

KATRI KAAJA
CURSUS ELEGANS

LAPSUUSIÄN AHDISTUNEISUUSHÄIRIÖN EPIDEMIOLOGIA JA
SEULONTAMENETELMÄT

Syventävä opintoprojekti

TIIVISTELMÄ

TURUN YLIOPISTO

Lääketieteellinen tiedekunta

KATRI KAAJA: Lapsuusiän ahdistuneisuushäiriön epidemiologia ja seulontamenetelmät
Syventävä opintoprojekti, 21 sivua, 3 liitesivua

Lastenpsykiatria

Helmikuu 2015

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun
alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin Originality Check -järjestelmällä.

Tämä kirjallinen opinnäytetyö on osa Turun Yliopiston VARSA 2014 – tutkimushankkeessa toteutettua syventävää opintoprojektia. Tavoitteena on kirjallisuuskatsauksen keinoin perehtyä tutkimushankkeen taustoihin, eli lapsuusiän ahdistuneisuushäiriöön ja sen seulonnassa käytettäviin menetelmiin. Toisena tavoitteena on ollut tutkimuksen tekoon tutustuminen käytännön tasolla.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus perustui PubMed-tietokannasta haettuihin artikkeleihin, pääosin review-artikkeleihin ja meta-analyyseihin. Käytössä oli myös painettu- ja lähteitä. VARSA 2014 –koululaistutkimuksessa lapset ja heidän vanhempansa täyttivät SCARED –kyselylomakkeen sekä vastasivat taustakysymyksiin mm. kiusaamiskokemuksista. Mukana oli lähes tuhat lasta neljästä turkulaisesta koulusta. Osallistuin käytännössä aineiston keräämiseen ja tallentamiseen ja muuhun tutkimusryhmän toimintaan.

Kirjallisuuskatsauksen perusteella ahdistuneisuushäiriö on yleisin lapsuusiän mielenterveyden häiriö ja yleisempi tytöillä kuin pojilla. Keskeisiä oireita ahdistuneilla lapsilla ovat fyysiset, stressin aiheuttamat oireet sekä ahdistaviin tilanteisiin liittyvä välttämiskäyttäytyminen. Hoitamaton ahdistuneisuushäiriö altistaa useille aikuisiän ongelmille, mm. masennukselle ja päihderiippuvuudelle. Häiriötä voidaan hoitaa tehokkaasti, mutta ongelmana on, että lapsen hoitoon pääsy viivästyy usein merkittävästi, koska ahdistuneisuutta ei havaita ajoissa.

Lupaavaksi työkaluksi ahdistuneisuuden havaitsemisessa on osoittautunut Yhdysvalloissa kehitetty SCARED –kyselylomake. Lomakkeesta on olemassa sekä lapsen että vanhemman täytettävä versio, ja sillä voidaan kartoittaa lapsen ahdistuneisuuden voimakkuutta sekä määrittää, mikä ahdistuneisuushäiriön alatyyppejä on kyseessä. Lomakkeen luotettavuus seulontatyökaluna on vahvistettu useissa tutkimuksissa, ja sitä voidaan käyttää ahdistuneiden lasten seulomiseen suuresta joukosta, esimerkiksi koulu- luokasta.

VARSA 2014 –koululaistutkimuksen tulokset eivät ole vielä käytettävissä tämän opintoprojektin valmistuessa.

Asiasanat: lasten ahdistuneisuushäiriöt, lasten mielenterveys, kyselytutkimus

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	LAPSUUSIÄN AHDISTUNEISUUSHÄIRIÖ	2
2.1	Yleistä	2
2.2	Oireet ja diagnostiset kriteerit	3
2.3	Ahdistuneisuushäiriön alatyypit	4
2.3.1	Eroahdistus.....	4
2.3.2	Sosiaalinen fobia.....	4
2.3.3	Määräkohteinen pelko.....	4
2.3.4	Paniikkihäiriö.....	5
2.3.5	Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö.....	5
2.3.6	Traumaperäinen stressihäiriö.....	5
2.3.7	Pakko-oireinen häiriö.....	6
2.4	Ahdistuneisuushäiriön etiologia.....	6
2.4.1	Perinnölliset riskitekijät	6
2.4.2	Kasvuympäristöön liittyvät riskitekijät.....	6
2.5	Ahdistuneisuushäiriön luonnollinen kulku	7
2.6	Hoito.....	7
3	LAPSUUSIÄN AHDISTUNEISUUSHÄIRIÖN SEULONTA VÄESTÖTASOLLA.....	9
3.1	Yleistä eri arviointimenetelmistä	9
3.1.1	Haastattelut ja suorat havainnointimenetelmät	9
3.1.2	Itsearviointimittarit	9
3.2	SCARED –mittarin yleispiirteitä	10
3.2.1	Yleistä	10
3.2.2	SCARED –mittari käytännössä	10
3.3	SCARED –mittarin psykometriset ominaisuudet	11
3.3.1	Reliabiliteetti ja sisäinen konsistenssi.....	11
3.3.2	Diskriminantti validiteetti, sensitiivisyys ja spesifisyys	12
3.3.3	Lapsi-vanhempi-korrelaatio.....	13
3.3.4	Lapsen iän ja sukupuolen vaikutus tuloksiin	13
4	VARSA 2014 –KOULULAISTUTKIMUS.....	15
4.1	Taustaa	15
4.2	Tutkimuksen tavoitteet.....	15
4.3	Tutkimuksen aineisto, menetelmät ja toteutus	15
4.4	Oma osuuteni VARSA 2014 –tutkimusprojektiin	16
	LÄHTEET.....	18

1 JOHDANTO

Ahdistuneisuushäiriö on yksi yleisimmistä mielenterveyden häiriöistä Suomessa. Häiriö on yleinen jo lapsuus- ja nuoruusiässä: suomalaisilla nuorilla aikuisilla ahdistuneisuushäiriön elämänaikainen esiintyvyys oli 12,6 % vuonna 2009, ja vuosien 1989 ja 2005 välillä sen esiintyvyys kouluikäisillä tytöillä kaksinkertaistui.

Ahdistuneella lapsella on muita suurempi riski kasvaa ahdistuneeksi ja masentuneeksi aikuiseksi. Masennus on Suomessa yksi yleisimmistä nuorten aikuisten työkyvyttömyyden aiheuttajista. Niinpä on selvää, että lapsuusiän ahdistuneisuuden tehokkaalla hoidolla voitaisiin saavuttaa merkittävää kansantaloudellista hyötyä. Hoidon haasteena kuitenkin on, että lapsen ahdistuneisuus jää usein havaitsematta, ja että lapsi pääsee hoitoon vasta pitkällä viiveellä, jos koskaan. Seulontaa tehostamalla voitaisiin oireilevat lapset havaita ja saattaa hoidon piiriin huomattavasti aikaisemmin. Lupaavaksi työkaluksi ahdistuneisuuden seulonnassa on osoittautunut Yhdysvalloissa kehitetty SCARED – kyselylomake.

Tämän opinnäytetyön kirjoittaminen on osa VARSA 2014 –tutkimushankkeessa toteutettua syventävää opintoprojektia. Tutkimuksessa kartoitetaan ahdistuneisuushäiriön ja sen eri alatyypin yleisyyttä turkulaisilla lapsilla, ja samalla kerätään tietoa ahdistukselle altistavista ja siltä suojaavista tekijöistä. Tavoitteena on myös kehittää ahdistuneisuushäiriön seulontaa kouluterveydenhuollossa. Tutkimuksen edetessä olen osallistunut mm. aineiston kokoamiseen liittyvään kenttätööhön, tutkimusryhmän palaveriin sekä kyselyn tulosten tallentamiseen. Tulosten valmistuttua tarkoitukseni on osallistua myös niiden analysointiin ja tutkimuksen raportointiin. Tämä opinnäytetyö on katsaus VARSA 2014 –koululaistutkimuksen taustaan eli lapsuusiän ahdistuneisuushäiriöön sekä sen epidemiologiaan ja seulontamenetelmiin.

2 LAPSUUSIÄN AHDISTUNEISUUSHÄIRIÖ

2.1 Yleistä

Ahdistuneisuuden tunteella tarkoitetaan pelon kaltaista tunnetilaa, jolle ovat tyypillisiä sisäisen jännityksen, levottomuuden, kauhun ja paniikin tunteet. Pelko on yksi evoluution muovaamista perustunteista, ja ohimenevät pelon ja ahdistuksen tunteet ovat osa normaalia elämää. Vakavassa ahdistuneisuudessa näitä tunteita kuitenkin ilmenee silloinkin, kun todellista ulkoista vaaratekijää ei ole läsnä tai kun uhka on suhteettoman pieni koettuun pelkoon nähden. Kun ahdistus on voimakasta ja pitkäkestoista ja aiheuttaa oireita, joiden seurauksena potilaan toimintakyky rajoittuu, kyseessä on ahdistuneisuushäiriö. (1)

Lapsuusiän ahdistuneisuushäiriö on maailmanlaajuisesti kaikkein yleisin lapsuusiän mielenterveyshäiriöistä. Arviot häiriön esiintyvyydestä vaihtelevat suuresti eri tutkimusten välillä: pienimmillään esiintyvyyden arvioidaan olevan 2,5 %:n ja suurimmillaan 30%:n luokkaa. (2,3) Myös Suomessa ahdistuneisuushäiriötä esiintyy laajasti ja aiemmassa suomalaisessa epidemiologisessa tutkimuksessa on havaittu, että vuosien 1989 ja 2005 välillä kouluikäisten tyttöjen ahdistus- ja masennusongelmien esiintyvyys kaksinkertaistui: vuonna 1989 esiintyvyys oli 5 %, vuonna 2005 10 %. Muiden lapsuusiän mielenterveysongelmien esiintyvyys ei ollut merkittävästi muuttunut kyseisenä ajanjaksona.

Ahdistuneisuushäiriö jaetaan useisiin eri alatyyppeihin, joiden suhteellinen osuus vaihtelee merkittävästi eri ikäryhmien välillä. (3) Näistä alatyypeistä yleisimpiä lapsilla ovat eroahdistus, määräkohteiset pelot ja sosiaalinen fobia. (4) Ahdistuneisuushäiriö on yleisempi tytöillä kuin pojilla, (4,5) sillä poikien psyykinen pahoinvointi ilmenee tyypillisemmin käytöshäiriöinä, kun taas tytöt reagoivat tyypillisesti tunne-elämän häiriöllä, joihin ahdistuneisuushäiriökin kuuluu. (5) Ahdistuneisuushäiriöstä kärsivillä lapsilla on yleistä komorbiditeetti eli useiden sairauksien esiintyminen samanaikaisesti. Ahdistuneisuushäiriön yleisimpiä komorbiditeetteja ovat ADHD ja ODD (engl. oppositional defiant disorder, suom. uhmakkuushäiriö). (7)

Lapsuus- ja nuoruusiässä sairastettu ahdistuneisuus voi parantua jälkiä jättämättä (6), mutta mikäli tila jää elämään ja etenkin mikäli ahdistuneisuuteen liittyy myös masennusta, altistaa se lukuisille ongelmille aikuisiällä. (6,8) Ulkomaisissa tutkimuksissa on havaittu, että ahdistuneisuudesta kärsineillä lapsilla ja nuorilla on aikuisina muita todennäköisemmin ahdistusta, masennusta, päihdeongelmia ja itsemurhakäyttäytymistä. (7,8) Myös akateeminen alisuoriutuminen ja aikainen vanhemmaksi tuleminen ovat heillä muita todennäköisempiä. (4,8)

Edellisten kanssa samansuuntaisia tuloksia saatiin Suomessa toteutetussa seurantatutkimuksessa, jossa seurattiin noin 6000:a lasta 8 vuoden iästä nuoreen aikuisikään saakka. Tutkimuksessa havaittiin, että tytöillä ahdistuneisuushäiriön sairastaminen lapsuusiässä oli kaikkein voimakkain yksittäinen aikuisiän päihdeongelmia, masennusta ja itsetuhoikäyttäytymistä ennustava tekijä. Pojilla käytöshäiriöt ennustivat kyseisiä ongelmia voimakkaammin kuin ahdistuneisuus. Masennus on Suomessa merkittävä nuorten aikuisten työkyvyttömyyden aiheuttaja, ja niinpä tutkimustulosten perusteella voidaan päätellä, että lapsuusiän ahdistuneisuuden seulontaa ja hoitoa tehostamalla voitaisiin paitsi vähentää tuntuvasti inhimillistä kärsimystä, myös saavuttaa merkittävää kansantaloudellista hyötyä.

Ahdistuneisuuden hoidossa suuri ongelma on, että ahdistuneisuushäiriöstä kärsiviä lapsia ei saada hoidon piiriin riittävän aikaisin. Hoitoon pääsyä viivytetään muun muassa se, että ahdistus ei aina näy lapsesta ulospäin eikä ahdistunut lapsi tuota ympäristössään yhtä suuria ongelmia kuin esimerkiksi käytöshäiriöinen lapsi. Tarvetta selvästi on sekä väestötason seulontatyökaluille että paremmin saavutettaville hoitomenetelmille. Turun yliopiston lastenpsykiatrian tutkimuskeskuksessa on jo käynnissä Voimaperheet – hanke, jossa tuodaan perheiden käyttöön tutkittuja ja tehokkaita, internetin ja puhelimen kautta saavutettavia hoitomenetelmiä. VARSA 2014 –koululaistutkimuksen tuloksia tullaan hyödyntämään tehokkaampien seulontamenetelmien kehittämisessä.

2.2 Oireet ja diagnostiset kriteerit

Ahdistuksen tunne aiheuttaa lapsessa reaktioita, jotka voidaan jakaa kolmeen ryhmään: motorisiin, kognitiivisiin ja fysiologisiin vasteisiin. Motorisella tasolla lapsen ahdistus voi ilmetä pako- ja välttely-yrityksinä, levottomuutena ja hoitajaan tarrautumisena. Myös täydellistä liikkumattomuutta (lamaantumista) voi esiintyä. Kognitiivisella tasolla ahdistus puolestaan ilmenee pelon ja huolen ilmauksina sekä vääristyneinä käsityksinä omasta turvallisuudesta tai esiintymisestä. (2)

Fysiologisella tasolla ahdistus johtaa autonomisen hermoston kiihotustilaan (1,2), jonka keskeisiä oireita ovat sydämentykytykset, hikoilu, vapina ja suun kuivuminen. Lisäksi voi esiintyä lukuisia muita fyysisiä ahdistusoireita, mm. hengitysvaikeuksia, pahoinvointia tai vatsakipuja, sekä psyykkisiä oireita, kuten sekavuutta ja epätodellisuuden tunnetta. (1)

Tyypillisiä piirteitä ahdistuneella lapsella ovat ujous, takertuvuus, yliriippuvaisuus vanhemmista ja emotionaalinen kypsymättömyys. Nukahtamis- ja keskittymisvaikeuksia esiintyy myös, kuten myös vaikeuksia sopeutua toisten lasten joukkoon. (5)

Kun lapsella epäillään ahdistuneisuushäiriötä, on ensin arvioitava, ovatko lapsen pelot ja huolet kehitysvaiheeseen nähden normaaleja vai suhteettoman voimakkaita. Patologisille peloille on tyypillistä, että ne ilmenevät intensiivisempinä ja useammin ja kestävätkä kauemmin kuin mitä senhetkisessä kehitysvaiheessa olevan lapsen kohdalla voisi olettaa. Keskeistä patologisessa pelossa on myös se, että se aiheuttaa stressiä ja rajoittaa toimintakykyä. Mikäli nämä kriteerit täyttyvät, on vielä varmistettava, ettei ahdistuneis-

suuden syynä ole muu mielenterveyden häiriö, fyysinen sairaus, päihteiden käyttö tai vieroitusoireet. Kun nämä kaikki voidaan sulkea pois, on kyseessä ahdistuneisuushäiriö. Tämän jälkeen on vielä määritettävä, mikä ahdistuneisuushäiriön alatyyppejä on kyseessä. (3)

2.3 Ahdistuneisuushäiriön alatyypit

2.3.1 Eroahdistus

Eroahdistus on selkeästi pienten lasten ongelma, jonka esiintyvyys vähenee iän myötä: yli puolet tapauksista ilmenee alle viisivuotiailla. (3) Samalla se on ainoa ahdistuneisuushäiriö, jota esiintyy ainoastaan lapsilla, (2) ja yksi yleisimmistä ahdistuneisuushäiriöistä alle 18-vuotiailla. (9) Eroahdistuksesta kärsivä lapsi on kohtuuttoman huolissaan kotoa poistumisesta tai vanhempien luota lähtemisestä, itkee ja takertuu huoltajan lähtiessä, pelkää jatkuvasti yksinoloa ja välttelee erotilanteita. Erotilanteiden välttely voi johtaa esimerkiksi kouluun menosta kieltäytymiseen. Muita tavallisia oireita ovat univaikeudet ja erotilanteisiin liittyvät painajaiset sekä käytöshäiriöt ja somaattiset oireet erossaolon aikana. Oireet ilmenevät kohtuuttoman voimakkaina suhteessa lapsen kehitysvaiheeseen. (2) Voimakas tuntemattomien vierastamisen vaihe vauvaiässä ennustaa eroahdistuksen kehittymistä leikki-iässä. Myös äidin masennuksen on havaittu lisäävän eroahdistuneisuuden riskiä. (9)

2.3.2 Sosiaalinen fobia

Sosiaalinen fobia on yleisempää teini-ikäisillä kuin lapsilla (3), mutta voi ilmetä jo 8-vuotiailla (9). Oireina on varovaisuus vieraita ihmisiä kohtaan sekä uusiin ja outoihin tilanteisiin liittyvä sosiaalinen pelko ja ahdistusoireet. Oireet ovat epätavallisen voimakkaita ja vaikeuttavat lapsen sosiaalista toimintaa (5), mikä saattaa johtaa sosiaalisten tilanteiden välttelyyn. Taipumus sosiaaliseen fobiaan on familiaalista, ja sen periytyvyydeksi on arvioitu 30–60%. (1) Sosiaalisesti ahdistuneet lapset havainnoivat omaa käytöstään ja reaktioitaan tiiviimmin kuin ei-ahdistuneet lapset, ja heidän arvionsa omasta toiminnastaan (”itsellepuhelunsa”) ovat korostuneen negatiivisia. He käyttävät myös runsaasti energiaa toimintoihin, jotka vähentävät riskiä joutua nolatuksi, esimerkiksi muotoilevat kaikki lauseensa tarkasti mielessään ennen niiden ääneen sanomista. (10)

2.3.3 Määräkohteinen pelko

Erilaiset pelot ovat lapsilla tavallisia: monet normaalisti kehittyvät lapsetkin pelkäävät alle kouluikäisinä esimerkiksi koiria, matoja tai pimeää. Diagnoosia tehtäessä on siis otettava huomioon lapsen ikä ja arvioitava, kuinka paljon pelko rajoittaa normaalia elä-

mää. Patologinen pelko on pysyvää ja irrationaalista ja johtaa välttämiskäyttäytymiseen. (5) Fobiat ilmenevät varhain, tyypillisesti jo ennen kahdeksaa ikävuotta. (3) Yli puolet lapsuudenaikaisista yksittäisistä fobioista lievittyy ja lopulta paranee itsestään aikuisikään mennessä. Spontaanin paranemisen todennäköisyys on kuitenkin sitä pienempi, mitä useammasta fobiasta potilas kärsii. Fobioiden periytyvyydeksi on arvioitu 25–63%. (1)

2.3.4 Paniikkihäiriö

Paniikkihäiriö on lapsilla harvinainen: häiriön keskimääräinen puhkeamisikä on 19 vuotta. (3) Paniikkihäiriön keskeinen piirre ovat voimakkaat ja äkillisesti ilmaantuvat paniikkikohtaukset, joihin liittyy erittäin voimakkaita ahdistuksen, pelon ja pakokauhun tunteita. Tyypillistä on monihäiriöisyys (komorbiditeetti), jolloin paniikkihäiriöpotilas kärsii samanaikaisesti muistakin häiriöistä, esim. masennuksesta tai muista ahdistuneisuushäiriön alatyypeistä. (1) Paniikkihäiriön periytyminen on kytkeytynyt sosiaalisen fobian ja määräkohteisen pelon periytymiseen. (11)

2.3.5 Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö

Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö on yleinen varhaisnuorilla, mutta harvinainen lapsilla. (3,4) Häiriö ilmenee kohtuuttomana ahdistuneisuutena ja huolestuneisuutena, joka vaivaa useissa tilanteissa ja toiminnoissa. Tunnetilaan liittyy vähintään yksi somaattinen oire. (3) Ahdistus ei ole kohtauksittaista vaan jatkuvaa, eikä sille löydy yksittäistä selittävää tekijää tai laukaisevaa tilannetta. (1) Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö esiintyy usein samanaikaisesti muiden ahdistuneisuushäiriön alatyyppeiden, kuten sosiaalisten tilanteiden pelon (1,7) ja eroahdistuksen (7) kanssa.

2.3.6 Traumaperäinen stressihäiriö

Traumaperäinen stressihäiriö (post-traumatic stress disorder, PTSD) eroaa muista ahdistuneisuushäiriöistä siten, että se kehittyy tietyn yksittäisen tapahtuman seurauksena. (2) Kyseessä on pitkittynyt reaktio järkytystilanteeseen, johon on liittynyt kuolema, vakava loukkaantuminen tai niiden uhka. (1) Kaikista traumaattisen tilanteen kokeneista lapsista arviolta 10–20 %:lle kehittyy PTSD. Häiriö kehittyy huomattavasti useammin, jos traumaattinen tilanne on liittynyt ihmissuhteisiin, esimerkiksi pahoinpitelykokemuksen jälkeen. Tytöt sairastuvat PTSD:hen useammin kuin pojat. (5) Traumaperäisen stressihäiriön tuntomerkkejä ovat traumaattisen tapahtuman psykologinen toistuminen (jatkuvat muistikuvat, hetkelliset voimakkaat takauumat, painajaiset), välttämiskäyttäytyminen tilanteissa, jotka muistuttavat koetusta tapahtumasta, sekä kohonneen vireystilan ja psyykkisen herkistymisen oireet. (1)

2.3.7 Pakko-oireinen häiriö

Pakko-oireisen häiriön oireita ovat pakkoajatukset ja pakkotoiminnot. Pakkoajatukset ovat ahdistavia ajatuksia ja mielikuvia, jotka toistuvasti palaavat kaavamaisina potilaan mieleen ja joita potilas yrittää vastustaa siinä onnistumatta. Pakkoajatuksia seuraavat pakko-oireet, toistuvat tapahtumaketjut, joiden avulla pakkoajatusten aiheuttamaa ahdistusta yritetään vähentää. (1,5) Lieviä pakkotoimintoja esiintyy myös leikki-ikäisillä sekä 9-10-vuotiailla lapsilla osana normaalia kehitystä. (5) Häiriön keskimääräinen alkamiskäikä on kaksihuippuinen: ensimmäinen ilmaantumishuippu on noin kymmenen vuoden iässä ja toinen nuorella aikuisiällä. Genetiikan selitysosuus lapsuusiän pakko-oireisessä häiriössä on 45-65%, ja lapsuusiällä sairastuvat ovat pääasiassa poikia. Yleisin pakkoajatus on kontaminaatiopelko, joka ilmenee pakonomaisena peseytymisenä ja välttämiskäyttäytymisenä. (1)

2.4 Ahdistuneisuushäiriön etiologia

2.4.1 Perinnölliset riskitekijät

Taipumus ahdistuneisuushäiriöihin on periytyvää (1,3,4), ja genetiikan selitysosuus fenotyypin variaatioista on 25–60 %. Perinnöllisyyden vaikutus on merkittävä, mutta ei yhtä voimakas kuin korkea-asteisesti perinnöllisissä häiriöissä kuten ADHD:ssä ja autismissa. (3) Yksittäisiä riskigenejä ei kuitenkaan ole vielä onnistuttu löytämään. (3,11)

Merkittävä riskitekijä ahdistuneisuushäiriön kehittymiselle on välttelevä temperamentti eli lapsen taipumus pelästyä ja vältellä uusia ja tuntemattomia tilanteita. (4,2) Tällainen luonteenpiirre on 10–40 %:lla pikkulapsista, ja usein ominaisuus säilyy kouluikään saakka. Tytöillä piirre on yleisempi kuin pojilla. Kaikki välttelevää temperamenttia ilmentävät lapset eivät kuitenkaan sairastu ahdistuneisuushäiriöön, vaan usein ominaisuus häviää jälkiä jättämättä lapsen kasvaessa. Todennäköisyys ahdistuneisuushäiriön kehittymiselle kasvaa, kun välttelevä käyttäytymismalli jää pysyväksi. Suurimmassa riskissä ovat lapset, joilla välttelevä temperamentti säilyy yli viisi vuotta ja joiden molemmilla vanhemmilla on ahdistuneisuushistoria. (2)

2.4.2 Kasvuympäristöön liittyvät riskitekijät

Ahdistuneisuushäiriön kehittymiseen vaikuttavat lukuisat kasvuympäristöön liittyvät tekijät. Raskaat elämäntapahtumat, kuten vanhempien kuolema tai ero sekä väkivallan kokeminen, lisäävät riskiä kuten myös laiminlyödyksi, hylätyksi tai seksuaalisesti hyväksikäytetyksi joutuminen. Myös vaarallisella asuinalueella asuminen lisää riskiä. (4) Kasvatuksellakin on vaikutusta, sillä ylisuojelevien, erittäin kontrolloivien ja ylitunkelevien vanhempien lapsilla on muita enemmän ahdistuneisuutta. (3)

2.5 Ahdistuneisuushäiriön luonnollinen kulku

Ahdistuneisuushäiriöillä on taipumusta vahvistua ja heiketä aikojen kuluessa (4), ja niiden luonnollinen kulku vaihtelee suuresti. Lapsuusiän eroahdistuksella on taipumus parantua spontaanisti (3), kun taas toiset ahdistuneisuushäiriön alatyypit, kuten sosiaalinen fobia ja paniikkihäiriö, ovat voimakkaasti pysyviä (homotyyppinen jatkuvuus: ahdistuneisuus pysyy muuttamatta muotoaan). (3,4) Häiriöt voivat myös muuntua toiseen lapsen kasvaessa (heterotyyppinen jatkuvuus: ahdistuneisuus pysyy mutta muuttaa muotoaan): esimerkiksi eroahdistuksesta kärsineelle lapselle voi myöhemmällä iällä kehittyä paniikkihäiriö. (3) Pitkittäistutkimuksissa on havaittu vahva yhteys ahdistuneisuushäiriöiden ja masennuksen välillä, eli ahdistuneilla lapsilla on lisääntynyt riski sairastua myöhemmällä iällä depression. (4)

Karkeasti ottaen voi sanoa, että noin kolmannes lapsuusiän ahdistuneisuushäiriöistä paranee spontaanisti, kolmannes jatkuu homotyyppisesti aikuisikään ja kolmannes kehittyy ajan myötä uudeksi häiriöksi. Koska oireiden aaltomainen esiintyminen on tyypillistä, kyseessä on pikemminkin häiriön jatkuva uusiutuminen kuin sen kroonistuminen. (3)

2.6 Hoito

Alle kouluikäisten lasten ahdistuneisuuden hoidossa tehokkaaksi metodiksi on osoittautunut kognitiivis-behavioraalinen terapia (cognitive-behavioural therapy, CBT). Terapiahjelmia on kehitetty useita erilaisia. Mm. seksuaalisesti hyväksikäytetyille, post-traumaattisesta stressioireyhtymästä kärsiville ja yleistynyttä ahdistuneisuushäiriötä sairastaville lapsille on omat CBT-ohjelmansa, ja lisäksi terapiamuotoja mukautetaan lapsen iän mukaan. Käytännössä kognitiivis-behavioraalinen terapia voidaan toteuttaa esimerkiksi siten, että traumaattista tapahtumaa lähestytään sarjakuvan kerronnan keinoin ja että hoidon edistyessä terapeutti ja trauman kokenut lapsi kokoavat yhdessä kirjan lapsen kokemuksista. (12)

Erityisen tunnettu ja tehokas CBT-muoto on Coping Cat –ohjelma, jonka yhdysvaltalainen Philip Kendall kollegoineen julkaisi vuonna 1989. Hoidon teho on osoitettu useissa satunnaistetuissa kliinisissä kokeissa: ensimmäisessä kokeessa vuonna 1994 hoidetuista lapsista 64% ei enää täyttänyt diagnostisia kriteerejä hoidon päättyessä, kun taas hoitoon jonottaneista verrokeista oli samassa ajassa parantunut vain 5 %. Hoitotulos myös säilyi vuoden kuluttua toteutettuun kontrollikäyntiin asti. Samansuuntaisia tuloksia saatiin myös myöhemmissä tutkimuksissa vuosina 1997 ja 2008. Ohjelman tavoitteena on opettaa lasta havainnoimaan ahdistuksen merkkejä itsessään ja käyttämään erilaisia tekniikoita, mm. rentoutusmenetelmiä, ahdistuksen hillitsemiseen. (13)

Lääkehoitoa ei käytetä lasten ahdistuneisuuden hoidossa muutoin kuin viimeisenä keinona, koska lääkaineiden tehokkuudesta, turvallisuudesta ja vaikutuksista kasvuikäisillä ei ole olemassa riittävästi tutkimustietoa. Lääkehoito tulee kyseeseen ainoas-

taan silloin, kun lapsen ahdistus on vakavaa ja toimintakykyä rajoittavaa ja kun terapiaohjelmat ovat lapsen kohdalla epäonnistuneet. Jos lääkkeitä joudutaan käyttämään, yksi jonkin verran tutkittu vaihtoehto on fluoksetiini, jonka vaikutus perustuu selektiiviseen serotoniinin takaisinoton estoon. (12)

3 LAPSUUSIÄN AHDISTUNEISUUSHÄIRIÖN SEULONTA VÄESTÖTASOLLA

3.1 Yleistä eri arviointimenetelmistä

3.1.1 Haastattelut ja suorat havainnointimenetelmät

Kaikkein yleisin lapsen ahdistuneisuuden arviointimenetelmä on strukturoimaton haastattelu. Sen etuna on joustavuus ja mahdollisuus havainnoida perheen sisäistä vuorovaikutusta. Ongelmana kuitenkin on haastattelusta saatavan tiedon epätarkkuus ja epätasällisuus, kun haastattelijalla ei esimerkiksi kysy kaikilta perheenjäseniltä samoja kysymyksiä. Näiden ongelmien ratkaisemiseksi on kehitetty lukuisia strukturoituja haastatteluja, joista ADIS-C/P (the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent Versions) on yksi käytetyimmistä. Strukturoidut haastattelut ovat osoittautuneet luotettaviksi ja käyttökelpoisiksi yli 8-vuotiaiden lasten kohdalla, mutta tätä nuoremille ne eivät sovellu. Haastattelu vaatii paljon aikaa ja koulutetun haastattelijan. (2)

Käytöksen suora havainnointi on erityisen käyttökelpoinen menetelmä hoitointerventioiden kehittämisessä, ja se onkin keskeisessä asemassa ahdistuneiden lasten kognitiivis-behavioraaliosassa hoidossa. Havainnoitsijana voi olla lapsi itse, jolloin hän kirjaa tunteuksiaan päiväkirjaan, tai hoitohenkilökunnan edustaja. Lapsen käytöstä voidaan havainnoida sekä luonnollisissa arkipäivän tilanteissa että järjestetyissä kliinisissä tilanteissa, esimerkiksi BAT:ssa (behavioural avoidance test). Suora havainnointi on objektiivista ja joustavaa, mutta ei voi yksinään tarjota riittävästi tietoa lapsen subjektiivisesta ahdistuneisuuden kokemuksesta. (2)

3.1.2 Itsearviointimittarit

Ahdistuneisuuden tunne on lapsen sisäinen ja subjektiivinen, ja niinpä lapsen itsensä antama tieto oireistaan on ensiarvoisen tärkeää diagnoosia tehtäessä. Standardisoidut itsearviointilomakkeet, joiden kysymyksiin lapsi itse vastaa tunteustensa mukaan, ovatkin nykyään laajassa käytössä, ja niitä on kehitetty lukuisia erilaisia. Itsearviointilomakkeiden käyttö on nopeaa, joustavaa sekä aika- ja kustannustehokasta, ja erityisen käyttökelpoisia ne ovat arviointiprosessin alussa. Ne vaativat kuitenkin lapselta lukutaitoa sekä kykyä kuvailla sanallisesti omaa ahdistustaan, eivätkä siksi sovellu kaikkein nuorimpien lasten arviointiin. (2)

Arviointimittarit (engl. rating scales) ovat käyttökelpoisia paitsi yksittäisen lapsen tilaa arvioitaessa, myös suurempien joukkojen seulontatyökaluina. Itsearviointilomak-

keen avulla voidaan erotella todennäköiset ahdistuneisuushäiriöpotilaat suuresta perusjoukosta, esimerkiksi koululuokasta. Seulontafunktion lisäksi arviointimittareiden etuna on se, että ne vähentävät informaation varianssia eli vaihtelua, koska jokainen arviointitapahtuma perustuu samoihin kysymyksiin. (1)

Käytetyimpiä kyselylomakkeita lasten ahdistuneisuuden seulonnassa ovat muun muassa Fear Survey Schedule for Children (FSSC), Revised Version of the Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) sekä Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED). Useista lomakkeista on olemassa myös lapsen huoltajan täytettävä versio, ja toisaalta on olemassa myös erillisiä lasta havainnoiville aikuisille suunnattuja lomakkeita, kuten Child Behaviour Checklist (CBCL). (2)

3.2 SCARED –mittarin yleispiirteitä

3.2.1 Yleistä

The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) on yksi uusimmista lapsen ahdistuneisuuden arviointilomakkeista: sen julkaisi yhdysvaltalainen Boris Birmaher kollegoineen vuonna 1997. Aiemmin kehitetyistä itsearviointilomakkeista SCARED eroaa siten, että siinä on sisäänrakennettuna viisi erillistä kysymyssarjaa (alaluokkaa), jotka kukin mittaavat eri ahdistuneisuushäiriön alatyyppeihin viittaavia oireita. (14) Vanhemmat kysymyslomakkeet ovat olleet yksiluokkaisia, eikä niillä siksi ole voitu erotella ahdistuneisuushäiriön eri alatyyppeiden esiintymistä. (15)

Merkittävä ero muihin itsearviointimittareihin on sekin, että SCARED on kehitetty spesifisesti 9-18-vuotiaille lapsuus- ja nuoruusiän ahdistuneisuuden arviointiin. Se ei siis ole pelkkä lasten tarpeisiin muunneltu versio aikuisten vastaavasta lomakkeesta. (16) Nykyään SCARED on hyvin tunnettu ja se on useissa tutkimuksissa todettu luotettavaksi lapsuusiän ahdistuneisuuden mittariksi. (17)

3.2.2 SCARED –mittari käytännössä

Alkuperäisessä SCARED –lomakkeessa oli 38 kysymystä, jotka kartoittivat erilaisia ahdistusoireita. (14) Tutkimustyön edetessä kysymyksiä lisättiin 41:een, ja lomakkeesta kehitettiin myös lyhennetty, vain viisi kysymystä käsittävä versio. Lyhennettyä versiota voidaan hyödyntää esimerkiksi epidemiologisissa tutkimuksissa, mutta kliinisessä työssä suositellaan käytettäväksi täysimittaista versiota. (18)

SCARED –lomakkeen kysymykset ovat ahdistuneisuusoireita kuvaavia väittämiä, joiden paikkansapitävyyttä omalla kohdallaan lapsi arvioi: esimerkiksi ”kun minua pelottaa, minun on vaikea hengittää”, ”minulla on koulussa päänsärkyä” sekä ”olen huollissani siitä, pitävätkö muut ihmiset minusta”. Jokaiseen kysymykseen on kolme vastausvaihtoehtoa, jotka pisteytetään asteikolla 0-2 (0 = ei koskaan tai ei juuri koskaan, 1 = joskus tai jonkin verran, 2 = usein tai aina). Lomakkeesta on olemassa sekä lapsen it-

sensä täytettävä että vanhemman täytettävä versio, jotka eivät eroa toisistaan muutoin kuin sanamuodoiltaan. (14)

SCARED –lomakkeen kysymykset on jaettu viiteen eri alaluokkaan: yleistynyttä ahdistuneisuushäiriötä (9 kysymystä), eroahdistusta (8 kysymystä), paniikkihäiriötä (13 kysymystä), sosiaalisten tilanteiden pelkoa (7 kysymystä) ja koulupelkoa (4 kysymystä) mittaavat kysymykset. Näistä alaluokista neljä ensimmäistä johtavat suoraan DSM-IV-järjestelmän mukaiseen diagnoosiin. Koulupelko sen sijaan ei ole itsenäinen diagnostinen luokka, mutta se on otettu lomakkeeseen mukaan, koska se usein esiintyy ahdistuneilla lapsilla joko yksittäisenä oireena tai komorbiditeettina. Väittämät esiintyvät lomakkeessa sattumanvaraisessa järjestyksessä. (14)

41-kohtaisesta SCARED –lomakkeesta saatava yhteispistemäärä vaihtelee välillä 0–82 siten, että pistemäärä on sitä korkeampi, mitä voimakkaampaa on ahdistuneisuus. Optimaaliseksi kynnyksarvoksi diagnoosin asettamiselle on tutkimuksissa havaittu 25 pistettä. Toisin sanoen lapsen on saatava lomakkeesta vähintään 25 pistettä, jotta hänelle voidaan asettaa ahdistuneisuushäiriön diagnoosi. (18) Suomessa käytetyt katkaisupisteet on tähän mennessä määritetty ulkomaisten tutkimusten pohjalta. VARSA –tutkimus antaa mahdollisesti suuntaviittaa sille, mikä voisi Suomessa olla ihanteellinen katkaisupiste.

3.3 SCARED –mittarin psykometriset ominaisuudet

3.3.1 Reliabiliteetti ja sisäinen konsistenssi

SCARED –mittarin psykometriset ominaisuudet on useissa tutkimuksissa todettu hyväksi, ja mittaria pidetään yleisesti ottaen luotettavana. (14, 16) Enemmistö tutkimuksista tukee jakoa viiteen alaluokkaan kolmen tai neljän sijasta, ja alaluokkien sisäinen konsistenssi on pääasiassa hyvä. (16)

Birmaher ym mittasivat ensimmäisessä tutkimuksessaan vuonna 1997 SCARED –mittarin reliabiliteettia. Mittauksia toistettiin siten, että mittausten välisen ajan mediaani oli 5 viikkoa. Tällöin havaittiin, että eri mittauskerroilla saatujen SCARED –yhteispisteiden ICC-arvo oli 0,86 (max. 1,0), ja yksittäisten alaluokkien ICC-arvot vaihtelivat 0,70:stä 0,90:een, jotka ovat kaikki hyviä tuloksia. (14)

Meta-analyysissä yleistynyttä ahdistuneisuushäiriötä, paniikkihäiriötä, eroahdistusta ja sosiaalisten tilanteiden pelkoa mittaavat alaluokat osoittautuivat erittäin luotettaviksi Cronbachin alfa-asteikolla mitattuna. Koulupelko oli alaluokista ainoa, jonka alfa-arvo oli alle 0,70 ja jonka luotettavuus näin arvioitiin ainoastaan hyväksyttäväksi (engl. acceptable). (16) Alaluokat ovat kuitenkin suhteellisen itsenäisiä keskenään, ja niiden välinen korrelaatio vaihtelee 0,17:sta 0,30:een. (14) Koko mittaria kokonaisuutena tarkasteltaessa sekä 38- että 41-kohtaisen lomakkeen alfa-arvot ovat erinomaiset. (16,18) Tulos pätee sekä lapsen että vanhemman lomakkeisiin. (16)

3.3.2 Diskriminantti validiteetti, sensitiivisyys ja spesifisyys

Birmaher ym havaitsivat ensimmäisessä tarkastelussaan vuonna 1997, että SCARED erottelee tehokkaasti ahdistuneet lapset masentuneista ja käytöshäiriöisistä lapsista siten, että ahdistuneisuushäiriöistä kärsivät lapset saavat mittarista selvästi muita korkeammat pisteet. Mittarin diskriminantti validiteetti on siis hyvä. Eri alaluokkien diskriminantissa validiteetissa on eroavaisuuksia: Birmaherin ym:n mukaan paniikkihäiriötä, yleistynyttä ahdistuneisuushäiriötä ja eroahdistusta sairastavat lapset saivat ko. alaluokasta korkeammat pisteet kuin muita ahdistuneisuushäiriötä sairastavat lapset, mutta sosiaalisen fobian ja koulupelon kohdalla vastaava ero havaittiin ainoastaan vanhemman täyttämistä lomakkeista. Toisin sanoen Birmaherin ym:n mukaan koulupelko ja sosiaalinen fobia eivät tällöin olleet SCARED:sta diagnosoitavissa pelkästään lapsen omien vastausten perusteella. (14) Tulokset olivat kuitenkin paremmat jo vuonna 1999, kun lomakkeeseen oli liitetty kolme uutta sosiaalisten tilanteiden pelkoa mittaavaa kysymystä. (18)

Uudemmassa tutkimuksessa DeSousa ryhmineen päätyi sosiaalisen fobian diagnosoinnin kohdalla Birmaherin ym:n päätelmistä poikkeaviin tuloksiin. Heidän tutkimuksessaan sosiaalisten tilanteiden pelkoa sairastavien lasten tulokset erosivat merkittävästi ei-ahdistuneiden tuloksista. Sama havainto tehtiin yleistyneen ahdistuneisuushäiriön osalta, kun taas muut alaluokat jäivät tarkastelun ulkopuolelle mm. otosten pienuuden vuoksi. (17) Merkittävä ero näiden kahden tutkimuksen välillä oli otoksen erilaisuus: Birmaherin ym:n otos koostui ainoastaan psykiatrisia häiriötä sairastavista lapsista, kun taas DeSousan ym:n tutkimuksen kohteena olivat tavalliset koululaiset, joiden joukossa oli paljon psyykkisesti terveitä lapsia. Otoksen erilaisuus saattaa selittää erot tutkimusten johtopäätöksissä.

DeSousan ym:n tulosten perusteella voidaan todeta, että ei-kliinisissä otoksissa SCARED –mittarin erottelutarkkuus on hyvä. Kun mitataan mitä tahansa ahdistuneisuushäiriön alatyyppejä, kokonaislomakkeen AUC-arvo on korkeampi kuin lomakkeen yhdenkään alaluokan, mutta ero ei ole tilastollisesti merkitsevä. Toisaalta tiettyä alatyyppeä seulottaessa kyseisen alaluokan AUC-arvo on korkeampi kuin lomakkeen muiden alaluokkien. Sosiaalisen fobian ja eroahdistuksen kohdalla tämä ero on tilastollisesti merkitsevä. On muistettava, että DeSousa ym jättivät osan alaluokista tarkastelun ulkopuolelle, kuten jo edellä mainittiin. (17)

SCARED –mittarin ihanteellisen kynnyspistemäärän (engl. OCP, optimal cut-off point) määrittäminen perustuu sensitiivisyys-spesifisyys-suhteeltaan parhaan pisteen määrittämiseen, ja tästä on eri tutkimuksissa saatu eriäviä tuloksia. Birmaher ym päätyivät mittaria kehittäessään arvoon 25, jolloin sensitiivisyys oli 71% ja spesifisyys 67-71% sen mukaan, mitä muita psykiatrisia häiriötä sairastaviin ahdistuneita verrattiin. (18) DeSousa ym päätyivät puolestaan tutkimuksessaan arvoon 22, jolloin sensitiivisyys oli korkeampi, mutta spesifisyys heikompi. (16)

3.3.3 Lapsi-vanhempi-korrelaatio

Lapsen ja vanhemman vastausten välinen korrelaatio on vaatimaton (0,33, $p = 0,001$ (14), myöhemmässä mittauksessa 0,32, $p=0,0001$ (18)). Kuten on odotettavissa, lapsen ja vanhemman tulokset korreloivat sitä voimakkaammin, mitä avoimemmin ahdistuneisuus ilmenee lapsen käytöksessä: sosiaalisen fobian ja yleistyneen ahdistuneisuuden kohdalla korrelaatio on heikompi, eroahdistuksen ja koulupelon kohdalla voimakkaampi. (14, 18)

Lapsen ikä ja sukupuoli vaikuttavat lapsi-vanhempi-korrelaatioon. Yli 12-vuotiaiden lasten vastaukset korreloivat vanhempien vastausten kanssa voimakkaammin kuin tätä nuorempien. Tyttöjen kohdalla lapsi-vanhempi-korrelaatio on paniikkihäiriötä arvioitaessa merkittävästi voimakkaampi kuin pojilla, ja poikien sosiaalisten tilanteiden pelko puolestaan ilmenee vanhempien vastauksista selkeämmin kuin tyttöjen. (18)

3.3.4 Lapsen iän ja sukupuolen vaikutus tuloksiin

Lapsen iän vaikutus SCARED –tuloksiin on vähäinen. Poikkeuksen tästä säännöstä muodostaa ainoastaan eroahdistus, jota alle 13-vuotiaat lapset raportoivat itsellään olevan merkittävästi useammin kuin 13 vuotta täyttäneet. Vanhempien vastauksista edes tätä eroa ei ole havaittavissa. (14)

Lapsen sukupuolella sen sijaan on selvästi havaittavia vaikutuksia SCARED –mittarista saataviin tuloksiin: arviointimittarin kehittämisestä lähtien tytöt ovat saaneet keskimäärin korkeampia pisteitä kuin pojat. Birmaherin ym tutkimuksessa tyttöjen tulokset olivat merkitsevästi korkeampia kaikissa muissa alaluokissa paitsi sosiaalisten tilanteiden pelkoa mitattaessa, ja myös tyttöjen yhteispisteet olivat keskimäärin merkitsevästi korkeampia. (14) Hale ym päätyivät meta-analyysissään samaan tulokseen sillä erotuksella, että heidän aineistossaan koulupelko oli ainoa alaluokka, jossa eroa sukupuolten välillä ei havaittu. (16)

Tiettyjen ahdistuneisuushäiriön alatyyppeiden kohdalla havaitaan sukupuolen ja iän yhteisvaikutus tuloksiin. Nuoremmista ikäluokista tytöt kärsivät paniikkihäiriöstä, eroahdistuksesta ja sosiaalisten tilanteiden pelosta useammin kuin pojat, mutta iän myötä ero sukupuolten välillä kapenee. Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön sukupuolijakaumassa voidaan puolestaan havaita päinvastainen kehitys: tyttöjen osuus potilaista on sitä suurempi, mitä vanhemmasta ikäluokasta on kysymys. Kokonaisuutta tarkasteltaessa nämä vastakkaiset trendit kumoavat toisensa siten, että SCARED –yhteispisteissä ei ole havaittavissa sukupuolen ja iän yhteisvaikutusta. (16)

Taulukko 3.1. Biostatistiikan peruskäsitteitä.

Käsite	Selite
reliabiliteetti	Kuvaa sitä, minkä verran mittarilla saata- vat tulokset vaihtelevat, kun mittausta tois- tetaan olosuhteiden pysyessä vakiona. Kun reliabiliteetti on korkea, vaihtelu mit- taustulosten välillä on vähäistä.
sisäinen konsistenssi (intraclass consis- tency, ICC)	Kuvaa muuttujajoukon yksiköiden saman- kaltaisuutta. Kun sisäinen konsistenssi on korkea, vaihtelu yksiköiden välillä on vä- häistä.
Cronbachin alfa	Sisäisen konsistenssin kerroin. Alfa-arvo voi vaihdella välillä 0-1 ja on sitä korke- ampi, mitä voimakkaammin tutkittavan joukon yksiköt korreloivat keskenään. Erinomaisen tuloksen rajana pidetään ar- voa 0,9, hyvän 0,7 ja hyväksyttävän 0,6.
diskriminantti validiteetti	Mittarin kyky erotella erilliset kohteet toi- sistaan. Kun diskriminantti validiteetti on hyvä, eri ryhmiin kuuluvat mittauskohtet saavat siitä erilaisia tuloksia, esim. terveet saavat keskimäärin matalampia pisteitä kuin sairaat.
AUC-arvo (engl. AUC = area under the curve)	Erottelukäytännön kuvaava arvo. AUC- arvo kuvaa todennäköisyyttä sille, että sat- tumanvaraisesti valittu positiivinen objekti saa mittarista korkeamman tuloksen kuin sattumanvaraisesti valittu negatiivinen ob- jekti.
sensitiivisyys	Oikeiden positiivisten tulosten osuus kai- kista mittaustuloksista. Kun mittari on hy- vin sensitiivinen, se havaitsee hyvin toden- näköisesti oikeat positiiviset, mutta samalla väärin positiivisten tulosten riski kasvaa.
spesifisyys	Oikeiden negatiivisten tulosten osuus kai- kista mittaustuloksista. Kun mittari on hy- vin spesifinen, sen havaitsema positiivinen tulos on oikea hyvi suurella todennäköi- syydellä. Samalla kuitenkin havaitsematta jäävien positiivisten osuus kasvaa.

4 VARSA 2014 –KOULULAISTUTKIMUS

4.1 Taustaa

Ahdistuneisuushäiriö on maailmanlaajuisesti yleisin lapsuusiän mielenterveyden häiriö, ja se on yleinen myös Suomessa. Ahdistuneisuuden hoitoa vaikeuttaa tällä hetkellä merkittävästi se, että ahdistuneisuushäiriöstä kärsiviä lapsia ei saada hoidon piiriin riittävän aikaisin.

Hoitoon pääsyn viipymiseen vaikuttavat useat tekijät. Toisin kuin käytöshäiriöt, ahdistuneisuus ei aina näy lapsesta ulospäin eikä aiheuta häiriötä muille ihmisille kotona eikä koulussa, ja siksi ahdistuneen lapsen oireet jäävät helposti huomaamatta. Suomalaisessa tutkimuksessa havaittiin, että valtaosa ahdistuneista lapsista ei saanut vaivaansa minkäänlaista hoitoa. Hoitoon pääsyä vaikeuttavat myös pitkät jonotusajat ja vastaanottoaikojen rajoittuminen virka-aikaan, jolloin vanhemmat ovat töissä ja lapset koulussa. Suomen harvaan asutuissa osissa matka poliklinikalle voi olla myös pitkä ja kallis.

Edellä mainituista syistä on selvää, että tarvetta on sekä väestötason seulontatyökaluille että paremmin saavutettaville hoitomenetelmille. Suomessa ei ole aiemmin toteutettu tutkimusta, jossa olisi kartoitettu ahdistuneisuushäiriön eri alatyypin esiintyvyyttä ja niiden riskitekijöitä ja pyritty kehittämään niiden seulontaa. Näihin tarpeisiin vastaa VARSA 2014 –koululaistutkimus.

4.2 Tutkimuksen tavoitteet

VARSA 2014 on koodinimi tutkimukselle ”Lapsuusiän ahdistushäiriöiden epidemiologia Varsinais-Suomessa”. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, kuinka yleistä ahdistuneisuus on 8-16-vuotiailla suomalaisilla lapsilla ja nuorilla. Samalla kerätään tietoa ahdistuneisuuden suoja- ja riskitekijöistä eri-ikäisillä lapsilla.

Epidemiologisen tutkimuksen lisäksi VARSA-tutkimusprojektin tavoitteena on kehittää seulontamenetelmä, jota voitaisiin käyttää kouluterveydenhuollossa ahdistuneisuushäiriön havaitsemiseen jo varhaisessa vaiheessa. Myöhemmin toteutetaan interventiotutkimus, jossa tavoitteena on käyttää tätä seulontamenetelmää.

4.3 Tutkimuksen aineisto, menetelmät ja toteutus

VARSA 2014 –projektiin osallistuu noin 1300 lasta ja nuorta Turun alueen peruskoulujen 2.-9. luokilta sekä heidän vanhempansa. Yhteensä kohderyhmässä on noin 100 tyttöä ja 100 poikaa kultakin luokka-asteelta.

Tutkimukseen osallistuvat lapset ja vanhemmat täyttävät erilaisia kyselylomakkeita, joilla lapsen ahdistuneisuutta kartoitetaan. 2.-6. luokan oppilaat täyttävät suomenkielisen version SCARED –lomakkeesta ja vastaavat lisäksi muutamaa kiusaamiskokemusta ja vointia koskeviin taustakysymyksiin. 7.-9.-luokkalaiset vastaavat näihin samoihin ja niiden lisäksi myös vahvuudet ja vaikeudet –kyselyyn (SDQ), jonka kysymykset liittyvät käyttäytymisen, mielialaan ja sosiaalisiin suhteisiin. Vanhempien täyttämä kysely on laajempi sisältäen SCARED –lomakkeen, SDQ –lomakkeen, kiusaamis- ja terveydentiläkysymyksiä sekä taustatietokysymyksiä. Taustatietoina kysytään mm perhetyypistä, jossa lapsi asuu (ydin-, yksinhuoltaja- vai uusperhe jne) sekä kummankin vanhemman etnistä taustaa, äidinkieltä, ikää, koulutustasoa ja ammattia.

Tutkimusaineiston keruu toteutettiin toukokuussa 2014 yhteistyössä koulujen kanssa. Kyselylomakkeet toimitettiin kouluihin, joissa vanhempien kyselylomakkeet jaettiin edelleen oppilaille. Oppilaat veivät lomakkeet kotiinsa vanhempien täytettäväksi ja palauttivat täytetyt lomakkeet suljetuissa kirjekuorissa opettajalleen. Lapset itse täyttivät lomakkeensa oppitunnilla opettajan valvonnassa ja palauttivat ne suljetuissa kirjekuorissa siten, että opettaja ei missään vaiheessa nähnyt vastauksia. Koulut olivat etukäteen tiedottaneet koteihin tutkimuksesta ja vanhemmilla oli halutessaan oikeus kieltää lapsen osallistuminen tutkimukseen.

4.4 Oma osuuteni VARSA 2014 –tutkimusprojektiin

Tämän opinnäytetyön kirjoittaminen on liittynyt tiiviisti VARSA 2014 –tutkimukseen ja tutkimusryhmän työhön tutustuminen on ollut merkittävä osa syventävää opintoprojektiani. Projekti alkoi maaliskuussa 2014, jolloin osallistuin muutamaa tutkimusryhmän palaveriin, joissa suunniteltiin tutkimuksen toteutusta ja kyselylomakkeen sisältöä. Samoihin aikoihin aloitin kirjallisen perehtymisen lapsuusiän ahdistuneisuushäiriöön liittyvään tutkimustietoon.

Toukokuussa 2014 osallistuin tutkimusavustajana aineiston keruuseen liittyvään kenttätööhön. Olin mukana paperitöissä, kun kyselylomakkeita niputettiin luokkakohtaisiin pinoihin valmiiksi kouluja varten, ja avustin lomakkeiden kuljetuksessa kouluihin. Alkukesällä osallistuin myös tutkimusryhmän koulutuspäivään, jossa vierailevana kouluttajana oli kanadalainen tutkija ja apulaisprofessori Trish Pottie Halifaxin yliopistosta. Koulutuspäivän aiheena oli Kanadassa toteutettu lasten ahdistuneisuuden hoito-ohjelma, jossa ahdistuneille lapsille ja heidän vanhemmilleen oli opetettu lyhyillä videokursseilla keinoja ahdistuksen hillitsemiseen ja käsittelyyn.

Elokuussa 2014 perehdyin tulosten tallentamiseen siirtämällä paperisten kyselylomakkeiden sisältöä tietokoneelle. Yhteensä siirsin sähköiseen muotoon noin sadan oppilaan ja vanhemman vastaukset ja sain samalla alustavan yleiskuvan siitä, millaisia vastaukset keskimäärin olivat. Tämän opinnäytetyön valmistuessa odotetaan vielä tallennusten valmistumista ja tuloksista saatavaa tilastollista dataa. Kun tulokset ovat käytettävissä,

tarkoitukseni on vielä osallistua niiden analysointiin ja tutkimuksesta koottavan teollisen artikkelin kirjoittamiseen.

LÄHTEET

1. J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen: *Psykiatria*. Duodecim 2013.
2. Wendy K. Silverman & Philip D.A. Treffers: *Anxiety disorders in children and adolescents. Research, assessment and intervention*. Cambridge University Press 2001.
3. G.A. Salum, D.A. DeSousa, M.C. do Rosário, D.S. Pine & G. Gus Manfro: *Pediatric anxiety disorders: from neuroscience to evidence-based clinical practice*. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 35/2013.
4. K. Beesdo-Baum & S. Knappe: *Developmental epidemiology of anxiety disorders*. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 21 (2012) 457–478.
5. I. Moilanen, E. Räsänen, T. Tamminen, F. Almqvist, J. Piha & K. Kumpulainen: *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. Duodecim 2004.
6. C.G. Last, C. Hansen & N. Franco: *Anxious children in adulthood: a prospective study of adjustment*. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry* 36:5, 05/1997.
7. P.C. Kendall, S.N. Compton, J. T. Walkup, B. Birmaher, A.M. Albano, J. Sherrill, G. Ginsburg, M. Ryn, J. McCracken, E. Gosch, C. Keeton, L. Bergman, D. Sakolsky, C. Suveg, S. Iyengar, J. March & J. Piacentini: *Clinical characteristics of anxiety disordered youth*. *Journal of anxiety disorders* 24 (2010) 360-365.
8. L.J. Woodward & D.M. Ferguson: *Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence*. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*, 40:9, 09/2001.
9. K. Lavalley, C. Herren, J. Blatter-Meunier, C. Adornetto, T. In-Albon & S. Scheider: *Early predictors of separation anxiety disorder: early stranger anxiety, parental pathology and prenatal factors*. *Psychopathology* 2011; 44:354-361.
10. H. Kley, B. Tuschen-Caffier & N. Heinrihs: *Safety behaviors, self-focused attention and negative thinking in children with social anxiety disorder, socially anxious and non-anxious children*. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry* 43 (2012) 548-555.
11. D.J. Sakolsky, J.T. McCracken & E.L. Nurmi: *Genetics of pediatric anxiety disorders*. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 21 (2012) 479–500.
12. J.L. Luby: *Treatment of anxiety and depression in the preschool period*. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*, vol 52, nro 4, 2013.
13. J.L. Podell, M. Mychailyszyn, J. Edmunds, C.M. Puleo, & P.C. Kendall: *The Coping Cat Program for Anxious Youth: The FEAR Plan Comes to Life*. *Cognitive and Behavioral Practice* 17 (2010) 132–141.
14. B. Birmaher, S. Khetarpal, D. Brent, M. Cully, L. Balach, J. Kaufman & S. McKenzie Neer: *The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders*

- (SCARED): Scale Construction and Psychometric Characteristics *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*, 36:4, 04/1997.
15. P. Muris, H. Merckelbach, B. Mayer A. van Brakel, S. Thissen, V. Moulaert & B. Gadet: The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) and traditional childhood anxiety measures. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 29 (1998).
 16. W. W. Hale, E. Crocetti, Q.A.W. Raaijmakers & W.H.J. Meeus: A meta-analysis of the cross-cultural psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED). *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 52:1, 2011.
 17. D.A. DeSousa, G.A. Salum, L.R. Isolan & G.G. Manfro: Sensitivity and specificity of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): a community-based study. *Child Psychiatry & Human Development* 44: 391-399 (2013).
 18. B. Birmaher, D.A. Brent, L. Chiappetta, J. Bridge, S. Monga & M. Baugher: Psychometric Properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): A Replication Study. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*, 38:10, 10/1999

VARSA-tutkimusprojektiin ja Suomessa tehtyyn ahdistuneisuuden tutkimukseen liittyvät tiedot ovat peräisin VARSA-tutkimuksen tutkimussuunnitelmista ja tutkimusryhmän jäseniltä. Myös liitteenä oleva SCARED-kyselylomake on peräisin tutkimusryhmältä.

LIITEOSA

Liite 1: Suomenkielinen versio SCARED-kyselylomakkeesta.

	Ei koskaan tai ei juuri koskaan	Joskus tai jon- kin ver- ran	Usein tai aina
1. Kun minua pelottaa, minun on vaikea hengittää.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Minulla on koulussa päänsärkyä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. En ole mielelläni sellaisten ihmisten seurassa, joita en tunne hyvin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Minua pelottaa nukkua poissa kotoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Minua huolestuttaa se, pitävätkö muut ihmiset minusta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kun minua pelottaa, tuntuu siltä kuin pyörtyisin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Olen hermostunut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Seuraan äitiä tai isää joka paikkaan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Minulle sanotaan, että vaikutan hermostuneel- ta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Olen hermostunut sellaisten ihmisten seurassa, joita en tunne hyvin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Minulla on koulussa vatsakipua.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Kun minua pelottaa, tuntuu kuin tulisin hulluksi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Yksin nukkuminen huolestuttaa minua.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Minua huolestuttaa, olenko yhtä hyvä kuin muut lapset.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Kun minua pelottaa, tuntuu kuin asiat eivät olisi todellisia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Näen painajaisia siitä, että vanhemmilleni ta- pahtuu jotain pahaa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Kouluun meneminen huolestuttaa minua.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Kun minua pelottaa, sydämeni hakkaa nopeasti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ei koskaan tai ei juuri koskaan	Joskus tai jon- kin ver- ran	Usein tai aina
19. Minua vapisuttaa (muulloin kuin palellessani).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Näen painajaisia siitä, että minulle tapahtuu jotain paha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Olen huolissani siitä, järjestyvätkö asiat kohdalani.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Kun minua pelottaa, hikoilen kovasti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Murehdin asioita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Minua alkaa pelottaa todella paljon ilman mitään syytä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Minua pelottaa olla yksin kotona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Minun on vaikea puhua ihmisille, joita en tunne hyvin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Kun minua pelottaa, tuntuu kuin tukehtuisin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ihmisten mielestä murehdin liikaa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. En ole mielelläni erossa perheestäni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Minua pelottaa, että minulle tulee ahdistus- tai paniikkikohtauksia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Minua pelottaa, että vanhemmilleni tapahtuu jotain paha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Olen ujo sellaisten ihmisten kanssa, joita en tunne hyvin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Olen huolissani siitä, mitä tulevaisuudessa tapahtuu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Kun minua pelottaa, minulle tulee oksettava olo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Olen huolissani siitä, miten hyvin saan asiat tehtyä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Kouluun meneminen pelottaa minua.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Olen huolissani asioista, jotka ovat jo tapahtuneet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Kun minua pelottaa, minua alkaa huimata.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Olen hermostunut, kun olen toisten lasten tai aikuisten seurassa ja minun täytyy tehdä jotain, kun he katsovat (esimerkiksi lukea ääneen, pu-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ei koskaan tai ei juuri koskaan	Joskus tai jon- kin ver- ran	Usein tai aina
hua, pelata peliä, urheilla).			
40. Olen hermostunut, kun olen menossa juhliin, tansseihin tai jonnekin, missä on ihmisiä, joita en tunne hyvin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Olen ujo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Muut lapset kiusaavat minua.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Minulla on päänsärkyä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Minulla on vatsakipuja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Minulla on muita särkyjä tai kipuja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Minulla on pahoinvointia tai oksentelua.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>