaus ja Ringbom 2008a, 2008b). Menetelmien ytimessä on vanhemmuuden ja lasten pärjäävyyden tukeminen. Ensimmäisenä askeleena on avoin puhuminen ongelmista perheen kesken (Solantaus 2006). Työntekijöiden kokemukset menetelmistä ovat olleet hyvin myönteiset (Toikka ja Solantaus 2006). Uusimman tutkimuksen mukaan vanhemmuuden tukeminen parantaa myös potilaan hoidon tulosta (Swarz ym. 2008).

Ehkäisyn lisäksi on huolehdittava lasten hoidontarpeesta. Suomalaisessa aineistossa 10 % psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa olevien vanhempien lapsista tarvitsi lastensuojelun toimenpiteitä, 16 % perheneuvolan palveluja ja 15 % lasten- tai nuoripsykiatrisia tutkimuksia (Leijala ym. 2001).

Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan psyykkisesti sairaitten vanhempien lapset saavat hoitoa ja tukea vielä vähemmän kuin terveitten vanhempien oireilevat lapset (Weissman ym. 2004). Vanhemman häiriö saattaa siis lisätä paitsi lapsen sairastumisriskiä myös tämän vaaraa jäädä ilman palveluja. Syynä voi olla hoidon keskittäminen vanhempaan ja oletus, että se riittää. Päivähoito ja koulu saattavat puolestaan olla keinottomia lähestymään perhettä, jossa vanhemmalla on psykiatrinen häiriö. Huostaanoton pelko voi estää vanhempia hakemasta apua.

Vastaavasti on oletettavissa, että vanhemman hoitotarpeet jäävät huomiotta lapsen ollessa potilaana.

Lopuksi

Vanhemman mielenterveys- ja myös päihdehäiriöiden siirtyminen sukupolvien ketjussa muodostaa yhden tärkeimmistä poluista väes-

tön psykiatrisen sairastavuuden ja sosiaalisen syrjäytymisen taustalla. Edessämme on ylisukupolvisen kierteen ehkäisy. Biologiseen perimään ei voida vaikuttaa, mutta perhettä on mahdollista tukea monella tavalla. Koska vanhempaa hoitava taho on usein ainoa, joka tietää perheen vaikeuksista, on avain aikuisten palve-

luilla. Merkittävänä kansainvälisenä edistysaskeleena on Amerikan Psykiatriyhdistyksen lehden pääkirjoitus, jossa suositellaan lasten huomioimista aina osana depressiivisen potilaan hoitoa (Reiss 2008).

Suomessa ollaan jo pelkkiä suosituksia pitemmällä. Toimiva lapsi & perhe -hanke (<http://info.stakes.fi/toimivaperhe/FI/index.htm>) on vuodesta 2001 lähtien kehittänyt työmenetelmiä perheiden tueksi ja kouluttanut työntekijöitä (Solantaus ja Toikka 2006). Vuonna 2005 julkaistiin suositus terveydenhuollon toimenpiteistä vanhemman hakeutuessa hoitoon (Solantaus 2005) sekä kokemuksia toiminnan aloittamisesta erikoissairaanhoidossa (Väisänen ja Niemelä 2005) ja perusterveydenhuollossa (Pietilä 2005). Hankkeessa suunnitellaan nyt palvelujen auditointia, kyseessä on lakisääteinen toiminta. Perheiden taakan vähentämiseksi ja sukupolvien sairauksierteen katkaisemiseksi tarvitaan palvelujen kehittämistä, kliinistä työtä ja tieteellistä tutkimusta. ■

Vanhemman häiriö saattaa lisätä paitsi lapsen sairastumisriskiä myös tämän vaaraa jäädä ilman palveluja

TYTTI SOLANTAUS, lastenpsykiatri, dosentti, tutkimusprofessori

E. JUULIA PAAVONEN, LT, VTK, tutkijatohtori
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos
PL 30, 00271 Helsinki

Summary

Impact of parents' mental health disorders on psychiatric problems of the offspring

Psychiatric disorders in mothers and fathers increase children's risks for psychiatric problems in childhood and adulthood. The chronicity and the impact of the disorder on the parent's interactional and functional capacities are more important than the diagnosis itself. Children's psychiatric disorders are more severe and chronic and they start at an earlier age than in families with parents without psychiatric disorders. Behavioral and anxiety disorders emerge in early childhood and school age, while depression and alcohol and drug abuse in adolescence. Children's needs for prevention and treatment are to be taken care of when their parents use psychiatric services.

KIRJALLISUUTTA

• Ashman SB, Dawson G, Panagiotides H. Trajectories of maternal depression over 7 years: Relations with child psychophysiology and behaviour and role of contextual risks. *Dev Psychopathol* 2008;20:55–77.

• Beardslee WR, Wright EJ, Gladstone TRG, Forbes P. Long-term effects from a randomized trial of two public health preventive interventions for parental depression. *J Family Psychol* 2007;21:703–13.

• Beardslee WR, Versage EM, Gladstone TRG. Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:1134–41.

• Biederman J, Faraone SV, Hirshfeld-Becker DR, Friedman D, Robin JA, Rosenbaum JF. Patterns of psychopathology and dysfunction in high-risk children of parents with panic disorder and major depression. *Am J Psychiatry* 2001;158:49–57.

• Dierker LC, Merikangas KR, Szatmari P. Influence of parental concordance for psychiatric disorders on psychopathology in offspring. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:280–8.

• Erkolahti R, Manelius P, Salminen T, ym. Lapsi ja psyykkisesti sairaa vanhempi – kuka kuulee lasta? *Suom Lääkäril* 2000;55:4861–4.

• Goodman SH, Gotlib IH. Children of depressed parent. Mechanisms of risk and implications for treatment. Washington DC: American Psychological Association 2002.

• Halligan SL, Murray L, Martins C, Cooper PJ. Maternal depression and psychiatric outcomes in adolescent offspring: a 13-year longitudinal study. *J Affect Disord* 2007;97:145–54.

• Hammen C, Brennan PA. Severity, chronicity, and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:253–8.

• Hay DF, Pawlby S, Waters CS, Sharp D. Antepartum and postpartum exposure to maternal depression: different effects on different adolescent outcomes. *J Child Psychol Psychiatry* 2008;49:1079–88.

• Inkinen M, Söderblom B. Vertti – Käsikirja ohjaajille. Lapset ja vanhemmat vertaisryhmässä, kun vanhemmillä on mielenterveyden ongelmia. Käsikirja ryhmän-ohjaajille. Lievestuore: Profami Oy, 2005.

• Kane P, Garber J. The relations among depression in fathers, children's psychopathology, and father-child conflict: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2004;24:339–60.

• Keller PS, Cummings M. Longitudinal relations between parental drinking problems, family functioning and child adjustment. *Dev Psychopathol* 2008;20:195–212.

• Leijala H, Nordling E, Rauhalä K, ym. Psyykkisesti sairastuneen vanhemman,

hänen lasten ja perheensä kokonaistilanteen arviointi sekä mahdollisen tuen ja hoidon järjestäminen – AKKULA-hanke. Kirjassa: Inkinen M, toim. Näkömätön lapsi aikuuspsykiatriassa. Helsinki: Tammi 2001, s. 138–63.

• Luoma I, Tamminen T, Kaukonen P, ym. Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:1367–74.

• Maybery D, Reupert A, Patrick K, Good-year M, Crase L. VicHealth Research Report on Children at Risk in Families affected by Parental Mental Illness. Victorian Health Promotion Foundation: Melbourne 2005. www.vichealth.vic.gov.au website.

• Merikangas KR. Divorce and assortative mating among depressed patients. *Am J Psychiatry* 1984;141:74–6.

• Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.

• Nicolson R, Brookner FB, Lenane M, ym. Parental schizophrenia spectrum disorders in childhood-onset and adult-onset schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2003;160:490–5.

• Niemelä M, Hakko H, Räsänen S. A systematic narrative reviews of the studies on structured child-centered interventions for families with a parent with cancer. *Psycho-oncology* 2009. DOI: 10.1002/pon.1620

• Niemi LT, Suvisaari JM, Tuulio-Henriksson A, Lonnqvist JK. Childhood developmental abnormalities in schizophrenia: evidence from high-risk studies. *Schizophr Res* 2003; 60:239–58.

• Pietilä L. Lapsikeskeinen näkökulma perusterveydenhuollossa – osa 3. *Suom Lääkäril* 2005;60:4021–5.

• Ramchandani PG, O'Connor TG, Evans J, Heron J, Murray L, Stein A. The effects of pre- and postnatal depression in fathers: a natural experiment comparing the effects of exposure to depression on offspring. *J Child Psychol Psychiatry* 2008;49:1069–78.

• Reinherz HZ, Giaconia RM, Hauf AM, Wasserman MS, Paradis AD. General and specific childhood risk factors for depression and drug disorders by early adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:223–31.

• Reiss D. Transmission and treatment of depression. *Am J Psychiatry* 2008;165: 1083–5.

• Schmitt F, Santalahti P, Saarelainen S, Savonlahti E, Romer G, Piha J. Cancer families with children: factors associated with family functioning. A comparative study in Finland. *Psychooncology* 2007;12:421–36.

• Schubert EW, McNeil TF. Prospective study of adult mental disturbance in offspring of women with psychosis. *Arch Gen*

Psychiatry 2003;60:473–80.

• Solantaus T. Lapset puheeksi, kun vanhemmalla on mielenterveyden ongelmia. Manuaali ja lokikirja 2006. <http://info.stakes.fi/toimivaperhe/FI/index.htm>.

• Solantaus T. Vanhemman mielenterveyden häiriö ja lapset Mitä terveydenhuollossa tulee tietää ja tehdä? – osa I. *Suom Lääkäril* 2005;38:3765–70.

• Solantaus T, Beardslee WR. Kun isä tai äiti sairastaa depressiota. Interventio lasten psyykkisten häiriöiden ehkäisemiseksi. *Duodecim* 1996;112:1647–56.

• Solantaus T, Ringbom A. Miten autan lastani? Opas vanhemmille, joilla on mielenterveyden ongelmia. Helsinki: Käpylä Print, 2008a

• Solantaus T, Ringbom A. Mikä meidän vanhempia vaivaa? Käsikirja nuorille, joiden äideillä tai isillä on mielenterveyden ongelmia. Helsinki: Käpylä Print, 2008b

• Solantaus T, Toikka S. The Effective Family Programme. Preventative services for the children of mentally ill parents in Finland. *Internat J Mental Health Promotion* 2006;8:37–44.

• Solantaus-Simula T, Punamäki RL, Beardslee WR. Children's responses to low parental mood. I: Balancing between active empathy, overinvolvement, indifference and avoidance. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:278–86.

• Swartz HA, Frank E, Zuckoff A, ym. Brief interpersonal psychotherapy for depressed mothers whose children are receiving psychiatric treatment. *Am J Psychiatry* 2008; 165:1155–62.

• Toikka S, Solantaus T. The Effective Family Programme II. Clinicians' experiences of training in promotive and preventative methods in child mental health. *Internat J Mental Health Promotion* 2006;8:4–10.

• Väisänen L, Niemelä M. Vanhemman mielenterveyden häiriö ja lapset. Osa 2. Lapsikeskeinen työ erikoissairaanhoitossa. *Suom Lääkäril* 2005;60:3889–93.

• Weissman MM, Feder A, Pilowsky DJ, ym. Depressed mothers coming to primary care: maternal reports of problems with their children. *J Affect Disord* 2004;78:93–100.

• Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdelli H. Offspring of depressed parents: 20 years later. *Am J Psychiatry* 2006;163:1001–8.

• Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, ym. Families at high and low risk for depression: a 3-generation study. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:29–36.

• Weller RA, Kapadia P, Weller EB, Fristad M, Lazaroff LB, Perskorn SH. Psychopathology in families of children with major depressive disorders. *J Affect Disord* 1994; 31:247–52.

SIDONNAISUUDET:

E. JUULIA PAAVONEN: Ei sidonnaisuuksia

TYTTI SOLANTAUS: Ei sidonnaisuuksia