Ravitsemusterapian rooli mielenterveyden häiriöiden hoidossa

Nea Hakulinen
Ravitsemustiede
Itä-Suomen yliopisto
Terveystieteiden tiedekunta
Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö
30.8.2022

Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta

Lääketieteen laitos

Ravitsemustieteen koulutusohjelma

Hakulinen, Nea E: Ravitsemusterapian rooli mielenterveyden häiriöiden hoidossa

The role of nutrition therapy in the treatment of mental health disorders

Kandidaatintutkielma, 39 sivua

Tutkielman ohjaaja: Kliininen opettaja, dosentti, FT Anu Ruusunen

Elokuu 2022

Asiasanat: hoitosuositus, mielenterveyden häiriöt, ravitsemusterapeutti, ravitsemusterapia

Mielenterveyden häiriöt ovat merkittävä toimintakykyä ja elämänlaatua heikentävä sairausryhmä, ja niiden oirekuva ja vaikeusaste vaihtelevat runsaasti. Psykiatrinen sairastavuus lisää somaattisten sairauksien riskiä ja lyhentää elinajanodotetta. Lisäksi mielenterveyden häiriöt lisäävät virheravitsemuksen riskiä. Ravitsemusterapian avulla voidaan saavuttaa useita hyötyjä mielenterveyden häiriöiden hoidossa, kuten somaattisen terveyden kohentumista ja mahdollisesti joidenkin psyykkisten oireiden vähenemistä. Tässä kirjallisuuskatsauksessa käsitellään mielenterveyden häiriöistä skitsofreniaa, masennusta, kaksisuuntaista mielialahäiriötä sekä ahdistuneisuushäiriötä.

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli tuottaa suomenkielistä tietoa ravitsemusterapian hyödyistä mielenterveyden häiriöiden hoidossa. Lisäksi haluttiin selvittää eri maiden hoitosuosituksiin peilaten, miten ravitsemusterapia tällä hetkellä huomioidaan mielenterveyden häiriöiden hoidossa. Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneissa hoitosuosituksissa ravitsemus tai ravitsemusterapia huomioitiin vaihtelevasti, mutta useassa hoitosuosituksessa tämä osa-alue jäi vähäiselle huomiolle. Kirjallisuuskatsauksessa tarkastelluista hoitosuosituksista vain kuudessa mainittiin ravitsemusterapiasta, kun taas vastaavasti kymmenessä hoitosuosituksessa ravitsemuksesta ei ollut mainintaa lainkaan. Tämän kirjallisuuskatsauksen perusteella ravitsemusterapeutit ovat tärkeä osa mielenterveyden häiriöiden moniammatillisia hoitotiimejä, sillä heillä on kattava osaaminen niin psykoosilääkkeiden haittavaikutusten tukemiseen kuin kardiometabolisten riskien minimoimiseenkin. Ravitsemusterapeuttien osaamisen hyödynnettävyys mielenterveyden häiriöiden hoidossa on kuitenkin hoitosuosituksiin peilaten vielä melko niukkaa.

Sisältö

1 Johdanto 4
2 Kirjallisuuskatsauksen tausta 5

2.1 Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset 5
2.2 Tiedonhaku ja aiheen rajaus 6

3 Mielenterveyden häiriöt 7

3.1 Skitsofrenia ja muut psykoottiset häiriöt 8
3.2 Mielialahäiriöt 9
3.3 Ahdistuneisuushäiriöt 9

4 Ravitsemus ja mielenterveys 10

4.1 Mielenterveyden häiriöiden vaikutus ravitsemukseen 11
4.2 Ravitsemusterapian edut mielenterveyden häiriöiden hoidossa 12

5 Ravitsemusterapian rooli mielenterveyden häiriöiden hoidossa 14

5.1 Ravitsemusterapia kannanotoissa 15
5.2 Ravitsemusterapian hyödynnettävyys eri maiden hoitosuosituksissa 16

6 Pohdinta 24
7 Johtopäätökset 27
Lähteet 29

1 Johdanto

Maailman terveysjärjestön (2021) mukaan mielenterveyttä voidaan pitää hyvinvoinnin tilana, jossa ihminen on kykenevä näkemään omat kykynsä, selviytymään elämän normaaleista rasitteista, tekemään työtä tuottavasti sekä antamaan panoksensa omalle yhteisölleen. Mielenterveyden häiriöstä puhutaan silloin, kun ajattelun, tunteiden, käyttäytymisen tai ihmissuhteiden häiriöt aiheuttavat yksilölle merkittävää kärsimystä ja haittaavat toimintakykyä (Huttunen 2017a, Lönnqvist 2021). Pahimmillaan mielenterveyden häiriö voi lamauttaa yksilön täysin ja haitata työssä käymistä, itsestä huolehtimista ja ihmissuhteiden ylläpitoa. Tautiluokituksissa mielenterveyden häiriöt on esitetty oireyhtyminä, joihin tyypillisesti liittyy kliinisesti merkittäviä toimintahäiriötä niin tiedonkäsittelyssä, tunteiden säätelyssä kuin käyttäytymisessäkin (Lönnqvist 2021).

Mielenterveysongelmat ovat maailmanlaajuisesti yleinen terveyshaaste ja myös Suomessa ne lukeutuvat kansantautien joukkoon. Joka vuosi Suomen väestöstä 1,5 % sairastuu johonkin mielenterveyshäiriöön ja suomalaisista joka viidennellä on jokin mielenterveyshäiriö (Huttunen 2017a). Maailmanlaajuisesti on arvioitu, että mielenterveyden häiriötä sairastavia olisi 10,7 %, mikä vastaa noin 792 miljoonaa ihmistä (Dattani ym. 2021). Masennustilojen maailmanlaajuiseksi esiintyvyydeksi on arvioitu keskimäärin noin 3,4 % ja ahdistuneisuushäiriöiden esiintyvyydeksi noin 3,8 % (Dattani ym. 2021). Mielenterveyden häiriöistä yleisimpiä ovatkin ahdistuneisuus- ja päihdehäiriöt sekä masennustilat (Dattani ym. 2021). Muita mielenterveyden häiriöitä ovat psykoottiset häiriöt, neuropsykiatriset häiriöt, kaksisuuntainen mielialahäiriö, persoonallisuushäiriöt, geropsykiatriset häiriöt sekä syömishäiriöt (Lönnqvist 2021, Mielenterveystalo 2022a).

Mielenterveyshäiriötä sairastavilla on lyhentynyt elinajanodote. Esimerkiksi vakavaa masennusta ja skitsofreniaa sairastavien ennenaikaisen kuoleman riski on 40–60 % muuta väestöä suurempi. (Maailman terveysjärjestö 2021.) Kohonneen riskin taustalla on usein hoitamattomat terveysongelmat, kuten syövät, sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes tai HIV-infektiot sekä itsemurhat (Maailman terveysjärjestö 2021). Kardiometabolisten riskien lisäksi mielenterveyden häiriötä sairastavat ovat alttiita useille ravitsemuksellisille riskeille, kuten ravintoaineiden puutoksille

(Teasdale ym. 2018). Ravitsemusterapeuteilla on hyvät valmiudet hoitaa ylläkuvattuja riskitekijöitä ja siitä syystä he ovat tärkeä osa mielenterveyden häiriöiden moniammatillista hoitotiimiä. Ravitsemusterapeuteilla on kattavat taidot painonhallinnan tukemiseen ja kardiometabolisten interventiostrategioiden toteuttamiseen, joiden merkitys tässä potilasryhmässä korostuu muun muassa psyykenlääkkeisiin liittyvien haasteiden vuoksi (Teasdale ym. 2018). Sen lisäksi, että ravitsemuksella voidaan vaikuttaa mielenterveyden häiriötä sairastavan somaattiseen terveyteen, on viimeaikaisissa tutkimuksissa havaittu myönteistä vaikutusta myös joidenkin psyykkisten oireiden vähenemiseen (Firth ym. 2019).

2 Kirjallisuuskatsauksen tausta

2.1 Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on tuottaa suomenkielistä ajankohtaista tietoa ravitsemusterapian roolista mielenterveyden häiriöiden hoidossa. Aiheesta ei ole aiempia kirjallisuuskatsauksia ja suomenkielistä kirjallisuutta aiheesta on tällä hetkellä hyvin rajallisesti saatavilla. Tarkoituksena on selvittää, kuinka yleisesti ja miten ravitsemusterapia on kirjallisuuden perusteella tällä hetkellä huomioitu osana mielenterveyden häiriöiden hoitoa. Tämän kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on lisäksi tuoda esille, minkälaisia etuja ravitsemusterapialla voidaan saavuttaa mielenterveyden häiriöiden hoidossa. Tässä kirjallisuuskatsauksessa kootaan yhteen eri maiden mielenterveyden häiriöitä käsitteleviä hoitosuosituksia ja kuvataan, kuinka ravitsemusterapia on niissä huomioitu. Kirjallisuuskatsauksen pääasialliseksi tutkimuskysymykseksi valikoitui: Kuinka ravitsemusterapia tällä hetkellä huomioidaan mielenterveyden häiriöiden hoitosuosituksissa?

2.2 Tiedonhaku ja aiheen rajaus

Tiedonhaku kirjallisuuskatsausta varten toteutettiin touko- ja kesäkuun 2022 aikana. Tiedonhaussa käytettiin pääasiassa PubMed- ja UEF Primo -tietokantoja niiden helppokäyttöisyydestä ja monipuolisuudesta johtuen. Lisäksi tietoa etsittiin Googlen ja Google Scholarin avulla sekä käymällä läpi tiedonhaussa löytyneiden julkaisuiden lähdeluetteloita. Tiedonhaussa käytettiin useita eri hakulauseita kattavan hakutuloksen saamiseksi. Useita eri hakulauseita käytettiin myös siitä syystä, että aihe oli tiedonhaun kannalta haastava ja yksittäiset hakutulokset välillä suppeita. Hakulauseina käytettiin erilaisia yhdistelmiä seuraavista hakusanoista: clinical practice guideline*, treatment recommendation*, treatment guideline*, mental health disorder*, schizophrenia, anxiety, anxiety disorder*, depression, bipolar disorder, dietitian*, dietician*, role, diet therap*, nutritional therap* ja multidisciplinary team. Kirjallisuuskatsauksen rajallisesta pituudesta ja poissulkukriteereistä johtuen jokaisen maan hoitosuositusta ei ole voitu mahduttaa mukaan ja joitakin hoitosuosituksia on voinut jäädä myös hakujen ulkopuolelle. Tavoitteena oli sisällyttää mukaan hoitosuositukset kaikista Pohjoismaista, Kanadasta sekä Australiasta. Näiden lisäksi hoitosuosituksia pyrittiin löytämään mahdollisimman monipuolisesti eri maista sisäänottokriteerien mukaisesti. Pohjoismaat haluttiin mukaan katsaukseen maiden yhtenäisyyksien vuoksi. Australia ja Kanada puolestaan haluttiin katsaukseen siksi, että molemmissa maissa ravitsemusterapeuttien yhdistykset ovat vahvoja toimijoita. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsauksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

Sisäänottokriteerit	**Poissulkukriteerit**
Käsiteltävät mielenterveyden häiriöt ovat skitsofrenia, masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö tai ahdistuneisuushäiriöt.	Hoitosuositus ei ole saatavilla ilman lisämaksua.
Tarkasteluun pyritään valitsemaan viimeisimmät julkaistut hoitosuositukset.	Hoitosuosituksen otsikosta käy ilmi, että siinä käsitellään vain lääkinnällisiä hoitomuotoja.
Julkaisukielenä on suomi, ruotsi tai englanti.	

Aihetta rajattiin käsittelemään vain tiettyjä mielenterveyden häiriöitä. Syömishäiriöt rajattiin pois heti aluksi, sillä ravitsemuksen ja ravitsemusterapian tiedetään olevan jo vahvasti esillä niiden hoidossa. Tässä kirjallisuuskatsauksessa käsiteltäviksi mielenterveyden häiriöiksi valikoituivat skitsofrenia, masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö sekä ahdistuneisuushäiriöt. Nämä mielenterveyden häiriöt valittiin, sillä ne kuuluvat yleisimpien mielenterveyden häiriöiden joukkoon ja ne esiintyvät aihetta käsittelevissä julkaisuissa kattavasti.

3 Mielenterveyden häiriöt

Mielenterveyden häiriöt ovat haastavia ja usein pitkäkestoisia sairauksia, jotka voivat aiheuttaa muutoksia niin ajatteluun, tunteisiin, käytökseen kuin ihmissuhteisiinkin. Ne voivat merkittävästi heikentää yksilön toimintakykyä ja ovat yhä useammin työkyvyttömyyden taustalla (Huttunen 2017a, Isometsä, 2021a, Lönnqvist 2021). Suomalaisista joka viidennellä on jokin mielenterveyden häiriö (Huttunen 2017a). Erilaisia mielenterveyden häiriöitä ovat ahdistuneisuushäiriöt, mielialahäiriöt, päihdehäiriöt, psykoottiset häiriöt, neuropsykiatriset häiriöt, persoonallisuushäiriöt, geropsykiatriset häiriöt sekä syömishäiriöt (Lönnqvist 2021, Mielenterveystalo 2022a). Mielenterveyden häiriöiden hoitomuodot voidaan karkeasti jakaa kahteen pääluokkaan: biologisiin ja psykososiaalisiin hoitoihin (Mielenterveystalo 2022b). Biologisilla hoidoilla tarkoitetaan muun muassa lääkehoitoja, valohoitoa, aivojen magneettihoitoa sekä aivojen sähköhoitoa. Psykososiaalisia hoitomuotoja taas ovat muun muassa yksilöpsykoterapia, psykoedukaatio, erilaiset interventiot sekä kognitiiviset kuntoutusohjelmat. Biologisten ja psykoterapeuttisten hoitomuotojen yhdistämisellä on saatu mielenterveyden häiriöiden hoidossa hyviä tuloksia. (Mielenterveystalo 2022b.)

Englanninkielinen termi SMI (Severe Mental Illness) on vakiintunut kuvaamaan yleisimmin psykoottista sairastavuutta, jossa psykoosilla viitataan todellisuuden tajun heikentymiseen (Teasdale ym. 2017b). Psykoosi on keskeinen osatekijä useissa vakavissa psykiatrisissa sairauksissa, kuten

SMI-termiinkin lukeutuvissa skitsofreniassa, kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä sekä psykoottisessa masennuksessa (DSM-5 2013). Suomeksi SMI:n sijaan voidaan käyttää termiä “vakava mielenterveyden häiriö,” jota tässä kirjallisuuskatsauksessa käytetään SMI:stä puhuttaessa.

Tässä kappaleessa käydään läpi kirjallisuuskatsaukseen valikoituneiden mielenterveyden häiriöiden, skitsofrenian, masennuksen, kaksisuuntaisen mielialahäiriön sekä ahdistuneisuushäiriöiden taudinkuvaa.

3.1 Skitsofrenia ja muut psykoottiset häiriöt

Psykoottisia oireita omaavat kokevat muutoksia ajatuksissa, uskomuksissa, tunteissa ja/tai käytöksessä. Psykoottisiin oireisiin kuuluu muun muassa hallusinaatioita, jotka voivat olla näkö-, kuulo-, tunto- tai makuharhoja, joita muut eivät havaitse sekä erilaisia harhaluuloja ja -uskomuksia. Nämä edellä kuvatut oireet ovat niin kutsuttuja positiivisia oireita. Muita tyypillisiä oireita voivat olla sulkeutuminen, kyvyttömyys kokea nautintoa, kiinnostuksen puute, alhainen motivaatio sekä tunteiden latistuminen. Nämä taas ovat psykoottisten oireiden negatiivisia muotoja. (Teasdale ym. 2017b.) Lisäksi häiriöt kognitiossa, kuten muisti- ja suunnitteluvajeet sekä unihäiriöt voivat olla osa moninaista oirekuvaa (DSM-5 2013).

Skitsofrenia on psykoosisairauksista yleisin ja edellä kuvattujen oireiden lisäksi myös masennus- ja ahdistusoireet ovat sille tyypillisiä (Suvisaari ym. 2021). Skitsofrenia on vakava ja pitkäaikainen sairaus, joka heikentää sairastuneen kokonaisvaltaista toimintakykyä ja terveydentilaa. Skitsofrenia alkaa yleensä varhaisella aikuisiällä, miehillä keskimäärin hieman naisia aiemmin. Skitsofreniaan liittyy ylikuolleisuutta, jossa taustalla ovat muun muassa heikot elintavat, skitsofreniapotilailla yleisinä esiintyvät somaattiset sairaudet sekä etenkin nuorten ikäryhmien keskuudessa itsemurhat. (Tuominen & Salokangas 2017, Rovasalo 2021.) Suomen väestöstä noin 55 000–65 000 henkilöä sairastaa skitsofreniaa (Skitsofrenia: Käypä hoito suositus 2022).

3.2 Mielialahäiriöt

Depressiot ovat oireyhtymiä, joiden keskeiseen oirekuvaan kuuluvat masentunut mieliala, mielihyvän menetys sekä väsymysoireet. Depression keskeisimmät muodot on jaettu ICD-10 tautiluokituksessa masennustiloihin ja toistuvaan masennukseen. Depression vaikeusaste arvioidaan oireiden perusteella lieväksi, keskivaikeaksi tai vaikeaksi. Lievässä depressiossa toimintakyky ei juuri heikkene, mutta keskivaikeassa depressiossa toimintakyky on jo selvästi heikentynyt. Vaikeassa depressiossa päivittäisetkin askareet vaativat usein apua. Vaikein depression muoto on psykoottinen depressio, jossa vakavien masennusoireiden lisäksi esiintyy harhaluuloja ja aistiharhoja. (Depressio: Käypä hoito –suositus 2022.) Depressiot kuuluvat Suomessa yksiin yleisimmistä työkyvyttömyyttä aiheuttavista syistä ja masennus onkin kansanterveydellisesti mielenterveyden häiriöistä keskeisin (Isometsä 2021a).

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on pitkäaikainen mielenterveyden häiriö, joka alkaa usein jo nuoruusiässä. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön oirekuvassa esiintyy vaihdellen masennus-, hypomania- ja maniajaksoja sekä välivaiheita, joiden aikana oireet ovat vähäisiä. Usein pääosa oireilusta on kuitenkin masennuspainotteista. Oheissairastavuus on kaksisuuntaisen mielialahäiriön yhteydessä runsasta. (Isometsä 2021b, Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito -suositus 2021.) Kaksisuuntainen mielialahäiriö voidaan jakaa kahteen alatyyppiin, joita ovat tyypin 1 ja tyypin 2 kaksisuuntainen mielialahäiriö. Tyypissä 1 sairastunut kärsii masennuksen lisäksi selvistä manioista tai sekamuotoisista jaksoista ja tyypissä 2 sairastuneella on todettu masennustiloja sekä hypomanioita. Mania on tila, joka tyypillisesti ilmenee liiallisena mielialan kohoamisena, ärtyisyytenä tai tavallisuudesta poikkeavana liiallisena toimeliaisuutena. Hypomania on lievempi muoto maniasta. (Tarnanen ym. 2021.)

3.3 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöillä tarkoitetaan oireyhtymiä, joihin liittyy pitkäkestoisen ja vaikean ahdistuneisuuden tunteen lisäksi muita oireita. Muina oireina esiintyy usein autonomisen hermoston

aktivoitumista ja välttämiskäyttäytymistä. Keskeisiä ahdistuneisuushäiriötä ovat paniikkihäiriö, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, pakko-oireinen häiriö sekä erilaiset pelkotilat, kuten agorafobia, sosiaalinen fobia ja määräkohteinen pelko. Näistä välttämiskäyttäytymistä esiintyy agorafobiassa kohdistuen julkisiin paikkoihin, sosiaalisessa fobiassa kohdistuen sosiaalisiin tilanteisiin sekä määräkohteisessa pelossa kohdistuen pelon kohteeseen. Ahdistuneisuushäiriöt ovat kaikista mielenterveyden häiriöistä yleisimpiä. (Isometsä 2021c.) On yleistä, että ahdistuneisuushäiriöt esiintyvät rinnakkain muiden psykiatristen ja somaattisten sairauksien kanssa (Ahdistuneisuus-häiriöt: Käypä hoito -suositus 2019).

4 Ravitsemus ja mielenterveys

Terveyttä edistävän ruokavalion on tiedetty pitkään voivan ehkäistä metabolisilta sairauksilta, kuten tyypin 2 diabetekselta sekä sydän- ja verisuonitaudeilta. Ravitsemuksella voidaan lisäksi vaikuttaa mielen hyvinvointiin ja jopa ehkäistä psyykkistä sairastavuutta. Fyysisen hyvinvoinnin lisäksi myös mielen hyvinvoinnille edullisia ruokavalioita ovat esimerkiksi Välimeren ruokavaliota sekä pohjoismaista ruokavaliota mukailevat ruokavaliot (Ruusunen ym. 2014, Lassale ym. 2019). Molempien ruokavalioiden on havaittu olevan yhteydessä vähentyneeseen masennuksen riskiin, kuten myös runsaasti kalaa sisältävän ruokavalion (Ruusunen ym. 2014, Li ym. 2016, Lassale ym. 2019). Näissä ruokavalioissa suositaan kasviksia, marjoja ja hedelmiä, kalaa, oliivi- tai rypsiöljyä, pähkinöitä, palkokasveja sekä täysjyvätuotteita. Edellä kuvatun kaltainen ruokavalio edistää terveyttä ja saattaa ehkäistä esimerkiksi masennusta (Ruusunen 2021). Yksittäisistä ravintoaineista esimerkiksi B-vitamiinit, omega 3-rasvahapot, sinkki, resistentti tärkkelys sekä probiootit voivat olla psyykkiseltä sairastavuudelta suojaavia (Marx ym. 2017). Samoista ravintoaineista saattaa olla hyötyä myös mielialahäiriöoireisiin muun hoidon tukena (Ruusunen 2021).

4.1 Mielenterveyden häiriöiden vaikutus ravitsemukseen

Mielenterveyden häiriöihin voi liittyä erilaisia syömiseen ja ravinnon saantiin vaikuttavia tekijöitä, jotka voivat aiheuttaa moninaisia ravitsemushaasteita. Dipasqualen ja muiden systemaattisen katsauksen (2013) mukaan vakavaa mielenterveyden häiriötä, kuten skitsofreniaa sairastavien ruokavalio on usein energiatiheämpi sekä sisältää muuhun väestöön verrattuna enemmän prosessoituja ruokia ja suolaa, mutta vähemmän hedelmiä, kasviksia sekä kuitua. Tällainen länsimaalaista ruokavaliota muistuttava ruokavalio lisää jo itsessään useiden sairauksien riskiä ylipainon, kohonneen verenpaineen, epäsuotuisien veren rasva-arvojen sekä häiriintyneen glukoosinsiedon kautta. Ruokavalion laadun lisäksi myös fyysinen aktiivisuus on usein vähäisempää (Jerome ym. 2009) ja tupakointi yleisempää (Cooper ym. 2012) mielenterveyden häiriötä sairastavien keskuudessa muuhun väestöön verrattuna.

Mielenterveyden häiriöt voivat vaikuttaa myös ruokahaluun ja esimerkiksi masennuksessa ruokahalu voi joko lisääntyä tai vähentyä yksilön mukaan. Sekä ruokahalun lisääntyminen että vähentyminen taas voivat aiheuttaa muutoksia painossa. (Depressio: Käypähoito -suositus 2022.) Mielenterveyden häiriötä sairastavilla on usein myös taloudellisia rajoitteita (Carr ym. 2012), jotka voivat osaltaan vaikuttaa terveellisten ruokavalintojen tekoon. Taloudelliset rajoitteet ja siitä johtuva rajoittuneisuus ruokaa sekä ruoanlaittovälineitä kohtaan voivat johtaa ruokaturvattomuuteen. Teasdalen ja muiden meta-analyysin (2021) mukaan ruokaturvattomuuden kokeminen vakavien mielenterveyden häiriöiden yhteydessä on yleistä: keskimäärin noin 40 % kokee ruokaturvattomuutta. Ruokaturvattomuuden havaittiin olevan lähes kolme kertaa yleisempää vakavaa mielenterveyden häiriötä sairastavien ryhmässä verrokkiryhmään verrattuna (Teasdale ym. 2021).

Mielenterveysongelmille tyypillinen alhainen mieliala ja masentuneisuus voivat johtaa ahmintaan ja ylensyöntiin sekä tunnesyömiseen (Bornstein ym. 2006). Häiriintynyt syömiskäyttäytyminen onkin yhteydessä mielenterveyden häiriöihin ja psyykelääkkeiden käyttöön (Teasdale ym. 2017b). Ahmintahäiriö, epätyypillisen nopeasti syöminen, syömishäiriön riski sekä muut poikkeavat syömistavat, kuten jatkuva napostelu ovat yleisesti raportoituja vakavien mielenterveyden

häiriöiden yhteydessä (Yum ym. 2009, Davison ym. 2014). Lisäksi psykoosioireina esiintyvät harhakuvitelmat ja hallusinaatiot voivat merkittävästi muuttaa ruoansaantia. Tyypillisiä harhakuvitelmia, jotka vaikuttavat ruoansaantiin voivat olla esimerkiksi usko siitä, että ruoka on myrkytettyä tai pilaantunutta, vaikka todellisuudessa näin ei ole. Hallusinaatio, joka vaikuttaa ruoansaantiin, voi olla esimerkiksi äänien kuuleminen, jolloin äänet kehottavat olemaan syömättä jotakin ruokaa. (Teasdale ym. 2017b.) Muita ravitsemustilaan liittyviä haasteita tälle potilasryhmälle ovat heikko suunterveys, ummetus, osteoporoosi sekä refluksitauti (Teasdale ym. 2017b).

Sen lisäksi, että mielenterveyden häiriöt itsessään voivat vaikuttaa ravitsemukseen ja ruoansaantiin, myös niiden hoidossa käytettävät lääkkeet voivat vaikuttaa siihen. Esimerkiksi masennuksen ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa käytettävien SSRI-lääkkeiden haittavaikutuksina voi esiintyä ruokahaluttomuutta, pahoinvointia, ripulia ja vatsakipuja (Huttunen 2017b). Skitsofreniankin hoidossa käytettävä olantsapiini voi aiheuttaa painonnousua, ruokahalun voimistumista, ummetusta sekä suun kuivumista (Lääketietokeskus 2019). Psykoosilääkitys voi aiheuttaa huomattavaa nälän tunteen lisääntymistä, vähentynyttä kylläisyyden tunnetta sekä lisääntynyttä mieltymystä makeaan ja rasvaiseen prosessoituun ruokaan (Blouin ym. 2008, Thornley ym. 2011, Ryu ym. 2013). Psykoosilääkkeiden käyttö onkin yhteydessä useisiin metabolisiin sivuvaikutuksiin, kuten painonnousuun, insuliini- ja leptiiniresistenssiin, glukoosi-intoleranssiin eli glukoosin poikkeavan hitaaseen poistumiseen verestä, dyslipidemiaan sekä sydämen toiminnan muutoksiin (Stahl ym. 2009). Edellä kuvatut sivuvaikutukset voivat lisätä mielenterveyspotilaiden jo olemassa olevia ravitsemushaasteita. Kaikki ylläkuvatut tekijät huomioiden virheravitsemuksen ja heikon metabolisen terveyden riski mielenterveyden häiriötä sairastavilla on reilusti suurentunut ja täten ravitsemusterapeutin osallistaminen mielenterveyden häiriöiden hoitotiimiin on perusteltua.

4.2 Ravitsemusterapian edut mielenterveyden häiriöiden hoidossa

Ravitsemusinterventiot osana mielenterveyden häiriöiden hoitoa edistävät myönteisiä terveysvaikutuksia ja ovat lisäksi kustannustehokkaita (Davison ym. 2012a, Segal ym. 2020). Ravitsemusterapeuttien ohjaamat interventiot voivat johtaa psyykenlääkkeiden ravitsemuksellisten sivuvai-

kutusten vähenemiseen, kognition paranemiseen sekä itsehallinnan ja yleisen toimintakyvyn kohentumiseen (Davison ym. 2012a). Ravitsemusterapeuttien käyttämien metodien, kuten tietoisen syömisen tukemisen ja motivoivan haastattelun, on osoitettu voivan vaikuttaa positiivisesti yksilön ravintoaineiden saantiin ja ruokailutottumuksiin (Davison ym. 2012a).

Ravitsemusterapian vaikuttavuudesta mielenterveyden häiriöitä sairastavilla on tehty viime vuosina joitakin tutkimuksia. Ravitsemusterapeutin mukanaolo mielenterveyden häiriötä sairastavien ruokavaliointerventioissa voi tehostaa ruokavalion laadun parantumista ja samanaikaista painoindeksin pienenemistä verrattuna ei-ravitsemusterapiaa saaneisiin (Forsyth ym. 2015). Ravitsemusterapeutit vahvistavat mielenterveyden häiriöitä sairastavien ruokatietoja ja -taitoja, tukevat toipumisprosessissa sekä auttavat motivaation muodostumisessa (Teasdale ym. 2018). Vaikka suurin osa tiedostaa terveellisen ravitsemuksen tärkeyden ja sen kulmakivet, tuo ravitsemusterapeutti numeeriset ravitsemussuositukset käytäntöön konkretisoimalla, mitä esimerkiksi yksi annos kasviksia tarkoittaa. Lisäksi ravitsemusterapeutti osaa opastaa psyykenlääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksissa ja suositella tarvittavia ravintolisiä täydentämään puutteellista ravitsemusta (Davison ym. 2012b.)

Mielenterveyden häiriötä sairastavilla voi olla haasteita osallistua ravitsemusterapeutin tapaamisiin, minkä taustalla voivat olla esimerkiksi unohdukset tai jaksamisen puute. Furness ja muut (2018) havaitsivat ravitsemusterapeutin liittämisen osaksi mielenterveyspalvelukeskusta lisänneen mielenterveyspotilaiden osallistumista ravitsemusterapeutin vastaanotoille. Heidän päähavaintonaan oli, että ravitsemusterapeutin sijoittaminen mielenterveyspalvelukeskuksen yhteyteen rakensi yhteistyötä ja auttoi ravitsemushaasteiden voittamisessa. Myös tutkimukseen osallistuneet terveydenhuollon ammattilaiset kokivat ravitsemusterapeutin mukanaolon myönteisenä ja potilaita helpottavana. (Furness ym. 2018.)

Mielenterveyden häiriötä sairastavalla voi olla useita eri metabolisten sairauksien riskitekijöitä aina psykoosilääkkeistä vähäiseen fyysiseen aktiivisuuteen. Tälle potilasryhmälle suunnatut elintapainterventiot olisivat tärkeitä, jotta oheissairastavuutta voitaisiin ehkäistä ja toipumista edes-

auttaa. Ravitsemusinterventiot osana elämäntapaohjelmia voivat ehkäistä painonnousua varhaisessa psykoosissa (Teasdale ym. 2014, Curtis ym. 2015) ja vähentää painoa todetussa sairaudessa (Wu ym. 2007, Daumit ym. 2013). Ravitsemusinterventiot on tutkimuksissa havaittu tehokkaiksi vähentämään painon lisäksi myös painoindeksiä sekä vyötärön ympärystä (Teasdale ym. 2017a). Ravitsemusterapeuttien osallisuus näissä interventioissa on ollut kiistaton (Opie ym. 2014, Teasdale ym. 2017a).

Firthin ja muiden meta-analyysin (2019) mukaan ruokavaliointerventiot ja painonpudotukseen kohdistetut interventiot voivat myönteisten terveysvaikutusten lisäksi vähentää merkittävästi esimerkiksi masennuksen oireiden esiintyvyyttä. Mielenterveydelle edulliset ruoka-aineet, kuten kasvikset ja hedelmät sisältävät runsaasti erilaisia polyfenoleja, jotka näyttävät olevan yhteydessä vähentyneisiin masennustasoihin niiden tulehdusta ehkäisevien, hermostoa suojaavien sekä probioottisten ominaisuuksiensa ansiosta (Phillips ym. 2018, Shivappa ym. 2018). Tämä voi osaltaan selittää ruokavaliointerventioiden mahdollista psyykkistä oireilua vähentävää vaikutusta. Toisaalta psyykkisen oireilun vähenemiseen voi myös vaikuttaa masennusriskiä lisäävien ruoka-aineiden, kuten prosessoidun lihan, puhdistettujen hiilihydraattien ja muiden tulehdusta lisäävien ruoka-aineiden käytön väheneminen (González ym. 2011, Chang ym. 2016). Edellä kuvatut tekijät korostavat ravitsemusterapeuttien tärkeyttä mielenterveyden häiriöiden moniammatillisissa hoitotiimeissä.

5 Ravitsemusterapian rooli mielenterveyden häiriöiden hoidossa

Vaikka ravitsemuksen tärkeys osana mielen terveyttä ja mielenterveyden häiriöiden hoitoa osittain jo tunnistetaan, ei ravitsemusterapiaa ole aina nähty osana mielenterveyden häiriöiden rutiininomaista hoitoa. Usein mielenterveyden häiriöiden moniammatillisiin hoitotiimeihin kuuluu psykiatreja, psykologeja, mielenterveyteen erikoistuneita hoitajia, sosiaalityöntekijöitä sekä toimintaterapeutteja. Ravitsemusterapeutit kuitenkin vielä usein puuttuvat tästä ammattilaisten listasta, sillä ravitsemusterapeuttien integroiminen osaksi mielenterveyden häiriöiden hoitotiimejä

on vielä melko uusi lähestymistapa. (Teasdale ym. 2017b.) Elämäntapainterventioita, jotka kohdistuvat vakavaa mielenterveyden häiriötä sairastavien fyysiseen terveyteen, ei vielä usein tarjota rutiininomaisesti osana hoitoa. Ruokavaliointerventiot voisikin sisällyttää yhdeksi osaksi psykiatristen sairauksien hoitoa kohentamaan mielenterveyden palautumista. (Teasdale ym. 2017b.) Tutkimuksia ja kliinisiä suosituksia ruokavaliointerventioista kohdistettuna vaikeaa mielenterveyden häiriöitä sairastaviin on ollut niukasti (Teasdale ym. 2017b), mutta huomiota on alettu kohdistaa enenevissä määrin myös tähän osa-alueeseen.

5.1 Ravitsemusterapia kannanotoissa

Ravitsemusterapian tärkeyttä mielenterveyspalveluissa korostavia kannanottoja on julkaistu useita. Kanadan ravitsemusterapeutit aloittivat jo vuonna 2006 yhteistyön Canadian Collaborative Mental Health Care Initiative:n kanssa ja loivat työkalupakin, joka käsittelee ravitsemusterapeuttien roolia perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluissa. Työkalupakin tarkoituksena oli helpottaa ja tukea ravitsemusterapeutteja, mutta myös muuta hoitohenkilökuntaa mielenterveysasiakkaiden hoitamisessa. (Davison ym. 2012b.) Kanadan ravitsemusterapeutit ovat julkaisseet työkalupakin lisäksi useita kattavia artikkeleita ja kannanottoja kohdennettuna ravitsemusterapeuttien osallisuuteen mielenterveyspalveluissa. Esimerkiksi vuonna 2012 Kanadan ravitsemusterapeutit julkaisivat päätöksentekijöille suunnatun, laajan kolmeosaisen raportin mielenterveyden ja ravitsemuksen yhteyksistä sekä ravitsemusterapeutin roolista mielenterveyden yhteydessä. Lisäksi esimerkiksi vuonna 2016 Kanadan ravitsemusterapeutit olivat yhteydessä Ontarion terveydenhuollon laatua tarkkailevaan organisaatioon (Health Quality Ontario) ja suosittelivat, että mielenterveyspotilaat tulisi ohjata tarpeen mukaan ravitsemusterapeutin vastaanotolle. Vuonna 2019 Kanadan ravitsemusterapeutit tekivät ehdotuksen koskien talousarviota, jossa suositeltiin investoimaan 500 000 dollaria ravitsemusterapeuttien ohjaamiseen mielenterveyskeskuksiin. (Dietitians of Canada 2022.)

Kanadan ravitsemusterapeuttien lisäksi myös Australian ravitsemusterapeutit ovat olleet näkyviä ravitsemusterapeuttien tärkeyden puolestapuhujia osana mielenterveyden häiriöiden hoitoa.

Vasta julkaistussa Australian ravitsemusterapeuttien kannanotossa todetaan, että jokainen ravitsemusterapeutti tulee jossain vaiheessa tapaamaan vastaanotollaan psyykkisesti sairaan asiakkaan (Burrows ym. 2022). Tämän todetaan tekevän mielen terveydestä jokaisen ravitsemusterapeutin asian. Kannanotossa tuodaan esille tässäkin kirjallisuuskatsauksessa mainittuja etuja, joita ravitsemusterapeutin mukanaololla voidaan saavuttaa. Kannanotossa todetaan, etteivät ravitsemusterapeutit ole usein osa hoitotiimiä eivätkä muut terveydenalan ammattilaiset välttämättä tällöin aseta ruokailutottumuksia, ruokaturvaa tai virheravitsemusta etusijalle tarpeeksi varhaisessa vaiheessa hoitoa. Kannanotossa tuodaan myös esille huomio siitä, että internetin ravitsemustieto on hyvin vaihtelevaa ja myös virheellistä tietoa esiintyy. (Burrows ym. 2022.) Toinen Australian ravitsemusterapeuttien julkaisema artikkeli ottaa konkreettisemmin kantaa ravitsemusterapeuttien rooliin mielenterveyspalveluissa (Dietitians Australia 2022). Tässä kannanotossa tuodaan esille konkreettisia tekijöitä, joissa ravitsemusterapeutin ammattitaitoa voisi hyödyntää mielenterveyspotilaiden hoidossa. Näitä ovat muun muassa psykoosilääkkeistä johtuvat haittavaikutukset ja vuorovaikutukset ravintoaineiden kanssa, häiriintynyt syömiskäyttäytyminen sekä ravitsemusinterventiot. Toisaalta kannanotto nostaa esille myös tekijöitä, jotka eivät yleensä kuulu ravitsemusterapeutin vastuualueelle vaan ovat muiden terveydenhuollon ammattilaisten vastuulla. (Dietitians Australia 2022.) Suomenkielisiin kannanottoihin tai aihetta käsitteleviin julkaisuihin ei kirjallisuuskatsausta tehdessä törmätty.

5.2 Ravitsemusterapian hyödynnettävyys eri maiden hoitosuosituksissa

Tässä kappaleessa käydään läpi skitsofrenian (taulukko 2), masennuksen (taulukko 3), kaksisuuntaisen mielialahäiriön (taulukko 4) sekä ahdistuneisuushäiriöiden (taulukko 5) hoitosuosituksia ja ravitsemuksen tai ravitsemusterapian huomioimista niissä.

Taulukko 2. Ravitsemuksen tai ravitsemusterapian huomiointi skitsofrenian hoitosuosituksissa.

Viite (maa)	**Julkaisuvuosi**	**Huomioita ravitsemuksesta**
Käypähoitosuositus, Suomi	2022	Potilaan elintavat (ml. ruokavalio) on selvitettävä jokaiselta potilaalta. Terveellinen ruokavalio kuuluu osaksi potilaille annettavaa psykoedukaatiota. Painonhallintaan keskittyvien interventioiden toteutuksessa suositellaan moniammatillista lähestymistapaa, kuten **ravitsemusterapeutteja**.
Socialstyrelsen, Ruotsi	2018	Skitsofreniapotilaan mahdollisesti heikko ruokavalion laatu on tunnistettu. Skitsofreniaa sairastavalle epäterveelliset ruokailutottumukset omaavalle on tarjottava mahdollisuuksia edistää terveellisiä ruokailutottumuksia. Tämä on suosituksessa asetettu prioriteetiksi numero 2 (prioriteetteja on annettu välille 1–10). Ei mainintaa ravitsemusterapiasta.
Danish Health Authority, Tanska	2016	Ei mainintaa ravitsemuksesta tai ravitsemusterapiasta.
American Psychiatric Association APA, USA	2021	Suositellaan selvittämään ravitsemustilaa osana alkukartoitusta. Skitsofreniapotilaan mahdollisesti heikko ja riittämätön ravitsemus on tunnistettu. Todetaan, että ravitsemukselliset lähestymistavat voivat olla suositeltavia etujensa ansiosta kokonaisvaltaiselle terveydelle sekä painolle**. Ravitsemusterapeutti** osana hoitotiimiä mainitaan.
Scottish Intercollegiate Guidelines Network, UK	2013	Elämäntapainterventioita, joissa on mukana myös ruokavalion muutoksia, suositellaan harkittavaksi

Viite (maa)	Julkaisuvuosi	Huomioita ravitsemuksesta
		henkilöille, joiden paino on noussut psykoosilääkehoidon myötä. Ei mainintaa ravitsemusterapiasta.
The Royal Australian & New Zealand College of Psychiatrists, Australia ja Uusi-Seelanti	2016	Elämäntapainterventiot (ml. ruokavalioneuvonta) mainitaan olennaiseksi osaksi psykoosilääkkeistä johtuvien sivuvaikutusten, kuten painonnousun ja kohonneen kolesterolin vähentämiseksi. Psykoosilääkkeiden sivuvaikutuksen, ummetuksen hoitoon suositellaan kuitupitoista ravintolisää. **Ravitsemusterapeutin** konsultoiminen mainitaan osana hoitosuunnitelmaa.
Canadian Psychiatric Assosiation, Kanada	2017	Ei mainintaa ravitsemuksesta tai ravitsemusterapiasta.
Ministry of Health, Singapore	2011	Ei mainintaa ravitsemuksesta tai ravitsemusterapiasta.

Skitsofrenian hoitosuosituksissa ravitsemus huomioitiin pääasiassa kohtalaisen hyvin. Etenkin Australian ja Uuden-Seelannin (2016), Yhdysvaltojen (2021) sekä Suomen (2022) hoitosuositukset nostivat ravitsemuksen yhtenä keskeisenä osa-alueena esille ja mainitsivat ravitsemusterapeutin osana hoidon käytännön toteutusta. Useammassa hoitosuosituksessa (Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2013, The Royal Australian & New Zealand College of Psychiatrists 2016, Skitsofrenia: Käypä hoito suositus 2022) nostettiin esille myös elintapoihin kohdistuvat interventiot yhtenä osana hoitoa, kuten ne on tutkimuksissakin havaittu tehokkaiksi hoitokeinoiksi. Singaporen (2011), Tanskan (2016) ja Kanadan (2017) hoitosuosituksissa ravitsemusta ei kuitenkaan nostettu esille missään muodossa. Vaikka Kanadan ravitsemusterapeuttien yhdistys on ollut vahva toimija mielenterveyspuolella, ei Kanadan hoitosuosituksessa (2017) ollut lainkaan mainintaa ravitsemuksesta.

Taulukko 3. Ravitsemuksen tai ravitsemusterapian huomioiminen masennuksen hoitosuosituksissa.

Viite (maa)	Julkaisuvuosi	Huomioita ravitsemuksesta
Käypähoitosuositus, Suomi	2022	Oireina mainitaan ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen. Masennuksen ehkäisyssä mainitaan terveellinen ruokavalio, mutta ei tarkemmin eritellä, mitä siihen kuuluu. Ei mainintaa ravitsemusterapiasta.
Socialstyrelsen, Ruotsi	2021	Lasten ja nuorten masennuksen kohdalla mainitaan hyvien ruokailurutiinien tärkeydestä. Ei mainintaa ravitsemusterapiasta.
Danish Health Authority, Tanska	2016	Ei mainintaa ravitsemuksesta tai ravitsemusterapiasta.
American Academy of Pediatrics, USA	2018	Hoitotavoitteisiin mainitaan sisältyväksi riittävä ravitsemus. Ei mainintaa ravitsemusterapiasta.
Canadian Psychiatric Assosiation, Kanada	2016	Tryptofaanista masennuksen hoitomuotona maininta, samassa yhteydessä mainitaan, että sitä on saatava ruoasta. Ei muuta mainintaa ravitsemuksesta tai ravitsemusterapiasta.
The Royal Australian & New Zealand College of Psychiatrists, Australia ja Uusi-Seelanti	2021	Ruokavalion laadun ja mielialahäiriöiden yhteydet tunnistettu. Mainitaan tiettyjä ruoka- ja ravintoaineita, jotka voivat olla hyödyllisiä masennuksen hoidossa (mm. kasvikset, kala ja probiootit). Sisältää kattavan kuvauksen terveellisestä ja monipuolisesta ruokavaliosta. Ruokavaliomuutokset osana masennuksen hoitoa mainitaan. **Ravitsemusterapeutin** hyödyntäminen osana hoitoa mainitaan.

Viite (maa)	Julkaisuvuosi	Huomioita ravitsemuksesta
National Institute for Health and Care Excellence (NICE), UK	2009 (aikuiset) 2019 (lapset ja nuoret)	Ei mainintaa ravitsemuksesta tai ravitsemusterapiasta. Lapselle tai nuorelle masennusta sairastavalle pitäisi tarjota ravitsemusneuvontaa ja kertoa tasapainoisen ruokavalion hyödyistä. Ei mainintaa ravitsemusterapiasta.
American Psychiatric Association APA, USA	2010	Mainitaan, että masennuspotilaan ravitsemustila on hyvä arvioida, sillä vakavat masennusoireet voivat vaarantaa sen ylläpitoa. Potilaan ohjauksen tulisi sisältää tietoa hyvästä ravitsemuksesta. Jos potilaan paino tai painoindeksi nousee merkittävästi, tulisi harkita ravitsemuskonsultaatiota. Masennuksen vaikutus syömiseen huomioitu. Osaksi masennuslääkkeistä johtuvan painonnousun ehkäisyyn mainitaan **ravitsemusterapeutti.**

Masennuksen hoitosuositusten osalta terveellisen ruokavalion merkitys nousi esille suurimmassa osassa tarkastelluista hoitosuosituksista. Masennuksen hoitosuositusten kohdalla ravitsemusterapia oli huomioitu kahdessa hoitosuosituksessa (American Psychiatric Association 2010, The Royal Australian & New Zealand College of Psychiatrists 2021), mikä on hieman skitsofrenian hoitosuosituksia vähemmän. Kahdessa hoitosuosituksessa (National Institute for Health and Care Excellence 2019, Socialstyrelsen 2021) ravitsemukseen liittyvät asiat nostettiin esille vain lasten ja nuorten kohdalla, mutta aikuisten kohdalla tästä ei ollut mainintaa. Kahdessa hoitosuosituksessa (National Institute for Health and Care Excellence 2009, Danish Health Authority 2016) ei ollut lainkaan mainintaa ravitsemuksesta. Yhdysvaltojen ja Uuden-Seelannin hoitosuositus (2021) nosti muusta tekstistä hyvin erottuvassa laatikkomuodossa esille ravintoaineita, joista voi olla hyötyä masennuksen hoidossa. Näitä mainittuja ravintoaineita olivat kasvikset, hedelmät, kala ja viljat. Myös probioottien mahdollinen hyödynnettävyys masennuksen hoidossa nostettiin

esille. Lisäksi vähäisen eläinperäisen rasvan määrän mainittiin olevan hyödyllistä masennusta sairastavan henkilön ruokavaliossa. Tämän lisäksi hoitosuositus nosti esille kaikkia mielialahäiriöitä tukevan ruokavalion kulmakivet. Suosituksessa oli maininta myös siitä, että sosioekonomiset haasteet voivat vaikeuttaa terveellisten ruokavalintojen tekemistä. (The Royal Australian & New Zealand College of Psychiatrists 2021.)

Taulukko 4. Ravitsemuksen tai ravitsemusterapian huomioiminen kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoitosuosituksissa.

Viite (maa)	**Julkaisuvuosi**	**Huomioita ravitsemuksesta**
Käypähoitosuositus, Suomi	2021	Psykososiaalisen hoidon keskeisiin elementteihin on kirjattu vuorokausirytmin, mm. ruokailun säännöllistämiseen tukeminen. Ei mainintaa ravitsemusterapiasta.
Canadian Psychiatric Association, Kanada	2018	Mahdollinen heikko ruokavalion laatu tunnistettu. Elämäntapaohjauksessa tulisi kiinnittää huomiota ruokavalioon. Kognition heikkenemisen riskin yhteydessä mainitaan ruokavalio, jonka laatua tulisi edistää, ettei kognitio heikkene entisestään. Ei mainintaa ravitsemusterapiasta.
American Psychiatric Association APA, USA	2002	Ei mainintaa ravitsemuksesta tai ravitsemusterapiasta.
National Institute for Health and Care Excellence (NICE), UK	2014	Mainitaan, että kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastaville on tehtävä vähintään vuosittain terveystarkastus, johon sisältyy mm. ruokavalion ja ravitsemustilan selvitys. Ei mainintaa ravitsemusterapiasta.

Viite (maa)	Julkaisuvuosi	Huomioita ravitsemuksesta
British Association for Psychopharmacology (BAP)	2016	Kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosin pitäisi merkitä vuosittaista seulontaa metabolisten riskitekijöiden varalta, joista yhtenä mainitaan ruokavalio. Ei mainintaa ravitsemusterapiasta.
The Royal Australian & New Zealand College of Psychiatrists, Australia ja Uusi-Seelanti	2021	Ruokavalion laadun ja mielialahäiriöiden yhteydet tunnistettu. Sisältää kattavan kuvauksen terveellisestä ja monipuolisesta ruokavaliosta. **Ravitsemusterapeutin** hyödyntäminen osana hoitoa mainitaan.

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoitosuosituksista Yhdysvaltoja (2002) lukuun ottamatta kaikki ottivat kantaa ravitsemukseen jollakin tasolla. Ravitsemusterapeutin ammattitaidon hyödyntäminen tosin mainittiin vain Australian ja Uuden-Seelannin (2021) suosituksessa. Tämä suositus oli sama sekä taulukossa 3 käsiteltävälle masennukselle että kaksisuuntaiselle mielialahäiriölle (taulukko 4). Kaksisuuntaisen mielialahäiriön osalta kahdessa suosituksessa mainittiin vuosittainen terveydentilan seulonta, joista yhtenä osa-alueena tulisi olla selvitys ruokavaliosta tai ravitsemustilasta (National Institute for Health and Care Excellence 2014, British Association for Psychopharmacology 2016). Toistuvaa ruokavalion kartoitusta ei mainittu muiden mielenterveyden häiriöiden hoitosuositusten yhteydessä.

Taulukko 5. Ravitsemuksen tai ravitsemusterapian huomioiminen ahdistuneisuushäiriöiden hoitosuosituksissa.

Viite (maa)	**Julkaisuvuosi**	**Huomioita ravitsemuksesta**
Käypähoitosuositus, Suomi	2019	Ahdistuneisuushäiriöiden ehkäisyn yhteydessä mainitaan mm. säännöllinen ruokailurytmi. Mainitaan, että oireina voi esiintyä pelkoa julkisissa ruokailutilanteissa. Ei mainintaa ravitsemusterapiasta.
BMC Psychiatry, Kanada	2014	Ei mainintaa ravitsemuksesta tai ravitsemusterapiasta.
Canadian Psychiatric Association Kanada	2012	Ei mainintaa ravitsemuksesta tai ravitsemusterapiasta.
National Institute for Health and Care Excellence (NICE), UK	2011	Ei mainintaa ravitsemuksesta tai ravitsemusterapiasta.
The Royal Australian & New Zealand College of Psychiatrists, Australia ja Uusi-Seelanti	2018	Syömishäiriöiden mahdollisuus tiedostettu ahdistuneisuushäiriöiden yhteydessä. Kehotetaan harkitsemaan syömishäiriön mahdollisuutta, mikäli potilaan minäkuva on kokonaan keskittynyt kehonkuvaan tai esiintyy painon ja ruokavalion kontrollointia. Hoidon tulisi noudattaa yhteistyöhön perustuvaa käytännönläheistä lähestymistapaa, joista yhtenä osana mainitaan opastaminen terveelliseen syömiseen. Australian **ravitsemusterapeuttien** yhdistyksen mainitaan antaneen palautetta ko. suosituksesta julkisen kuulemisen aikana.

Viite (maa)	Julkaisuvuosi	Huomioita ravitsemuksesta
Bandelow ym. Saksa	2021	Ahdistuneisuushäiriöihin liittyvinä oireina, jotka voivat vaikuttaa syömiseen mainitaan kuiva suu, tukehtumisen tunne sekä vatsavaivat. Suosituksessa ei kuitenkaan mainintaa siitä, että nämä voivat haitata ravinnonsaantia. Ei mainintaa ravitsemusterapiasta.
Ministry of Health, Singapore	2015	Ei mainintaa ravitsemuksesta tai ravitsemusterapeutista.

Ahdistuneisuushäiriöiden kohdalla ravitsemus huomioitiin heikoiten, sillä yli puolet valikoituneista hoitosuosituksista ei tuonut esille ravitsemustietoutta lainkaan. Myöskään ravitsemusterapeuttien osallistumista häiriöiden hoitoon ei mainittu yhdessäkään suosituksessa. Australian ravitsemusterapeutit olivat antaneet palautetta oman maansa hoitosuosituksesta (2018) julkisen kuulemisen aikana, mutta suosituksesta ei käynyt ilmi, millaista palaute oli tai vaikuttiko se hoitosuosituksen sisältöön. Australian ja Uuden-Seelannin hoitosuositus (2018) nosti ainoana ahdistuneisuushäiriöiden hoitosuosituksista esille syömishäiriöiden mahdollisuuden. Saksan suositus (2021) huomioi ahdistuneisuushäiriöissä esiintyvät ruokailemiseen liittyvät oireet, kuten tukehtumisen tunteen ja kuivan suun. Puutteellista kuitenkin oli se, ettei suositus tuonut esille oireiden vaikutusta ravinnonsaantiin ja sitä kautta ravitsemustilaan.

6 Pohdinta

Ravitsemusterapian avulla voidaan saavuttaa useita etuja mielenterveyden häiriöihin liittyvien haasteiden ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Ravitsemusterapeuteilla on kattava tietotaito toteuttaa kardiometabolisiin ja psykoosilääkkeisiin liittyviin riskitekijöihin kohdistuvaa käytännönlä-

heistä ravitsemus- ja terveysohjausta. Ravitsemusinterventiot voisivat olla käyttökelpoinen vaihtoehto mielenterveyden häiriötä sairastavien terveydentilan kohentamiseen, sillä niiden on tutkimuksissa havaittu edesauttavan muun muassa painoindeksin pienenemistä, ruokavalion laadun kohentumista sekä masennuksen oireiden esiintyvyyden vähenemistä (Davison ym. 2012a, Forsyth ym. 2015, Teasdale ym. 2017a, Firth ym. 2019). Tutkimuksia ravitsemus- ja elintapainterventioiden vaikuttavuudesta tällä potilasryhmällä tarvittaisiin kuitenkin vielä lisää, jotta voitaisiin tarkastella kattavammin muun muassa interventioiden kustannustehokkuutta. Tämänhetkinen näyttö kuitenkin tukee ruokavaliointerventioiden kustannustehokkuutta esimerkiksi masennuspotilailla (Segal ym. 2020).

Ravitsemusterapeuttien tärkeys mielenterveyspuolella on siis kiistatonta ja tarve vakiinnuttaa tämä ammattiryhmä osaksi mielenterveyden hoitotiimejä on suuri. Ravitsemusterapeuttien määrä Suomen julkisessa terveydenhuollossa on kuitenkin tällä hetkellä riittämätön, mikä aiheuttaa haasteita ravitsemusterapeuttien työllistämisessä mielenterveyspuolelle. Myös se, ettei suomalaisesta kirjallisuudesta löydy tietoa ravitsemusterapian hyödynnettävyydestä syömishäiriöiden lisäksi muissa psykiatrisissa sairauksissa, hankaloittaa ravitsemusterapeuttien roolin vakiintumista tässä potilasryhmässä.

Tavoitteena oli sisällyttää kaikkien Pohjoismaiden hoitosuositukset kirjallisuuskatsaukseen, mutta Norjan ja Islannin hoitosuosituksista ei löytynyt englanninkielistä versiota. On myös huomioitava, että esimerkiksi Tanskan hoitosuositus oli saatavina englanninkielisenä versiona ainoastaan tiivistelmänä, joten koko hoitosuosituksen sisältöä ei voitu huomioida. Tämä voi vääristää kirjallisuuskatsauksen tuloksia. Hoitosuositusten haastavan tiedonhaun takia kirjallisuuskatsauksen ulkopuolelle on voinut lisäksi jäädä hoitosuosituksia, joissa ravitsemusterapiaa nostetaan enemmän esille tai toisaalta myös niitä, joissa ravitsemusta ei huomioida lainkaan. Kirjallisuuskatsauksen perusteella ei siis voida vetää suoria johtopäätöksiä ravitsemusterapian hyödynnettävyydestä eri maiden hoitosuosituksissa. Kirjallisuuskatsaus kuitenkin osoittaa sen, että ravitsemus osa-alueena vaatii nykyistä huomattavasti enemmän huomiota mielenterveyspuolella.

Vaikka kirjallisuutta ja tutkimuksia ravitsemuksen ja mielenterveyden häiriöiden yhteyksistä on runsaasti, vaikuttaa ravitsemusterapian hyödynnettävyys hoitosuosituksissa olevan vielä niukkaa. Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneisiin hoitosuosituksiin peilaten skitsofrenian (taulukko 2) yhteydessä ravitsemusterapeutin rooli nousi kattavimmin esille. Syynä tähän voi olla hyvin tietoudessa oleva skitsofreniaa sairastavien lyhyempi elinajanodote ja psykoosilääkkeiden selvät haittavaikutukset. Ahdistuneisuushäiriöiden hoitosuosituksissa (taulukko 5) ravitsemuksen osallisuus puolestaan oli heikointa, vaikka ne ovat mielenterveyden häiriöistä yleisimpiä. Ravitsemuksen roolia ahdistuneisuushäiriöissä on tutkittu vähemmän kuin mielialahäiriöissä tai psykoosisairauksissa, mikä voi selittää ravitsemuksen vähäistä osuutta ahdistuneisuushäiriöiden hoitosuosituksissa.

Ravitsemusasiat oli nostettu pääasiassa sitä paremmin esille mitä uudempi hoitosuositus oli kyseessä. Tähän vaikuttaa varmasti se, että ymmärrys ravitsemuksen yhteyksistä mielenterveyteen on lisääntynyt viime vuosien aikana valtavasti. Poikkeuksena oli kuitenkin Yhdysvaltojen masennuksen hoitosuositus vuodelta 2010, jossa ravitsemusasiat oli huomioitu suhteellisen kattavasti ja ravitsemusterapeutin hyödynnettävyys tunnistettu. On kuitenkin huomioitava, että laajuus millä ravitsemusasiat olivat esillä hoitosuosituksissa, oli suhteellisen pieni. Esimerkiksi Australian ja Uuden-Seelannin skitsofrenian hoitosuositus (2016) oli 117 sivua pitkä, mutta ravitsemukseen liittyvää tekstiä oli vain muutaman lauseen verran.

Vaikka Kanadan ravitsemusterapeutit ovat mielenterveyden häiriöiden hoidossa kannanottojen ja julkaisujen perusteella valveutuneita, jäi ravitsemusterapian huomioiminen Kanadan hoitosuosituksissa hyvin niukaksi. Olisikin tärkeää osallistaa ja kuulla myös ravitsemusterapeutteja hoitosuositusten laatimisessa, jotta ravitsemustieto niissä lisääntyisi. Monessa hoitosuosituksessa terveellinen ruokavalio ja riittävä ravitsemus mielenterveyteen vaikuttavana tekijänä nostettiin yleisellä tasolla esille, mutta mikään hoitosuositus ei tuonut kattavasti esille kaikkia niitä tutkimuksissa havaittuja etuja, joita ravitsemuksella voidaan mielenterveyden yhteydessä saavuttaa. Syömishäiriöiden hoidossa ravitsemusterapeuttien rooli on jo vakiintunut, mutta muiden psykiatristen sairauksien kohdalla ravitsemusterapia vasta etsii paikkaansa. Perinteisesti ravitsemusterapia on mielletty yleisemmin osaksi fyysisen kuin psyykkisen sairauden hoitoa ja voi olla,

että edelleen tämä ajatus vaikeuttaa ravitsemusterapeuttien roolin vakiinnuttamista osaksi mielenterveyden häiriöiden hoitoa. On syytä myös pohtia, otetaanko ravitsemusterapeutti osaksi mielenterveyspalveluiden hoitotiimiä helpommin, jos potilaalla on jo jokin metabolinen sairaus tai syömishäiriö. Ravitsemusterapian mahdollistaminen olisi kuitenkin tärkeää jokaisella mielenterveyden tasolla, niin edistämisessä, ehkäisyssä, hoidossa kuin kuntoutuksessakin (Davison 2012b). Valitettavaa kuitenkin on, ettei terveydenhuollon rajallisten resurssien vuoksi ravitsemusterapiaan ole mahdollisuutta panostaa riittävästi. Etenkin ravitsemusterapialle osana ennaltaehkäisytyötä on harvoin resursseja.

7 Johtopäätökset

Tämä kirjallisuuskatsaus korostaa ravitsemusterapeuttien tarvetta osana mielenterveyden häiriöiden hoitoa, mielenterveyspalveluita ja moniammatillisia hoitotiimejä. Kirjallisuuskatsauksen perusteella ravitsemusterapian avulla voidaan saavuttaa useita hyötyjä mielenterveyden häiriöiden hoidossa. Etenkin ravitsemusinterventiot, joissa ravitsemusterapeutti on mukana, on havaittu tutkimuksissa tehokkaiksi. Englanninkielisiä kannanottoja ravitsemusterapian tärkeydestä mielenterveyden häiriöiden hoidossa on tehty useita, mutta hoitosuosituksissa ravitsemusterapian rooli jää vielä usein vähäiseksi. Tässä kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin 29 mielenterveyden häiriöitä käsittelevää hoitosuositusta, joista ravitsemusterapia tai ravitsemusterapeutti mainittiin vain kuudessa. Ravitsemus tai ruokavalio mainittiin 19 hoitosuosituksessa. Kymmenessä hoitosuosituksessa ravitsemusta ei mainittu lainkaan. Yhtä hoitosuosituksista tarkasteltiin sekä masennuksen että kaksisuuntaisen mielialahäiriön yhteydessä, joten se on sisällytetty edellä mainittuihin lukuihin vain kerran.

Kaikkiin mielenterveyden häiriöihin liittyy metabolisia ja ravitsemuksellisia haasteita, joten ravitsemusterapian huomioiminen olisi tärkeää kaikissa mielenterveyden häiriöitä käsittelevissä hoitosuosituksissa. Moni hoitosuosituksista on useita vuosia vanhoja, joten tarve päivitetyille ja

ajankohtaisille hoitosuosituksille on olemassa. Myös suomenkielistä kirjallisuutta aiheesta tarvittaisiin enemmän, sillä tällä hetkellä se on lähes olematonta. Suomenkielisen kirjallisuuden lisääntyminen kasvattaisi ymmärrystä myös Suomessa ravitsemusterapian mahdollisuuksista mielenterveyspuolella ja edesauttaisi ravitsemusterapian rutinoitumista osaksi moniammatillisia hoitotiimejä.

Lähteet

Ahdistuneisuushäiriöt. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019 [viitattu 16.5.2022]. Saatavilla: www.kaypahoito.fi.

American Academy of Pediatrics. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLADPC): Part II. Treatment and Ongoing Management. 2018; 141(3):e20174082. doi: 10.1542/peds.2017-4082.

American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorders. Second edition. 2002. American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder, Third Edition. The American Journal of Psychiatry, 2010; 167(10), 1–.

American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia (Third edition.). 2021. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Bandelow B, Werner A, Kopp I ym. The German Guidelines for the treatment of anxiety disorders: frst revision. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 2022; 272:571–582. doi: 10.1007/s00406-021-01324-1.

BMC Psychiatry. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. BMC Psychiatry, 2014; 14(1), S1–S1. doi: 10.1186/1471-244X-14-S1-S1.

Bornstein S, Schuppenies A, Wong M ym. Approaching the shared biology of obesity and depression: the stress axis as the locus of gene-environment interactions. Molecular Psychiatry, 2006; 11(10), 892–902. doi: 10.1038/sj.mp.4001873.

British Association for Psychopharmacology. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. Journal of Psychopharmacology (Oxford), 2016; 30(6), 495–553. doi: 10.1177/0269881116636545.

Burrows T. Mental health is EVERY dietitian's business. Nutrition & Dietetics, 2022; 79(3), 276–278. doi: 10.1111/1747-0080.12753.

Canadian Psychiatric Association. Canadian Guidelines for the Assessment and Diagnosis of Patients with Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders. Canadian Journal of Psychiatry, 2017; 62(9), 594–603. doi: 10.1177/0706743717719899.

Canadian Psychiatric Association. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. Bipolar Disorders, 2018; 20(2), 97–170. doi: 10.1111/bdi.12609.

Canadian Psychiatric Association. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Introduction and Methods. Canadian Journal of Psychiatry, 2016; 61(9), 506–509. doi: 10.1177/0706743716659061.

Canadian Psychiatric Association. The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid anxiety disorders. Annals of Clinical Psychiatry, 2012; 24(1), 6–22.

Carr V, Whiteford H, Groves A ym. Policy and service development implications of the second Australian National Survey of High Impact Psychosis (SHIP). Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2012; 46(8), 708–718. doi: 10.1177/0004867412446488.

Chang S, Cassidy A, Willett W ym. Dietary flavonoid intake and risk of incident depression in midlife and older women. The American Journal of Clinical Nutrition, 2016; 104(3), 704–714. doi: 10.3945/ajcn.115.124545.

Cooper J, Mancuso S, Borland R ym. Tobacco smoking among people living with a psychotic illness: the second Australian Survey of Psychosis. Aust NZ J Psychiatry 2012; 46: 851–63. doi: 10.1177/0004867412449876.

Curtis J, Watkins A, Rosenbaum S ym. Evaluating an individualized lifestyle and life skills intervention to prevent antipsychotic-induced weight gain in first-episode psychosis. Early Intervention in Psychiatry, 2016; 10(3), 267–276. doi: 10.1111/eip.12230.

Danish Health Authority. National clinical guideline for the non-pharmacological treatment of unipolar depression. 2016.

Danish Health Authority. National clinical guideline for the treatment of patients with schizophrenia and complex treatment courses. 2016.

Dattani S, Ritchie H, Roser M. Mental Health. Our World in Data. Päivitetty 2021. [viitattu 20.5.2022]. Saatavilla: https://ourworldindata.org/mental-health.

Daumit G, Dickerson F, Wang N ym. A Behavioral Weight-Loss Intervention in Persons with Serious Mental Illness. The New England Journal of Medicine, 2013; 368(17), 1594–1602. doi: 10.1056/NEJMoa1214530.

Davison K, Ng E, Chandrasekera U ym. Nutrition and Mental Health: Therapeutic Approaches. Toronto: Dietitians of Canada. 2012a.

Davison K, Ng E, Chandrasekera U ym. Promoting Mental Health through Healthy Eating and Nutritional Care: Executive Summary. Toronto: Dietitians of Canada. 2012b.

Davison K, Marshall-Fabien G, Gondara L. Sex differences and eating disorder risk among psychiatric conditions, compulsive behaviors and substance use in a screened Canadian national sample. General Hospital Psychiatry, 2014; 36(4), 411–414.

Depressio. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2021 [viitattu 14.6.2022]. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.). 2013. Washington (D.C.): American Psychiatric Publishing.

Dietitians Australia. Mental health role statement. Dietitians Association of Australia. 2022. [viitattu 10.8.2022]. Saatavilla: https://dietitiansaustralia.org.au/working-dietetics/standards-and-scope/role-statements/mental-health-role-statement.

Dietitians of Canada. Dietitian Services in Mental Health. 2022. [viitattu 10.8.2022]. Saatavilla: https://www.dietitians.ca/mentalhealth.

Dipasquale S, Pariante C, Dazzan P ym. The dietary pattern of patients with schizophrenia: A systematic review. Journal of Psychiatric Research, 2012; 47(2), 197–207. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.10.005.

Firth J, Marx W, Dash S ym. The Effects of Dietary Improvement on Symptoms of Depression and Anxiety: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Psychosomatic Medicine, 2019; 81(3), 265–280. doi: 10.1097/PSY.0000000000000673.

Forsyth A, Deane F, Williams P. A lifestyle intervention for primary care patients with depression and anxiety: A randomised controlled trial. Psychiatry Research, 2015; 230(2), 537–544. doi: 10.1016/j.psychres.2015.10.001.

Furness T, Wallace E, McElhinney J ym. Colocating an accredited practising dietitian to an adult community mental health service: An exploratory study. International Journal of Mental Health Nursing, 2018; 27(6), 1709–1718. doi: 10.1111/inm.12470.

González R, Ballester I, López-Posadas R ym. Effects of Flavonoids and other Polyphenols on Inflammation. Critical Reviews in Food Science and Nutrition, 2011; 51(4), 331–362. doi: 10.1080/10408390903584094.

Huttunen M. Lääkkeet mielen hoidossa: Masennustilojen hoidossa käytettävät lääkkeet. Duodecim terveyskirjasto. 2017b. [viitattu 21.5.2022]. Saatavilla: https://www.terveyskirjasto.fi/lam00039#s2.

Huttunen M. Lääkkeet mielen hoidossa: Mielenterveyden häiriöt. Duodecim terveyskirjasto. 2017a. [viitattu 20.5.2022]. Saatavilla: https://www.terveyskirjasto.fi/lam00002/mielenterveyden-hairiot.

Isometsä E. Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Teoksessa: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2021b, s. 289.

Isometsä E. Masennustilojen kulku ja ennuste. Teoksessa: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2021a, s. 346.

Isometsä E. Mitä ahdistuneisuus on? Teoksessa: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2021c, s. 364.

Jerome G, Young D, Dalcin A ym. Physical activity levels of persons with mental illness attending psychiatric rehabilitation programs. Schizophr Res 2009; 108: 252–7. doi: 10.1016/j.schres.2008.12.006.

Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2021 [viitattu 15.6.2022). Saatavilla: www.kaypa-hoito.fi.

Lassale C, Batty G, Baghdadli A ym. Healthy dietary indices and risk of depressive outcomes: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Molecular Psychiatry, 2019; 24(7), 965–986. doi: 10.1038/s41380-018-0237-8.

Li F, Liu X, Zhang D. Fish consumption and risk of depression: a meta-analysis. Journal of Epidemiology and Community Health, 2016; 70(3), 299–304. doi: 10.1136/jech-2015-206278.

Lääketietokeskus. Lääkeopas Terveyskirjasto: Olanzapin Ratiopharm. Duodecim terveyskirjasto. 2019. [viitattu 21.5.2022]. Saatavilla: https://www.terveyskirjasto.fi/far02499.

Lönnqvist J. Mielenterveys ja sen häiriintyminen. Teoksessa: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2021, s. 25-26.

Maailman terveysjärjestö WHO. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030. 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Marx W, Moseley G, Berk M ym. Nutritional psychiatry: the present state of the evidence. Proc Nutr Soc 2017; 76:427–36. doi: 10.1017/S0029665117002026.

Mielenterveystalo. Tietoa mielenterveydestä: Hoitomuotoja. HUS & Terveyskylä. 2022b. [viitattu 25.8.2022]. Saatavilla: https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Hoitomuotoja/Pages/default.aspx.

Mielenterveystalo. Tietoa mielenterveydestä: Tietoa diagnooseista. HUS & Terveyskylä. 2022a. [viitattu 26.5.2022]. Saatavilla: https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Diagnoosi-tietohaku/Pages/default.aspx.

Ministry of health. Clinical practice guidelines: Anxiety disorders. Singapore Medical Journal, 2015; 56(6), 310–316. doi: 10.11622/smedj.2015088.

Ministry of Health. Clinical Practice Guidelines: Schizophrenia. Singapore Medical Journal, 2011; 52(7), 521–526.

National Institute for Health and Care Excellence. Depression: The Treatment and Management of Depression in adults (updated edition). National Clinical Practice Guideline 90. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists. 2009.

National Institute for Health and Care Excellence. Bipolar disorder: assessment and management (CG185). Clinical guideline. 2014.

National Institute for Health and Care Excellence. Depression in children and young people: identification and management. NICE guideline. 2019.

National Institute for Health and Care Excellence. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management (CG113). Clinical guideline. 2011.

Opie R, O'Neil A, Itsiopoulos C ym. The impact of whole-of-diet interventions on depression and anxiety: a systematic review of randomised controlled trials. Public Health Nutrition, 2015; 18(11), 2074–2093. doi: 10.1017/S1368980014002614.

Phillips C, Shivappa N, Hébert J ym. Dietary inflammatory index and mental health: A cross-sectional analysis of the relationship with depressive symptoms, anxiety and well-being in adults. Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland), 2018; 37(5), 1485–1491. doi: 10.1016/j.clnu.2017.08.029.

Rovasalo A. Skitsofrenia. Duodecim terveyskirjasto. 2021. [viitattu 9.8.2022]. Saatavilla: https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00148.

Ruusunen A, Lehto S, Mursu J ym. Dietary patterns are associated with the prevalence of elevated depressive symptoms and the risk of getting a hospital discharge diagnosis of depression in middle-aged or older Finnish men. Journal of Affective Disorders, 2014; 159, 1–6. doi: 10.1016/j.jad.2014.01.020.

Ruusunen A. Psykiatrisen potilaan ravitsemus. Teoksessa: Mutanen M, Niinikoski H, Schwab U, Uusitupa M (toim.) Ravitsemustiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2021, s. 557–558.

Ryu S, Nam H, Oh S ym. Eating-behavior changes associated with antipsychotic medications in patients with schizophrenia as measured by the drug-related eating behavior questionnaire. Journal of Clinical Psychopharmacology, 2013; 33(1), 120–122. doi: 10.1097/JCP.0b013e31827c2e2d.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of Schizophrenia (SIGN 131). SIGN, 2013.

Segal L, Twizeyemariya A, Zarnowiecki D ym. Cost effectiveness and cost-utility analysis of a group-based diet intervention for treating major depression - the HELFIMED trial. Nutritional Neuroscience, 2020; 23(10), 770–778. doi: 10.1080/1028415X.2018.1556896.

Shivappa N, Hébert J, Veronese N ym. The relationship between the dietary inflammatory index (DII®) and incident depressive symptoms: A longitudinal cohort study. Journal of Affective Disorders, 2018; 235, 39–44. doi: 10.1016/j.jad.2018.04.014.

Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2022 [viitattu 13.6.2022]. Saatavilla: www.kaypahoito.fi.

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Artikelnr 2018-9-6.

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen. 2021. Artikelnr 2021-4-7339.

Stahl S, Mignon L, Meyer J. Which comes first: atypical antipsychotic treatment or cardiometabolic risk? Acta Psychiatrica Scandinavica, 2009; 119(3), 171–179. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01334.x.

Suvisaari J, Hietala J, Jääskeläinen E ym. Skitsofrenian yleiskuva. Teoksessa: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2021, s. 200.

Tarnanen K, Suominen K, Lähteenmäki S ym. Kaksisuuntainen mielialahäiriö - mielialojen vuoristorata. Duodecim terveyskirjasto. 2021. [viitattu 9.8.2022]. Saatavilla: https://www.terveyskirjasto.fi/khp00082.

Teasdale S, Harris S, Rosenbaum S ym. Individual Dietetic Consultations in First Episode Psychosis: A Novel Intervention to Reduce Cardiometabolic Risk. Community Mental Health Journal, 2014; 51(2), 211–214. doi: 10.1007/s10597-014-9787-7.

Teasdale S, Latimer G, Byron A ym. Expanding collaborative care: integrating the role of dietitians and nutrition interventions in services for people with mental illness. Australasian Psychiatry: Bulletin of the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2018; 26(1), 47–49. doi: 10.1177/1039856217726690.

Teasdale S, Müller-Stierlin A, Ruusunen A ym. Prevalence of food insecurity in people with major depression, bipolar disorder, and schizophrenia and related psychoses: A systematic review and meta-analysis. Critical Reviews in Food Science and Nutrition, ahead-of-print(ahead-of-print), 2021; 1–18. doi: 10.1080/10408398.2021.2002806.

Teasdale S, Samaras K, Wade T ym. A review of the nutritional challenges experienced by people living with severe mental illness: a role for dietitians in addressing physical health gaps. Journal of Human Nutrition and Dietetics, 2017b; 30(5), 545–553. doi: 10.1111/jhn.12473.

Teasdale S, Ward P, Rosenbaum S ym. Solving a weighty problem: Systematic review and meta-analysis of nutrition interventions in severe mental illness. British Journal of Psychiatry, 2017a; 210(2), 110–118. doi: 10.1192/bjp.bp.115.177139.

The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Clinical practice guidelines for mood disorders. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2021; 55(1), 7–117. doi: 10.1177/0004867420979353.

The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2016; 50(5), 410–472. doi: doi.org/10.1177/0004867416641195.

The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2018; 52(12), 1109–1172. doi: 10.1177/0004867418799453.

Thornley S, Russell B, Kydd R. Carbohydrate Reward and Psychosis: An Explanation For Neuroleptic Induced Weight Gain and Path to Improved Mental Health? Current Neuropharmacology, 2011; 9(2), 370–375. doi: 10.2174/157015911795596513.

Tuominen L, Salokangas R. Skitsofrenia. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2017;133(2):173-6.

Wu M, Wang C, Bai Y ym. Outcomes of obese, clozapine-treated inpatients with schizophrenia placed on a six-month diet and physical activity program. Psychiatric Services (Washington, D.C.), 2007; 58(4), 544–550. doi: 10.1176/ps.2007.58.4.544.

Yum S, Caracci G, Hwang M. Schizophrenia and Eating Disorders. The Psychiatric Clinics of North America, 2009; 32(4), 809–819. doi: 10.1016/j.psc.2009.09.004.