

Raskausajan ja synnytyksen jälkeisen masennuksen ja ahdistuneisuuden varhaista hoitoa tulee tehostaa

Sekä naiset että miehet voivat sairastua raskausajan ja synnytyksen jälkeiseen masennukseen, jonka esiintyvyys on noin 10–20 prosenttia (O'Hara & McCabe 2013) kehittyneissä maissa. Coxin ja kollegojen (2016) mukaan terveydenhuollossa kuitenkin tunnistetaan arviolta alle puolet raskaana olevien ja synnyttäneiden naisten masennustapauksista ja alle 10 prosenttia sairastuneista saa suositusten mukaista hoitoa.

Tuoreen järjestelmällisen katsauksen (Holo-painen & Hakulinen 2019) mukaan sekä masennukseen sairastuneet naiset että miehet kokevat itsensä yksinäiseksi ja tuntevat saavansa riittämättömästi apua puolisoltaan ja muilta läheisiltään. Naiset kuvasivat masennuksen kokemustaan seikkaperäisemmin ja monivivahteisemmin kuin miehet, jolloin miesten kohdalla masennus voi jäädä kokonaan tunnistamatta tai avunsaantiin tulee viive. Myös käsitys siitä, että hyvä vanhempi ei tarvitse tai hae apua saattaa viivästyttää avun pyytämistä ja sen saantia.

Uuden kotimaisen tutkimuksen (Kiviruusu ym. 2020) mukaan sekä äitien että isien masennusoireet olivat suhteellisen pitkäkestoisia loppuraskaudesta lapsen toiseen elinvuoteen saakka ja yhden vanhemman masennus lisäsi riskiä myös toisen masentuneisuudelle. Äitien lievätkin pitkäkestoiset masennusoireet (Pietikäinen ym. 2020) liittyivät kaksi- ja viisivuotiaiden lasten lisääntyneisiin tunne-elämän ongelmiin, kuten ahdistuneisuuteen, surullisuuteen, käytös- ja ylivilkkausoireisiin.

Vanhempien ahdistuneisuusoireita ei ole tutkittu yhtä paljon kuin masennusoireita, vaikka arviolta joka viides äiti sairastuu ahdistuneisuushäiriöön. Ahdistuneisuusoireet voivat olla fyysisiä (esim. sydämentykytys, vapina ja painontunne rintakehällä), psykologisia (esim. jatkuva huoli, ajatusten kiihtyminen ja mielen pyyhkiytyminen tyhjäksi) tai käyttäytymiseen liittyviä

(esim. tilanteiden välttely, pakonomainen tarkistelu ja rituaalit). Jopa 40 prosentilla (Jennings ym. 1999) masentuneista äideistä on arvioitu olevan pakonomaisia ajatuksia, kuten pelkoja lapsen vahingoittamisesta.

Kiintymyssuhde lapsen ja vanhemman välillä muodostaa perustan lapsen psyykkiselle kehitykselle sekä myöhemmille ihmissuhteille. Suhde lapseen alkaa muodostuu äidin mielessä jo raskausaikana, ja jatkuu lapsen ensimmäisinä elin-kuukausina dynaamisessa vuorovaikutuksessa lapsen kanssa. Perinataaliajan masennus ja ahdistuneisuus voivat häiritä tätä psykologista prosessia. Isän psykologinen kypsyminen vanhemmuuteen ja parisuhteen tilanne vaikuttavat myös suuresti perheen vointiin. Paitsi masennuksen tai muun mielenterveyshäiriön vaikeusastetta, myös vanhempien vuorovaikutusta lapsen kanssa on arvioitava, koska puutteet vuorovaikutuksessa heijastuvat nopeasti lapseen. Toisaalta lämmin vanhemmuus, arjen sujuminen ja hyvä kiintymyssuhde suojaavat lasta vanhemman vakavan mielenterveyshäiriön vaikutuksilta.

EHDOTUKSIA MASENNUKSEN JA AHDISTUNEISUUDEN VARHAISEN TUNNISTAMISEN JA HOIDON TEHOSTAMISEKSI

Tarvitsemme Suomeen kliinisen hoitosuosituksen perinataaliajan mielenterveyshäiriöiden varhaiseen tunnistamiseen ja hoitoon vastaavasti kuten on Australiassa (COPE 2017) ja Iso-Britanniassa (NICE 2014). Suositus mahdollistaisi optimaalisen näyttöön perustuvan hoidon varmistamisen.

Lievä ja keskivaikea masennus sekä ahdistuneisuus on mahdollista seuloa ja hoitaa perusterveydenhuollossa, jolloin säästytään kalliimmilta erikoissairaanhoidon kustannuksilta. Neuvolassa masennusta seulotaan EPDS-mielialalomakkeella. Meidän kannattaisi australialaisten tapaan seuloa rutiinisti myös psykososiaalisia ris-

kitekijöitä esimerkiksi ANRQ-kyselyllä (Austin ym. 2013) rinnakkain EPDS:n kanssa. Kyselyt eivät kuitenkaan korvaa kliinistä arviota tilanteesta. Oleellista on luoda vastaanotolle ilmapääpiiri, jossa vanhempi uskaltaa puhua voinnistaan syyllistymättä sekä ymmärtää, että masennuksen lisäksi on myös useita muita mielenterveydenhäiriöitä (mm. traumaperäiset häiriöt, kaksisuuntainen mielialahäiriö, erilaiset ahdistuneisuushäiriöt, persoonallisuushäiriöt), jotka voivat haitata vuorovaikutusta lapsen kanssa ja vaikuttaa koko perheen hyvinvointiin.

Jos vanhemman perinataaliajan mielenterveyshäiriö täyttää erikoissairaanhoidon kriteerit, myös vuorovaikutusta kannattaisi arvioida ja hoitaa samassa hoitopaikassa. Parhaiten tämä onnistuisi integroimalla lastenpsykiatrista ja varhaisen vuorovaikutuksen psykoterapiaosaamista Perinataalipsykiatriseen (raskaus- ja vauva-ajan mielenterveyshäiriöiden hoitoon erikoistuneeseen) erikoissairaanhoidon tiimiin. Myös perustasolle tarvitaan sekä yksilö-, ryhmä- että paripsykoterapeuttisia interventioita. Interpersoonallisesta (Sokol 2018) ja kognitiivis-behavioraalista psykoterapiasta (Stuart & Koleva 2014) on hyvää näyttöä perinataaliajan masennuksen ja luopuvaa näyttöä myös ahdistuneisuuden hoidossa. Kumppaneiden mukaan ottamisen on myös havaittu helpottavan äitien masennusoireita yksi-

löinterventioita paremmin (Misri ym. 2000).

Ensimmäinen psykiatrinen äiti-vauva-osasto perustettiin Iso-Britanniaan 1948. Parhaillaan perinataalipsykiatria on hakemassa tai jo saavuttanut suppean erikoisalan aseman mm. Australiassa, Ranskassa, Isossa-Britanniassa ja Kanadassa. Yhteensä 33 maata osallistui kansainvälisen artikkelin (Brockington ym. 2017) kirjoittamiseen äiti-lapsi-psykiatrian ydinasioista – samanlainen hoitovastuu sekä äidistä että lapsesta yhtenä tärkeimmistä.

Perinataaliajan mielenterveyshäiriöiden enuste on hyvä ja niiden varhainen tunnistaminen ja hoito on kustannusvaikuttavaa (McDaid ym. 2019). Iso-Britanniassa tehtyjen laskelmien (Bauer ym. 2014) mukaan hoitamattomista perinataalipsykiatrista häiriöistä aiheutuvien haittojen hoito tulee julkiselle sektorille viisi kertaa kalliimmaksi kuin järjestää suositusten mukainen hoito; yli 70 prosenttia hoitamattomiin häiriöihin liittyvistä kustannuksista arviointiin tulevan lapselle aiheutuneista haitoista. Pietikäisen ja kollegojen (2019) pääkirjoituksessa hahmotellaan Suomen olosuhteisiin sopivaa perinataalipsykiatrista hoitojärjestelmää. Kysymys kuuluu: onko meillä varaa olla panostamatta perinataaliajan mielenterveyshäiriöiden ja vanhempi-lapsi-vuorovaikutuksen hoitoon?

LÄHTEET

- Austin MP, Colton J, Priest S, Reilly N, Hadzi-Pavlovic D. The antenatal risk questionnaire (ANRQ): Acceptability and use for psychosocial risk assessment in the maternity setting. *Women and Birth*. 2013; 26: 17–25. doi:10.1016/j.wombi.2011.06.002
- Bauer A, Parsonage M, Knapp M, Iemmi V, Adelaja B. The cost of perinatal mental health problems. LSE & Centre for Mental Health; 2014. <https://www.centreformentalhealth.org.uk/sites/default/files/2018-09/costsofperinatal.pdf>
- Brockington, Butterworth, Glangeaud-Freudenth. An international position paper on mother-infant (perinatal) mental health, with guidelines for clinical practice. *Arch Womens Ment Health* (2017) 20:113–120.
- COPE, Center of Perinatal Excellence. Mental health care in the perinatal period. Australian clinical practice guideline. October 2017. https://www.cope.org.au/wp-content/uploads/2018/05/COPE-Perinatal-MH-Guideline_Final-2018.pdf
- Cox EQ, Sowa NA, Meltzer-Brody SE, Gaynes BN. The perinatal depression treatment Cascade: Baby steps toward improving outcomes. *J Clin Psychiatry* 2016;77:1189–1200. doi: 10.4088/JCP.15r10174.
- O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology* 2013; 9:379-407.
- Holopainen A & Hakulinen T. New parents' experiences of postpartum depression: a systematic review of qualitative evidence. *JBIM Database System Rev Implement Rep* 2019;17:1731–1769.
- Jennings KD, Ross S, Popper S, Elmore M. Thoughts for harming infants in depressed and in nondepressed mother. *J Affect Disord* 1999;21:21–28. doi: 10.1016/s0165-0327(98)00185-2.
- Kiviruusu O, Pietikäinen JT, Kylliäinen A, Pölkki P, Saarenpää-Heikkilä O, Marttunen M, Paunio T, Paavonen EJ. Trajectories of mothers' and fathers' depressive symptoms from pregnancy to 24 months postpartum. *J Affect Disord* 2020;1:629-637. doi: 10.1016/j.jad.2019.09.038.
- McDaid D, Park AL, Wahlbeck K. The economic case for the prevention of mental illness. *Annu Rev Public Health* 2019;40:373–389.

Misri S, Kostaras X, Fox D, Kostaras D. The impact of partner support in the treatment of postpartum depression. *Can J Psychiatry* 2000;45:554–558.

NICE, National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. 2014, updated in 2018. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>

Pietikäinen J, Taka-Eilola T, Paunio T. Suomeen tarvitaan perinataalipsykiatriaa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2019;135:1809–1811.

Pietikäinen JT, Kiviruu O, Kylliäinen A, Pölkki P, Saarenpää- Heikkinen O, Paunio T, Paavonen EJ. Maternal and paternal depressive symptoms and childrens' emotional problems at the age of 2 and 5 years: A longitudinal study. *J Child Psychol Psychiatry* 2020;61:195–204. doi: 10.1111/jcpp.13126.

Sockol LE. A systematic review and meta-analysis of interpersonal psychotherapy for perinatal women. *J Affect Disord* 2018;232:316–328. doi: 10.1016/j.jad.2018.01.018.

Stuart S, Koleva H. Psychological treatments for perinatal depression. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014;28:61–70. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.09.004.

JOHANNA PIETIKÄINEN

LL, Psykiatria-erikoistuva lääkäri, Vieraileva tutkija, Helsingin yliopistollinen sairaala ja Helsingin yliopisto, Psykiatria, Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL), Kansanterveysratkaisut -yksikkö

TUOVI HAKULINEN

TtT, Dosentti, Tutkimuspäällikkö, Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL), Lapset, nuoret ja perheet -yksikkö

ARJA HOLOPAINEN

TtT, Johtaja, Hoitotyön tutkimuskeskus (Hotus), Suomen JBI yhteistyokeskus