



OULUN YLIOPISTO  
UNIVERSITY of OULU

TIKKANEN, VILLE

KAKSISUUNTAINEN MIELIALAHÄIRIÖ LAPSUUDESSA

Kasvatuspsykologian kandidaatintyö

KASVATUSTIETEIDEN TIEDEKUNTA

Kasvatustieteiden ja opettajankoulutuksen yksikkö

Kasvatustieteiden koulutus

2017



Kasvatuspsykologian koulutus		Tekijä <b>Tikkanen Ville</b>	
Työn nimi <b>KAKSISUUNTAINEN MIELIALAHÄIRIÖ LAPSUUDESSA</b>			
Pääaine Kasvatuspsykologia	Työn laji Kandidaatintyö	Aika Toukokuu 2017	Sivumäärä 40
Tiivistelmä			
<p>Tarkastelen kandidaatintyössäni lapsuuden kaksisuuntaista mielialahäiriötä. Rajaan tarkasteluni pääasiassa keskilapsuuteen eli noin 6-12 – vuotiaisiin lapsiin. Tutkimuskysymykseni ovat, kuinka kaksisuuntainen mielialahäiriö voi ilmetä lapsuudessa ja nuoruudessa, millaisia ikävaiheeseen liittyviä tekijöitä on olennaista ottaa huomioon lapsuuden ja nuoruuden oirekuvan tarkastelussa ja mitkä tekijät voivat tehdä lapsuuden ja nuoruuden kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistamisesta sekä diagnosoinnista käytännössä hankalaa. Työni on toteutettu systemaattisena kirjallisuuskatsauksena, joka pohjautuu aiheeseen liittyvään tutkimustietoon sekä kirjallisuuteen.</p> <p>Lapsuudessa häiriö ei ilmene yhtä selkeärajaisena kuin aikuisilla. Tässä ikävaiheessa ilmenee harvoin puhdasta maniaa, vaan enemmänkin maanista oireilua. Oireilu painottuu pääosin masennukseen. Tyypillistä on myös sekamuotoinen taudinkuva, jossa jaksot saattavat ilmetä hyvin nopeasti vaihdellen tai jopa päällekkäin. Masennusjakson oireet ovat kliiniseltä kavaltaan samanlaiset kuin yksisuuntaisessa depressiossa ja maaniselle oireilulle on tyypillistä esimerkiksi ärtyneisyyden, vauhdikkuuden sekä toimeliaisuuden lisääntyminen, näihin liittyvää ajatuksen kiihtyminen sekä puheliaisuuden lisääntyminen, mielialan perusteeton kohoaminen, unen tarpeen väheneminen, seksuaalisoitunut ja mielihyvähakuinen käytös, suuruuskuvitelmat sekä psykoottiset oireet. Oirekuvan tarkastelussa on otettava huomioon lapsen iän ja kehitystason merkitys, mutta niitä ei ole kyetty ottamaan huomioon diagnostisissa kriteereissä. Kriteeristö pohjautuu aikuisten potilaiden oireisiin. Jotta oireita voidaan tarkastella kaksisuuntaisen mielialahäiriön oireina, tulee ne erottaa myös lapsen ikävaiheelle tyypillisestä käyttäytymisestä. Häiriön tunnistamista sekä diagnoosia vaikeuttaa se, että se voi ilmetä oirekavaltaan samankaltaisena sekä myös samanaikaisena useiden häiriöiden kanssa. Tällaisia häiriöitä ovat esimerkiksi ADHD eli tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriö, unipolaarinen masennus sekä uutena häiriönä DSM-5 – diagnoosijärjestelmään tuotu DMDD eli tunteiden säätelyhäiriö. Lisätutkimuksen merkitys on nostettu esiin näiden tekijöiden ymmärtämiseksi.</p>			
Asiasanat adhd, diagnostiikka, dmdd, kaksisuuntainen mielialahäiriö, lapsuus, unipolaarinen masennus			

## SISÄLLYS

<b>1 JOHDANTO .....</b>	<b>1</b>
<b>2 KAKSISUUNTAINEN MIELIALAHÄIRIÖ.....</b>	<b>4</b>
2.1 Käsitteiden määrittelyä.....	4
2.2 Etiologia.....	7
<b>3 HÄIRIÖN ESIINTYMINEN LAPSUUDESSA.....</b>	<b>11</b>
3.1 Diagnostisten kriteerien suhde lapsuuden taudinkuvaan.....	11
3.2 Oirekuva 6-12-vuotiailla .....	15
3.2.1 Masennusjakso.....	16
3.2.2 (Hypo)maaninen jakso .....	17
<b>4 TUNNISTAMISEEN JA DIAGNOSOINTIIN LIITTYVÄT HAASTEET .....</b>	<b>22</b>
4.1 Unipolaarinen masennus .....	22
4.2. ADHD .....	23
4.3 DMDD.....	25
<b>5 TULOKSET.....</b>	<b>26</b>
5.1 Kuinka kaksisuuntainen mielialahäiriö voi ilmetä lapsuudessa ja nuoruudessa? .....	26
5.2 Millaisia ikävaiheeseen liittyviä tekijöitä on olennaista ottaa huomioon lapsuuden ja nuoruuden oirekuvan tarkastelussa? .....	27
5.3 Mitkä tekijät voivat tehdä lapsuuden ja nuoruuden kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistamisesta sekä diagnosoinnista käytännössä hankalaa? .....	28
<b>6 POHDINTA .....</b>	<b>30</b>
<b>7 LÄHTEET .....</b>	<b>32</b>



# 1 JOHDANTO

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on pitkäaikainen, usein koko elämän ajan hoitoa vaativa häiriö (Kumpulainen, Puustjärvi & Karlsson 2016, 303). Siihen kuuluu tyypillisesti mania-, hypomania- ja masennusjaksoja, joiden aikana yksilön toimintakyky voi vaihdella ilman selittävää tai erillistä syytä esimerkiksi manialle tyypillisestä, korkeasta euforian tunteesta sekä toimeliaisuudesta masennusjaksolle tyypilliseen toimintakyvyn romahtamiseen. (Puustjärvi & Kumpulainen 2008; Marano, Traversi, Nannarelli, Mazza & Mazza 2013) Häiriössä voi esiintyä oireettomia sekä myös sekamuotoisia jaksoja, joiden aikana on mahdollista esiintyä manian sekä masennuksen oireita samanaikaisesti sekä nopeasti vaihdellen (Isometsä 2014). Ensioireiden on kuvattu ilmenevän noin kolmasosalla lapsuudessa sekä nuoruudessa ja lopuilla varhaisessa aikuisuudessa (Gershon & Roy 2009; Marano et al. 2013; Mantere & Pajakko 2014). Syytä häiriölle ei tarkkaan tiedetä, mutta taustalla on esitetty (esim. Hart, Brock & Jeltova 2014) olevan biologisia, perinnöllisiä sekä ympäristöön liittyviä tekijöitä, jotka yhdessä vaikuttavat sairastumisalttiuteen sekä häiriön puhkeamiseen.

Kaksisuuntainen mielialahäiriö jakaantuu useisiin alatyyppeihin niiden jaksottaisuuden perusteella (esim. Hart et al. 2014). Näistä tyypeistä otan tarkasteluuni 1 ja 2 tyypin kaksisuuntaisen mielialahäiriön, koska ne tuovat selkeimmän pohjan työni kannalta myös lapsuuden tarkastelulle. Lapsuutta tarkastellessa on otettava huomioon se, että oirekuvan diagnostiset kriteerit on muodostettu aikuisten potilaiden oireiden perusteella, eikä niissä ole kyetty ottamaan huomioon oireiden ilmiäsuun olennaisesti vaikuttavaa potilaan ikävaihetta (Goldstein 2014; Mantere & Pajakko 2014). Toisin sanoen myös lapsuuden oireiden tarkastelu pohjautuu aikuisten diagnostisiin kriteereihin, koska yksiselitteistä tai kattavasti oireita määrittelevää kuvausta ei alaikäisillä vielä ole (Kumpulainen et al. 2016, 303).

Lapsilla ja nuorilla kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnosointi on vielä varsin harvinaista (Mantere & Pajakko 2014). Häiriön tunnistamista vaikeuttaa erityisesti se, että oireilu ja sen jaksottaisuus eivät ilmene yhtä selkeärajaisena kuin aikuisilla (Kumpulainen et al. 2016, 305). Alaikäisillä oireilun on todettu (esim. Mantere & Pajakko 2014) painottuvan aikuisia

enemmän masennukseen, eikä myöskään mania yleensä ilmene aikuisten tapaan puhtaana maniana. Masennusjakson oireet huomataan usein ensimmäisenä koulussa ja nämä oireet ovat kliiniseltä kovaltaan samankaltaisia kuin tavallisessa depressiossa (esim. Gershon & Roy 2014; Isometsä 2014; Kowatch et al. 2005). Tällaisia piirteitä ovat esimerkiksi masentunut mieliala, surun, pessimismin, arvottomuuden, syyllisyyden ja toivottomuuden tunteet sekä esimerkiksi kyvyttömyys kokea mielihyvää sellaisista asioista, jotka sitä yleensä tuottavat (Marano et al. 2013). Maanisen jakson oireet, kuten toimeliaisuuden ja puheliaisuuden lisääntyminen, ajatuksenriento, unen tarpeen väheneminen, suuruuskuvitelmat sekä hyperseksuaalisuus poikkeavat yleensä selkeästi lapsen normaalista käyttäytymisestä (American Psychiatric Association 2013; Isometsä 2014; Kumpulainen et al. 2016, 306). Kuitenkin kaksisuuntaisen mielialahäiriön oireet on myös erotettava lapsen ikävaiheelle tyypillisestä käyttäytymisestä sekä myös mahdollisista muista häiriöistä (esim. Kowatch et al. 2005).

Tarkastelen työssäni häiriön määritelmää, sen yleisiä piirteitä, etiologiaa, diagnostisten kriteerien suhdetta lapsuuden taudinkuvaan sekä ikävaiheen kannalta olennaisia tekijöitä, jonka jälkeen käyn läpi kolme häiriötä, jotka on todettu vaikeaksi erottaa kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä oirekuvansa perusteella. Otan tarkasteluuni ADHD:n eli tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriön, unipolaarisen eli yksisuuntaisen masennuksen sekä DMDD:n eli tunteiden säätelyhäiriön, joka on tuotu uutena häiriönä DSM-5 – diagnoosijärjestelmään vuonna 2013. Vertailen näitä häiriöitä sen perusteella, mitkä tekijät voivat vaikeuttaa niiden erottamista kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä ja puolestaan mitkä mahdolliset ominaispiirteet erottavat ne toisistaan. Tarkasteluni keskittyy pääasiassa keskilapsuuteen eli 6-12 vuotiaisiin lapsiin ja nuoriin. Toteutan työni systemaattisena kirjallisuuskatsauksena, jonka pohjana ovat aiheesta tehty kirjallisuus sekä tutkimukset.

Tutkimuskysymykseni ovat:

1. Kuinka kaksisuuntainen mielialahäiriö voi ilmetä lapsuudessa ja nuoruudessa?
2. Millaisia ikävaiheeseen liittyviä tekijöitä on olennaista ottaa huomioon lapsuuden ja nuoruuden oirekuvan tarkastelussa?
3. Mitkä tekijät voivat tehdä lapsuuden ja nuoruuden kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistamisesta sekä diagnosoinnista käytännössä hankalaa?

Kiinnostukseni aiheeseen heräsi aikaisemman kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyvän tietämykseni pohjalta, jonka kautta palasin tutkimaan aihetta tarkemmin. Tiesin häiriön olevan vakava ja minulla oli jo jonkinasteinen käsitys siitä, kuinka se yleisesti ottaen aikuisuudessa ilmenee. Sen sijaan häiriön mahdolliset ensioireet, häiriön varhainen ilmeneminen ja taudinkuva lapsuudessa sekä nuoruudessa olivat minulle vieraampi, mutta tätä kautta erittäin kiinnostava aihealue. Aiheeseen perehtyessäni kävi ilmi, että lapsuudessa häiriön ilmeneminen ei ole yhtä selkeärajaista kuin aikuisilla ja voi olla oirekuvaltaan hyvin vaikea erottaa myös muista häiriöistä. Tämä sai minut kiinnostumaan edelleen siitä, kuinka tämä häiriö sitten voi mahdollisesti ilmetä lapsuudessa ja mikä taudinkuvasta tekee ikään kuin niin epäselvän. Tämän lisäksi halusin lähteä tutustumaan edelleen siihen, mitkä häiriöt voivat olla sekoitettavissa kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön ja mitkä tekijät voivat tehdä niiden erottamisesta niin haastavan.

## 2 KAKSISUUNTAINEN MIELIALAHÄIRIÖ

### 2.1 Käsitteiden määrittelyä

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on pitkäaikainen mielenterveyden häiriö, jossa esiintyy vaihtelevasti masennus-, hypomania-, mania- tai sekamuotoisia sairausjaksoja sekä vähäoireisia tai myös oireettomia jaksoja (Kumpulainen et al. 2016, 303; Isometsä 2014). Häiriölle tyypilliset mielialan muutokset saattavat ilmetä hyvinkin nopeina jaksoina, yleensä ilman mitään selittävää tai erillistä syytä (Puustjärvi & Kumpulainen 2008). Yksilön mieliala voi käytännössä vaihtua nopeasti esimerkiksi euforian tunteesta tai ärtyneisyydestä surun sekä toivottomuuden tunteeseen ja takaisin, eli muutokset voivat olla hyvinkin dramaattisia (Gershon & Roy 2009). Toimintakyvyn on todettu (esim. Puustjärvi & Kumpulainen 2008; Marano et al. 2013) vaihtelevan jaksosten mukaan esimerkiksi niin, että maniajakson aikana yksilön toimeliaisuus on niin ylenpalttista ja toimintakyky on niin korkea, että yksilön toiminnan seuraukset voivat olla haitallisia. Masennusjakso saattaa puolestaan romauttaa yksilön toimintakyvyn täysin (Puustjärvi & Kumpulainen 2008; Marano et al. 2013).

Ilmenevien oirejaksojen välissä yksilön toimintakyky palautuu yleensä normaaliksi, mutta pidemmän ajan kuluessa toimintakyvyn on kuvattu heikkenevän pysyvästi (Kumpulainen et al. 2016, 305). Luonteeltaan kaksisuuntainen mielialahäiriö on yleensä krooninen, mahdollisesti koko elämän ajan ilmenevä ja pitkäaikaista hoitoa sekä lääkitystä vaativa häiriö (Marano et al. 2013). Noin kolmasosalla ensioireet ilmenevät tyypillisesti lapsuudessa tai nuoruudessa ja lopuilla yleensä varhaisessa aikuisuudessa (Gershon & Roy 2009; Marano et al. 2013; Mantere & Pajakko 2014).

Mania määritellään vähintään viikon mittaiseksi jaksoksi, jossa mieliala on tavallisesta poikkeavasti ja pysyvästi korkealla (American Psychiatric Association 2013; Isometsä 2014; Kumpulainen et al. 2016). Potilaan mieliala on tällöin tyypillisesti vuorokauden ajasta ja olosuhteista riippumatta euforisen kohonnut, kiihtynyt tai mahdollisesti myös ärtynyt, mikä näkyy myös selkeästi hänen toiminnassaan (Isometsä 2014). Maaniseen jaksoon liittyy usein toimeliaisuuden lisääntymistä tai rauhattomuutta, lisääntynyttä puheliasuutta ja ajatuksen rientoa tai tunnetta kiihtyneestä ajatustoiminnasta.



Tämän lisäksi siihen liittyy yleensä esimerkiksi sosiaalista estottomuutta, unen tarpeen vähenemistä, häiriöherkkyyttä tai jatkuvia muutoksia toiminnassa ja suunnitelmissa, uhkarohkeaa tai vastuutonta käyttäytymistä sekä lisääntyneitä sukupuolista halukkuutta tai siihen liittyvää holtittomuutta (American Psychiatric Association 2013; Isometsä 2014; Kumpulainen et al. 2016,306). Tällaiset oireet ovat yleensä hyvin selkeästi havaittavissa myös ulospäin ja ne saattavat aiheuttaa yksilölle merkittävää sosiaalisia haittoja ja toimintakyvyn heikkenemistä, mikä johtaa useimmiten psykiatriseen sairaalahoitoon (Isometsä 2014; Marano et al. 2013).

Hypomania viittaa nimensä mukaan ikään kuin manian lievempään versioon ja se eroaa maniasta pääasiassa lyhyemmän kestonsa, mutta ulkoapäin huomattavien samankaltaisten oireidensa perusteella (Hart et al. 2014). Siihen liittyy yleensä vähintään neljä päivää kestävä, selkeästi havaittavaa mielialan nousua, suhteetonta hyväntuulisuutta sekä toimeliaisuuden kasvua (Kumpulainen et al. 2016, 304). Kuten myös maniassa, potilaan oireet voivat myös ilmetä jatkuvana tai vaihtelevana ärtyisyytenä (Isometsä 2014; Marano et al. 2013). Erona puhtaaseen maniaan on kuitenkin esitetty olevan se, että hypomaniaan ei juurikaan liity samankaltaista vakavaa toimintakyvyn laskua kuin maniassa (Isometsä 2014.)

Masennusjakso viittaa puolestaan vähintään kahden viikon mittaiseen jaksoon, jonka tyypillisiä piirteitä ovat masentunut mieliala, surun, pessimismin, arvottomuuden, syyllisyyden ja toivottomuuden tunteet sekä esimerkiksi kyvyttömyys kokea mielihyvää sellaisista asioista, jotka sitä yksilölle yleensä tuottavat (Marano et al. 2013). Tällaiset tunteet ja kokemukset saattavat johtaa myös itsetuhtoihin ajatuksiin sekä tekoihin (Kumpulainen et al 2016, 297). Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakson kliininen kuva eroaa tavallisista masennustiloista vain vähän, mutta hoitomuoto poikkeaa unipolaarisesta eli yksisuuntaisesta masennuksesta huomattavasti taudinkuvan erilaisuuden takia (Isometsä 2014). Näihin seikkoihin sekä oireiden ilmiäsuun palaan työssäni vielä myöhemmin.

On todettu (esim. Hart et al. 2014), että diagnostiikassa kaksisuuntainen mielialahäiriö jakaantuu useampiin alatyyppeihin, joiden jako perustuu niiden jaksottaisuuteen. Aion kuitenkin käydä työssäni läpi erityisesti vain tyyppin 1 sekä 2 kaksisuuntaisen mielialahäiriön pohjaksi sille tarkastelulle, kuinka näiden tyyppien piirteitä on lapsuuden kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liitetty. Teen kyseisen rajauksen siksi, että nämä tyyppit toimivat työssäni merkittävänä pohjana juuri lapsuuden kaksisuuntaisen mielialahäiriön tarkastelulle. Käytän

myös tästä eteenpäin termin ”kaksisuuntainen mielialahäiriö” lisäksi myös sen lyhennettä BPD (Bipolar disorder).

Tyyppin 1 kaksisuuntaisella mielialahäiriöllä tarkoitetaan tilaa, jossa potilaalla on esiintynyt vaihtelevasti sekä masennustiloja että maanisia jaksoja (Isometsä 2014; Kumpulainen et al. 2016, 304; Mantere & Pajakko 2014). Selkeiden masennus- ja maniajaksojen ilmenemisen lisäksi on mahdollista esiintyä myös sekamuotoisia jaksoja, joissa manian sekä masennuksen oireita esiintyy yhtäaikaisesti tai ne vaihtelevat keskenään jopa useita kertoja vuorokaudessa (Puustjärvi, Kumpulainen 2008). 1 tyyppi käsitetään usein myös kaksisuuntaisen mielialahäiriön klassisena, mutta vakavampana ilmenemismuotona (Hart et al. 2014). Tyyppin 2 BPD viittaa puolestaan kroonisempaan oirekuvaan, jossa potilaalla on todettu masennustiloja sekä hypomaanisia jaksoja, muttei lainkaan maanisia tai sekamuotoisia jaksoja (Hart et al. 2014; Kumpulainen et al. 2016, 304; Mantere & Pajakko 2014). Tyyppinä sen pääpiirteiden katsotaan painottuvan jaksottaisesti enimmäkseen masennukseen. Diagnosoidut potilaat käyvät läpi siis keskimäärin enemmän masennusjaksoja ja näitä jaksoja ilmenee yleensä vuoden aikana enemmän kuin tyyppin 1 potilailla (Hart et al. 2014).



Kuvio 1: Isometsä E. (2014) Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Teoksessa Lönnqvist J., Henriksson M., Marttunen M., Partonen T. & Aalberg V. Psykiatria. Duodecim / Oppiportti

## 2.2 Etiologia

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön tarkkaa syytä ei juurikaan tiedetä (Gershon & Roy 2009; Marano et al. 2013). Kuitenkin useimmat tutkijat ovat yhtä mieltä siitä, mikään tietty yksittäinen tekijä ei aiheuta kyseistä häiriötä (Hart et al. 2014). Sen sijaan on todettu (esim. Gershon & Roy 2009; Marano et al. 2013), että geneettisillä, biologisilla sekä ympäristöön liittyvillä tekijöillä olisi yhdessä vaikutus kaksisuuntaisen mielialahäiriöön sairastumiseen ja taudin puhkeamiseen.

Neurokemiallisista tekijöistä erityisesti välittäjäaineiden osuutta on pyritty tutkimaan kaksisuuntaisen mielialahäiriöön liittyen (Hart et al. 2014). Näistä välittäjäaineista muun muassa dopamiinin, serotoniin sekä noadrenaliinin tuotannossa on havaittu mahdollisia kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön vaikuttavia muutoksia (Gershon & Roy 2009). On todettu (Isometsä 2014), että BPD:n masennustilassa ilmenevät biokemialliset muutokset näissä hormoneissa olisivat hyvin samankaltaisia kuin yksisuuntaisessa masennustilassa. Neurokemialliset muutokset liittyen maniaan ja sekamuotoisiin jaksoihin ovat vielä osittain epäselviä, mutta esimerkiksi dopaminergisen hermovälityksen kohoamista vaikuttaisi ilmenevän manian aikana (Isometsä 2014).

Perinnöllisiin tekijöihin liittyen on todettu, että mikäli lapsen ensiasteen sukulaisilla on todettu kaksisuuntainen mielialahäiriö, on lapsen sairastumisriski jopa kymmenkertainen verrattuna lapsiin, joilla BPD:tä ei suvussa esiinny (Kumpulainen et al. 2016, 307). Taipumus sairastua kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön on siis hyvin vahvasti geneettinen (Kowatch et al. 2005). On jopa esitetty (esim. Craddock, Donovan, Owen 2005), että kaksisuuntainen mielialahäiriön periytyvyys olisi samalla tasolla esimerkiksi pituuskasvun sekä tyypin 1 diabeteksen kanssa samalla ohittaen esimerkiksi rintasyövän, miesten sepelvaltimotaudin sekä tyypin 2 diabeteksen riskin.

Perhetutkimuksien kautta on todettu (esim. Craddock, et al. 2005), että vaikka vain toinen vanhempi sairastaisi BPD:tä, on lapsen riski sairastua yhä olemassa. Sen voidaan kuitenkin katsoa olevan pienempi kuin niissä perheissä, joissa molemmat vanhemmat ovat saaneet diagnoosin (Kumpulainen et al. 2016, 307). On esimerkiksi arvioitu (esim. Hauser et al. 2006), että lapsen sairastumisriski kasvaa 15-30%:lla silloin, kun toinen vanhemmista

sairastaa kaksisuuntaista mielialahäiriötä. Jos molemmat vanhemmat ovat saaneet diagnoosin, lisääntyy lapsen riski sairastua kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön noin 50-75%:lla (Hauser et al. 2006). Muun väestön sairastumisen riskin on arvoitu olevan noin 0,5-1,5% (Craddock, et al. 2005).

Perhetutkimuksen lisäksi myös kaksostutkimukset ovat tarjonneet merkittävää tietoa siitä, kuinka jaettu ympäristö vaikuttaa perintötekijöiden lisäksi sairauden puhkeamiseen (Isometsä 2014). Näiden tutkimusten kautta on siis pystytty tarkastelemaan, kuinka suuri sairastumisriski jaetun ympäristön omaavilla monotsykoottisilla eli samanmunaisilla kaksosilla sekä ditsykoottisilla eli erimunaisilla kaksosilla on aikuisuudessa (Hart et al. 2014). Monotsykoottisilla kaksosilla periytyvyyden on huomattu olevan noin 60-70 %, kun taas ditsykoottisilla kaksosilla periytymisriski on noin 20-30% (Kumpulainen et al. 2016, 307).

Voidaan kuitenkin todeta, että ympäristötekijöillä lienee vahva vaikutus geneettisen sairastumisalttiuden laukeamiseen (Kumpulainen et al. 2016, 307). Esimerkiksi kasvatuksen epäjohtonmukaisuuden, perheen vähäisen yhteenkuuluvuuden sekä perheen keskinäisten runsaiden ristiriitojen on todettu lisäävän sairastumisriskiä. Samoin lapsiin kohdistuva kurinpito, kielteiset elämäntavat, kuormittavat kielteiset tapahtumat elämässä sekä perheen tavanomaista suurempi avun tarve vaikuttavat olevan yhteydessä myöhemmin todettavaan kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön (Kumpulainen et al. 2016, 307; Puustjärvi & Kumpulainen 2008). Ympäristötekijöiden vaikutuksia on pyritty tarkastelemaan esimerkiksi suhteessa lapsen aivojen kehitykseen ja tässä ikävaiheessa keskushermoston kehityksen onkin todettu (esim. Etain, Henry, Bellivier, Mathieu & Leboyer 2008) olevan hyvin herkkää ympäristöllisten tekijöiden vaikutuksille. Tällaisten varhaisten elämäntapahtumien sekä stressitekijöiden on arveltu vaikuttavan lapsen aivojen kehittymiseen riippuen esimerkiksi näiden tekijöiden vakavuudesta ja kroonisuudesta, mikä saattaa itsessään olla osaltaan yhteydessä myöhempään tunteisiin liittyvään epävakauteen (Etain et al. 2008).

Perinnöllisiin tekijöihin sekä ympäristön vaikutuksiin liittyen on esitetty (esim. Etain et al. 2008), että häiriön geneettisyys voisi olla merkittävässä yhteydessä aikaisemmin esitettyjen ympäristöllisten tekijöiden ilmenemiseen (esim. Kumpulainen et al. 2016, 307; Puustjärvi & Kumpulainen 2008). Toisin sanoen vanhempien/vanhemman häiriöön liittyvät geneettiset piirteet saattavat johtaa heidän/hänen omaan sairastumiseensa, mikä tätä kautta saattaa

edelleen lisätä kodissa ilmenevien traumaattisten kokemusten riskiä ja näin ollen lisätä myös lapsen sairastumisriskiä (Etain et al. 2008). Kodin ympäristötekijöihin liittyvissä tutkimuksissa huomattiin (Chang, Blasery, Ketter & Steiner 2001), että perheissä, joissa toisella vanhemmalla oli todettu kaksisuuntainen mielialahäiriö, ilmeni keskivertoa vähemmän perheensisäistä yhteenkuuluvuutta ja johdonmukaisuutta. Tämän lisäksi tällaisissa perheissä ilmeni keskivertoa enemmän muun muassa konflikteja, kontrollointia sekä suurempaa avuntarvetta (Chang et al. 2001).

Tuloksia liittyen lapsuuden kokemuksiin ja sairauden puhkeamiseen on myös esimerkiksi saatu, kun on tutkittu (Garno, Goldberg, Ramirez & Ritzler 2005) 100:n kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan nuoren aikuisen ryhmää, jonka keski-ikä oli 17,5 vuotta. Noin puolella sairastuneista oli taustalla ainakin jonkin asteista vakavaa pahoinpitelyä, suurimmalla osalla henkistä väkivaltaa. Ilmenneet vakavan pahoinpitelyn muodot jaettiin vielä alakategorioihin; henkistä väkivaltaa raportoitiin 37%:lla, fyysistä pahoinpitelyä 24%:lla, henkistä laiminlyöntiä 21%:lla, seksuaalista hyväksikäyttöä 12 %:lla sekä fyysistä heitteillejättöä 12%:lla tutkimukseen osallistuneista. Tutkimuksessa huomattiin myös, että niillä nuorilla, joilla oli taustalla vakavaa pahoinpitelyä, oli ilmennyt etenkin manian oireita huomattavasti nuoremmassa iässä ja luonteeltaan vakavampina kuin niillä, joiden taustalla ei ollut vastaavanlaista pahoinpitelyä (Garno et al. 2005).

Yhteneviä tuloksia saatiin myös tutkimuksessa (Sala, Goldstein, Wang, Blanco 2014), jossa tutkittiin 1600:n yli 18-vuotiaan aikuisen otantaa. Näistä aikuisista 1172 täytti 1 tyyppin kaksisuuntaisen mielialahäiriön kriteerit ja 428 2-tyypin kaksisuuntaisen mielialahäiriön kriteerit. Tuloksista kävi ilmi, että noin puolilla osallistujista oli taustallaan ainakin jonkin tyyppistä kaltoinkohtelua jossain vaiheessa lapsuuttaan ja/tai nuoruuttaan. Lapsuuden kaltoinkohtelu jaoteltiin tutkimuksessa samanlaisiin alakategorioihin kuin aikaisemmin mainitussa (Garno et al. 2005) tutkimuksessa.

Tulosten mukaan ilmenneiden kaltoinkohtelun tyyppien määrällä ja vakavuudella olisi edelleen selkeä vaikutus kaksisuuntaisen mielialahäiriön vakavuuteen, liittyen esimerkiksi häiriön kliinisiin piirteisiin sekä hoidontarpeen todennäköisyyteen. Tällaiset tekijät lienevät siis merkittävästi yhteydessä häiriön suuntaan ja etenemiseen, mikä tutkimuksen mukaan korostaa häiriön varhaisen tunnistamisen ja hoidon tärkeyttä (Sala et al. 2014). Tämän tyyppiset tutkimustulokset antavat siis suhteellisen vahvaa pohjaa sille, että varhaisten

elämäntapahtumien sekä varhaisten ihmissuhteiden laadulla olisi yhteyttä kaksisuuntaisen mielialahäiriön ilmenemisen todennäköisyyteen (Alloy et al. 2005.) Kuitenkin on esitetty (esim. Chang et al. 2001; Etain et al. 2008), että ilmiön ymmärtäminen vaatii selkeästi lisätutkimusta.

## 3 HÄIRIÖN ESIINTYMINEN LAPSUUDESSA

### 3.1 Diagnostisten kriteerien suhde lapsuuden taudinkuvaan

Työni näkökulman kannalta olennainen seikka on kuitenkin se, että aikaisemmin mainittu jako kahteen tyyppiin sekä kuvaus tyyppien piirteistä on tehty pääasiassa aikuisten potilaiden tarkastelun sekä heidän oireidensa perusteella (Renk et al. 2014, 2). Lasten ja nuorten sekä työni tapauksessa 6-12 vuotiaiden kaksisuuntaisen mielialahäiriön tarkastelussa on otettava huomioon se, että yksiselitteistä diagnostista määritelmää tai kattavasti oireita määrittelevää kuvausta ei alaikäisillä vielä ole, joten alaikäisten tarkastelussa käytettävät diagnostiset kriteerit sekä oireiden keston ja laadun mukainen jaottelu eri alatyyppeihin ovat tällä hetkellä käytännössä sama kuin aikuisilla (Goldstein 2014; Kumpulainen et al. 2016 303; Mantere & Pajakko 2014). Tähän liittyen onkin todettu (esim. Kumpulainen et al. 2016, 303), että tällä hetkellä käytössä olevat aikuisten diagnostiset kriteerit eivät kuvaa kaikilta osin lapsuudessa sekä nuoruudessa alkavia taudinkuvia riittävän tarkasti. Huomioon on aina otettava erityisesti lapsen ikä ja hänen kehitystasonsa, koska ne vaikuttavat aina olennaisesti myös oireiden ilmiasuun (Puustjärvi & Kumpulainen 2008).

Kyseisissä kaksisuuntaiselle mielialahäiriölle muodostetuissa diagnostisissa kriteereissä ei ole otettu huomioon tätä ikävaihetta ja sen merkitystä, vaan pohjana käytetään siis aikuisille suunnattua kriteeristöä, joka pohjautuu kliinisessä käytössä olevan kansainvälisen tautiluokituksen ICD-10:n kriteeristöön (esim. Kowatch et al. 2005; Mantere & Pajakko 2014). Samat kriteerit on löydettävissä myös esimerkiksi mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden diagnoosijärjestelmässä DSM:ssä, joista viimeisin eli DSM-5 on julkaistu vuonna 2013 (Mantere & Pajakko 2014). En tule työssäni käymään kyseistä aikuisille suunnattua kriteeristöä tarkemmin läpi, mutta liitän työhöni ICD-10:n kriteereistä koostetun taulukon selkeyden vuoksi.

	Kaksisuuntaisen mielialahäiriön (F31) diagnostiset kriteerit ICD-10:n mukaisesti
<b>Häiriö</b>	<b>Diagnostiset kriteerit</b>
<b>Hypomania</b>	A. Mieliala on koholla tai ärtyisä asianomaiselle poikkeuksellisella tavalla vähintään neljän päivän ajan
	B. Esiintyy vähintään kolme seuraavista oireista siten, että ne aiheuttavat ainakin jonkinasteista toimintakyvyn häiriintymistä <ul style="list-style-type: none"> <li>1. toimeliaisuuden lisääntyminen tai fyysinen rauhattomuus</li> <li>2. puheliaisuuden lisääntyminen</li> <li>3. hajanaisuus tai keskittymisvaikeudet</li> <li>4. unen tarpeen väheneminen</li> <li>5. seksuaalinen halukkuuden lisääntyminen</li> <li>6. lievä rahojen tuhailu tai muu vastuuton käytös</li> <li>7. seurallisuuden tai tuttavallisuuden lisääntyminen</li> </ul>
	C. Häiriö ei täytä manian, kaksisuuntaisen mielialahäiriön, masennusjakson, mielialan aaltoiluhäiriön tai anorexia nervosan kriteereitä.
	D. Häiriö ei liity psykoaktiivisten aineiden käyttöön tai elimelliseen aivo-oireyhtymään.
<b>Mania</b>	A. Mieliala on enimmäkseen koholla, poikkeuksellisen avoin (ekspansiivinen) tai ärtynyt ja selvästi tavanomaisesta poikkeava asianomaiselle. Mielialan muutos on huomattava ja se on kestänyt vähintään viikon ajan. (Tätä lyhyempi aika riittää, mikäli muutos on niin huomattava, että tarvitaan hoitoa sairaalassa.)
	B. Vähintään kolme (tai neljä, mikäli mieliala on ainoastaan ärtynyt) seuraavista oireista siten, että ne aiheuttavat vakavan päivittäisen toimintakyvyn häiriintymisen:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. toimeliaisuuden lisääntyminen tai fyysinen rauhattomuus</li> <li>2. puheliaisuuden lisääntyminen (puhetulva)</li> <li>3. ajatuksenriento tai tunne siitä, että ajatustoiminta on kiihtynyt</li> <li>4. tavanomaisten sosiaalisten käytösten häviäminen siten, että esiintyy olosuhteisiin nähden epäasiallista käyttäytymistä</li> <li>5. unen tarpeen väheneminen</li> <li>6. itsetunnon kohoaminen tai kuvitelmat omista kyvyistä tai suuruudesta (grandiositeetti)</li> <li>7. keskittymiskyvyttömyys tai jatkuvat muutokset toiminnassa tai suunnitelmissa</li> </ul>



	<p>8. uhkarohkea tai vastuuton käyttäytyminen, jonka riskejä henkilö ei tunnista (esimerkiksi tuhlaileva ilonpito, hurjat seikkailut tai vastuuton ajotapa)</p> <p>9. lisääntynyt seksuaalinen halukkuus tai seksuaalinen holtittomuus</p>
	C. Ei esiinny aistiharhoja tai harhaluuloja (havaintohäiriöitä, kuten kuulon terävöitymistä tai värien näkemistä kirkkaampina saattaa esiintyä).
	D. Häiriö ei liity psykoaktiivisten aineiden käyttöön tai elimelliseen aivo-oireyhtymään.
<b>Masennusjakso</b>	A. Masennusjakso on kestänyt vähintään kahden viikon ajan.
	B. Todetaan vähintään kaksi seuraavista oireista:
	<p>1. masentunut mieliala suurimman osan aikaa</p> <p>2. kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat tavallisesti kiinnostaneet tai tuottaneet mielihyvää</p> <p>3. vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys</p>
	C. Todetaan jokin tai jotkin seuraavista oireista niin, että oireita on yhteensä (B ja C yhteenlaskettuina) vähintään neljä:
	<p>4. itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen</p> <p>5. perusteettomat tai kohtuuttomat itsesyytökset</p> <p>6. toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen</p> <p>7. subjektiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä myös päättämättömyytenä tai jähkailuna</p> <p>8. psykomotorinen muutos (kiihtymys tai hidastuneisuus), joka voi olla subjektiivinen tai havaittu</p> <p>9. unihäiriöt</p> <p>10. ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos</p>
	Lievässä masennustilassa oireita on 4–5, keskivaikeassa 6–7 ja vaikeassa 8–10 ja kaikki kohdasta B
<b>Sekamuotoinen jakso</b>	Hypomaaniset, maaniset ja masennusoireet esiintyvät samanaikaisesti tai hyvin tiheästi vaihdellen. Aiemmin on ollut ainakin yksi mielialahäiriön jakso, ja ajankohtaisen jakson aikana sekä maanisia että masennusoireita on esiintynyt suurimman osan aikaa vähintään kahden viikon ajan.

Taulukko: Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. (2013) Kaksisuuntainen mielialahäiriö. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Vaikka käytettävissä oleva kriteeristö on kaikenikäisillä sama, on nuoruusikäisellä kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnosointi kuitenkin vielä varsin harvinaista (Mantere & Pajakko 2014). Lasten ja nuorten BPD:tä tarkastellessa on todettu, että oireiden jaksottaisuus ei ilmene yhtä selkeärajaisena kuin aikuisilla (Kumpulainen et al. 2016, 305). On myös huomattu (esim. Birhamer et al. 2009), että nuorilla oireet painottuvat aikuisia enemmän masennukseen. Tämän lisäksi oirekuvaan liittyy myös maniaoireita, mutta harvemmin täysin puhdasta maniaa (Mantere & Pajakko 2014). On todettu (esim. Kumpulainen et al. 2016, 305), että oireilun jaksottaisuuden hahmottaminen on sitä vaikeampaa, mitä nuoremmasta lapsesta on kysymys. Alaikäisillä esiintyy aikuisiin verrattuna enemmän nopeatempoisia oirekuvia, joissa lapsen tai nuoren mieliala saattaa vaihdella vuorokauden aikana jopa useita kymmeniä kertoja. Vaihteluiden väliset, normaalin toimintakyvyn hetket voivat olla myös kestoaltaan myös erittäin lyhyitä (Kumpulainen et al. 2016, 305.)

Lapsuudessa ja varhaisnuoruudessa kaksisuuntaiselle mielialahäiriölle tyypillinen ja aikuisiin verrattuna yleisempi ilmenemismuoto on myös juuri tällainen aikaisemmin mainittu sekamuotoinen taudinkuva, jossa lapsella esiintyy samanaikaisesti tai nopeasti vaihdellen sekä manian että masennuksen oireita. (Kumpulainen et al. 2016, 304; Mantere & Pajakko 2014; Puustjärvi & Kumpulainen 2008). Oireiden jaksottaisuuden epämääräisyys on huomattu myös esimerkiksi nuoriin kohdistuneissa seurantatutkimuksissa, joiden aikana myös havaittu kaksisuuntaisen mielialahäiriön tyyppi vaihtui toiseen tyyppiin (Pavuluri, Birhamer & Naylor 2005).

Diagnostiikan kannalta oireiden jaksottaisuuden on todettu (Kumpulainen et al. 2016, 305) olevan erityisen tärkeä tekijä, joten jaksottaisuuden epäselvyys vaikeuttaa häiriön tunnistamista merkittävästi. Tämän lisäksi on myös esitetty (Kumpulainen et al. 2016, 305), että lasten ja nuorten kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä voi ilmetä pitkiäkin viiveitä ensioireiden sekä diagnoosin välillä ja tämä viive voi olla keskimäärin jopa kahdeksan vuotta. Oireilevat lapset ja nuoret voivat toipua häiriöstä yleensä oireettomiksi, mutta häiriön uusiutumisen riskin vuoden sisään on kuitenkin jopa 60-70% (Kumpulainen et al. 2016, 305).

### 3.2 Oirekuva 6-12-vuotiailla

Lasten ja nuorten häiriön diagnosoinnin harvinaisuudesta huolimatta on erittäin olennaista, että sairauden alkuvaiheessa ilmenevät oireet tunnistettaisiin (Mantere & Pajakko 2014). Usein psykiatrinen hoito aloitetaan esimerkiksi masennuksen, ahdistuneisuushäiriön tai itsetuhoisuuden vuoksi ennen kuin mahdolliset kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön viittaavat hypomania- tai maniajaksot ilmenevät (Mantere & Pajakko 2014). On myös todettu (Kumpulainen et al. 2016, 305), että alkuvaiheen oireet eivät suoranaisesti viittaa kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön, vaan voivat myös liittyä muihin samankaltaisiin häiriöihin ja esimerkiksi ohimeneviin stressitekijöihin. Oireet on siis erotettava esimerkiksi eri ikävaiheille tyypillisestä käyttäytymisestä (esim. Kowatch et al. 2005). Asianmukainen hoito jo alkuvaiheessa on kuitenkin olennaista juuri sen takia, että sillä voidaan vähentää kaksisuuntaiseen mielialahäiriön puhkeamisen riskiä (Kumpulainen et al. 2016, 305).

On kuvattu, että lapsilla sekä nuorilla kaksisuuntainen mielialahäiriö alkaa usein juuri vakavalla masennuksella (Goldstein 2014; Kumpulainen et al. 2016, 305). Tutkimusten pohjalta (esim. Lish, Dime-Meenan, Whybrow, Price & Hirchfeld 2009) on esimerkiksi arvioitu, että vakava masennus ilmeni ensioireena noin 47%:lla sairastuneista (Lish et al. 2009). Kouluikäisellä lapsella alkuvaiheen oireilu saattaa ilmetä tyypillisesti surullisuuden, ilottomuuden sekä ärtyisyyden yhdistelmänä ja muita ennakoivia oireita voivat esimerkiksi olla mielialojen ja tunteiden säätelyyn sekä tunnistamiseen liittyvät vaikeudet, oman toiminnan ohjauksen liittyvät ongelmat sekä keskittymisen ja ajattelemisen vaikeudet (AACAP 2007). Tämän lisäksi sairastumisriskiin voivat liittyä esimerkiksi estoton ja pidäkkeetön käyttäytyminen sekä kausittain vaihtuva, tavallista voimakkaampi tunnereagointi sellaisiin tapahtumiin, jotka voivat normaalistikin herättää tunteita (Kumpulainen et al. 2016, 305).

Seuraavaksi otan tarkasteluun sen, kuinka jaksoihin liittyvä oireilu mahdollisesti lapsuudessa ja nuoruudessa ilmenee. Jaan tarkastelun niin, että masennusjakson oirekuvan jälkeen tarkastelen hypomaniaa sekä maniaa yhtenä osiona. Teen jaon siitä syystä, että suurimmassa osassa työni lähteistä (esim. Kumpulainen et al. 2016) oirekuvan tarkastelussa ei ole erikseen otettu esille hypomaniajakson oireita liittyen lapsuuteen, vaan pääpaino on juuri manian oireissa sekä maanisessa oireilussa. Kuten aikaisemmin mainittua (Mantere &

Pajakko 2014), lapsuuden ja nuoruuden oireiluun ei siis usein liity juurikaan aikuisille tyypillisempää puhdasta maniaa.

### 3.2.1 Masennusjakso

Kuten aikaisemmin mainittua (Isometsä 2014), on masennusjakson kliininen kuva lähes samankaltainen kuin esimerkiksi tavallisessa depressiossa. Myös sen diagnostiset kriteerit ovat samat kuin muissa masennustiloissa (Isometsä 2014). Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakson oirekuvaan liitetään usein kuitenkin juuri korostunut surullisuuden, ilottomuuden ärtyisyyden yhdistelmä (Kumpulainen et al. 2016, 305; Wozniak et al. 2004). Myös tähän liittyen on todettu (esim. Kumpulainen et al. 2016, 296), että lapsen ikä ja kehitystaso vaikuttavat oireiden ilmiasuun, jolloin tietyt käyttäytymisen piirteet sekä oireet voivat olla tyypillisiä eri ikävaiheille.

Masennusjakson ydinoireihin kuuluu siis depression tapaan esimerkiksi masentunut mieliala, mielihyvän ja mielenkiinnon kokemisen menettäminen, riittämättömyyden tunne, apaattisuus, vihaisuus ja uupumus sekä itsetuhoisuus (Kumpulainen et al. 2016, 305; Hart et al. 2014). Jakson aikana lapsi voi olla ulkoapäin olemukseltaan normaalia vakavamman sekä onnettoman ja mielenkiinnottoman oloinen, jolloin hän ei tunnu kiinnostuvan juuri mistään (Isometsä 2014). Usein jopa pienien ja normaalisti yksinkertaisten tehtävien suorittaminen sekä asioiden muistaminen voi olla hyvinkin vaikeaa (Hart et al. 2014). Lapsi saattaa nähdä itsensä hyvin negatiivisessa valossa, kokea syyllisyyden tunteita ja ajatella jopa kuolemaa sekä itsemurhaa (Kumpulainen et al. 2016, 296-297).

Masennusjaksoon on todettu (esim. Gershon & Roy 2014; Kowatch et al. 2005) liittyvän myös keskittymisvaikeuksia. Tällaiset keskittymisvaikeudet saattavat ilmetä ulkoapäin huomattavina tai subjektiivisina keskittymiseen liittyvinä ongelmina esimerkiksi koulussa, missä huonontuneet opiskelusuoritukset yleensä ensimmäisenä huomataan (Kumpulainen et al. 2016, 297). Koulunkäyntiä haittaavat myös yleensä masennukselle tyypilliset uneen liittyvät häiriöt, jolloin lapsi saattaa esimerkiksi kärsiä nukahtamisvaikeuksista tai aamuyön jatkuvasta heräilystä (Käypähoito, ICD-10 2014). Uneen liittyvien vaikeuksien lisäksi on mahdollista ilmetä myös liiallista nukkumista (Hart et al. 2014). Masennusjaksossa lapsen ruokahalu saattaa olla myös normaalia huonompi ja hän saattaa olla ruoan kanssa hyvinkin

nirsoileva, mikä puolestaan voi johtaa esimerkiksi painon nopeaan vähenemiseen (Kumpulainen et al. 2016, 296). Ruokahalu saattaa myös muuttua toiseen suuntaan, jolloin halu syödä esimerkiksi tietynlaisia hiilihydraattipitoisia ruokia voi olla korkea (Hart et al. 2014). Tällöin ruokahalun muutos saattaa ilmetä esimerkiksi painon nousuna (Gershon & Roy 2014).

On todettu (Kumpulainen et al. 2016, 297), että kouluikäisellä saattaa tyypillisesti ilmetä myös passivoitumista sekä ihmissuhteisiin liittyviä ongelmia, mitkä edelleen jatkuessaan mahdollisesti myös pahentavat masentuneisuuden tunnetta. Lapsi saattaa esimerkiksi kokea, että kavereiden kanssa oleminen tuntuu vaikealta ja että heidän kanssaan syntyy riitoja normaalia enemmän. Tällöin lapsi saattaa vetäytyä ja esimerkiksi vältellä kavereitaan, mikä saattaa edelleen johtaa kaveriporukasta ulos jäämiseen (Kumpulainen et al. 2016, 297).

### **3.2.2 (Hypo)maaninen jakso**

Maaniselle oireilulle on tyypillistä vauhdikkuuden, toimeliaisuuden ja ärtyneisyyden lisääntyminen, mielialan perusteeton kohoaminen sekä suuruuskuvitelmat (Kumpulainen et al. 2016, 306). Tavallisia ja myös diagnoosin kannalta oleellisia oireita ovat myös unen tarpeen väheneminen sekä seksualisoitunut, mielihyvähakuinen käytös (Mantere & Pajakko 2014; Pavuluri, Birhamer & Naylor 2005). Jotta oireita voidaan tarkastella juuri maanisina oireina, tulee niiden poiketa selkeästi normaalista käyttäytymisestä ja mahdollisista muista häiriöistä (Puustjärvi & Kumpulainen 2008).

Jaksolle luonteenomainen vauhdikas energisyys saattaa ilmetä lapsilla toimintana, johon liittyy tyypillisesti ajattelun ja puheen kiihtymistä sekä puheliaisuuden lisääntymistä (Birhamer et al. 2013; Kowatch et al. 2005). Maaninen puhe eroaa lapsen normaalista puhetyylistä, on yleensä hyvin nopeatempoista, kovaäänistä, pakonomaista ja vaikeasti keskeytettävää (Kumpulainen et al. 2016, 306; Kowatch et al. 2005, 216; Puustjärvi & Kumpulainen 2008). Tähän liittyen voidaan ajatella esimerkiksi tilanne, jossa perheen on pakko poistua elokuvateatterista sen takia, että lapsi puhuu tauotta sekä häiritsevästi ilman, että häntä on mahdollista keskeyttää (Hart et al. 2014, 71).

Kyseisten oireiden kanssa on huomioon otettava myöskin se, että kiihtynyt puhe on yleisesti ottaen lapsille tyypillistä ja normaalia esimerkiksi kun he ovat jännittyneitä, vihaisia tai hermostuneita (Kumpulainen et al. 2016, 306). Tällöin on kuitenkin kyse ohimenevästä ilmiöstä, eikä sitä voida laskea manian oireeksi (Kowatch et al. 2005, 216). Oireiden tunnistamisessa on olennaista ottaa huomioon myös se, että kiihtynyt puheliaisuus ja ajatustenriento ovat myös tyypillistä esimerkiksi lapsille, joilla on todettu ADHD (Kowatch et al. 2005; Mantere & Pajakko 2014).

On todettu (esim. Kowatch et al. 2005), että siinä missä puheen kiihtyminen on havaittavissa ulkoapäin, on ajattelun kiihtyminen puolestaan ilmiö, joka vaatii keskustelua itsensä lapsen kanssa. Kouluikäinen lapsi saattaa kuvailla ajatuksiaan esimerkiksi ”Aivoni laukkaavat tuhatta ja sataa”- tyyppisillä lauseilla, koska ajatuksen juoksun kuvailu voi olla lapselle hyvin hankalaa (Hart et al. 2014). Juoksevat ja kiihtyvät ajatukset saattavat olla lapselle haitallisia jatkuvaan keskittymiseen ja ajatusten karkailuun liittyvien ongelmien takia sekä silloin, kun hän ei itse pysy mukana tekemisissään päivän aikana (Kowatch et al. 2005).

Mielialan kohoaminen (euforia) tarkoittaa huomattavan voimakasta hyväntuulisuutta, joka voi ilmetä lapsella naureskeluna, kikatteluna, pelleilynä ja esimerkiksi riehakkaana käytöksenä (Kumpulainen et al. 2016, 306; Hart et al. 2014; Kowatch et al. 2005). Tällainen käytös on lapsilla tavallisestikin hyvin tyypillistä silloin, kun he ovat esimerkiksi innostuneita jostain tilanteesta tai asiasta (Goldstein 2012). Maniassa euforista käytöstä saattaa ilmetä usein ilman selittävää syytä ja se on myös hyvin tyypillinen kaksisuuntaisen mielialahäiriön oire alaikäisillä (Kumpulainen et al. 2016, 306). On todettu (esim. Kowatch et al. 2005), että euforian ilmenemisen tilannetekijöitä on oleellista kartoittaa, jotta euforiaa voidaan tarkastella manian oireena. Huomiota on kiinnitettävä muun muassa siihen, ilmenikö esimerkiksi kikattelua ja naureskelua vain kerran kyseisessä tilanteessa ja oliko käyttäytymisen syynä esimerkiksi joku ympäristöön liittyvä, ulkoinen tekijä (Kowatch et al. 2005).

Hyvin tavallinen oire on myös ärsytysherkkyuden lisääntyminen. (Kumpulainen et al. 2016, 306; Hart et al. 2014; Kowatch et al. 2005; Goldstein 2012). Sen on todettu (esim. Kumpulainen et al. 2016, 306) ilmenevän vähäisistäkin syistä aiheutuvin raivokohtauksina, jotka ovat yleensä voimakkaita, vaikeasti hallittavia ja pitkäkestoisia (Kumpulainen et al. 2016, 306). Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä ilmenee usein juuri räjähtävää ärtyisyyttä, johon saattaa liittyä myös itsen ja toisen vahingoittamisen yrityksiä sekä esimerkiksi omaisuuden tahallista tuhoamista (Biederman et al. 2004). Lapsen käyttäytymisen ärsytysherkkyys on usein huomattavissa ulospäin, mutta ärtyneisyyden tunteen lisääntymistä pystyy usein vain tarpeeksi vanha lapsi itse kuvailemaan (Kowatch et al. 2005, 216). Vastaavanlaista lisääntyntä ärtyisyyttä esiintyy myös esimerkiksi käytöshäiriöissä, ahdistuneisuushäiriöissä, masennuksessa, ADHD:ssa sekä psykooseissa (Puustjärvi, Kumpulainen 2008). Maanisen ärtyneisyyden erottaa muista kuitenkin juuri sen äärimmäinen luonne sekä jaksottaisuus (Kumpulainen et al. 2016, 306; Kowatch et al. 2005).

Suuruuskuvitelmat (grandiositeetti) viittaavat yksilön käyttäytymiseen voimakkaasti vaikuttaviin, hyvin epärealistisiin sekä sitkeisiin ajatuksiin ja käsityksiin omasta vahingoittumattomuudesta sekä ylivertauisuudesta (Kumpulainen et al. 2016, 306; Hart et al. 2014; Kowatch et al. 2005). Tällaiset kuvitelmat saattavat ajaa lapsen ikään kuin testaamaan omia ylivoimaisiksi uskomiaan kykyjään, jonka seurauksena saattaa lapsi saattaa hakeutua vaaratilanteisiin (Kumpulainen et al. 2016, 306). Tämän tyyppinen käyttäytyminen saattaa olla haastavaa erottaa esimerkiksi nuorille lapsille tyypillisistä mielikuvitus- ja fantasialeikeistä (Kowatch et al. 2005). On esimerkiksi normaalia, että lapsi tietyllä lailla yliarvioi omia kykyjään ja taitojaan (Birhamer et al. 2013).

On esitetty (esim. Kowatch et al. 2005), että suuruuskuvitelmat maanisena oireiluna erottavat kuitenkin lapsille tyypillisen käyttäytymisen siinä, että esimerkiksi kouluikäiset lapset osaavat yleensä erottaa mielikuvitusleikin todellisuudesta, kun taas maniaassa nämä voivat sekoittaa. Voidaan esimerkiksi ajatella, että tavallisessa fantasialeikissä Supermiestä esittävä 8- vuotias kykenee hahmottavan kyseessä olevan vain mielikuvitukseen perustuvan leikin (Kowatch et al. 2005). Maniaan liittyvät suuruuskuvitelmat voivat olla kuitenkin niinkin sitkeitä, että Supermiestä leikkivä ja omiin ylivertauisiin kykyihin uskova lapsi hyppää esimerkiksi korkeasta paikasta loukaten itsensä (Hart et al. 2014).

Vauhdikkuus ja energisyys ilmenevät usein myös päämäärähakuisuuden lisääntymisenä, jolloin lapsi saattaa keskittyä niin intensiivisesti yhteen tehtävään, asiaan tai toimintaan, että siirtyminen tehtävään saattaa olla hyvinkin vaikeaa (Hart et al. 2014, 71). Maaninen lapsi saattaa esimerkiksi piirtää hyvin keskittymistä vaativia sekä taidokkaita piirustuksia tai kirjoittaa hyvin yksityiskohtaisia kirjoitelmia lyhyessäkin ajassa (Kowatch et al. 2005). Voidaan myös ajatella tilanne, jossa lapsi erotetaan määrääjäksi koulusta hänen tuhoamaan koulun omaisuutta eli esimerkiksi kirjoja sen seurauksena, että häntä pyydettiin lopettamaan hänen oman projektinsa työstäminen (Hart et al. 2014). Etenkin ensimmäiseksi mainitussa tilanteessa on tehtävä myös ero esimerkiksi älykkään sekä vahvasti itseohjautuvan lapsen täsmällisyyden sekä maanisen päämäärähakuisuuden lisääntymisen välillä (Kowatch et al. 2005). Esimerkiksi juuri tällaisia tekijöitä ajatellen oireilun on oltava hyvin poikkeavaa sekä voimakasta verrattuna lapsen normaaliin toimintaan, jotta oireilua voidaan tarkastella manian näkökulmasta (Birhamer et al. 2013).

Lapsilla oirekuvaan kuuluu yleensä myös ikään kuulumatonta seksuaalisoitunutta käytöstä, joka saattaa ilmetä jo varhaisella iällä käytöksen erotisoitumisena ja esimerkiksi aikuismaisena flirttailuna (Kowatch et al. 2005; Kumpulainen et al. 2016, 306). Oirekuvaan voi liittyä seksin tai siihen liittyvien asioiden ajattelua, estotonta seksuaalista käyttäytymistä sekä itsetyydytystä, jotka ilmenevät useimmiten pakonomaisina (Kumpulainen et al. 2016, 306). Oireiden tunnistamisessa on erittäin tärkeää sulkea pois esimerkiksi seksuaalisuuden hyväksikäytön mahdollisuus sekä muut mahdolliset tekijät ja ongelmat, jotka voivat lisätä lapsen seksuaaliviritteistä käyttäytymistä (Kumpulainen et al. 2016, 306; Kowatch et al. 2005, 217; Birhamer et al. 2013). Hyväksikäyttöön liittyvään seksuaaliseen virittyneisyyteen liittyy kuitenkin varsin usein ahdistuneisuutta, mitä kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä harvoin esiintyy (Puustjärvi & Kumpulainen 2008). Maanisen lapsen seksuaalisoituneeseen käyttäytymiseen liittyy usein juuri hyvin estoton aspekti, joka saattaa ilmetä esimerkiksi toisen suutelemisen tai koskettelun yrityksinä (Birhamer et al. 2013; Kowatch et al. 2005).

Jopa 72-95%:lla kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista lapsista esiintyy vähentynyttä unen tarvetta sekä erilaisia unen häiriöitä (Kumpulainen et al. 2016, 306). Jotta unen tarpeen vähenemistä voidaan tarkastella manian oireena, tulee unen vähentyä kriteerien mukaan tavallisesta unen määrästä vähintään kahdella tunnilla ilman, että lapsesta on havaittavissa uupumuksen tai väsymyksen merkkejä (Kowatch et al. 2005). Yleensä esimerkiksi huonoista nukkumaanmenoon liittyvistä rutiineista, liiallisista ympäristön virikkeistä, ahdistuksesta tai



ADHD:sta johtuvasta unettomuudesta kärsivät lapset saattavat maata sängyssään ja yrittää nukkua, kun taas maaninen lapsi on täynnä energiaa. (Kowatch et al. 2005, 216.) Siksi onkin tärkeää erottaa esimerkiksi juuri unettomuus maanisesta unentarpeen vähenemisestä (Goldstein 2012). Maaninen lapsi saattaa esimerkiksi vaeltaa yöllä ympäri taloa etsimässä itselleen tekemistä, olla tietokoneella, järjestää huonekaluja uudelleen tai katsoa televisiosta esimerkiksi seksuaalista materiaalia sisältäviä ohjelmia (Kowatch et al. 2005). Näin oireileva lapsi saattaa vaikuttaa energiseltä seuraavana päivänä vain muutaman tunnin yönistä huolimatta (Hart et al. 2014).

Myös psykoottisia oireita esiintyy noin 16-60%:lla BPD:tä sairastavista lapsista sekä nuorista (Kumpulainen et al. 2016, 306) Tavallisimpia oireita ovat ääniharhat sekä hallusinaatiot (Kowatch et al. 2005). Manian oireita yleisesti tarkasteltaessa on otettava huomioon muut mahdolliset maniatyyppisiä oireita aiheuttavat tekijät, joita saattavat olla trauma-tai stressikokemukset, lääkkeiden haittavaikutukset (esimerkiksi masennuslääkkeet) tai somaattiset häiriöt kuten epilepsia, aineenvaihdintahäiriöt sekä aivokasvain (Kumpulainen et al. 2016, 306).

## **4 TUNNISTAMISEEN JA DIAGNOSOINTIIN LIITTYVÄT HAASTEET**

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistamisen on todettu (esim. Hart et al. 2014) tekevän haasteelliseksi etenkin se, että sen piirteet ja siihen liittyvät oireet ilmenevät hyvin samankaltaisina kuin muissa häiriöissä, kuten esimerkiksi unipolaarisessa eli yksisuuntaisessa masennuksessa. Tämän lisäksi oireiden erottamisen tekee usein haastavaksi myös niiden yhtäaikainen ilmeneminen eli komorbiditeetti. Nämä tekijät saattavat johtaa usein myös virhediagnooseihin (Hart et al. 2014). BPD:tä sairastavilla lapsilla esiintyy usein samanaikaisesti esimerkiksi pakko-oireisia häiriöitä, uhmakkuus- ja käytöshäiriöitä, paniikkihäiriöitä, ADHD:ta sekä kehityshäiriöitä kuten Aspergerin oireyhtymää (Pavuluri et al. 2005). Samoin myös uutena vuoden 2013 DSM-5 diagnoosijärjestelmässä esitelty tunteiden säätelyhäiriön (DMDD) on todettu (American Psychiatric Association 2013; Kumpulainen et al. 2016, 307) sisältävän hyvin samankaltaisia piirteitä kuin kaksisuuntaisen mielialahäiriössä. Näistä eri häiriöistä otan tarkempaan tarkasteluuni unipolaarimasennuksen, ADHD:n sekä DMDD:n. Teen kyseisen jaon sen takia, että koen unipolaarimasennuksen sekä ADHD:n oireiden liittyvän oleellisesti juuri BPD:n masennusjakson sekä maniajakson oireisiin, mikä tuo mielestäni kattavasti ilmi niiden tunnistamiseen liittyviä haasteita. Tunteiden säätelyhäiriön tuon esille etenkin juuri sen ajankohtaisen luonteensa takia.

### **4.1 Unipolaarinen masennus**

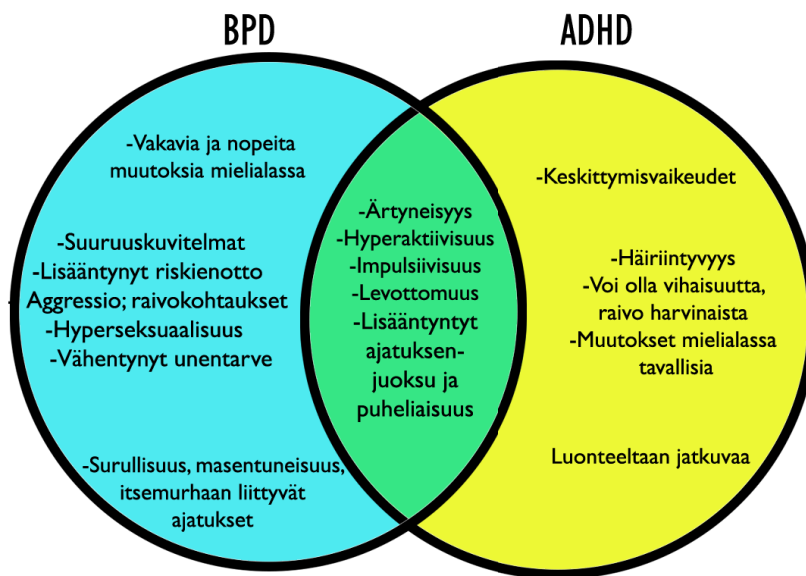
BPD:n masennusjakson sekä normaalin yksisuuntaisen masennuksen erottamisen tekee hankalaksi juuri niiden edellä mainittu oireiden samankaltaisuus sekä niiden yhtenevät diagnostiset kriteerit (Hart et al. 2014). Tähän liittyen onkin todettu (Kumpulainen et al. 2016, 305; Puustjärvi & Kumpulainen 2008), että unipolaarimasennuksen sekä kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyvän masennuksen erottamiseen ei ole käytössä mitään luotettavaa keinoa. Tästä johtuen on erittäin olennaista, että masennusoireiselta lapselta tai nuorelta etsitään myös maniaoireita sekä kartoitetaan mahdolliset aiemmat maniajaksot, jotta mahdolliset kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön viittaavat oireet eivät jäisi huomaamatta (Mantere & Pajakko 2014).

On esimerkiksi todettu (esim. Wozniak et al. 2004), että pelkästään masennusta varten määrätyt masennuslääkkeet saattavat kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä kiihdyttää maanisia oireita, mikä ilmentää edelleen oikean diagnosoinnin tärkeyttä. Huomioon on kuitenkin otettava se, että nuorten depressiota hoidetaan kuitenkin usein vasta lääkehoidolla silloin, kun muut hoitokeinot eivät yksin riitä (Kumpulainen et al. 2016, 302). Masennuksen ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön suhdetta tutkittaessa on myös esimerkiksi arvoitu (esim. Geller, Zimmerman, Williams, Bolhofner & Craney 2001), että niiden yhtenevien oireiden lisäksi noin 20-25% lasten ja nuorten sairastamista vakavista masennustiloista muuttuu myöhemmin aikuisiässä kaksisuuntaiseksi mielialahäiriöksi.

## 4.2 ADHD

Kuten myös oireiden tarkastelun yhteydessä kävi ilmi, ovat maniassa ilmenevät oireet osin hyvin samankaltaisia kuin esimerkiksi ADHD:ssa eli tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriössä. ADHD:n sekä kaksisuuntaisen mielialahäiriön erottamisen toisistaan onkin todettu olevan yksi vaikeimmista haasteista liittyen kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosiin ja tunnistamiseen (Gershon & Roy 2009; Hart et al. 2014). Etenkin lapsilla ja nuorilla nämä kaksi häiriötä sekoitetaan hyvin helposti. (American Psychiatric Association 2013). Oikean diagnoosin tekee haasteelliseksi etenkin se, että ADHD:ssa sekä kaksisuuntaisen mielialahäiriön (hypo)maniassa ilmenee osittain hyvinkin samankaltaisia oireita (American Psychiatric Association 2013; Birhamer 2013). On myös esitetty (esim. Kowatch et al. 2005), että jopa 70-90% lapsista ja 30-40% nuorista, joilla kaksisuuntainen mielialahäiriö on todettu, täyttävät myös ADHD:n diagnostiset kriteerit. Häiriöiden on siis mahdollista esiintyä myös yhdessä (Hart et al. 2014; Kowatch et al. 2005). Oireet eivät kuitenkaan aina tarkoita samanaikaista BPD:tä ja ADHD:ta eikä molempien häiriöiden esiintyminen ole symmetristä, sillä arviolta vain 20%:lla ADHD:ta sairastavilla todetaan samanaikainen kaksisuuntainen mielialahäiriö (Biederman et al. 2004; Gershon & Roy 2009).

Erottamisen haastavaksi tekeviä yhteisiä oireita on todettu (esim. Carlson 1998; Luckenbaug, Finling, Leverich & Pizzarello 2009; Gershon & Roy 2009) olevan muun muassa ärtyneisyys, hyperaktiivisuus, impulsiivisuus, keskittymiskyvyn heikentyminen, jatkuva puhuminen sekä levottomuus. Esimerkiksi ärtyneisyyden on todettu olevan merkittävä häiriöitä yhdistävä oire siitä huolimatta, että kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä sen on todettu esiintyvän tyypillisesti voimakkaampana kuin ADHD:ssa, esimerkiksi raivokohtausten muodossa (Luckenbaug et al. 2009).



Kuvio 2: Ville Tikkanen. Lähteet: American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. 5<sup>th</sup> Edition. Washington (D.C.) : American Psychiatric Publishing 2013; Medscape 27.12.2009. Bipolar Disorder and ADHD in Children: Confusion and Comorbidity

Olenaisin ero ADHD:ssa verrattuna kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön on sen, että BPD esiintyy oireiltaan jaksottaisena, kun taas ADHD on ikään kuin jatkuva ja jaksoton häiriö (American Psychiatric Association 2013; Carlson 1998). On todettu (Luckenbaug et al. 2009), että kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla lapsilla ja nuorilla ilmenevät myös aikaisemmin mainitut vähentynyt unentarve ja lisääntynyt seksualisoitunut käyttäytyminen. Myös juuri poikkeuksellisen kohonneen mielialan sekä suuruuskuvitelmien on esitetty liittyvän enemmän juuri kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön (Geller et al. 1998). On myös todettu (Gershon & Roy 2009), että nopeat ja etenkin hyvin voimakkaat mielialanvaihtelut liitetään useimmiten BPD:n oireisiin. Näiden kahden häiriön erottaminen toisistaan on

oleellista etenkin lääkitykseen liittyvien seikkojen takia, sillä jos BPD:tä sairastavalla potilaalla todetaan virheellisesti ADHD, voivat siihen tarkoitettut lääkkeet esimerkiksi lisätä hypomaanisten ja maanisten jaksojen kehittymisen riskiä (Gershon & Roy 2009).

### 4.3 DMDD

Tunteiden säätelyhäiriö eli DMDD (disruptive mood dysregulation disorder) viittaa pitkäaikaiseen, yleisesti yli vuoden kestävään häiriöön, jossa ilmenee tasaisesti lisääntyvää ärtyneisyyttä sekä tiheiden (vähintään 3 kertaa viikossa) raivonpuuskien esiintymistä (American Psychiatric Association 2013; Kumpulainen et al. 2016, 307). DMDD on lapsuus- ja nuoruusiän häiriö, eikä sitä yleisesti diagnosoida ennen 6 vuoden ikää eikä 18 ikävuoden jälkeen (American Psychiatric Association 2013). On esitetty (American Psychiatric Association 2013), että tunteiden säätelyhäiriöön liittyvät raivonpurkaukset ovat tilanteeseen nähden perusteettomia voimakkuutensa ja kestonsa kautta. Raivokohtausten välillä DMDD:tä sairastavat lapset ovat jatkuvasti ärtyneitä tai vihaisia, mikä on havaittavissa selkeästi myös ulospäin esimerkiksi kotona tai koulussa. Häiriölle tyypillistä on myös häiritsevien oireiden hyvin tasainen esiintyminen (Kumpulainen et al. 2016, 307).

Tunteiden säätelyhäiriö on tuotu uusimpaan DSM-5- diagnoosijärjestelmään sen takia, että juuri kroonisena ilmenevästä ärtyisyydestä kärsiville lapsille ja nuorille, jotka eivät kuitenkaan täytä esimerkiksi uhmakkuushäiriön (ODD) tai kaksisuuntaisen mielialahäiriön kriteereitä, olisi tarjolla tarkempi ja kliinisesti merkittävämpi diagnoosi (American Psychiatric Association 2013). On kuitenkin esitetty (esim. Zepf, Biskup, Holtmann & Runions 2016) kaksisuuntaista mielialahäiriötä on voi olla hyvin vaikea erottaa DMDD:stä samankaltaisten, etenkin voimakkaaseen ärtyneisyyteen sekä raivokohtauksiin liittyvien oireidensa perusteella. Merkittävin ero näiden kahden häiriön välillä ilmenee niiden jaksottaisuudessa; DMDD:ssä oireet ilmenevät kroonisina, kun taas BPD:lle tärkeä ominaispiirre on juuri sen jaksottainen luonne (American Psychiatric Association 2013). Häiriöön ja sen uutuuteen liittyen on todettu (Drabick, Steinberg, Hampton Shields 2016), että etenkin sen diagnoosin, taudinkulun, korrelaatioiden, päällekkäisyyksien muiden häiriöiden kanssa sekä hoidon vaikutuksien ymmärtämisen kannalta lisätutkimus on tarpeen.

## 5 TULOKSET

### 5.1 Kuinka kaksisuuntainen mielialahäiriö voi ilmetä lapsuudessa ja nuoruudessa?

Taudinkuvaan liittyen on todettu, että häiriö ei ilmene lapsuudessa ja nuoruudessa yhtä selkeärajaista kuin aikuisilla (Kumpulainen et al. 2016, 305). Oireilu on tyypillisesti masennukseen painottuvaa ja siihen liittyvien oireiden pohjalta aloitetaan yleensä myöskin psykiatrinen hoito (Mantere & Pajakko 2014). Varhaiselle kaksisuuntaiselle mielialahäiriölle on tyypillistä myös sekamuotoinen taudinkuva, jossa maaniset sekä masennukseen liittyvät oireet esiintyvät hyvin nopeasti vaihdellen tai jopa päällekkäin (Puustjärvi & Kumpulainen 2008). Myös mahdollisten jaksojen väliset normaalin toimintakyvyn hetket voivat olla aikuisiin verrattuna hyvin lyhyitä (Kumpulainen et al. 2016, 305). Lapsilla ja nuorilla mania ilmenee harvoin puhdasta maniaa vaan enemmänkin maanista oireilua (Mantere & Pajakko 2014).

Masennusjakson kliininen kuva on hyvin samankaltainen kuin esimerkiksi yksisuuntaisessa depressiossa (Isometsä 2014). Sen oireisiin on todettu (esim. Kumpulainen et al. 2016, 305; Hart et al. 2014) kuuluvan masennuksen tapaan masentunut mieliala, mielihyvän ja mielenkiinnon kokemisen menettäminen, riittämättömyyden tunne, apaattisuus, vihaisuus, uupumus sekä itsetuhoisuus. Ulkoapäin lapsi saattaa olla olemukseltaan normaalia vakavamman sekä onnettoman ja mielenkiinnottoman oloinen (Isometsä 2014). Samoin myös esimerkiksi normaalisti yksinkertaisten askareiden ja tehtävien suorittaminen sekä asioiden muistaminen voi olla hyvin hankalaa (Hart et al. 2014). Oireiluun liittyy usein myös uneen ja syömiseen liittyviä häiriöitä sekä esimerkiksi keskittymisvaikeuksia, jotka huomataan yleensä ensimmäiseksi koulussa huonontuneina oppimistuloksina (Kumpulainen et al. 2016, 296). Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakson oireisiin liitetään kuitenkin tyypillisesti surullisuuden, ilottomuuden sekä ärtyisyyden yhdistelmä (Kumpulainen et al. 2016, 305; Wozniak et al. 2004). Maaniselle oireilulle on tyypillistä esimerkiksi ärtyneisyyden, vauhdikkuuden sekä toimeliaisuuden lisääntyminen, näihin liittyvää ajatuksen kiihtyminen sekä puheliaisuuden lisääntyminen, mielialan perusteeton kohoaminen, unen tarpeen väheneminen, seksualisoitunut ja mielihyvähakuinen käytös, suuruuskuvitelmat sekä myös psykoottiset oireet (Isometsä 2014; American Psychiatric Association 2013; Kumpulainen et al. 2016, 306).

## **5.2 Millaisia ikävaiheeseen liittyviä tekijöitä on olennaista ottaa huomioon lapsuuden ja nuoruuden oirekuvan tarkastelussa?**

Lasten ja nuorten kaksisuuntaisen mielialahäiriön taudinkuvaa tarkastellessa on huomioon olennaisena osana otettava se, ettei yksiselitteistä diagnostista määritelmää tai oireita kattavasti määrittelevää kuvausta vielä ole (Kumpulainen et al. 2016, 304; Mantere & Pajakko 2014; Goldstein 2014). Häiriölle muodostetut diagnostiset kriteerit on pohjattu aikuisten potilaiden oirekuviin, eikä niissä ole pystytty ottamaan huomioon ikävaiheen vaikutusta (esim. Kowatch et al. 2005; Mantere & Pajakko, 2014). Varhaista kaksisuuntaista mielialahäiriötä tarkastellessa ikä sekä yksilöllinen kehitystaso ovat merkittäviä tekijöitä oirekuvan kannalta (Puustjärvi & Kumpulainen 2008). On todettu (esim. Kumpulainen et al. 2016, 303), että esimerkiksi oireilun jaksottaisuuden hahmottaminen on sitä vaikeampaa, mitä nuoremasta lapsesta on kysymys.

Lapsen ja nuoren oirekuvan tarkastelussa on myös tärkeää erottaa kaksisuuntaiseen mielialahäiriön oireet muista mahdollisista häiriöistä sekä hänen ikävaiheelleen tyypillisestä käyttäytymisestä (esim. Kumpulainen et al. 2016, 306). Voidaan ajatella, että maaninen unentarpeen väheneminen sekä esimerkiksi kiihtynyt puheliaisuus ja ajatustenriento on olennaista erottaa juuri unettomuudesta sekä esimerkiksi ADHD:sta (Goldstein 2012; Kowatch et al. 2005; Mantere & Pajakko 2014). Ikävaihetta ajatellen on esimerkiksi tavallista, että lapset ovat innostuneita, kikattelevat ja pelleilevät silloin, kun he ovat erityisen innoissaan jostain asiasta (Goldstein 2012). Maaninen mielialan kohoaminen ja oireilu ilmenee yleensä samankaltaisena, mutta kuitenkin yleensä ilman selittävää tai erillistä syytä (Puustjärvi & Kumpulainen 2008). On myös todettu (esim. Hart et al. 2014), että esimerkiksi suuruuskuvitelmissa lapsi saattaa arvioida kykynsä ylivertaisiksi sekä itsensä vahingoittumattomaksi ja hankkiutua vaarallisiin tilanteisiin loukaten itsensä (Hart et al. 2014). Normaalisti lapsi saattaa esimerkiksi leikissä kuvitella itsensä ylivoimaisen vahvaksi, mutta tietää kyseessä olevan mielikuvitusleikin, kun taas maanisissa suuruuskuvitelmissa lapsi ei kuitenkaan välttämättä erota näitä kuvitelmia todellisuudesta (Kowatch et al. 2005). Samoin myös maaninen päämäärähakuisuuden lisääntyminen on olennaista erottaa esimerkiksi älykkään sekä vahvasti itseohjautuvan lapsen täsmällisyydestä (Kowatch et al. 2005).

### **5.3 Mitkä tekijät voivat tehdä lapsuuden ja nuoruuden kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistamisesta sekä diagnosoinnista käytännössä hankalaa?**

Diagnostiikan kannalta jaksottaisuuden on todettu (Kumpulainen et al. 2016, 305) olevan olennainen tekijä ja sen puuttuminen tai epäselvyys vaikeuttaa merkittävästi häiriön tunnistamista. Sen lisäksi lasten ja nuorten kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä voi ilmetä pitkiäkin viiveitä ensioireiden sekä diagnoosin välillä. Tämä viive voi olla keskimäärin jopa kahdeksan vuotta, jolloin häiriö voi olla oireeton (Kumpulainen et al. 2016, 305).

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistamisen on todettu (esim. Hart et al 2014) tekevän haastavaksi erityisesti myös sen samankaltainen ilmiasu sekä myös päällekkäisyys eli komorbiditeetti muiden häiriöiden kanssa, mitkä voivat johtaa virhediagnooseihin (esim. Hart et al. 2009). Tällaisia oireiltaan samankaltaisia häiriöitä ovat muun muassa ADHD eli tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriö, unipolaarinen eli yksisuuntainen masennus sekä DMDD eli tunteiden säätelyhäiriö (Kumpulainen et al. 2016, 307; American Psychiatric Association 2013). Näistä esimerkiksi ADHD sekä BPD voivat esiintyä myös samanaikaisina (Hart et al. 2014; Kowatch et al. 2005). Unipolaarisen masennuksen sekä kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakson diagnostiset kriteerit sekä kliininen kuva ovat yhteneviä, eikä niiden erottamiseksi ole käytössä mitään luotettavaa keinoa (Kumpulainen et al. 2016, 306; Puustjärvi & Kumpulainen 2008). Tämä edellyttää käytännössä sitä, että masennusoireista kärsivältä lapselta tai nuorelta kartoitetaan myös mahdolliset maaniset jaksot (Mantere & Pajakko 2014) Tämä on olennaista esimerkiksi oikean lääkityksen kannalta (esim. Wozniak et al. 2004).

ADHD:n sekä kaksisuuntaisen mielialahäiriön erottamisen on todettu olevan yksi vaikeimmista haasteista liittyen diagnoosiin ja tunnistamiseen (Gershon & Roy 2009; Hart et al. 2014). Maanisen jakson sekä ADHD:n yhteneviä oireita ovat muun muassa ärtyneisyys, hyperaktiivisuus, impulsiivisuus, levottomuus, lisääntynyt ajatuksen juoksu ja puheliaisuus (esim. Luckenbaug, Finling, Leverich & Pizzarello 2009; Carlson 1998; Gershon & Roy 2009). Olennaisin ero näiden kahden häiriön välillä on se, että kaksisuuntainen mielialahäiriö on luonteeltaan jaksottainen häiriö, kun taas ADHD ilmenee ikään kuin jatkuvampana ja jaksottomana (Carlson 1998; American Psychiatric Association 2013). On kuitenkin todettu, että nämä kaksi häiriötä voivat esiintyä myös samanaikaisina.



Myös näiden häiriöiden erottaminen toisistaan on erittäin oleellista lääkitystä ajatellen, sillä esimerkiksi ADHD:ta varten määrättyjä lääkkeitä käyttävän, kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan lapsen hypomaanisten sekä maanisten jaksojen kehittymisen riski voi kasvaa tällaisten lääkkeiden vaikutuksesta (Gershon & Roy 2009).

DMDD eli tunteiden säätelyhäiriö viittaa puolestaan pitkäaikaiseen, yleensä yli vuoden kestävään lapsuus- ja nuoruusiän häiriöön, jossa ilmenee tyypillisesti voimakasta ärtyisyyttä sekä raivokohtauksia (Kumpulainen et al. 2016,307; American Psychiatric Association 2013). Häiriö on tuotu uuteen DSM-5 – diagnoosijärjestelmään sen takia, että juuri kroonisena ilmenevästä ärtyisyydestä kärsiville lapsille ja nuorille, jotka eivät kuitenkaan täytä esimerkiksi uhmakkuushäiriön tai kaksisuuntaisen mielialahäiriön kriteereitä, olisi tarjolla tarkempi ja kliinisesti merkittävämpi diagnoosi (American Psychiatric Association 2013). Kuten myös kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä, on näiden oireiden todettu (American Psychiatric Association 2013) ilmenevän yleensä ilman selittävää syytä ja voimakkuudeltaan tilanteeseen nähden perusteettomina. Samoin kuin ADHD:ssa, erottaa DMDD:n sekä kaksisuuntaisen mielialahäiriön juuri DMDD:n jaksoton ja jatkuva luonne. Nämä kaksi häiriötä voi kuitenkin olla hyvin vaikea erottaa juuri näiden ärtyisyyteen ja raivokohtauksiin liittyvien oireiden takia (esim. Zepf, Biskup, Holtmann & Runions 2016). Kyseiseen häiriöön liittyvän lisätutkimuksen on esitetty olevan erittäin tärkeää sen ymmärtämistä, diagnoosia, taudinkulkua, korrelaatioita sekä eri häiriöiden välisiä päällekkäisyyksiä ajatellen (Drabick et al. 2016).

## 6 POHDINTA

Aiemmat esiin tuodut tekijät ilmentävät mielestäni selkeästi lisätutkimuksen tärkeyttä. Tarkastelemistani aihealueista on olemassa paljon merkittävää tutkimusta, mutta monet aiheita tutkineet ovat korostaneet tutkimuksissaan erityisesti tällaista jatkotutkimuksen tarvetta (esim. Chang et al. 2001; Drabick et al. 2016; Etain et al. 2008). Esimerkiksi sairastumisalttiuteen sekä häiriön puhkeamiseen vaikuttavat tekijät, lapsuuden taudinkuvan epämääräisyys, häiriön kroonisuus, sen vakavasti toimintakykyyn vaikuttava luonne sekä ilmenevien oireiden samankaltaisuus ja samanaikaisuus muiden häiriöiden kanssa ovat tekijöitä, joita tulisi kyetä etenkin lapsuudessa ja nuoruudessa ottamaan mahdollisimman kattavasti huomioon silloin, kun mahdolliset ensioireet alkavat (esim. Mantere & Pajakko 2014). Myös se, että lähteiden (esim. Kowatch et al. 2005) mukaan lapsen ikävaiheelle tyypillisen käyttäytymisen suhde ilmiasultaan samankaltaiseen kaksisuuntaiselle mielialahäiriölle tyypilliseen oireiluun voi paikoin olla hyvinkin epäselvää, mikä korostaa edelleen lisätutkimuksen sekä häiriöön kohdistuvan ymmärryksen tärkeyttä.

Erotusdiagnoosia sekä pidemmän ajan taudinkulkua ajatellen esimerkiksi juuri ADHD:n, unipolaarisen masennuksen sekä erityisesti uutena häiriönä DMDD:n lisätutkimus ja taudinkuvan tarkentaminen ovat varmasti tarpeen. Näiden tekijöiden sekä häiriön pitkäaikaisen luonteen kautta on mielestäni kuitenkin myös erittäin ymmärrettävää, miksi lapsilla ja nuorilla diagnosoidaan kaksisuuntaista mielialahäiriötä vain hyvin harvoin ja miksi diagnoosia ei haluta välttämättä tehdä ilman täyttä varmuutta. Kuten lähteistäkin nousi esille erityisesti se, että diagnoosia ajatellen esimerkiksi oikean lääkityksen merkitys on erittäin suuri (esim. Gershon & Roy 2009). Myös aikaisemmin mainittu (Kumpulainen et al. 2016, 305) jopa 8 vuoden väli ensioireiden sekä diagnoosin välillä kuvastaa hyvin myös sitä, kuinka harvinainen kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosi keskilapsuudessa vielä on. Myös mahdollinen virhediagnoosi voi varmasti viivyttää myös oikeaa diagnoosia merkittävästi. Kuten mainittua, nämä tekijät huomioon ottaen olisi varmasti erittäin olennaista, että etenkin sairastumisvaarassa olevat lapset ja nuoret sekä heidän ensioireensa tunnistettaisiin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Tarkastelemaani tutkimustietoa ja kirjallisuutta yhdistää mielestäni kaiken kaikkiaan juuri se yleinen ja laajasti esille tullut havainto, että lapsuuden ja nuoruuden kaksisuuntaisen mielialahäiriön luonne on todella niin epäselvä, kuin millaisena se tarkasteluni kautta näyttäytyy. Tästä huolimatta on kuitenkin erittäin positiivista, että tällaisiin asioihin pyritään kiinnittämään huomiota ja että niiden vakavuus ymmärretään. Jo sillä on varmasti suuri merkitys, että esimerkiksi masennusoireiden ilmetessä myös mahdolliset maaniset jaksot kartoitetaan tarkasti ja tätä kautta pyritään oikeanlaiseen tarkkaan diagnoosiin, mikäli se on lapsen ikävaihetta sekä oirekuvaa ajatellen mahdollista.

Olisin kiinnostunut jatkamaan aiheen tutkimista mahdollisesti myös pro-gradussani, esimerkiksi häiriön periytyvyyteen ja myöhempään häiriöön sairastumiseen liittyen. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön periytyvyyttä olisi mielenkiintoista tarkastella esimerkiksi määrällisen aineiston kautta, jossa on tarkasteltu skitsofreniaa sairastavilta äideiltä adoptoitujen lasten myöhempää sairastumista. Aineistosta voisi ottaa tarkasteluun esimerkiksi sen, kuinka suuri osuus näistä lapsista on sairastunut myöhemmin kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön. Tätä kautta voisi myös tarkastella sitä, kuinka tämä osuus suhteutuu niiden lasten määrään, jotka ovat myöhemmin sairastuneet juuri skitsofreniaan. Juuri tällainen perityn sairastumisalttiuden sekä ympäristötekijöiden vaikutuksen suhde taudin puhkeamiseen olisi hyvin mielenkiintoinen tutkimusaihe.

## 7 LÄHTEET

AACAP (2007) *Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007; 46:107-25.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S089085670963714X>

Alloy L.B., Abramson L.Y., Urosevic S., Walshaw P.D., Nusslock R. & Neeren A.M. (2005) *The psychosocial context of bipolar disorder: environmental, cognitive, and developmental risk factors*. Clinical Psychology Review 25;1043 – 1075

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735805000966>

American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*. 5<sup>th</sup> Edition. Washington (D.C.) : American Psychiatric Publishing 2013.

Biederman J., Faraone S V., Wozniak J., Mick E., Kwon A. & Aleardi M. (2004) *Further evidence of unique developmental phenotypic correlates of pediatric bipolar disorder: findings from a large sample of clinically referred preadolescent children assessed over the last 7 years*. J Affect Disord. 2004 Oct;82 Suppl 1:S45-58.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15571789>

Birhamer B., Axelson D., Goldstein B., Strober M., Gill M K., Hunt J., Houck P., Ha W., Iyengar S., Kim E. & Yen S. (2009) *Four-Year Longitudinal Course of Children and Adolescents With Bipolar Spectrum Disorders: The Course and Outcome of Bipolar Youth (COBY) Study*. Am J Psychiatry 2009; 166:795–804

<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.2009.08101569>

Carlson G A. (1998) *Mania and ADHD: comorbidity or confusion*. Journal of Affective Disorders 1998;51;2: 177-187.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032798001797>

Chang KD, Blasey C, Ketter TA, Steiner H. *Family environment of children and adolescents with bipolar parents*. Bipolar Disord 2001; 3;73-78.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1399-5618.2001.030205.x/epdf>

Drabick D.A.G., Steinberg E. & Hampton Shields A. (2016) Overview of DSM Destructive Behavior Disorders. Teoksessa. T.P. Beauchaine & S.P. Hinshaw.(toim.) *The Oxford Handbook of Externalizing Spectrum Disorders*. Oxford University.

Craddock, N., O'Donovan, M. C., Owen, M. J. (2005). *The genetics of schizophrenia and bipolar disorder: Dissecting psychosis*. Journal of Medical Genetics, 42, 193–204.

<http://jmg.bmj.com/content/jmedgenet/42/3/193.full.pdf>

Etain B., Henry C., Bellivier F., Mathieu F. & Leboyer M. *Beyond genetics: childhood affective trauma in bipolar disorder*. Bipolar Disord 2008; 10: 867–876.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1399-5618.2008.00635.x/abstract>

Garno J.L., Goldberg J.F, Ramirez P.M. & Ritzler B.A. (2005) *Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder*. British Journal of Psychiatry 2005; 186;121-125.

<http://bjp.rcpsych.org/content/bjprpsych/186/2/121.full.pdf>

Geller B., Williams M., Zimmerman B., Frazier J., Beringer L. & Warner K L. (1998) *Prepubertal and early adolescent bipolarity differentiate from ADHD by manic symptoms, grandiose delusions, ultra-rapid or ultradian cycling*. Journal of Affective Disorders 1998;46;2: 81-91.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016503279800175X>

Geller B., Zimmerman B., Williams R.N., Bolhofner K. & Craney J L. (2001) *Bipolar Disorder at Prospective Follow-Up of Adults Who Had Prepubertal Major Depressive Disorder*. Am J Psychiatry 2001; 158:125–127.

<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.158.1.125>

Gershon S. & Roy K.N. (2009) *Contemporary Diagnosis and Management of Bipolar Disorders*. Ebsco-kokoelmat.

Goldstein B. I. (2012) *Recent progress in understanding pediatric bipolar disorder*. Arch Pediatr Adolesc Med 2012; 166:362-71

<http://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/1148405?resultclick=1>

Hart S R., Brock E S. & Jeltova I. (2014) *Identifying, Assessing, and Treating Bipolar Disorder at School*. Developmental Psychopathology at School. New York: Springer.  
Saataavilla internetissä: <http://link.springer.com/book/10.1007/978-1-4614-7585-9>

Hauser M., Pfennig A., Özgürdal S., Heinz A., Bauer M., Juckel G. (2006) *Early recognition of bipolar disorder*. Volume 22, Issue 2, 92–98.

[http://www.europsy-journal.com/article/S0924-9338\(06\)00135-0/abstract](http://www.europsy-journal.com/article/S0924-9338(06)00135-0/abstract)

Isometsä E. (2014) *Kaksisuuntainen mielialahäiriö*. Teoksessa Lönnqvist J., Henriksson M., Marttunen M., Partonen T. & Aalberg V. *Psykiatria*. Duodecim / Oppiportti

Kumpulainen K., Puustjärvi A. & Karlsson L. (2016) *Kaksisuuntainen mielialahäiriö*. Teoksessa Kumpulainen K., Aaronen E., Ebeling H., Laukkanen E., Marttunen M., Puura K. & Sourander A. (toim.) *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Helsinki: Duodecim

Kowatch R A., Fristad M., Birhamer B., Wagner K M., Findling R L. & Hellander M. (2005) *Treatment Guidelines for Children and Adolescents With Bipolar Disorder*. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 44:3.

[http://www.jaacap.com/article/S0890-8567\(09\)61467-2/pdf](http://www.jaacap.com/article/S0890-8567(09)61467-2/pdf)

Lish J D., Dime-Meenan S., Whybrow P C., Hirschfeld R M.A. (2009) *The National Depressive and Manic-Depressive Association (NDMDA) survey of bipolar members*. *Journal of Affective Disorders* 31(4):281-94.

[https://www.researchgate.net/publication/15208885\\_The\\_National\\_Depressive\\_and\\_Manic-Depressive\\_Association\\_NDMDA\\_survey\\_of\\_bipolar\\_members](https://www.researchgate.net/publication/15208885_The_National_Depressive_and_Manic-Depressive_Association_NDMDA_survey_of_bipolar_members)

Luckenbaugh D A., Findling R., Leverich G S. & Post R M. (2009) *Earliest symptoms discriminating juvenile-onset bipolar illness from ADHD*. *Bipolar Disorders* 2009: 11: 441–451.

[https://www.researchgate.net/publication/26270163\\_Earliest\\_symptoms\\_discriminating\\_juvenile-onset\\_bipolar\\_illness\\_from\\_ADHD](https://www.researchgate.net/publication/26270163_Earliest_symptoms_discriminating_juvenile-onset_bipolar_illness_from_ADHD)

Mantere O., Pajakko S., (2014) *Nuorten kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistaminen*. Suomen Lääkärilehti 40/2014 vsk 69. <http://docplayer.fi/6016981-Nuorten-kaksisuuntaisen-mielialahairion-tunnistaminen.html>

Marano G., Traversi G., Nannarelli C., Mazza S. & Mazza M. Better (2013) Understanding of Bipolar Disorder from Clinical Expression of Therapeutic Strategies. Teoksessa Moore N B. (toim.) *Bipolar Disorder : Symptoms, Management and Risk Factors*. EBSCO-kokoelmat.

Medscape 27.12.2009. *Bipolar Disorder and ADHD in Children: Confusion and Comorbidity*. [http://www.medscape.com/viewarticle/711223\\_4](http://www.medscape.com/viewarticle/711223_4)

Pavuluri M.N., Henry D.B., Devineni B., Carbray J.A., Birhamer B. (2005) *Child Mania Rating Scale: Development, Reliability, and Validity*. Volume 45, Issue 5, 550–560. [http://www.jaacap.com/article/S0890-8567\(09\)61202-8/abstract](http://www.jaacap.com/article/S0890-8567(09)61202-8/abstract)

Pavuluri, M.N., Birhamer B., Naylor M.W. (2005) *Pediatric Bipolar Disorder: A Review of the Past 10 Years*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 44(9):846-71

[https://www.researchgate.net/publication/7646378\\_Pediatric\\_Bipolar\\_Disorder\\_A\\_Review\\_of\\_the\\_Past\\_10\\_Years](https://www.researchgate.net/publication/7646378_Pediatric_Bipolar_Disorder_A_Review_of_the_Past_10_Years)

Puustjärvi A. & Kumpulainen K. (2008) *Kaksisuuntainen mielialahäiriö lapsuudessa*. Duodecim 2008;124:2095–101.

[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero.jsessionid=577FE8356EA3ECB11A2D0D5388D6B605?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_viewType=viewArticle&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_tunnus=duo97505](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero.jsessionid=577FE8356EA3ECB11A2D0D5388D6B605?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo97505)

Renk, K., White R., Lauer B-A., McSwiggan M., Puff J. & Lowell A. (2014) *Bipolar Disorder in Children*. Psychiatry Journal, Volume 2014. <https://www.hindawi.com/journals/psychiatry/2014/928685/>

Sala R., Goldstein B.I., Wang S. & Blanco C. (2014) *Childhood maltreatment and the course of bipolar disorders among adults: Epidemiologic evidence of dose-response effects*. Journal of Affective Disorders. Volume 165:74-80.  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032714002298>

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. (2013) *Kaksisuuntainen mielialahäiriö*.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50076>

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. (2011) *Kaksisuuntainen mielialahäiriö lapsuudessa ja nuoruudessa*.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix00943>

Wozniak J., Spences T., Biederman J., Kwon A., Monteaux M., Rettew J. & Lail K. (2004) *The clinical characteristics of unipolar vs. bipolar major depression in ADHD youth*. Journal of Affective Disorders. Vol 82, S59-S69.  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032704001958>

Zepf F D., Biskup C S., Holtmann M. & Runions K. (2012) *Disruptive Mood Dysregulation Disorder*. IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Chapter E3.  
<http://iacapap.org/wp-content/uploads/E.3-MOOD-DYSREGULATION-072012.pdf>