



# Lasten mielialahäiriöiden tunnistaminen ja hoito

Laura Jalonen

Maria Keskinen

OPINNÄYTETYÖ  
Lokakuu 2020

Sairaanhoitaja

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitaja

JALONEN LAURA & KESKINEN MARIA:  
Lasten mielialahäiriöiden tunnistaminen ja hoito

Opinnäytetyö 45 sivua, joista liitteitä 3 sivua  
Lokakuu 2020

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä kuvaileva kirjallisuuskatsaus lasten mielialahäiriöiden tunnistamisesta ja hoidosta. Tavoitteena oli koota ymmärrettävään muotoon tietoa lasten mielialahäiriöiden tunnistamisesta ja hoidosta sekä löytää ja tuottaa tietoa niin lääkkeettömistä hoitomuodoista kuin näihin sairauksiin käytettävistä lääkityksistä. Opinnäytetyön tehtäväksi asetettiin seuraava kysymys: Kuinka lasten ja nuorten mielialahäiriöitä tunnistetaan ja hoidetaan? Opinnäytetyön tilaajana oli Tampereen ammattikorkeakoulu.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Aineistonkeruu tehtiin kahta tieteellisen tiedon tietokantaa, Mediciä ja Cinahlia käyttäen. Lisäksi aineistonkeruuta tehtiin manuaalisesti Hoitotiede- ja Tutkiva hoitotyö –lehdistä. Mukaan valikoitui 12 tutkimusta. Sisällönanalyysi toteutettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia käyttäen.

Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että lasten vaikean masennuksen ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön oireet ovat moninaiset ja usein vaikeasti tulkittavissa. Sairauden tunnistaminen ja diagnoosin tekeminen saattaa olla haasteellista. Tuloksista selvisi, että kaksisuuntainen mielialahäiriö vaikuttaa lapsen sosiaaliseen kanssakäymiseen, perhesuhteisiin ja opiskeluihin. Lasten mielialahäiriöiden hoidon tuloksista selvisi, että sekä lääkkeellisiä että lääkkeettömiä hoitokeinoja käytetään. Lääkehoidosta nousi esiin antipsykootti- ja masennuslääkitys. Lääkkeettömistä hoitokeinoista nousi esiin psykoterapia ja sen erilaiset muodot. Tulosten perusteella voidaan päätellä, että lasten mielialahäiriöihin käytetään useita eri hoitomuotoja. Lääkkeellisen hoidon merkitys on korostunut. Tuloksista käy ilmi, että ajoittain lääkitystä käytetään hoitokeinona myös ilman terapiaa.

Jatkotutkimusehdotuksena on aiheen tutkiminen hoitohenkilökunnan näkökulmasta sekä aiheen tutkiminen keskittyen erityisesti alle 12-vuotiaisiin lapsiin, heidän oireisiinsa ja hoitovaihtoehtoihin. Tätä aihetta olisi ylipäänsä hyvä tutkia lisää.

---

Asiasanat: lasten mielialahäiriöt, kaksisuuntainen mielialahäiriö, masennus, lasten masennus, lasten kaksisuuntainen mielialahäiriö

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care  
Nursing

JALONEN, LAURA & KESKINEN, MARIA:  
Identification and treatment solutions on children's mood disorders

Bachelor's thesis 45 pages, appendices 3 pages  
October 2020

---

The purpose of our study was to examine how different mood disorders among children and adolescents are being diagnosed and treated and what the signs and symptoms for children's mood disorders are. Our research question was: how are children's mood disorders being recognized and treated? This study was conducted as a narrative literature view. We gathered the data from one international and one Finnish database. A total of 12 articles were eventually chosen and analyzed for this study. This study was ordered by the Tampere University of Applied sciences.

The study shows that the symptoms for children's mood disorders are diverse and these disorders can be challenging to diagnose. Bipolar disorder and depression greatly affect the children's social behavior, studies and family circumstances. This study also shows that both, medical and non-medical, treatments are being used to manage children's mood disorders. The most used medications are antidepressants and antipsychotics. From non-medical treatment solutions, the most used one are different forms of psychotherapy.

The findings indicate that there are several different treatment solutions to children's mood disorders that are being used. Sometimes medication is used completely without therapy to treat mood disorders on children, which is alarming. There is an obvious need for future research of this subject, especially focusing on young children under 12 years old and focusing on the perspective of nursing staff.

---

Key words: children's mood disorders, depression, bipolar disorder, depression in children, bipolar disorder in children

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	5
2	KESKEISET KÄSITTEET .....	6
	2.1 Lapsuus .....	6
	2.2 Mielialahäiriöt .....	7
	2.2.1 Masennus .....	7
	2.2.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö .....	10
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS 15	
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT .....	16
	4.1 Kirjallisuuskatsaus.....	16
	4.2 Aineiston keruu .....	17
	4.3 Aineiston sisällönanalyysi .....	20
5	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET .....	22
	5.1 Lasten mielialahäiriöiden tunnistaminen .....	22
	5.1.1 Lasten masennuksen oireet .....	24
	5.1.2 Lasten kaksisuuntaisen mielialahäiriön oireet .....	25
	5.1.3 Muut lasten mielialahäiriöiden tunnistamiskeinot.....	26
	5.2 Lasten mielialahäiriöiden hoito .....	26
	5.2.1 Lasten mielialahäiriöiden hoito sairaanhoidossa .....	26
	5.2.2 Lääkehoito .....	29
	5.2.3 Lääkkeettömät hoitomuodot .....	32
6	POHDINTA .....	34
	6.1 Luotettavuus ja eettisyys.....	34
	6.2 Tulosten tarkastelu .....	36
	6.3 Jatkotutkimusehdotukset.....	37
	LÄHTEET .....	38
	LIITTEET .....	42
	Liite 1. Tutkimusten analyysitaulukko.....	42

## 1 JOHDANTO

Mielialahäiriöt jaetaan erilaisiin masennustiloihin ja kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön (Huttunen 2018 c). Masennus on kansanterveyden kannalta merkittävin mielenterveydenhäiriö, ja yksi kansalaisten keskeisimpiä ongelmia kaikki sairaudet mukaan lukien (Isometsä 2019 a). Masennustilaan eli depression sairastuu elämänsä varrella jopa 10–15 % väestöstä. Se on taustaltaan monisyinen mielialahäiriö, sillä sen syntyyn vaikuttavat sekä geneettiset tekijät, että yksilön aikaisemmat ja sen hetkiset menetykset, pettymykset ja ristiriidat. Masennustilat voidaan jakaa kaamosmasennukseen, melankolisiin, epätyypillisiin ja psykoottisiin masennustiloihin. Kaikkien masennustilojen keskeinen oire on masentunut mieliala ja alentunut kyky tuntea mielihyvää. (Huttunen 2018b.) Lasten masennushäiriöt ovat valitettavan yleisiä, alidiagnostoituja (Tamminen 2010) ja vallitsevaa käsitystä yleisempiä, sillä alle kouluikäisistä lapsista 0,5 % - 1 %:lla ja ala-asteikäisistä noin 2 %:lla on jonkinlainen masennustila (Huttunen 2018a).

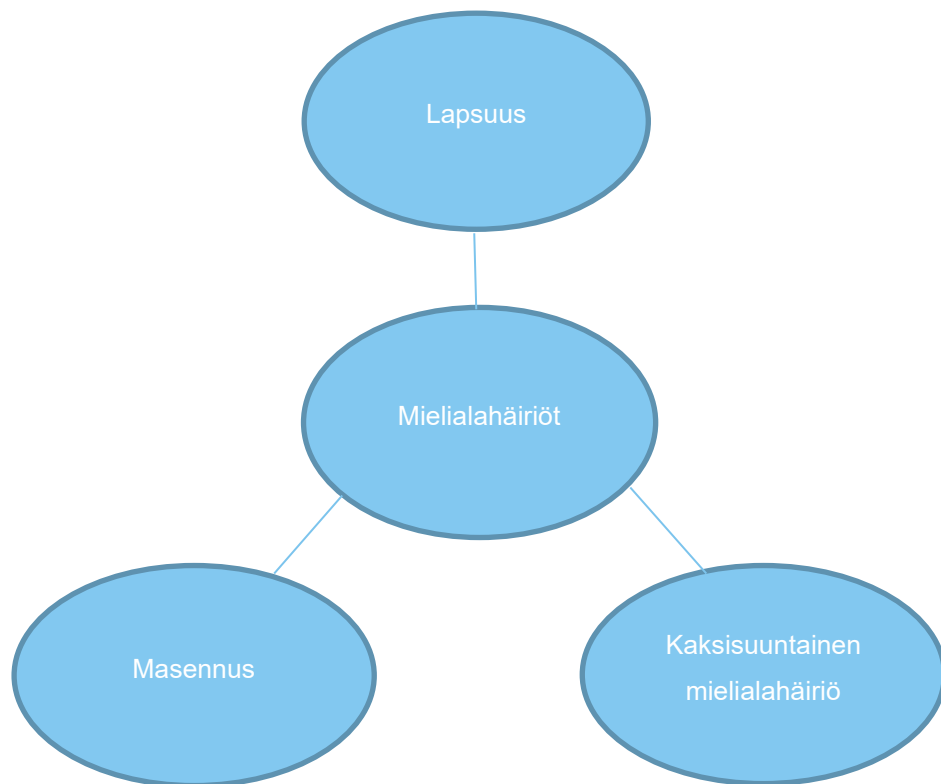
Kaksisuuntaisen mielialahäiriön esiintyvyyttä Suomessa ei tunneta tarkasti. Kyseessä on useimmiten krooninen sairaus, johon sairastuminen on yleisintä nuorilla aikuisilla, mutta sairastua voi lapsuudessakin. Kaksisuuntainen mielialahäiriö koostuu masennus-, mania-, hypomania- ja sekamuotoisista sekä oireettomista jaksoista. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito –suositus, 2013.)

Opinnäytetyömme käsittelee lapsuusajan mielialahäiriöiden tunnistamista ja hoitoa. Mielialahäiriöt ovat yläkäsite kaksisuuntaiselle mielialahäiriölle ja erilaisille masennustiloille. Tavoitteenamme oli koota ymmärrettävään muotoon tietoa lasten mielialahäiriöiden, etenkin kaksisuuntaisen mielialahäiriön, tunnistamisesta ja hoidosta. Näemme tärkeänä, että tietoa lapsuusajan mielialahäiriöiden tunnistamisesta ja hoidosta tuotetaan hoitoalan ammattilaisille ja opiskelijoille. Tavoitteena oli löytää ja koota tietoa niin lääkkeettömistä hoitomuodoista kuin näihin sairauksiin käytettävistä lääkityksistäkin. Prosessin aikana havaitsimme, että lasten mielialahäiriöistä tai niitä sivuavista aiheista on olemassa melko niukasti etenkin suomenkielisiä tehtyjä artikkeleita tai opinnäytetöitä, joten toivomme työmme tulevan siinä mielessä tarpeeseen.

## 2 KESKEISET KÄSITTEET

Teoreettinen viitekehysemme koostuu lapsuudesta ja mielialahäiriöistä (kuvio 1). Mielialahäiriöt jakautuvat käsitteellisesti masennushäiriöihin ja kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön. Olemme käyttäneet teoreettisen viitekehysten tiedonhaussa Duodecimiä, Kielitoimiston sanakirjaa, Finlexiä, Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja sekä Mediciä.

KUVIO 1. Teoreettinen viitekehys



### 2.1 Lapsuus

Kielitoimiston mukaan lapsuudella tarkoitetaan ihmisen ensimmäistä ikäkautta syntymästä murrosikään (Kotimaisten kielten keskus). Duodecim (2020) kertoo lapsuusajan käsittävän ikäkaudet vastasyntyneestä murrosikäiseen, eli imeväisiän, leikki-iän, kouluiän ja murrosiän.

Suomen lain mukaan lapseksi lasketaan alle 18-vuotias henkilö (Lastensuojelulaki 417/2007). 13 vuotta täytettyään lasten mielenterveyshäiriöiden hoito siirtyy

nuorisopsykiatrian puolelle (Heino, Forsell, Eriksson, Känkänen & Santalahti 2018). Tämän vuoksi olemme rajanneet työmme koskemaan alle 13-vuotiaiden mielenterveyshäiriöiden tunnistamista ja hoitoa.

## **2.2 Mielialahäiriöt**

Mielialahäiriöillä tarkoitetaan ihmisen mielialan pitkäkestoista muutosta, jonka pituus on yhtäjaksoisesti vähintään kahdesta kolmeen viikkoa. Usein mielialahäiriöt jatkuvat kuitenkin kuukausia, joskus jopa vuosia, tai ilmenevät jaksoittain. Mielialahäiriöihin lasketaan kuuluviksi erilaiset masennushäiriöt ja kaksisuuntainen mielialahäiriö. (Huttunen 2018c.) Kansanterveyden kannalta mielialahäiriöt ovat yleisin mielenterveyshäiriö Suomessa ja yksi suurimmista kansanterveysongelmistä. Mielialahäiriöiden taustasyyt johtuvat monista eri asioista. (Mielialahäiriöt 2019.) Lasten mielialahäiriöiden yleiset piirteet ovat samanlaiset kuin aikuisilla, mutta lasten oireilu saattaa poiketa aikuisista. Tämä johtuu eri ikäkausille ominaisista kehitysvaiheista. (Huttunen 2018a.) Mielialahäiriöt jaetaan yksisuuntaiseen eli unipolaariseen masennukseen sekä kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön. Keskeisimpiä tekijöitä mielialahäiriöiden luokittelussa ovat oireiden laatu, vaikeusaste ja kesto. (Isometsä 2019 b.)

### **2.2.1 Masennus**

Sanalla masennus voidaan tarkoittaa sekä ohimenevää, normaaliin tunne-elämään ajoittain kuuluvaa mielialaa, että pitkäaikaisempaa olotilaa ja oireyhtymää, jolloin kyse on mielenterveyden häiriöstä (Isometsä 2019 b). Olemme rajanneet tässä työssä käsitteen "masennus" tarkoittamaan mielenterveyden häiriötä. Masennukseen kuuluvista kliinisistä alaryhmistä olemme rajanneet pois synnytyksen jälkeisen masennuksen.

Masennus luokitellaan oireiden vaikeuden ja laadun perusteella lieväksi, keski-vaikeaksi, vaikeaksi tai psykoottiseksi masennukseksi. Masennuksen vaikeusaste korreloi yleensä toimintakyvyn kanssa: lievästä masennuksesta kärsivä on

yleensä vielä työkykyinen ja kykenevä tavanomaiseen arkeen, keskivaikeaa masennusta sairastavan toimintakyky on selkeästi alentunut ja vaikeasta tai psykoottisesta masennuksesta kärsivä on selvästi työkyvytön. ICD-10-luokituksen perusteella masennus jaetaan lisäksi yksittäisiksi masennustiloiksi F32 ja toistuviksi masennuksiksi F33. (Isometsä 2019 c.)

Masennus on monitekijäinen sairaus ja sen syntyyn vaikuttavat biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät. Riskitekijöistä monet liittyvät pitkäaikaiseen ja yksilölliseen masennusalttiuteen, kun taas osa vaaratekijöistä on tyypiltään laukaisevia. (Depressio: Käypä hoito –suositus, 2020.) Masennushäiriön sairausmekanismit liittyvät aivojen fysiologiaan ja psykologiseen kehitykseen, psyykkiseen itesääätelyyn ja sosiaaliseen vuorovaikutukseen. Masennus voi olla myös suora seuraus päihteiden tai lääkkeiden käytöstä tai jostakin somaattisesta sairaudesta. (Mielialahäiriöt 2019.) Somaattisista sairauksista erityisesti kilpirauhasen ja keskushermoston sairaudet sekä pahanlaatuiset sairaudet voivat aiheuttaa masennusoireita. Lääkkeistä masennukseen sairastumisen riskin aiheuttavat erityisesti hormonivalmisteet. (Isometsä 2019 d.)

Muita riskejä masennukseen sairastumiseen ovat perinnöllinen taipumus, kehitykselliset vaaratekijät, tietyt persoonallisuuden piirteet ja negatiiviset elämäntapahtumat (Depressio: Käypä hoito –suositus, 2020). Yli kaksi kolmasosaa masennushäiriöistä alkaa jonkin negatiivisen elämäntapahtuman, kuten esimerkiksi lähiomaisen kuoleman, vammautumisen, avioeron tai työttömäksi jäämisen jälkeen. Usein laukaisevia tekijöitä on monia. (Isometsä 2019 e.) Iso osa masennusta sairastavista kärsii psykiatrisesta monihäiriöisyydestä, eli he kärsivät masennuksen lisäksi myös jostain toisesta mielenterveyden häiriöstä, kuten ahdistuneisuus-, persoonallisuus- ja / tai päihdehäiriöstä. Masennuksen puhkeamista voi yksilötasolla ehkäistä nukkumalla ja liikkumalla riittävästi, syömällä terveellisesti, välttämällä humalahakuista juomista, välttämällä tupakointia ja ylläpitämällä riittävän hyviä ihmissuhteita. (Depressio: Käypä hoito –suositus, 2020.)

Masennushäiriön oireisiin kuuluu mielialan lasku ja andehonia eli mielihyvän tunteen menetys tai kyvyttömyys nauttia liittyen asioihin, jotka sairastunut on aiemmin kokenut merkityksellisiksi (Mielenterveystalo 2020). Esimerkiksi lähiomaisen



kuolemaan liittyvä normaali surureaktio ei kuitenkaan täytä masennuksen kriteerejä. Normaalin surun ja masennuksen raja voi silti olla häilyvä. (Isometsä 2019 d.) Masennukselle tyypillisiä oireita ovat lisäksi uupumus, itseluottamuksen ja / tai -arvostuksen menetys, voimakas itsekriittisyys, itsetuhoajatukset, keskittymiskyvyn puute, ruokahalun muutos ja unihäiriöt (Isometsä 2019 c). Masennusoireet voidaan jakaa kognitiivisiin, affektiivisiin ja vegetatiivisiin oireisiin. Kognitiivisiin ja affektiivisiin oireisiin lukeutuu muun muassa masentunut mieliala, keskittymisvaikeudet, itsetuhoiset ajatukset ja psykoottiset oireet. Vegetatiivisiksi oireiksi laskeaan väsymys, psykomotorinen hidastuneisuus, ruokahaluttomuus ja laihtuminen. (Depressio: Käypä hoito –suositus, 2020.) Masennusdiagnoosi ei edellytä välttämättä varsinaisesti masentunutta mielialaa, mikäli sairastunut kärsii jatkuvasta mielihyvän menetyksestä ja uupumuksesta. Psykoottiseen masennukseen kuuluu masennusoireiden lisäksi myös psykoottisia oireita, kuten harhaluuloisuutta ja aistiharhoja. (Isometsä 2019 c.)

Lapsuusiän masennuksen oireisiin kuuluu yllä kuvattujen oireiden lisäksi tai sijasta usein myös psykosomaattisia oireita, jotka saattavat olla monimuotoisempia tai vaikeammin havaittavissa ja ymmärrettävissä kuin aikuisten masennukseen liittyvät oireet. Tällaisia oireita ovat esimerkiksi päänsärky, vatsaoireet, kuten ummetus, vatsakivut, tuhriminen tai ripuli, uniongelmat sekä tihentynyt virtsaamisen tarve. Myös huono tai muutoin vääristynyt itsetunto voivat kuulua lasten masennusoireisiin. (Kyung-Sook, Sungjae, Kyungim & Minkyung 2018, 4–5.)

Masennus alkaa tyypillisesti prodromaalioireilla eli esioireilla. Esioireet kestävät yleensä muutamasta viikosta muutamaan kuukauteen, ja vasta tämän jälkeen masennus saavuttaa huippunsa. Hoidon piirissä olevien masennuspotilaiden masennusvaihe kestää keskimäärin viidestä kuuteen kuukautta, mutta masennus voi kestää kroonistuessaan jopa vuosien ajan. Remissio- eli toipumisvaiheella tarkoitetaan vaihetta, jolloin masennuksen oireet ovat helpottaneet, eivätkä masennusdiagnoosin kriteerit enää täyty. Tavallisesti toipumisvaiheeseen liittyy kuitenkin residuaali- eli jälkioireita. On myös yleistä, että masennus uusiutuu. (Isometsä 2019 f.)

Masennukseen kuuluu erilaisia kliinisiä alaryhmiä jo aiemmin mainitun psykoottisen masennuksen lisäksi. Näihin kliinisiin alaryhmiin kuuluvat esimerkiksi vuodenaikaan liittyvä masennustila, somaattinen oireyhtymä eli melankolinen depressio, epätyypillinen masennustila ja krooninen masennustila. (Isometsä 2019c.) Kroonisen masennuksen muodoista dystymialla tarkoitetaan pitkäaikaista mutta lievää masennusta. Toistuvilla lyhyillä masennusjaksoilla tarkoitetaan muutaman päivän kestäviä, säännöllisesti toistuvia syviä masennusjaksoja. Tämä masennuksen alatyyppejä tunnetaan myös lyhenteellä RBD (Recurrent brief depression). (Isometsä 2019 g.)

Noin 5–9 % nuorista sairastaa tai on vaarassa sairastua vakavaan masennukseen (MDD = Major Depressive Disorder). Perinnöllisyystekijöillä on suuri vaikutus aikaiseen sairastuvuuteen: toisen vanhemman sairastettu tai sairastama vaikeatasoinen masennus on yksi vahvimmissa masennukseen sairastumisen riskitekijöistä lapsella. (Korczak 2012, 572.)

## **2.2.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö**

Kaksisuuntaista mielialahäiriöitä sairastavilla ilmenee masennusjaksojen lisäksi myös mania- tai hypomaniajaksoja ja lisäksi mahdollisesti sekamuotoisia sairausjaksoja. Sekamuotoisissa sairausjaksoissa ilmenee sekä masennukseen että maniaan viittaavia piirteitä. Kaksisuuntainen mielialahäiriö jaetaan tyypeihin 1 ja 2. Tyypillä 1 tarkoitetaan, että masennusjaksojen lisäksi on ilmennyt selkeitä maniajaksoja. Harvinaisissa tapauksissa sairastavalla voi olla myös pelkkiä toistuvia maniajaksoja. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito –suositus 2013.) Tyypillä 2 tarkoitetaan, että masennusjaksojen lisäksi on esiintynyt hypomaniajaksoja. Jaksojen väleissä voi olla myös vähäoireisia ja oireettomia jaksoja. (Tarnanen, Suominen, Lähteenmäki, & Laukkala 2013.) Kaksisuuntainen mielialahäiriö alkaa tyypillisimmin masennusjaksolla. Mikäli masennusta sairastavalle ilmaantuu yksikin mania-, hypomania tai sekamuotoinen jakso, diagnoosi vaihtuu masennuksesta kaksisuuntaiseksi mielialahäiriöksi. Kaksisuuntainen mielialahäiriö voi alkaa myös mania- tai hypomaniajaksolla. Sairausjaksot voivat

esiintyä monofaasisina, eli yksivaiheisina tai polyfaasisina, eli monivaiheisina. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla esiintyy oireita noin puolet ajasta. Jos sairastavalla on neljä tai useampi sairausjakso vuodessa, puhutaan tiheäjaksoisuudesta. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito -suositus 2013.)

Suurella osalla kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sairastuneista oireilu on masennuspainotteista, ja masennusvaiheet ovat pääsääntöisesti pidempikestoisempia kuin maniajaksot. Masennusjaksot kestävät keskimäärin kuusi kuukautta (Tarnanen ym. 2013) ja vain harvoin yli vuoden (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito -suositus 2013). Masennusjaksolle tyypillisiä oireita ovat poikkeuksellinen väsymys sekä kiinnostuksen menettäminen ympäristöön. (Tarnanen ym. 2013.) Lisäksi masennusjaksoon kuuluu usein esimerkiksi ruokahalun menetys tai sen voimakas lisääntyminen, uniongelmat, epätavallisen voimakkaat tai vaimentuneet tunnereaktiot ja aloitekyvyttömyys. Vaikeissa masennusjaksoissa voi esiintyä myös aistiharhoja ja harhaluuloja. Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön voi liittyä sairausjakson tyypistä riippumatta puutteita kognitiivisessa toimintakyvyssä, kuten kielellisen muistin ja toiminnanohjauksen häiriöitä. Tämän vuoksi sairastavan psykososiaalinen toimintakyky voi olla heikentynyt, joskus myös pysyvästi. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito -suositus 2013.)

Maniajaksot alkavat tavallisesti äkillisesti ja niiden kesto vaihtelee yleensä muutamasta viikosta muutamaan kuukauteen. Maniajaksolle tyypillisiä oireita ovat vauhdikkuus, poikkeuksellinen toimeliaisuus, energisyys, puheliaisuus, rauhattomuus, ärtyisyys sekä vähentynyt unentarve. (Tarnanen ym. 2013.) Maniaan voi liittyä myös psykoottisia suuruusharhaluuloja (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito –suositus 2013). Näin ollen maniat voidaan jakaa kahteen: manioihin ilman psykoottisia oireita ja psykoottisiin manioihin. On kuitenkin syytä erottaa psykoottinen mania skitsoaffektiivisen psykoosin maanisesta muodosta, sillä psykoottisen manian oireet eivät ole skitsofrenialle ominaisten kaltaisia. (Isometsä 2019 h.) On olemassa suuri riski, että maniajakson aikana potilas aiheuttaa holtittomalla käytöksellään itselleen merkittävää vahinkoa esimerkiksi taloudellisesti tai ihmissuhteissa. Maniajaksoon sairastunut tulee hoitoon yleensä muiden ohjaamana ja omasta tahdostaan riippumatta. (Tarnanen ym. 2013.) Noin 50 % kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista tunnistaa itsessään esioireita ennen

uuden maniajakson alkamista (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito -suositus 2013).

Hypomanian oirekuva on maniaa lievempi (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito -suositus 2013). Hypomaniassa mieliala on joko kohonnut tai ärtyisä, eikä siihen liity merkittävää toimintakyvyn laskua. Muita hypomanialle tyypillisiä oireita ovat lisääntynyt toimeliaisuus, fyysinen rauhattomuus, lisääntynyt puheliaisuus, keskittymisvaikeudet, vähentynyt unentarve, seksuaalisen halukkuuden kasvu, lievä rahojen tuhlaaminen ja lisääntynyt sosiaalisuus. (Isometsä 2019 h.) Hypomaniata sairastava saattaa pintapuolisesti suoriutua esimerkiksi työstään normaalia paremmin, johtuen lisääntyneestä toimeliaisuudesta. Kuitenkin myös hypomaniata sairastava saattaa aiheuttaa itselleen vakavia ongelmia holtittomalla käytöksellä esimerkiksi liikenteessä tai ihmissuhteissaan. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito -suositus 2013.)

Sekamuotoisissa sairausjaksoissa masennus- sekä mania- tai hypomaniaoireet joko vaihtelevat nopeasti ääripäästä toiseen tai ilmenevät samanaikaisesti. Nopealla vaihtelulla voidaan tarkoittaa esimerkiksi sitä, että saman päivän aikana ilmenee sekä masennus-, että mania- tai hypomaniaoireita. Oireet voivat ilmetä samanaikaisesti esimerkiksi siten, että ajatustoiminta on kiihtynyt, mutta mieliala masentunut. (Isometsä 2019 h.)

Remissiovaiheella tarkoitetaan sairausjaksojen välistä aikaa. Remissio- eli toipumisvaihe voi olla joko täysin oireeton tai siihen voi liittyä sairausjaksojen esi- tai jälkioireita. (Isometsä 2019 h.)

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on vahvasti periytyvä sairaus (Mielialahäiriöt 2019), ja sen elinaikainen esiintyvyys on väestössä yhdestä kahteen prosenttia (Malm 2018). Kaksisuuntainen mielialahäiriö on pitkäaikainen ja pääsääntöisesti krooninen ja uusiutuva tauti. Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön voi sairastua minkä ikäisenä vain, mutta yleisimmin sairastuminen tapahtuu nuoruudessa. (Tarnanen ym. 2013.) Keskimääräinen sairastumisikä on 22 vuotta. Oireet ovat yleensä sitä vaikeammat mitä aiemmin elämässään ihminen sairastuu. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito -suositus 2013.) Perintötekijöiden lisäksi altistavia tekijöitä sairauden puhkeamiselle ovat lapsuudenaikaiset

traumat, stressaavat elämäntilanteet (Tarnanen ym. 2013) sekä synnyttäminen viimeisen vuoden aikana ennen sairastumista. Stressaavat elämäntilanteet voivat olla myös seurausta sairaudesta itsestään. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön esiintyvyydessä ei ole suurta eroa naisten ja miesten välillä. Aika ensimmäisistä oireista oikean diagnoosin saamisen on keskimäärin kahdeksan vuotta. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito -suositus 2013.)

Lapsuuden kaksisuuntaista mielialahäiriötä leimaa usein monimuotoisempi oirekuva ja se, että oireet saattavat olla vaikeaselkoisempia kuin aikuisilla. Mielialanvaihtelut voivat olla erittäin nopeita. Oireisiin saattaa liittyä myös enemmän toiminta- ja aloitekyvyttömyyttä kuin nuoruudessa tai aikuisuudessa puhjenneessa sairaudessa. Lapsuudessa ilmenevän maniavaiheen oireisiin kuuluu usein ylienergisyttä, ärtyneisyyttä ja mielialojen heittelyä. (MacPherson, Weinstein, Henry & West 2016, 60–63.)

Turun yliopistossa tehdyn väitöstutkimuksen mukaan kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sairastumisen riskiä kasvattaa syntyminen suunnitellulla keisarinleikkauksella ja äidin alhainen koulutustaso. Lisäksi syntymäpaikka ja isän alhainen tai korkea ikä ovat tutkimuksen mukaan yhteydessä kaksisuuntaisen mielialahäiriön puhkeamiseen. Sen sijaan äidin iällä tai vanhempien ikäerolla ei ole yhteyttä kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sairastumisen kanssa. Tutkimuksen mukaan myöskään raskausajan komplikaatioilla ja raskaudenaikaisella tupakoinnilla ei ole vaikutusta. Näin ollen pre- ja perinataalitekijöiden merkitys vaihtelee melko paljon sairastumisriskin kanssa. (Chudal 2015.)

Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyy merkittävää oheissairastavuutta (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito -suositus 2013). Monilla kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla on myös muita psykiatrisia sairauksia, kuten ahdistuneisuus-, persoonallisuus- tai syömishäiriöitä tai alkoholiriippuvuutta (Tarnanen ym. 2013). Monihäiriöisyys vaikuttaa kaksisuuntaisen mielialahäiriön ennusteseen. Esimerkiksi ahdistuneisuushäiriö kasvattaa todennäköisyyttä pitkäaikaiselle oireilulle. Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyy suurentunut itsetuho- ja itsemurhariski. Riskiä itsetuhoiseen käytökseen kasvattaa sairastuminen lapsuudessa tai nuoruudessa ja aikaisemmat itsemurhayritykset. Itsetuhoista käyt-

täytymistä esiintyy lähinnä sekamuotoisilla- ja masennusjaksoilla. Yli puolet kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista yrittää itsemurhaa elämänsä aikana. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito -suositus 2013.)

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla on lisäksi keskimääräistä enemmän somaattisia sairauksia. Yleisimpiä ovat sydän- ja verisuonisairaudet, verenpaine-tauti, metabolinen oireyhtymä, diabetes ja migreeni. Yksi merkittävimmistä so-maattisista sairauksista kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla on tyypin 2 diabetes ja verenkiertoelinten sairaudet. Kuolleisuus verenkiertoelinten sairauk-siin on melkein kaksi kertaa suurempi kuin niillä, jotka eivät sairasta kaksisuun-taista mielialahäiriötä. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito -suosi-tus 2013.)

Espanjalaisen tutkimuksen mukaan leikki-ikäisistä, 3–6-vuotiaista lapsista, jopa 15–17 % on vaarassa sairastua tai jo sairastunut johonkin mielialahäiriöön. Kysei-seen tutkimukseen osallistui 1427 espanjalaista lasta. Tutkimus toteutettiin van-hemmille ja lasten lastentarhanopettajille suunnatuilla kyselylomakkeilla sekä toi-nessa vaiheessa lääkäreiden tekemillä tutkimuksilla niille lapsille, jotka olivat kyse-lylomakkeen tulosten mukaan sairastumisvaarassa tai kärsivät jo mielialahäiri-östä. (Doménech-Llaberia, Vinas, Pla, Claustre Jane, Mitjavila, Corbella & Ca-nals 2009, 598–602.)

### **3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS**

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tehdä kuvaileva kirjallisuuskatsaus lasten mielialahäiriöiden tunnistamisesta ja hoidosta.

Tavoitteena on koota ja tuottaa ymmärrettävään muotoon tietoa lasten mielialahäiriöiden tunnistamisesta ja hoidosta sekä löytää ja tuottaa tietoa niin lääkkeettömistä hoitomuodoista kuin näihin sairauksiin käytettävistä lääkityksistäkin.

Opinnäytetyömme tehtäväksi olemme asettaneet seuraavan kysymyksen: Kuinka lasten ja nuorten mielialahäiriöitä tunnistetaan ja hoidetaan?

## 4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

### 4.1 Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyömme tutkimusmenetelmäksi valittiin yksi laadullisista tutkimusmenetelmistä, kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsaus käsittää koottua tietoa tietyltä, valmiiksi rajatulta alueelta. Kirjallisuuskatsauksen tulee vastata tiettyyn tutkimuskysymykseen eli toisin sanoen tutkimustehtävään. (Salminen 2011, 6–8.)

Kirjallisuuskatsaus on yksi yleisimmistä opinnäytetyön toteutustavoista. Kirjallisuuskatsausta tehdessään kirjoittaja tai kirjoittajat käyvät analyttisesti ja arvioiden läpi kirjoitelmansa aihepiiriä ja tutkimuskysymykseen liittyviä lähtökohtia aikaisempien aiheeseensa liittyvien tutkimusten ja tieteellisen kirjallisuuden avulla. Aiemmat tutkimukset ja muut työssä käytettävät tieteelliset lähteet toimivat suunnantajina ja ovat kirjallisuuskatsauksen välttämätön osa perusteltaessa kirjoittamaamme. Kirjallisuuskatsauksessa on kyse ikään kuin vuoropuhelusta tieteen ja kirjoittamamme työn välillä. (Jyväskylän yliopisto 2019.) Parhaimmillaan kirjallisuuskatsaus on kokonaisvaltainen ja tyhjentävä yhteenveto tutkitusta tiedosta sekä luotettava tiedon yhdistelymenetelmä. Se voi toimia pohjana näyttöön perustuvalla toiminnalla. (Joronen & Rantanen 2017; Stolt, Axelin & Suhonen 2016.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi kirjallisuuskatsauksen perustyypeistä. Sitä käytetään kirjallisuuskatsauksen kolmesta päämuodosta eniten. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, & Jääskeläinen 2013, Salminen 2011, 6–7). Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voidaan kutsua yleiskatsaukseksi. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus perustuu tutkimuskysymykseen (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, & Jääskeläinen 2013), ja tutkittava aihe pystytään kuvaamaan siinä laajalaisesti sekä luokitellen tutkittavan aiheen ominaisuuksia. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineiston valintaa eivät rajaa tiukat metodologiset säännöt, ja esimerkiksi tutkimuskysymyksen rajaaminen ei ole yhtä tiukasti määriteltyä kuin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tai meta-analyysissä. (Salminen



2011, 6–7.) Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tutkimukseen valittujen aineistojen antamien tulosten perusteella tehdään kuvaileva, laadullinen vastaus (Kangasniemi ym. 2013). Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tekoprosessissa on eroteltavissa neljä eri vaihetta: tutkimuskysymyksen asettaminen, aineiston valinta, kuvailun rakentaminen ja viimeisenä tulosten tarkastelu. Vaiheet voivat kuitenkin edetä osittain päällekkäin koko prosessin ajan. (Kangasniemi ym. 2013.)

## 4.2 Aineiston keruu

Kirjallisuuskatsauksen aineiston keruu pitää sisällään aineiston hakemisen ja relevanttien tutkimusten valinnan katsausta varten (Stolt ym. 2016). Aineiston keruussa ja valinnassa kiinnitetään huomiota siihen, että vastaavatko alkuperäistutkimukset tutkimustehtävään. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa riittävä tutkimuksien määrä riippuu tutkimuskysymyksen laajuudesta. Keskeisin peruste aineiston valinnalle on aineiston sisältö. (Kangasniemi ym. 2013.)

Aineistonkeruu tehtiin Medic- ja Cinahl-tietokannoista sekä manuaalisena tiedonhakuna Hoitotiede- ja Tutkiva hoitotyö -lehdistä. Sisäänottokriteerimme ovat: viimeisen kymmenen vuoden aikana julkaistut suomen- ja englanninkieliset vertaisarvioidut tutkimusartikkelit, tutkimusten sopivuus aiheeseemme sekä koko tekstin saatavuus maksuttomana. Poissulkukriteerimme ovat yli kymmenen vuotta vanha tutkimus, muut kuin tutkimuslähteet, tutkimusta ei ole vertaisarvioitu, kielenä muu kuin suomi tai englantia ja koko teksti ei ole saatavilla maksuttomana. (taulukko 1.)

TAULUKKO 1. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Julkaistu viimeisen kymmenen vuoden aikana	Julkaistu yli kymmenen vuotta sitten
Suomen- tai englanninkielinen	Muu kuin suomen- tai englanninkielinen
Tutkimus	Muu kuin tutkimus
Vertaisarvioitu	Tutkimusta ei ole vertaisarvioitu
Koko teksti on saatavilla maksuttomasti	Koko tekstiä ei ole saatavilla maksuttomasti
Vastaa tutkimuskysymykseemme	Ei vastaa tutkimuskysymykseemme

CINAHL-tietokannasta löysimme työhön mukaan parhaiten soveltuneita tutkimuksia 7 kappaletta. Hakumme tuotti tuloksia yhteensä 282, joista siis näin ollen rajasimme pois 275 tulosta. Rajasimme haun CINAHL-tietokannan suhteen koskemaan kymmenen vuoden sisällä julkaistuja, englanninkielisiä ja vertaisarvioituja tutkimuksia. Koko tutkimuksen tuli olla saatavilla netissä. CINAHL:n hakutyökalujen avulla pystyimme myös rajaamaan haun erikseen koskemaan tutkimuksia, joissa käsiteltiin iältään 1 kk -12-vuotiaita lapsia.

Poissuljimme hakujen tuloksista tutkimukset, joissa keskityttiin äidin tai toisen vanhemman mielialahäiriöihin ja niiden vaikutuksiin lapseen, sikiötä ja raskaudenaikaisia mielialahäiriöitä käsittelevät tutkimukset, suoraan syömishäiriöihin, unihäiriöihin tai somaattisiin sairauksiin psykologisten ongelmien pohjana keskittyvät sekä tutkimukset, joissa keskityttiin selkeästi vain lasten mielialahäiriöiden ehkäisyyn ja syihin tai yli 13-vuotiaisiin lapsiin. Tällaisia tuloksia tuli haussa jonkin verran siitä huolimatta, että olimme pyrkineet jo hakuvaiheessa rajaamaan ne pois. Monet haussa löytyneistä tutkimuksista eivät siis liittyneet tarpeeksi vahvasti aiheeseemme. Käyttämämme hakusanat löytyvät taulukosta (taulukko 2).

Medic-tietokannassa käyttäessämme hakusanoja `Bipolar depression mental AND child* bab* infant* newborn*` ja rajatessamme tulokset viimeisen kymmenen vuoden ajalle, kokoteksteihin ja alkuperäistutkimuksiin saimme tuloksia 11 kappaletta. Näistä yhdestätoista tutkimuksesta yksi koski nuorisopsykiatria, yksi sakkovankeja, yksi epilepsiaa, yksi mielenterveyssyistä työkyvyttömiä nuoria aikuisia ja yksi opiskeluterveydenhuoltoa. Rajasimme nämä viisi tutkimusta automaattisesti pois, koska ne eivät vastaa tutkimuskysymykseemme. Jäljelle jääneistä lastenpsykiatria käsittelevistä tutkimuksista rajasimme vielä yhden tutkimuksen pois, koska tutkimus ei riittävästi vastannut tutkimuskysymykseemme. Jäljelle jäi viisi tutkimusta, jotka läpäisivät sisäänottokriteerimme. Sisällönanalyysovaiheessa yksi näistä tutkimuksista karsiutui vielä pois, koska se vastasi tutkimuskysymykseemme vain lääkäreiden ja terveydenhoitajien antaman hoidon näkökulmasta.

Koska Medic on kotimainen tietokanta (Stolt ym. 2016, 46), teimme haun myös käyttämällä hakusanoja `“kaksisuuntai*”, “masennu*”, “depress*”, “bipolaa*” AND laps*, lasten*`. Rajasimme tulokset viimeisen kymmenen vuoden ajalle ja

edellytimme, että koko teksti on saatavilla, jolloin tuloksia tuli 92 kappaletta. Rajatessa alkuperäistutkimuksiin tuloksia tuli kaksi kappaletta, joista molemmat olivat jo löytyneet aikaisemmassa haussa. Kun rajausta vaihdettiin alkuperäistutkimuksien sijaan väitöstutkimuksiin, tuloksia tuli 41 kappaletta. Näistä 41 tutkimuksesta yksikään ei vastannut tutkimuskysymykseemme.

Koska Medic on kansainvälisiin tietokantoihin verrattuna pieni (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 46) ja varteenotettavia hakutuloksia tuli sieltä vain vähän, teimme myös täydentävän haun käyttämällä hakusanoja ”psykiatri\*” AND ”laps\*”, ”lasten\*”. Rajasimme tulokset viimeisen kymmenen vuoden ajalle ja edellytimme, että koko teksti on saatavilla, jolloin tuloksia tuli 187 kappaletta. Rajasimme tulokset edelleen alkuperäistutkimuksiin, jolloin tuloksia tuli 11 kappaletta. Näistä yhdestätoista tutkimuksesta osa oli jo löytynyt muilla hakusanoilla ja loput eivät vastanneet tutkimuskysymykseemme. Vaihdoin rajauksen alkuperäistutkimuksesta väitöskirjaksi, jolloin tuloksia tuli 46 kappaletta. Näistä osa oli muilla hakusanoilla löytyneitä tuloksia ja osa ei vastannut tutkimuskysymykseen. Joukosta löytyi kaksi tutkimusta, jotka liittyivät tutkimuskysymykseemme, eikä niitä ollut löytynyt muilla hakusanoilla. Tulosten käsittelyvaiheessa karsimme vielä yhden Medicin kautta löytyneistä tutkimuksista pois, koska se ei vastannut riittävästi tutkimuskysymykseemme.

TAULUKKO 2 Aineiston haun tietokannat, hakusanat ja hakutulokset

Tietokanta ja hakusanat	Tulokset	Rajauksen jälkeen	Sisällön tarkastelun jälkeen
<b>CINAHL</b> mental health OR depression OR bipolar disorder AND children OR child OR baby OR kids OR early AND signs and symptoms OR medication	2158	282	7
<b>Medic</b> Bipolar depression mental AND child* bab* infant* newborn*	590	11	4
<b>Medic</b> ”kaksisuuntai*”, ”masennu*”, ”depress*”, ”bipolaa*” AND laps*, lasten*	245	41	0
<b>Medic</b> ”psykiatri*” AND ”laps*”, ”lasten*”	640	46	1

Teimme lisäksi manuaalista tiedonhakua *Hoitotiede-* ja *Tutkiva hoitotyö* -lehdistä, mutta yksikään artikkeli viimeisen kymmenen vuoden aikana julkaistuissa lehdissä ei vastannut riittävästi tutkimuskysymykseemme.

Loppujen lopuksi mukaan valikoitui siis 12 tutkimusta, joista seitsemän löysimme CINAHL-tietokannan ja viisi Medic-tietokannan kautta.

### **4.3 Aineiston sisällönanalyysi**

Aineiston analyysi tapahtuu osittain samanaikaisesti aineiston valinnan kanssa (Ahonen, Kangasniemi, Utriainen, Pietilä & Jääskeläinen 2013). Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jossa etsitään tekstin merkityksiä. Se perustuu tulkintaan ja päättelyyn. Aineistolähtöisessä analyysissä on tarkoituksena rakentaa tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Analysoijan aikaisempi tieto tai havainnot eivät saa vaikuttaa analyysin tekemiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

Analyysin tekeminen aloitetaan aineiston alkuperäisilmauksien pelkistämällä eli redusoinnilla, joka voi olla joko saadun tiedon tiivistämistä tai jakamista osiin. Pelkistämisen jälkeen alkaa aineiston klusterointi eli ryhmittely. Tällöin pelkistetyt ilmaisut jaotellaan yhtäläisten ilmaisujen luokiksi. Näille luokille annetaan sisältöä kuvaava nimi. Tämän jälkeen luodaan yläkategorioita ja nimetään ne sisältöön sopiviksi. Näiden eri kategorioiden avulla vastataan tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

Olemme toteuttaneet opinnäytetyön sisällönanalyysin edellä kuvatun teorian mukaisesti. Ensin haimme aineistosta ilmaisuja, jotka vastaavat tutkimuskysymykseemme. Tämän jälkeen pelkistimme ilmaukset ja jaoimme ne muodostamiimme alaluokkiin (taulukko 3). Lopuksi muodostimme yläluokat ja jaoimme alaluokat niiden alle (taulukko 4).

## TAULUKKO 3.

Esimerkki suorien lainausten pelkistyksestä ja niiden ryhmittelystä alaluokiksi

Lainaus aineistosta	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
“MDD (in children) is characterized by persistent feelings of sadness, anhedonia or irritability-- changes in energy level, sleep and appetite are also present...”	Lasten vaikean masennuksen oireisiin kuuluvat pysyvät surullisuuden tunteet, anhedonia (mielihyvän tunteen lasku), ärtyisyys, muutokset energiatasoissa, nukkumisessa ja ruokahalussa.	Lasten masennuksen oireet
“Symptoms of depression vary as per age and developmental level; affective symptoms and cognitive distortions in childhood are similar to adults, whereas biological symptoms such as changes in sleep and appetite are different.”	Masennuksen oireet vaihtelevat riippuen iästä ja kehitystasosta. Osa oireista on samanlaisia kuin aikuisilla, mutta biologiset oireet ovat erilaisia.	

## TAULUKKO 4. Esimerkki alaluokkien ryhmittelystä yläluokiksi

Alaluokka	Yläluokka
Lasten mielialahäiriöiden oireet	Lasten mielialahäiriöiden tunnistaminen
Lasten masennuksen oireet	
Lasten kaksisuuntaisen mielialahäiriön oireet	
Muut lasten mielialahäiriöiden tunnistamiskeinot	Lasten mielialahäiriöiden hoito
Lasten mielialahäiriöiden hoito sairaanhoidossa	
Lääkehoito lasten mielialahäiriöiden hoitokeinona	
Lääkkeettömät hoitokeinot lasten mielialahäiriöiden hoitokeinona	

## 5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Opinnäytetyömme tuloksista käy ilmi, että lasten mielialahäiriöihin liittyy moninaisia erilaisia oireita, joiden avulla mielialahäiriötä voidaan tunnistaa. Oireita voidaan myös jakaa oireryhmien alle. Tunnistamisen apukeinona voidaan käyttää esimerkiksi erilaisia kyselylomakkeita. Tuloksista käy ilmi, että lasten mielialahäiriötä hoidetaan niin lääkkeellisillä, kuin myös lääkkeettömillä keinoilla sekä näiden yhdistelmillä. Jaoin tulokset yläotsikoittain taulukkoon (taulukko 5).

TAULUKKO 5. Opinnäytetyön lopullisten tulosten otsikot jaoteltuna taulukkoon

<b>Lasten mielialahäiriöiden tunnistaminen</b>	<b>Lasten mielialahäiriöiden hoito</b>
Lasten kaksisuuntaisen mielialahäiriön oireet	Lasten mielialahäiriöiden hoito sairaanhoidossa
Lasten masennuksen oireet	Lääkehoito
Muut lasten mielialahäiriöiden tunnistamiskeinot	Läkkeettömät hoitomuodot

### 5.1 Lasten mielialahäiriöiden tunnistaminen

Lasten mielialahäiriöiden tunnistaminen on haasteellista. Lapsilla oireet saattavat sekoittua helposti erilaisten muiden somaattisten tai psyykkisten sairauksien oireisiin. Useilla mielialahäiriötä sairastavilla lapsilla on jo aiemmin diagnosoitu esimerkiksi ahdistuneisuushäiriö tai ADHD. Monet asiantuntijat myös välttävät kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosin tekoa alle 12-vuotiaille. (Gautam, Jain, Gautam, Gautam & Jagawat 2019, 294.)

Lasten mielialahäiriöiden tunnistamisessa voidaan käyttää apukeinona erilaisia työkaluja, joista yksi on erilaiset kyselytutkimukset. Tampereen yliopistollisessa sairaalassa lasten psykiatrisen osastohoidon alku- ja loppuarvioinneissa käytetään LAPS-lomaketta, joka on 4–13-vuotiaiden lasten psykososiaalisen hyvinvoinnin arviointimenetelmä. LAPS-lomakkeessa katsotaan kokonaispistemäärää

erilaisten lapsen toimintaa ja esimerkiksi kehitystasoa arvioivien kysymysten jälkeen. Pistemäärä 4–7 osoittaa lapsen tarpeen perustason tukitoimiin, ja tätä korkeampi pistemäärä viittaa erikoissairaanhoidon arvion tai / ja hoidon tarpeeseen. Lisäksi käytetään CGAS (Children’s Global Assessment Scale)-mittaria arvioimaan lapsen yleistä toimintakykyä ja HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales For Children) - mittaria, joka arvioi lasten ja nuorten oireita sekä sosiaalista että fyysistä toimintakykyä. CGAS-mittari on todettu arvioijasta ja ajasta riippumatta kansainvälisesti luotettavaksi. (Friberg ym. 2019, 2944.) Esimerkiksi Yhdysvalloissa ja Kanadassa taas on käytössä CDRS-R (Children’s Depression Rating Scale- Revised) - kysely. (Dineen Wagner 2018 8; Korczak 2012, 572).

Jo leikki-ikäisissä, 2–6-vuotiaissa, lapsissa on kuitenkin tunnistettavissa oireita ja käyttäytymisen piirteitä, jotka viittaavat mielialahäiriöihin tai niiden myöhemmän puhkeamisen todennäköisyyteen. Kolme tyypillisintä mielialahäiriöihin viittaavaa oireluokkaa lapsilla ovat somaattiset oireet, ärtyneisysoireet ja itsetunte- muksen ongelmiin liittyvät oireet. (Suto, Kita, Suzuki, Inagaki & Misago 2017, 1546, 1550.)

Japanilaisessa tutkimuksessa leikki-ikäisten lasten oirehdintaa tutkittiin diagno- soimattomien leikki-ikäisten lasten vanhemmilla teetetyllä laajalla kyselytutkimuk- sella (MHII = The Mental Health Inventory for Infants). Tutkimukseen osallis- tui 529 vanhempaa, joiden lapset olivat 2–6 –vuotiaita. (Suto ym. 2017, 1547– 1548.) Tutkijat jakoivat tutkimustulokset kategorioihin, ja määrittelivät erilai- set vastauksissa kuvatut oireet kolmeen eri tyyppiluokkaan: ärtyneisysoireisiin, somaattisiin oireisiin sekä itsetuntemukseen liittyviin oireisiin. Eri oirekuvaukset jaettiin myös riskiluokkiin, jotka saattavat ennustaa mielenterveyshäiriöihin sai- rastumista. Tällaisia vakavimmiksi luokiteltuja ärtyneisysoireita olivat esimer- kiksi tavaroiden lyöminen ja rikkominen, toisten ihmisten lyöminen ja potkiminen, muille ihmisille epätavallisen epäkohteliaasti puhuminen, riskialtis käytös, tarkoi- tuksellinen vanhempien suuttaminen sanallisesti ja impulssikontrollin vaikeu- det. Itsetuntemukseen liittyviä oireita olivat yksinäisyys, erityinen riippuvuus van- hemmista, ylisensitiivisyys: itkee ja tuntee itsensä surulliseksi epätavallisen her- kästi, ahdistuneisuus ja hermostuneisuus. Somaattisiin oireisiin kuuluivat väsy-

neisyys ja uneliaisuus, yskiminen, erilaiset säryt, kuten pää- ja vatsasärky, ummetus tai ripulointi sekä kutina ja ihon raapiminen ilman selkeää syytä. (Suto ym. 2017, 1548–1550.)

Edellä kuvattu tutkimus osoittaa myös, että leikki-ikäisen sukupuoli vaikuttaa jonkin verran oireiden ilmenemistapaan. Poikalapsilla ilmeni tyttölapsia enemmän ärtyisyyttä ja aggressiivisuutta, ja tyttölapsilla taas tunnekäsittelyyn ja mielialaan liittyviä ongelmia, kuten ahdistuneisuutta, indikaattorina mielialahäiriöistä. Toisaalta psykosomaattisissa oireissa ei huomattu selkeitä eroja sukupuolien välillä. (Suto ym. 2017, 1549–1550.) Suomalaisen tutkimuksen mukaan lastenpsykiatrisessa hoidossa pojat ovat enemmistössä, ja nuorisopsykiatrisessa taas tytöt. Ahdistuneisuusoireisto on yleisempää tytöillä myös tämän tutkimuksen mukaan. (Friberg, Kakko, Salmelin & Borg 2019, 2944–2945.)

### **5.1.1 Lasten masennuksen oireet**

Aikaisessa elämänvaiheessa alkanut vaikea masennus on vakava sairaus, johon liittyy aikuisiässä alkanutta masennusta enemmän koko elinkaaren toistuvia sairaalahoitajaksoja, vaikeita toiminnan häiriötä sekä korkea itsemurhariski. Toisen vanhemman sairastama masennus on yksi suurimmista lapsuusiän masennuksen riskitekijöistä. Sairauden nopea havaitseminen ja hoidon aloittaminen ovat äärimmäisen tärkeitä, ja voivat laskea lapsen itsemurhariskiä. Lapsuusiän masennuksen toteaminen vaatii erityistä tarkkanäköisyyttä, sillä lapsilla on aikuisiin verrattuna rajatut keinot ilmaista tunteitaan ja kokemaansa. Lapsen kuuntelu on kuitenkin erittäin tärkeää, sillä nuorikin lapsi on omien kokemustensa ja sisäisen maailmansa tärkein asiantuntija ja sanoittaja. (Korczak, 2012, 572.)

Lasten masennuksen oireet vaihtelevat riippuen lapsen iästä sekä kognitiivisesta, emotionaalisesta että sosiaalisesta kehitystasosta. Näistä seikoista riippumatta yleisiä oireita ovat mielialan lasku, anhedonia eli kyvyttömyys tuntea mielihyvää, ja kognitiiviset vääristymät. Tavallisia oireita ovat myös huono itsetunto, toivottoisuus ja negatiiviset attribuutiot. Masennus ei lapsilla välttämättä vaikuta uneen, ruokahuuun tai painoon. Myöskään harhaluulot eivät ole yleisiä masen-



nuksen oireita lapsilla. Lapset eivät välttämättä pysty sanoittamaan, että he tuntevat itsensä masentuneeksi. Sen sijaan masennus voi oirehtia ärtyisyytenä, raivo-kohtauksina, epävakaina mielialana, matalana pettymyksensietokykyinä, somaattisina oireina ja sulkeutuneisuutena. (Patra 2019, 301.) Myös kanadalainen tutkimus kuvaa lapsuusajan masennuksen oireiksi anhedonian, energiatasojen heittelyn, ärtyisyyden, vahvat surullisuuden tunteet sekä vaikeuden selvittää päivittäisistä toimista. Oireet voivat olla vaihtelevia. (Korczak 2012, 572.)

Tapauskuvauksessa 11-vuotiaan pojan masennuksen oireiksi kuvattiin aiempaa helpommin ja useammin ilmennyttä pahantuulisuutta sekä ärtyisyyttä, keskittymiskyvyn ongelmia, haluttomuutta tehdä aiemmin häntä kiinnostaneita asioita ja osallistua harrastuksiin, vaikeuksia koulutöiden suorittamisessa sekä nopeaa painon nousua. Somaattisina oireina poika kuvasi säännöllisesti vatsakipuja ja päänsärkyä sekä kehnosti nukkumista. Poika koki väsymystä päivän ajan, muttei pystynyt nukkumaan öisin. Hän kertoi kokevansa olonsa surulliseksi ja hänestä tuntui, ettei kukaan pidä hänestä, siitäkin huolimatta, että hänellä oli ystäviä ja perhe. Hän koki, ettei pystynyt enää keskittymään koulussa kuten vielä aiemmin samana vuonna. Häntä ei myöskään kiinnostanut enää osallistua ystäviensä kanssa yhteisiin aktiviteetteihin. (Korczak 2012, 572.)

### **5.1.2 Lasten kaksisuuntaisen mielialahäiriön oireet**

Yhdysvaltalaistutkimuksen mukaan kaksisuuntaisen mielialahäiriön tyypistä riippumatta siihen sairastuneiden lasten oireet kuvataan kaiken kaikkiaan yhdenmu-kaisina. Kuvattuja oireita ovat lisääntynyt energisyys, univaikeudet ja ärtyisyys. (Vande Voort, Singh, Bernardi, Wall, Swintak, Schak & Jensen 2015, 496–497.)

Lasten kaksisuuntainen mielialahäiriö alkaa useimmiten oireilla vakavan masennusjakson kautta. Muita oireita ovat esimerkiksi kognition ongelmat, tunneongelmat ja tunnetilojen yliaktiivisuus. Varhaisessa vaiheessa oireet ovat usein epätyypillisiä. (Gautam ym. 2019, 294.)

### **5.1.3 Muut lasten mielialahäiriöiden tunnistamiskeinot**

80–95 %:lla masennusta sairastavista lapsista on psykiatrista oheissairastavuutta, joista yleisin on eroahdistus (Patra 2019, 301). Muita tyypillisiä masennuksen kanssa samanaikaisesti esiintyviä diagnooseja lapsilla ovat esimerkiksi ahdistuneisuushäiriöt, käytöshäiriöt ja ADHD. (Gautam ym. 2019, 294; Patra 2019, 301.)

## **5.2 Lasten mielialahäiriöiden hoito**

Lasten mielialahäiriöiden hoitoon kuuluu niin lääkkeellisiä, kuin myös lääkkeettömiä hoitokeinoja (Patra 2019; Vande Voort, Singh, Bernardi ym. 2015). Moni opinnäytetyöhön valikoitunut tutkimus käsittelee myös yleisellä tasolla lasten mielialahäiriöiden hoitoa sairaanhoidossa, joten 5.21-kohdassa kerrotaan näistä tuloksista.

### **5.2.1 Lasten mielialahäiriöiden hoito sairaanhoidossa**

Lasten osastojaksot mielenterveyssyistä ovat lisääntyneet Suomessa viime vuosina, ja vaikeatasoinen masennus on yksi yleisimmistä syistä lasten osastohoitoon ohjaamiselle akuutisti (Friberg ym. 2019, 2944; Huikko, Lämsä, Santalahti, Torniainen-Holm, Kovanen, Vuori & Tuuli-Henriksson 2020, 79; Talka & Kumpulainen 2015). Myös kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien lasten sairaalahoitajakset ovat yleisiä (Vande Voort, Singh, Bernardi, ym. 2015, 497). Diagnoosit itsessään eivät ole lisääntyneet, mutta lasten mielenterveyshäiriöiden profiileissa on tapahtunut muutoksia ja hoitoon ohjautuvuus on parantunut (Friberg ym. 2019, 2944). Lasten mielenterveyshäiriöiden osastohoitoon Suomessa johtavia oireita ovat aggressiivisuus ja itsetuhoisuus yhdessä tai erikseen ilmentyvinä. Sahan potilaan tutkimusaineistosta jopa 15 % osastohoidettavista lapsipotilaista oli käytetty M1-lähetettä eli tahdonvastaiseen hoitoon ohjaavaa hoitolähetettä. (Friberg ym. 2019, 2944–2946.)

Osastohoidon lisäksi käynnit päivystyksessä ja ensiapupoliklinikalla ovat yleisiä kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla lapsilla (Vande Voort, Singh, Bernardi ym. 2015, 497). Mielenterveyssyisten lasten päivystysläheteiden määrän kasvu Suomessa on ollut merkittävää, 52 % vuodesta 2015 vuoteen 2018 (Friberg ym. 2019, 2944). Myös toisen suomalaisen tutkimuksen mukaan lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon läheteiden määrä kasvoi tutkimusaikana, noin vuoden jaksolla, 23 % ja samalla ajanjaksolla läheteen käsittelyä yli kolme viikkoa odottaneiden määrä väheni merkittävästi (Virtanen 2018, 11). Monihäiriöisyys myös sairaalahoitoa saaneilla lapsilla oli tavanomaista, sillä lähes 75 % heistä oli hoitojakson jälkeen enemmän kuin yksi mielenterveyssairauden diagnoosi (Friberg ym. 2019, 2946).

Ensisijaisesti lasten ja nuorten kaksisuuntaista mielialahäiriötä olisi sitä sairastavalle mielekkäintä hoitaa kotioloissa. Ajoittain akuuteissa tilanteissa osastohoito sairaalassa on kuitenkin tarpeen. Olisi hyvä, että sekä vanhemmat että lapsi olisivat suostuvaisia lapsen sairaalahoitoon. (Gautam ym., 295.)

Suomalaisessa tutkimuksessa pyrittiin selvittämään lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laatua ja potilastyytyväisyyttä. Tutkimusta varten tuotettiin malli, jolla arvioitiin hoidon laatua kolmella eri tavalla: rakenneperusteisesti, prosessiperusteisesti ja tulosperusteisesti. Tulosperusteinen arviointi toteutettiin lapsipotilaille (n.=978), heidän läheisilleen (n.=684) ja hoidossa mukana olleille yliopistosairaalan ja yhteistyötahojen työntekijöille (n.=1513) suoritetun kyselytutkimuksen kautta. Tutkittuja hoitotapahtumia oli jopa 1068. Valtaosin hoidon laatuun oltiin tyytyväisiä, mutta kehittämisen kohteitakin löytyi. (Virtanen 2018, 10–12.) Esimerkiksi käynneillä mukana olleista aikuisista noin 95 % oli sitä mieltä, että käynnillä käsiteltiin keskeisiä asioita, 96 % koki tilanteen turvalliseksi, 91 % että käynti oli hyödyllinen ja 88 % että oma asia tuli kuulluksi. Lapsipotilaista 51 % kertoi, että heidän mielestään käynnillä puhuttiin oikeista asioista ja 17 % vastasi, ettei tiennyt puhuttiinko käynnillä oikeista asioista. Noin 50 % koki, että aikuiset ymmärsivät hyvin lapsen tilannetta ja noin 18 % koki, että aikuiset ymmärsivät hieman. (Virtanen 2018, 100–106.)

*Verkostotyötä* lasten mielenterveysongelmien hoitamiseksi tehdään Suomessa laajasti eri sairaanhoitopiireissä. Sen sisältö vaihtelee eri sairaanhoitopiirien välillä, mutta sitä tehdään kaikissa sairaanhoitopiireissä. Verkostotyö koskee yhteistyötä esimerkiksi päiväkodin, koulun, sosiaalipalvelujen, lastentai perheneuvolan ja terveyskeskuslääkärien kanssa (Huikko ym. 2018, & Huikko ym. 2020, 80). Yleistä on myös *perhekeskusmallin* käyttö. Perhekeskusmallia kokeillaan verkostoimaan julkisen sektorin palvelujen ohella myös kolmannen sektorin palveluja, jotta lapsi saisi mahdollisimman kokonaisvaltaista ja yksilöllistä, itselleen sopivaa hoitoa, ja jotta myös lapsen perhe tulisi tasavertaisesti huomioonotetuksi. Perhekeskusmallin toimintaan osallistuvat esimerkiksi seurakunnat, järjestöt ja vapaaehtoiset toimijat. (Huikko ym. 2020, 80.)

Suomessa toteutettiin kyselytutkimus vuonna 2019 puolistrukturoidun haastattelun avulla erisuuruisten kuntien terveyskeskuslääkäreille heidän kokemuksistaan lasten mielenterveyspalvelujärjestelmästä. Tutkimukseen osallistui 17 terveyskeskuslääkäriä. Lääkärit toivat kaiken kaikkiaan ilmi enemmän kielteisiä kuin myönteisiä mielipiteitä lasten mielenterveyspalvelujärjestelmän toimintaan liittyen. (Huikko ym. 2020, 80.)

Lääkärit kokivat saatavuudeltaan haastaviksi palveluiksi kuraattorien, psykologien, terveydenhoitajien ja erikoissairaanhoidon lääkärien palvelut. Edellä mainituilla ammattihenkilöillä koettiin olevan monissa kunnissa liian vähäiset resurssit tukea ja seurata mieleltään oireilevia lapsia. Saatavuudeltaan paremmiksi taas koettiin esimerkiksi perheneuvolan ajat, kiireelliset mielenterveysajat sekä nopea perhekeskukseen pääsy ja perhekeskusmallin käyttö. Joihinkin palveluihin taas oli yli puolen vuoden jonotusaika. Eräässä kunnassa oli laadittu moniammatillisessa yhteistyössä laaja-alainen neuvonta-aineisto hoitajien työvälineeksi lasten mielenterveysongelmiin liittyen, ja tämä koettiin positiiviseksi myös lääkärien näkökannalta. (Huikko ym. 2020, 80–83.)

Moniammatillinen työskentely lapsen hyväksi koettiin pääosin toimivana. Lääkärien saatavuus paikalle etenkin kouluterveydenhuollon moniammatillisiin ta-

paamisiin ja kannanottoihin oli haasteellista. Kielteiseksi koettiin etenkin suurissa kunnissa tiedonkulku lapsen tilanteeseen liittyen eri ammattikuntien välillä, esimerkiksi riittävien esitietojen saanti potilaasta. (Huikko ym. 2020, 80–83.) Lääkärit kokivat ongelmalliseksi erikoissairaanhoidon tehtyjen läheteiden palauttelun lähettävälle taholle, jolloin lapsen erikoissairaanhoidon pääsy saattoi viivästyä tai estyä kokokaan, vaikka perusterveydenhuollossa koettiin tarvetta hoidolle olevan (Huikko ym. 2020, 85).

Suomessa lasten mielenterveyspalvelujen ja lastenpsykiatrisen hoidon haasteena on niiden saatavuuden ja hoitoon pääsyn nopeuden selkeä alueellinen vaihtelu ja toiminnan epäyhtenäisyys. Myös samojen hoitomenetelmien käyttö uudelleen hoitoketjun eri vaiheissa koetaan ongelmalliseksi. Hoitoketjun alkupäässä, yleensä siis perusterveydenhuollossa, jopa kolmannes lapsipotilaista ja heidän perheistään voi kokea jääneensä ilman apua. (Huikko ym. 2020, 79, 86.)

### **5.2.2 Lääkehoito**

Lasten psykiatristen häiriöiden hoidossa psykoosilääkkeiden käyttö on lisääntynyt Suomessa ja maailmalla viimeisten vuosien aikana. Samalla kuitenkin itse psykoosi antipsykoottien käyttöaiheena on vähentynyt. Psykoosilääkkeiden lisäksi myös melatoniinia käytetään ja sen käyttö on lisääntynyt, sillä unihäiriöt ovat yleisiä lastenpsykiatristen sairauksien liitännäisoireita. Antipsykoottien käyttö lisääntyi selkeästi lasten osastohoitojaksojen aikana. (Friberg ym. 2019, 2946.) Suomalaisen tutkimuksen mukaan psykiatriselta akuuttiosastolta kotiutuvista, mielialahäiriötä sairastavista lapsista 44 %:lla on käytössään säännöllinen psykotrooppinen lääkitys. Psykotrooppisista lääkkeistä yleisin on masennuslääke, jota tutkimuksen mukaan käyttää neljäsosa osastolta kotiutuvista, mielialahäiriötä sairastavista lapsista. Lähes yhtä yleistä mielialahäiriötä sairastavilla lapsilla on antipsykoottilääkitys. (Talka & Kumpulainen 2015.)

Lääkehoitoa käytetään lasten masennuksen hoidossa psykoterapian ohella, mikäli masennus on keskivaikea tai vaikea. Lääkitys on aiheellinen myös, mikäli

lapsella on kohonnut riski tehdä itsemurha tai hänen masennukseensa liittyy psykoottisia piirteitä. Masennuslääkityksen valintaan vaikuttavat masennuksen vakavuus ja potilaan yksilölliset piirteet sekä kehitystaso. (Patra 2019, 304). Sitalopraami on yleisimmin käytetty masennuslääke lapsilla Suomessa (Friberg ym. 2019, 2945; Talka & Kumpulainen 2015), mutta fluoksetiini on lähes yhtä yleinen (Talka & Kumpulainen 2015).

Lapset ja nuoret kärsivät aikuisia herkemmin haittavaikutuksista etenkin antipsykoottilääkkeisiin liittyen. Tästä syystä lasten kaksisuuntaisen mielialahäiriön lääkehoitoon tulisi kiinnittää erityistä huomiota ja suhtautua erityisellä tarkkuudella, ottaen huomioon lapsen tilanne kokonaisvaltaisesti. Lääkitystä tulisi testata vähintään neljän-kuuden viikon ajan ennen lopullista päätöstä lääkityksen sopivuudesta lapselle tai nuorelle. Psykoterapian ja muiden psykologian apukeinojen tulisi olla ensisijaisia auttamisen muotoja. Lääkehoidon tullessa kyseeseen, ovat lääkehoidon jatkuvuus ja hoitoon sitoutuminen tärkeitä. Lääkehoidon purkamista tulisi harkita vasta vähintään 12 kuukauden oireettoman jakson jälkeen. (Gautam ym., 295–296.)

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla lapsilla käytössä olevista lääkkeistä yleisimmät ovat mielialantasaajat, antipsykootit ja masennuslääkkeet. Masennuslääkkeistä käytetään pääsääntöisesti SSRI-lääkkeitä. Monella on käytössä samanaikaisesti sekä mielialaa tasaava, että antipsykoottilääkitys. Lääkitys usein myös vaihtuu hoidon aikana. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla lapsilla on lääkkeisiin liittyviä käyntejä heitä hoitavassa yksikössä keskimäärin kerran kahdessa kuukaudessa. Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön hoitoa saavista lapsista 55 %:lla on käytössään pelkkä lääkehoito, kun taas loput 45 % käyvät lääkehoidon ohella myös psykoterapiassa. (Vande Voort, Singh, Bernardi, ym. 2015, 497.)

Intialainen tutkimus toteaa lasten kaksisuuntaisen mielialahäiriön maniavaiheen yleisimmin käytettävien lääkeaineiden olevan olantsapiini, ketiapiini ja risperidoni. Masennusvaiheen hoidossa käytetyin lääkeaine on fluoksetiini, lähes aina siten, että käytetään olantsapiini-fluoksetiini-yhdistelmälääkettä. Litiumia sisältävää lääkettä suositellaan käytettäväksi, jos odotettavissa on pitkäaikainen lääkehoito. (Gautam ym. 2019, 295–296.)

Fluoksetiini-oltansapiini yhdistelmälääkkeen vaikutusta tutkittiin yhdysvaltaisilla lapsilla plasebo-tutkimuksella. Tutkimus suoritettiin kahdella 10–17-vuotiaista lapsista koostuvalla vertailuryhmällä. Toisen ryhmän osallistujat (n. 170) saivat kahdeksan viikon ajan fluoksetiini-oltansapiini-yhdistelmälääkettä ja toisen (n. 85) plasebo-lääkettä. Annoskoot vaihtelivat 6/25 mg annoksesta 12/50 mg annoskokoon. Testijakson jälkeen tehdyn masennusoirekyselyn CDRS-R:n sekä nuorten maniaoirekyselyn perusteella fluoksetiini-oltansapiinia saaneen ryhmän lasten oireet olivat helpottaneet. Tämä lääke ei kuitenkaan juuri vaikuttanut itse-tuhoisten ajatusten ilmenemiseen. Fluoksetiini-oltansapiinia saaneilla lapsilla ilmeni verrokkiryhmään verrattuna painonnousua, ruokahalun lisääntymistä, uneliaisuutta ja väsymystä sekä vapina- ja tärinäoireita haittavaikutuksina lääkeaineesta. (Dineen Wagner 2018, 8.)

Lurasidonin vaikutusta tutkittiin myös plasebo-tutkimuksella, jossa kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista 10–17-vuotiaista lapsista (n. 347) noin puolet (n. 175) sai kuuden viikon tutkimusjakson ajan lurasidonia ja puolet (n. 172) plasebo-lääkettä hoitamaan erityisesti kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakson oireita. Lurasidonin annostus vaihteli testiryhmäläisestä riippuen 20 mg annoksesta 80 mg annokseen. Lurasidonin huomattiin vaikuttavan selkeästi mielialaa kohentavalla tavalla. Tämä todettiin testiryhmäläisten testijakson aluksi ja lopuksi masennuskyselyn avulla. Tässä vertailututkimuksessa lurasidonilla ei kuitenkaan todettu olevan merkittävää vaikutusta manian oireisiin, painoon, kognitiivisiin suorituksiin, ekstrapyramidaalisiin oireisiin tai itse-tuhoisten ajatusten ilmenemiseen. Haittavaikutuksina lurasidonista ilmeni väsymyksiä tai uneliaisuutta ja pahoinvointia. (Dineen Wagner 2018, 8.)

Tutkimus suoritettiin myös lääkkeellä, jonka vaikuttava aine oli litium. Tutkimukseen osallistui 27 kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavaa nuorta, jotka kaikki saivat litiumia sisältävää lääkettä. Nuorten masennuskyselyn tuloksissa tapahtui selkeää paranemista yli 50 % osallistuneista nuorista kuuden viikon kokeilujakson jälkeen. Toisaalta litiumin käyttöön ja aloittamiseen liittyi useita haittavaikutuksia: päänsärkyä, pahoinvointia, oksentelu, vatsakipu ja vatsakrampit. (Di-

neen Wagner 2018, 8.) Intialainen tutkimus toisaalta toteaa, että litiumia tulisi testata vähintään kahdeksan viikon ajan luotettavien tulosten saamiseksi (Gautam ym. 2019, 596).

Muita lasten kaksisuuntaisen mielialahäiriön lääkehoidossa käytettyjä ja tutkittuja lääkeaineita edellä mainitun Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan ovat esimerkiksi ketiapiini, lamotrigiini ja uridiini (Dineen Wagner 2018, 7–8).

### **5.2.3 Lääkkeettömät hoitomuodot**

Lasten masennusta voidaan hoitaa muun muassa psykoterapialla (Patra 2019, 302–303). Amerikkalaistutkimuksen mukaan suuri osa kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista lapsista eivät kuitenkaan saa psykoterapiaa. Niillä lapsilla, jotka saavat psykoterapiaa, keskimääräinen käyntitiheys on kerran kahdessa kuukaudessa. Tutkimus koskee 6-vuotiaita ja sitä vanhempia lapsia. (Vande Voort ym. 2015, 497.)

Intialaisen tutkimuksen mukaan erilaisia lapsuusiän mielialahäiriöiden hoitoon käytettyjä terapiahoitomuotoja ovat perhekeskeinen terapia (FFT = Family Focused Treatment), yksilöllinen tai perhekeskeinen psykoedukationaalinen psykoterapia, lapsi- ja perhekeskeinen kognitiivinen käyttäytymisterapia sekä muut erilaiset käyttäytymisterapiat. (Gautam ym. 2019, 301–303.)

Perhekeskeinen terapiamuoto (FFT) on suunniteltu mielialahäiriötä sairastaville teini-ikäisille, 12–17 –vuotiaille lapsille. Se käsittää yhdeksän kuukauden jaksolla 21 tapaamiskertaa, joita harvennetaan ajan kuluessa. FFT on suunnattu lapsen lisäksi myös hänen huoltajilleen sekä sisaruksilleen. Tapaamiskerroilla keskitytään lapsen lisäksi koko muun perheen jaksamiseen, ymmärrykseen sairaudesta, tunnekäsittelyyn, ongelmanratkaisukyvyyn sekä itsesätely- ja ohjautuvuuden kehittämiseen. Terapiamuodossa pyritään huomioimaan lapsen ja perheen tilanne kokonaisvaltaisesti. Ajatuksena on, että perheen hyvinvoinnilla ja ymmärryksellä lapsen sairaudesta on suuri merkitys myös lapsen sairauden tilanteeseen ja oireiden lieventymiseen. (Gautam ym. 2019, 301.)



Toinen esille nostettava terapiamuoto on psykoedukationaalinen psykoterapia. Tätä terapiamuotoa voidaan toteuttaa joko yksilöllisesti tai perhekeskeisenä. Terapiamuodon tarkoituksena on lisätä lapsen ja vanhempien tietoisuutta sairaudestaan: sen syistä, ilmenemistavoista ja hoitomuodoista ja auttaa tätä kautta sairauden ymmärtämisessä ja hyväksymisessä. Terapia pyrkii ennaltaehkäisemään itsetuhoista käytöstä ja esimerkiksi huumaavien aineiden väärinkäyttöä keinona hallita tai lääkittää sairautta. Lapselle opetetaan työkaluja, niin kutsuttu työkalupakki, avuksi kehittämään tunteiden hallintaa, verbaalista ja non-verbaalista viestintää ja impulssien kontrollointia. (Gautam ym. 2019, 302.)

Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan masennusta sairastavilla lapsilla on käytössään täydentäviä ja vaihtoehtoisia hoitomuotoja enemmän kuin niillä lapsilla, jotka eivät sairasta masennusta tai muita mielenterveyden häiriöitä. Vaihtoehtoiset hoitomuodot ovat käytössä erityisesti niillä lapsilla, jotka kärsivät masennuksen lisäksi myös ahdistuksesta. Pelkästä masennuksesta ilman ahdistusoireita kärsivistä ei saatu tutkimuksessa riittävästi näyttöä. Tutkimus koskee 7-vuotiaita ja sitä vanhempia lapsia. Yleisimmin käytössä olevia vaihtoehtoisia ja täydentäviä hoitomuotoja ovat esimerkiksi kehon ja mielen yhdistävät harjoitukset. Välittömästi saatavilla olevien hoitomuotojen käyttö on yleisempää kuin sellaisten, joihin tarvitsee käydä kurssin tai ammattilaisen apua. Tutkimuksessa CAM-hoitoihin eli täydentäviin ja vaihtoehtoisiin hoitomuotoihin ei lasketa vitamiinien ja mineraalien käyttöä, eikä rukousta. Erityisen yleistä vaihtoehtoisten ja täydentävien hoitomuotojen käyttö on sellaisten masennusta sairastavien lasten keskuudessa, joiden vanhemmat ovat korkeakoulutettuja ja hyvätuloisia. Täydentävien ja vaihtoehtoisten hoitomuotojen käyttö on yleisempää lääkkeitä käyttävillä kuin lääkkeitä käyttämättömillä lapsilla. Lapsista, joiden perheiden mukaan heillä ei ole ollut varaa mielenterveysneuvontaan, jopa 47,3 % käyttää vaihtoehtoisia ja täydentäviä hoitomuotoja. Näiden hoitomuotojen käyttö on myös yleistä, jos lapsella on masennuksen lisäksi myös jokin somaattinen sairaus, kuten esimerkiksi astma. (Kemper, Gardiner, Birdee 2013, 542–543.)

## 6 POHDINTA

### 6.1 Luotettavuus ja eettisyys

Tieteen etiikalla tarkoitetaan eettisten kantojen vaikuttavuutta tutkijan tieteellisessä työssään tekemiin ratkaisuihin. Hyvään tutkimukseen kuuluu sitoutuminen eettisyyteen. Eettisyys koskee esimerkiksi tutkimuksen laatua. Tutkimussuunnitelman ja raportoinnin on oltava laadukkaita, jotta tutkimus olisi eettinen. Myös tutkimusaiheen valinta on eettinen kysymys. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

Tutkimuksen etiikkaan suhtaudutaan hyvin eri tavoin. Toisessa ääripäässä ajatellaan, että kaikki tutkimuksessa tehdyt valinnat ovat moraalisia valintoja, kun taas toinen ääripää suhtautuu etiikkaan teknisluontoisena normina. Kuitenkin tutkimuksen uskottavuuden perustana on hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen. (Tuomi & Sarajärvi 2018.) Tutkimuseettinen neuvottelukunta ja suomalainen tiedeyhteisö ovat yhdessä laatineet tutkimuseettisen ohjeen hyvästä tieteellisestä käytännöstä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkimuksen teossa tulee noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Tutkimuksen tuloksien julkaisun tulee olla avointa. Muiden tutkijoiden tekemää työtä tulee kunnioittaa käyttämällä asianmukaisia viittauksia. Tutkimuksen suunnittelun, toteutuksen ja raportoinnin tulee tapahtua tieteellistä tietoa koskevien vaatimusten mukaisesti. Tutkimukselle tarvitsee olla tarvittavat tutkimusluvut. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Näin ollen hyvän tieteellisen käytännön loukkauksiksi voidaan katsoa esimerkiksi puutteellinen viittaaminen ja tulosten huolimaton raportointi. Tutkimuksen tekijöillä itsellään on merkittävä vastuu huolehtia hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

Opinnäytetyössä on kerrottu avoimesti työn eri vaiheet ja tutkijoiden tekemää työtä on kunnioitettu asianmukaisilla viittauksilla. Työn tekemiselle on hankittu asianmukainen lupa Tampereen ammattikorkeakoululta tutkimussuunnitelman palauttamisen yhteydessä. Opinnäytetyön eettisyyttä parantaa myös metodi, jolla se on tehty. Kirjallisuuskatsaus menetelmänä kokoaa yhteen jo aiemmin tut-

kittua tietoa (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, & Jääskeläinen 2013). Näin ollen opinnäytetyötä tehdessä ei ole kuormitettu mielialahäiriöistä kärsiviä lapsia, heidän perheitään, eikä lastenpsykiatrian työntekijöitä haastatteleamalla heitä.

Jos tutkimus ei ole eettisesti tehty, se ei voi olla myöskään luotettava. Toisaalta pelkkä eettisyys ei tee tutkimuksesta vielä luotettavaa. Tutkimuksen luotettavuuteen kuuluu myös käytettyjen lähteiden relevanttius ja puolueettomuus (Tuomi & Sarajärvi 2018). Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta heikentää, jos kokotekstin saatavuus tai maksuttomuus on määritelty mukaanotto- ja poissulkukriteereihin (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 26).

Opinnäytetyöhön valitsemamme menetelmän voidaan katsoa sekä parantavan että toisaalta myös heikentävän luotettavuutta. Luotettavuutta parantaa se, että kuvaileva kirjallisuuskatsaus on menetelmänä perusteleva ja se antaa mahdollisuuden ohjata tarkastelu tiettyihin erityiskysymyksiin. Opinnäytetyön luotettavuutta heikentää se, että kuvailevaa kirjallisuuskatsausta on kritisoitu subjektiiviseksi ja sattumanvaraiseksi menetelmäksi. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, & Jääskeläinen 2013.)

Opinnäytetyön luotettavuutta parantaa myös se, että tekijöitä on yhden sijaan kaksi. Kaikki työvaiheet ovat siis kulkeneet kahden henkilön kautta ja tekijät ovat arvioineet esimerkiksi tutkimusten relevanttius ja luotettavuutta sekä yhdessä että erikseen. Luotettavuutta lisää myös se, että tekijät ovat itse saaneet valita opinnäytetyön aiheen, eli aihe on ollut molempia kiinnostava. Opinnäytetyön tutkimustulokset ovat saman suuntaisia, tukevat pitkälti toisiaan ja viittaavat samoihin tuloksiin, etenkin mielialahäiriöiden oireiden, lääkehoidon ja lääkkeettömän hoidon suhteen. Tämä seikka lisää työn luotettavuutta.

Opinnäytetyön luotettavuutta heikentää se, että aineiston poissulkukriteereihin määriteltiin maksullisuus ja se, ettei koko teksti ole saatavissa. Luotettavuutta heikentää myös haettavan aineiston rajaaminen vain suomen- ja englanninkielisiin aineistoihin. Mikäli näitä rajoitteita ei olisi ollut sisäänotto- ja poissulkukriteereissä, käytettävissä oleva aineisto olisi mahdollisesti voinut olla laajempi.

## 6.2 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tavoitteena oli koota tietoa lasten mielialahäiriöiden tunnistamisesta ja hoidosta. Aiheestamme on löytynyt suhteellisen vähän sisäänottokriteerit täyttäviä tieteellisiä lähteitä. Etenkin lasten kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä löytyy hyvin vähän tutkittua tietoa. Myös eri tietokannoista löytyneet aineistot sekä niiden määrä ovat olleet hyvin vaihtelevia, joten jouduimme tekemään saman tietokannan sisällä useita eri hakuja ja käyttämään hieman eri hakusanoja. Manuaalista hakua emme päässeet kevään aikana tekemään kirjastojen ollessa suljettuna koronavirusepidemian vuoksi, joten manuaalisen tiedonhaun suorittaminen jäi meillä syksyyn. Tarkoituksenamme oli käyttää myös Medline-tietokantaa, mutta informaation avusta ja tarkoista rajauksista huolimatta saimme 9722 hakutulosta, joten jouduimme rajaamaan tämän tietokannan pois työstämme.

Tuloksista kävi ilmi, että lasten mielialahäiriöiden tunnistamisessa tulee ottaa huomioon, että lasten masennuksen oireet eroavat jossain määrin aikuisten masennuksesta. Lasten mielialahäiriöiden hoidossa käytetään sekä lääkehoitoa, että lääkettäköitä hoitokeinoja. Tuloksista tuli ilmi sama tieto, mitä käsiteltiin jo teoreettisessa viitekehityksessä: oheissairastavuus mielialahäiriöissä on yleistä. Tämä kävi ilmi esimerkiksi yhdysvaltalaisesta tutkimuksesta, jossa käsiteltiin vaihtoehtoisia ja täydentäviä hoitomuotoja. Tutkimuksessa ei saatu riittävän suurta otosta niistä lapsista, jotka sairastavat pelkkää masennusta ilman ahdistusoireita, kun taas sekä masennuksesta, että ahdistuksesta kärsivistä saatiin. Samasta tutkimuksesta kävi ilmi, että vaihtoehtoisten ja täydentävien hoitomuotojen käyttö on yleistä niiden lasten keskuudessa, joiden perheet kokevat, että heillä ei ole varaa mielenterveysneuvontaan. (Kemper, Gardiner & Birdee 2013.)

Saman tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että vaihtoehtoisten ja täydentävien hoitomuotojen käyttö on yleisempää hyvätuloisilla kuin pienituloisilla (Kemper, Gardiner & Birdee 2013), mikä tekee tutkimuksen tuloksista hivenen ristiriitaisen kulloisen. Tuloksista käy ilmi vaihtoehtoisten ja täydentävien hoitomuotojen olevan yleistä lapsilla, jotka käyttävät lääkkeitä ja joilla on masennuksen lisäksi myös jokin somaattinen sairaus (Kemper, Gardiner & Birdee 2013), eli tämä saattaa selittää asiaa. Koska tutkimus on tehty Yhdysvalloissa, siitä ei käy ilmi koskeeko tällainen ilmiö lainkaan Suomea. Sairaanhoidajan on kuitenkin tärkeää tiedostaa

vaihtoehtoisten ja täydentävien hoitomuotojen yleisyys. Lapsen vanhemmilta on tärkeää kysyä, että onko heidän lapsellaan käytössä kyseisiä hoitomuotoja, koska osalla luontaistuotteista saattaa olla yhteisvaikutuksia lääkkeiden kanssa.

### **6.3 Jatkotutkimusehdotukset**

Opinnäytetyötä tehdessä huomasimme, että tätä aihetta on tutkittu suhteellisen vähän. Erityisesti suomalaisia viimeisen kymmenen vuoden ajalta olevia tutkimuksia aiheesta on varsin niukasti. Opinnäytetyössämme käytetystä aineistosta käy ilmi, että täydentävien ja vaihtoehtoisten hoitomuotojen käyttö on yleistä masennusta sairastavilla lapsilla ainakin Yhdysvalloissa. Aineistosta käy ilmi myös, että Yhdysvalloissa alle puolet kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista lapsista saa psykoterapiaa ja psykoterapiassa käyvienkin lasten käyntitiheys on keskimäärin vain kerran kahdessa kuukaudessa.

Jatkotutkimusehdotuksemme on, että mielialahäiriötä sairastavien lasten hoidosta voisi tehdä myös suomalaisen tai skandinaavisen tutkimuksen, sillä pohjoismaiden ja Yhdysvaltojen terveydenhuoltojärjestelmissä on merkittäviä eroja. Jatkotutkimuksen aiheena voisi olla esimerkiksi ylipäänsä "lasten mielialahäiriöiden hoito Suomessa" tai "lasten mielialahäiriöiden lääkehoito Suomessa". Uskoaksemme suomalainen lasten mielenterveyden hoito voisi parhaimmillaan hyötyä siitä, että tätä aihetta tutkittaisiin lisää myös Suomessa. Lisäksi ehdotamme, että aihetta tutkittaisiin myös sairaanhoitajien näkökulmasta tai keskittyen erityisesti nuorten, alle 12-vuotiaiden lasten mielialahäiriöiden tunnistamiseen ja hoitoon.

**LÄHTEET**

Chudal, Roshan. 2015. Prenatal and perinatal risk factors for bipolar disorder. Väitöskirja. Turun yliopisto. [https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/104453/AnnalesD1176Chudal\\_Roshan.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/104453/AnnalesD1176Chudal_Roshan.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Dineen Wagner, K. 2018. Treatment of bipolar depression in children and adolescents. Case study. Psychiatric Times 2018 vol. 3, issue 8, 7–8.

Doménech-Llaberia E., Vinas F., Pla E., Claustre Jane M., Mitjavila M., Corbella T. & Canals J. 2009. Prevalence of major depression in preschool children. European Child & Adolescent Psychiatry. Vol. 18, 597–604.

Friberg, V., Kakko, K., Salmelin, R. & Borg, A-M. 2019. Lastenpsykiatrinen akuuttiosastohoito TAYS:ssa 2017–2018. Alkuperäistutkimus. Lääkärilehti 2019 vol. 50–52, vsk. 74, 2943-2947.

Gautam, S., Jain, A., Gautam, M., Gautam, A. & Jagawat, T. 2019. Clinical practise guidelines for bipolar affective disorder (BPAD) in children and adolescents. Indian Journal of Psychiatry 2019 vol. 61, 294–305.

Heino, T., Forsell, M., Eriksson, P., Känkänen, P., Santalahti, P. & Tapiola, M. 2018. Lastensuojelun, lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian yhteiset asiakkaat – yhteinen vastuu. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Päätösten tueksi 50 / 2018. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137068/THL\\_PT\\_50\\_2018\\_verkkoon.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137068/THL_PT_50_2018_verkkoon.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Huikko, E., Kovanen, L., Lämsä, R., Santalahti, P., Torniainen-Holm, M., Tuulio-Henriksson, A. & Vuori, M. 2018. Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon yhteistyö kuntien mielenterveyspalvelujen ja lastensuojelun kanssa. Alkuperäistutkimus. Duodecim 2018 vol. 134, no. 18, s. 1827–1836.

Huikko, E., Lämsä, R., Santalahti, P., Torniainen-Holm, M., Kovanen L., Vuori, M. & Tuulio-Henriksson, A. 2020. Lasten mielenterveyspalvelujärjestelmä terveyskeskuslääkäreiden näkökulmasta. Duodecim 2020 vol. 136, s. 79–88.

Huttunen, M. 2018 a. Lasten ja nuorten masennus ja mielialahäiriöt. Lääkärikirja Duodecim. Julkaistu 30.11.2018. Luettu 15.11.2019. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00383](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00383).

Huttunen, M. 2018 b. Masennustilat eli depressiot. Lääkärikirja Duodecim. Julkaistu 30.11.2018. Luettu 4.1.2020. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00538](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00538)

Huttunen, M. 2018 c. Mielialahäiriö. Lääkärikirja Duodecim. Julkaistu 30.11.2018. Luettu 15.11.2019. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00393](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00393)

Isometsä, E. 2019 a. Depressiiviset häiriöt. Psykiatria. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Isometsä, E. 2019 b. Depression ja masennuksen käsitteet. Psykiatria. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Isometsä, E. 2019 c. Masennustilan ja toistuvan masennuksen diagnoosi. Psykiatria. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Isometsä, E. 2019 d. Masennustilojen erotusdiagnoosi. Psykiatria. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Isometsä, E. 2019 e. Depression psykologinen tausta. Psykiatria. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Isometsä, E. 2019 f. Masennustilojen kulku ja ennuste. Psykiatria. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Isometsä, E. 2019 g. Muut masennushäiriöt. Psykiatria. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Isometsä, E. 2019 h. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnostiikka. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Jyväskylän yliopisto. Kirjallisuuskatsaus. 2019. Viitattu 17.8.2020.

<https://koppa.jyu.fi/avoimet/kirjasto/kirjastotuutori/aihehaku-tutkimusprosessissa/aihe-avainkasitteiksi/kirjallisuuskatsaus>

Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013 (viitattu 4.1.2020). Saatavilla Internetissä: [www.käypähoito.fi](http://www.käypähoito.fi)

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M & Jääskeläinen, P. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. Hoitotiede 25 (4), 291–301.

Kemper, K., Gardiner, P., Birdee, G. 2013. Use of complementary and alternative medical therapies among youth with mental health concerns. Academic Pediatrics. 2013; 13: 540–545.

Kielitoimiston sanakirja. Kotimaisten kielten keskus. [https://www.kotus.fi/sanakirjat/kielitoimiston\\_sanakirja](https://www.kotus.fi/sanakirjat/kielitoimiston_sanakirja)

Korczak, D. 2012. Identifying depression in childhood: symptoms, signs & significance. Paediatric Child Health 2012 vol. 17, no. 10., 572-573.

Kyung-Sook B., Sungjae K., Kyungim K. & Minkyung S. 2018. Physical symptoms, depression, and related factors of late school-age children in Seoul, Korea: the mediating role of peer relationships. Journal of Pediatric Nursing. Vol. 43, E120-E125.

Käypä hoito. Depressio. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. Viitattu 2.8.2020. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023#read-more>

Lastensuojelulaki. 13.4.2007/417. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417#a417-2007>

MacPherson, H., Weinstein, S., Henry, D. & West, A. 2016. Mediators in the Randomized Trial of Child- and Family-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Pediatric Bipolar Disorder. Behaviour Research and Therapy. Volume 85, pages 60–71.

Malm, H. 2018. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön lääkehoito ja raskaus. Suomen lääkärilehti. 2018, vol. 73 no. 23, s. 1508–1510. <https://www-laakarilehti-fi.libproxy.tuni.fi/tyossa/laakeinfo/kaksisuuntaisen-mielialahairion-laakehoito-ja-raskaus/>

Mielenterveystalo. 2020. Tietoa oireista. Luettu 10.5.2020. Viitattu 11.5.2020. [https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/tietoa\\_oireista/Pages/kyvyttomyys\\_nauttia-anhedonia.aspx](https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/tietoa_oireista/Pages/kyvyttomyys_nauttia-anhedonia.aspx)

Mielialahäiriöt. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 11.10.2019. Luettu 20.4.2019. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/mielialahairiot>

Patra S. 2019. Assessment and management of pediatric depression. Indian J Psychiatry 2019; 61:300-6.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Vaasan yliopiston julkaisuja. Vaasan yliopisto.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. painos. Turku: Juvenes Print.

Suto, M., Kita, Y., Suzuki, K., Inagaki, M. & Misago, C. Inagaki, M., Kita, Y., Misago, C., Suto, M. & Suzuki, K. 2017. Mental health inventory for infants: scale development and japanese infants characteristics. Journal of Child and family studies vol. 26, pages 1546–1553.

Talka, A-K. & Kumpulainen, K. 2015. Akuutisti osastohoitoon ohjattujen lasten psykenlääkehoito. Alkuperäistutkimus. Lääkärilehti 1-2 / 2015 vsk 70 s. 33 – 38.

Tamminen, T. 2010. Lapsen masennus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2010;126(6):627–33. <https://www.duodecimlehti.fi/duo98700>

Tarnanen, K., Suominen, K., Lähteenmäki, S. & Laukkala T. 2013. Kaksisuuntainen mielialahäiriö - mielialojen vuoristorata. Duodecim. Julkaistu 13.09.2013. <https://www.kaypahoito.fi/khp00082>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.



Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki.

Vande Voort, J., Singh, A., Bernardi, J., Wall, C., Swintak, C., Schak, K. & Jensen, P. 2015. Treatments and Services Provided to Children Diagnosed with Bipolar Disorder. *Child Psychiatry Hum Dev* (2016) 47:494–502.

Virtanen, M. 2018. Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laadun arviointi. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere.

## LIITTEET

## Liite 1. Tutkimusten analyysitaulukko

Tekijät, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto & tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset
Eeva Huikko, Riikka Lämsä, Päivi Santalahti, Minna Torniainen-Holm, Leena Kovanen, Miika Vuori ja Annamari Tuulio-Henriksson. 2020. Suomi.	Kuvata, millaisena lasten mielenterveyspalvelujärjestelmä Suomessa näyttäytyy	Laadullinen poikittaistutkimus	Lääkärit toivat esille enemmän kielteisiä kuin myönteisiä näkökohtia palvelujärjestelmän toiminnasta.
Eeva Huikko, Päivi Santalahti, Minna Torniainen-Holm, Miika Vuori, Leena Kovanen, Riikka Lämsä ja Annamari Tuulio-Henriksson. 2018.	Kuvata, millaisten yhteistyökäytäntöjen avulla sairaanhoitopiirien lastenpsykiatrian yksiköt tukevat lasten perustason mielenterveyspalveluja ja lastensuojelua kunnissa	Puolistrukturoitu haastattelu	Verkostoneuvottelut ovat yleisiä. Lastenpsykiatrian eri ammattikunnat tekevät havainnointi- ja ohjauksikäyntejä päiväkodeissa ja kouluissa.
Suto, M., Kita, Y., Suzuki, K., Inagaki, M., Misago, C. 2017. Japani.	Kuvata lapsuusajan masennukseen luodun vanhempien haastattelukaavakkeen käytön toimiminen ja hyödyt lapsuusajan masennuksen riskitekijöiden ja masennuksen tunnistamisessa	Puolistrukturoitu haastattelu	Aikainen tunnistaminen ja hoidon aloitus lisäävät positiivisia tuloksia pienten lasten masennuksen hoidossa
Suravi, P. 2019. Intia.	Kuvata ja tuoda esiin lapsuusajan masennuksen tunnistamista ja hoitoa.	Haastattelu	Lapsuusiän masennus eroaa melko paljon aikuisiän masennuksesta. Paras hoitotulos saadaan usein terapian ja lääkehoidon yhdistelmällä.

Tekijät, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto & tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset
Gautam S, Jain A, Gautam M, Gautam A, Jagawat T. 2019. Intia.	Kehittää ja tutkia erilaisia toimintatapoja ja lääketieteen apukeinoja lasten ja nuorten kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoitoon.	Laadullinen tutkimus	Lääkehoidon, erityisesti antipsykoottien tulisi olla keskeisessä roolissa kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa lapsilla. Erilaisilla yksilöllisesti suunnitelluilla terapiamuodoilla voidaan lieventää oireita huomattavasti.
Voort, J., Singh, A., Bernardi, J., Wall, C., Swintak, C., Schak, K., Jensen, P., Vande Voort, J., Wall, C., Swintak, C., Schak, K., Jensen, P. 2016. USA.	Kuvata lasten kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön saamaa hoitoa ja niiden vaikuttavuutta	Tietokantavertailu, potilaskertomukset	Lähes kaikki lapsista saivat lääkettä ja terapiaa, mutta seurantakäynnit sairaanhoidossa saattoivat olla hyvin epäsuunnollisia
Wagner Dineen, Karen. 2018. USA.	Kuvata kaksisuuntaisen mielialahäiriön lääkettä lapsilla ja nuorilla	Katsaus potilaskertomuksista, lääkettä tutkimus	Lapsilla kaksisuuntaisen mielialahäiriön lääkettä ovat käytössä useimmiten olantsapiini, fluoksetiini tai lurasidoni
Talka, Anna-Kaisa & Kumpulainen, Kirsti. 2015. Suomi.	Selvittää akuutisti osastohoitoon ohjattujen lasten psyykenlääkitystä sekä lääkkeiden käytön yleisyyttä suhteessa oireiluun.	Retrospektiivisesti potilaskertomuksista	Tavallisimmat syyt akuutisti osastohoitoon ohjaamiseen olivat aggressiivisuus, itsetuhoisuus ja masentuneisuus. Psyykenlääkitys oli käytössä 39 %:lla potilaista. Yleisimmin lääkityksenä oli risperidoni. Pojille lääkettä määrättiin useammin kuin tytöille.

Tekijät, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto & tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset
Virtanen, Mika. 2018. Suomi.	Kuvata lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laatua ja niitä näkökulmia ja edellytyksiä, joita lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laadun arvioinnissa tulisi ottaa huomioon.	Käytetty sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista menetelmää	Valtaosin hoidon laatuun oltiin tyytyväisiä, mutta kehittämisen kohteitakin löytyi. Lapsipotilaista 51 % kertoi, että heidän mielestään käynnillä puhuttiin oikeista asioista ja 17 % vastasi, ettei tiennyt puhuttiinko käynnillä oikeista asioista. Noin 50 % koki, että aikuiset ymmärsivät hyvin lapsen tilanetta ja noin 18 % koki, että aikuiset ymmärsivät hieman.
Kemper, K., Gardner, P., Birdee, G. USA.	Tuottaa tietoa ja vertailla erilaisia terapiamuotoja mielialahäiriöistä kärsivien lasten hoitokeinoina	Aiemman maanlaajuisen terveystutkimuksen systemaattinen analyysi	Suuri osa masennusta tai muuta mielen terveyden häiriötä sairastavista lapsista saa tavanomaista CAM-terapiaa. Pelkkää lääkitystä ilman terapiaa käytetään mielen terveysongelmien hoidossa melko paljon myös lapsilla.
Korczak, D. 2012. Kanada.	Tuottaa tietoa lapsuusajan masennuksen merkeistä ja tunnistamisesta	Tapaustutkimus	Masennuksen ensimerkit usein moninaisia ja vaikeasti tunnistettavissa, etenkin lasten kohdalla, kun he eivät välttämättä osaa vielä kertoa tunteistaan samaan tapaan kuin aikuiset -> tunnistaminen vaatii tarkkaavaisuutta
Borg, A-M., Friberg, V., Kakko, K., Salmelin R. 2019. Suomi.	Kerätä tietoa lastenpsykiatrian akuuttiosastolla hoidossa olleista potilaista, lähetteen alkuperästä, syistä ja tyypeistä sekä potilaiden diagnooseista	Tampereen yliopistolaisen sairaalan lastenpsykiatrian akuuttiosaston 100 potilaan potilasasiakirjoista selvitettiin osastohoidon syitä, sisältöä ja vaikuttavuutta	Osastojakso kesti keskimäärin 13 vuorokautta (ala- ja yläkvartiilit 9–17, vaihteluväli 2–53). Eniten potilaita osastolle tuli huhtikuussa (n = 17), vähiten helmikuussa (n = 7).

