

MARJO FLYKT

PsT, yliopistonlehtori
Helsingin yliopisto,
lääketieteellinen tiedekunta,
psykologia
tutkijatohtori
Tampereen yliopisto,
yhteiskuntatieteiden tiedekunta,
psykologia

RITVA BELT

LT, lastenpsykiatrian erikoislääkäri
Tampere (eläkkeellä)

RAIJA-LEENA PUNAMÄKI

FT, psykologi, professori emerita
Tampereen yliopisto,
yhteiskuntatieteiden tiedekunta,
psykologia

KIRJALLISUUTTA

- 1 Guille C, Aujla R. Developmental consequences of prenatal substance use in children and adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2019;29:479–86.
- 2 Knopik VS, Marceau K, Bidwell LC, Rolan E. Prenatal substance exposure and offspring development: Does DNA methylation play a role? *Neurotoxicol Teratol* 2019;71:50–63.
- 3 Eze N, Smith LM, LaGasse LL ym. School-aged outcomes following prenatal methamphetamine exposure: 7.5 year follow-up from the Infant Development, Environment, and Lifestyle (IDEAL) study. *J Pediatr* 2016;170:34–8.
- 4 Kaltenbach K. Bio-psychosocial characteristics of parenting women with substance use disorders. Kirjassa: Suchman NE, Pajulo M, Mayes LC, toim. *Parenting and substance abuse (185–94)*. New York: Oxford University Press 2013.

Raskaudenaikainen huumeriippuvuus heijastuu äidin hyvinvointiin ja lapsen sosioemotionaaliseen kehitykseen

LÄHTÖKOHDAT Tutkimus seurasi 51:tä avohoidon interventiota saavaa huumeriippuvaista äitiä ja 50 normatiivista verrokkaa loppuraskaudesta lapsen kouluikään. Tutkimme äidin huumeriippuvuuden lyhyt- ja pitkäaikaisvaikutuksia äidin ja lapsen hyvinvointiin ja lapsen kehitykseen.

MENETELMÄT Äidin mielenterveyttä tutkittiin kyselylomakkeilla, äiti-lapsivuorovaikutusta emotionaalisen saatavillaolon videomenetelmällä sekä lapsen kognitiivista ja sosioemotionaalista kehitystä äidin raporttoimana ja psykologisin testein vauva- ja kouluikässä.

TULOKSET Huumeriippuvaisilla äideillä oli enemmän masennus- ja ahdistusoireita varhaisvaiheissa ja enemmän vakavia päihde- ja mielenterveysongelmia lasten kouluikässä kuin verrokeilla. Heillä oli enemmän vuorovaikutusongelmia lapsen kanssa sekä vauva- että kouluikässä. Vuoden iässä lasten kehityksessä ei ollut eroja, mutta kouluikässä huumeriippuvien lapsilla oli enemmän tarkkaavuus- ja mielenterveysoireita.

PÄÄTELMÄT Varhaisen äityden tuki lisäsi äidin emotionaalista saatavuutta lapselleen, ja huumeiden käytön vaikutuksille altistuneiden lasten kehitys eteni hyvin ensimmäisen vuoden aikana. Se kuitenkin vaarantui kuormittavien kasvuolosuhteiden jatkuessa. Lasten psyykkistä kehitystä tulisi seurata ja tukea koko perhettä pitkäjänteisesti eri kehitysvaiheissa.

Äidin raskausajan huumeriippuvuus muodostaa riskin lapsen kehitykselle ja perheen hyvinvoinnille. Sikiöaikaisen päihdealtistuksen neurobiologisten vaikutusten lisäksi kehitystä vaarantavat kasaantuvat psykososiaaliset riskitekijät (1–3).

nitiiivis-sensorimotorisiin taitoihin ja stressin säätelyyn (8,9). Alkoholin ja huumeiden sekkäyttö on yleisin päihderiippuvuuden muoto, joka vaikuttaa kokonaisvaltaisesti lapsen kehitykseen (10,11). Kouluikä asettaa suuria vaatimuksia lapsen kognitiivisille ja sosioemotionaalilaisille taidoille, ja huumealtistuksen seuraukset voivat aktivoitua viiveellä (1,2).

Tarvitsemme lisää tutkimustietoa hoitoa saaneiden äitien ja lasten ennusteesta. Tämä artikkeli raportoi äidin raskaudenaikaisen huumeriippuvuuden lyhyt- ja pitkäaikaisvaikutuksia äidin mielenterveyteen, äiti-lapsivuorovaikutukseen sekä lapsen kognitiiviseen ja sosioemotionaaliseen kehitykseen.

Aineisto ja menetelmät

Osallistujat

Huumeriippuvaisten äitien ryhmän (n = 51) muodostivat raskaana olevat avohoidon asiakkaat Tampereen kaupungin perhetukikeskus Päiväperhossa ja Lahden Diakoniasäätiön Löydä Timantit -projektissa. Äidit tulivat hoitoon sai-

Huumealtistuksen seuraukset voivat aktivoitua viiveellä.

Huumeriippuvaiset äidit elävät usein epävakaisissa ihmissuhteissa, ja monilla on hoitamaton mieliala-, ahdistuneisuus- tai persoonallisuushäiriö (4,5). Traumaperäiset stressioireet ovat tavallisia, mikä johtuu lapsuuden ja parisuhteen väkivaltakokemuksista (6). Nämä kuormittavat tekijät vaikeuttavat äidin kykyä säädellä tunteitaan sekä ymmärtää ja vastata vauvan vuorovaikutusviesteihin (7).

Äidin raskaudenaikaisen huumeikäytön tiedetään vaikuttavan etenkin lapsen varhaisiin kog-

LIITEAINEISTO
pdf-versiossa
www.laakarilehti.fi

Sisällysluettelot
SLL 37/2021



- 5 Haller DL, Miles DR. Personality disturbances in drug-dependent women: Relationship to childhood abuse. *Am J Alcohol Abuse* 2004;30:261–86.
- 6 Grella CE, Stein JA, Greenwell L. Associations among childhood trauma, adolescent problem behaviors and adverse adult outcomes in substance-abusing women offenders. *Psychol Addict Behav* 2005;19:43–53.
- 7 Isosävi S, Flykt M, Belt R ym. Attachment representations among substance-abusing women in transition to motherhood: their role in prenatal emotions and mother-infant interaction quality. *Attach Human Dev* 2016;15:1–27.
- 8 LaGasse LL, Derauf C, Smith LM ym. Prenatal methamphetamine exposure and childhood behavior problems at 3 and 5 years of age. *Pediatrics* 2012;129:681–8.
- 9 Salo S, Flykt M. The impact of parental addiction on child development. Kirjassa: Suchman NE, Pajulo M, Mayes, LC, toim. Parenting and substance abuse. New York: Oxford University Press 2013.
- 10 Kahila H, Kivistö K. Huumeet ja raskaus. *Duodecim* 2019;135:131–7.
- 11 Nygaard E, Slinning K, Moe W, Walhovd KB. Behavior and attention problems in eight-year-old children with prenatal opiate and poly-substance exposure: a longitudinal study. *PLoS One* 2016;11:e0158054.
- 12 Belt R, Flykt M, Punamäki R-L, Pajulo M, Posa T, Tamminen T. Psychotherapy groups and individual support to enhance mental health and early dyadic interaction among drug-abusing mothers. *Infant Mental Health J* 2012;33:520–34.
- 13 Flykt M, Punamäki R-L, Belt R ym. Maternal representations and emotional availability among drug-abusing and non-using mothers and their infants. *Infant Mental Health J* 2012;33:123–38.
- 14 Belt RH, Kouvo A, Flykt M ym. Intercepting the intergenerational cycle of maternal trauma and loss through mother-infant psychotherapy: a case study using attachment-derived methods. *Child Psychol Psychiatry* 2013;18:100–20.
- 15 Punamäki RL, Belt R. Psychoanalytic-attachment oriented group intervention for substance-abusing mothers and their infants: Transference, secure base, and secondary attachment to the “Group Mother”. Kirjassa: Suchman NE, Pajulo M, Mayes LC, toim. Parenting and substance abuse. New York: Oxford University Press, 2013;321–43.
- 16 Belt R. Äiti-vauvaryhmäpsykoterapia päihdetustaisten äitien hoidossa. *Psyko-terapia* 2015;1:19–37.



TAULUKKO 1.

Äidin mielenterveys, varhainen vuorovaikutus ja lapsen kehitys vauva-aikana

Huumeriippuvaisien ja verrokkien ryhmässä lapsen ollessa 4 kuukautta (T2) ja 12 kuukautta (T3).

	T2 (lapsi 4 kk)						T3 (lapsi 12 kk)					
	Huumeriippuvaiset (n = 47)		Verrokkit (n = 43)		F-arvot ¹	Huumeriippuvaiset (n = 38)		Verrokkit (n = 39)		F-arvot ¹		
	M	Sd	M	Sd		M	Sd	M	Sd			
Masennus (EPDS+CES-D)	0,75	0,05	0,53	0,05	8,33, p = 0,005	0,60	0,05	0,35	0,05	9,18, p = 0,003		
Ahdistus (BAI-GHQ)	2,02	0,08	1,50	0,08	18,73, p < 0,001	2,21	0,09	1,48	0,09	28,03, p < 0,001		
EA sensitiivisyys	3,26	0,20	4,58	0,20	18,08, p < 0,001	4,24	0,17	4,90	0,17	6,48, p = 0,013		
EA jäsentäminen	3,70	0,19	4,63	0,19	10,42, p = 0,002	4,23	0,15	4,92	0,15	9,61, p = 0,003		
EA ei-tunkeilevyys	3,32	0,24	4,77	0,23	15,95, p < 0,001	4,30	0,23	4,57	0,22	0,59, p = 0,45		
EA ei-vihamielisyyt	4,80	0,22	6,05	0,22	13,78, p < 0,001	5,30	0,20	5,43	0,20	0,19, p = 0,67		
EA lapsen responsiivisuus	3,22	0,21	4,45	0,21	14,08, p < 0,001	4,17	0,17	4,86	0,16	7,08, p = 0,009		
EA lapsen aloitteellisuus	3,12	0,21	3,94	0,21	6,28, p = 0,014	4,06	0,18	4,68	0,18	4,96, p = 0,029		
Lapsen kognitiivinen kehitys	98,63	1,36	103,23	1,41	4,52, p = 0,037	98,76	1,99	98,54	2,07	0,005, p = 0,95		
Lapsen motorinen kehitys	91,17	1,40	91,79	1,46	0,08, p = 0,78	94,54	1,75	95,71	1,83	0,17, p = 0,68		
Lapsen positiivinen emotionaalisuus	4,59	0,11	4,61	0,10	0,02, p = 0,88	4,57	0,10	4,43	0,10	0,74, p = 0,39		
Lapsen negatiivinen emotionaalisuus	2,63	0,09	2,39	0,08	3,01, p = 0,088	3,30	0,12	2,88	0,11	5,79, p = 0,019		
Lapsi sijoitettu (n/%)	1 (2)		0			5 (9,8)		0				

¹ Varianssianalyysin vapausasteet vaihtelivat 1,68–1,87.

EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale. CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. BAI = Beck Anxiety Inventory. GHQ = General Health Questionnaire. EA = Emotional Availability Scale. M = keskiarvo. Sd = keskiahjo.

raalan tai Päiväperhon neuvolan lähettäminä vakavan huumeriippuvuuden tai päihteiden sekakäytön vuoksi ja osallistuvait saapumisjärjestyksessä valintansa mukaan joko ryhmäterapeutiseen (n = 26) tai psykososiaalisen tuen interventioon (n = 25). Verrokkiryhmässä oli 50 normatiivista äitiä Päijät-Hämeen keskussairaalan (P-HKS) äitiyspoliklinikalta.

Tutkimuksella on P-HKS:n, Tampereen yliopistollisen sairaalan sekä Tampereen kaupungin eettisen toimikunnan lupa. Interventoiden sisältöä ja vaikuttavuutta on aiemmin raportoitu kansainvälisissä julkaisuissa (12–14).

Liitekuviassa 1 esitetään tutkimuksen kulku ja osallistujamäärät. Tutkimuskerrat olivat raskaus- tai perinataaliaikana ennen interventiota, lapsen 4 ja 12 kuukauden sekä 8–12 vuoden iässä. Molemmat ryhmät sitoutuivat tutkimukseen ensimmäisen vuoden aikana, mutta kato oli suuri alakouluiän seurantavaiheessa huumeriippuvaisilla äideillä. Kolme heistä oli kuollut

ja kuuden osoitetietoja ei saatu väestörekisteristä asunnottomuuden tai turvakiellon vuoksi. Kolme kieltäytyi, kolme ei tavoitettu suostumuksesta huolimatta ja loput eivät vastanneet. Kato ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä taustamuuttujiin.

Huumeriippuvaisien äitien interventiot

Psyko-terapeutinen ryhmäinterventio koostui 20–24 viikoittaisesta 3 tunnin tapaamisesta raskausajasta alkaen sekä seurantakäynneistä. Psykososiaalisen tuen interventio oli yksilöllisesti äiti-vauvapareille räätälöityä tukea kotona ja hoitoyksikössä 1–2 kertaa viikossa noin vuoden ajan.

Molemmassa interventioissa keskiössä oli äidin ja vauvan kiintymyssuhteen vahvistaminen ja ne toimivat osana moniammatillista neuvolan, lastensuojelun, päihdehoidon ja aikuispsykiatrian verkostoyhteistyötä (15,16). Yli 80 % äideistä sitoutui interventioon.



TAULUKKO 2.

Tulosten erot päihde- ja verrokkiperheiden välillä lapsen alakouluikässä (T4)

	Huumeriippuvaiset (n = 20)		Verrokkit (n = 31)		F-arvot ¹
	M	Sd	M	Sd	
Äidin mielenterveys GHQ-12) ²	12,70	1,32	10,53	1,00	1,50, p = 0,227
Äidin dissosiaatio-oireet	5,60	0,91	1,62	0,67	10,97, p = 0,002
Äiti-lapsivuorovaikutus					F Wilkin Lambda (3,44) = 4,01, p = 0,013
EA sensitiivisyys	4,10	0,10	4,44	0,08	6,47, p = 0,014
EA jäsentäminen	3,66	0,12	4,20	0,09	11,81, p = 0,001
EA ei-vihamielisyys	3,30	0,17	3,72	0,13	3,40, p = 0,072
Lapsen tarkkaavuus ja toiminnanohjaus					F Wilkin Lambda (2,30) = 6,99, p = 0,003
Käyttätymisen säätelyvaikeudet	66,04	3,77	46,38	2,94	13,85, p = 0,001
Metakognition vaikeudet	63,91	3,23	48,28	2,52	11,97, p = 0,002
Inhibitio (virhemäärä)	0,39	0,04	0,34	0,03	3,33, p = 0,076
WISC Työmuisti (standardipisteet)	8,12	0,83	10,01	0,85	2,86, p = 0,099
WISC Sanavarasto (standardipisteet)	9,61	1,02	9,00	0,76	0,23, p = 0,63
Lapsen mielenterveysoireet					F Wilkin Lambda (2,45) = 14,59, p < 0,001
Lapsen internalisaatio-oireet	0,75	0,08	0,32	0,06	25,34, p < 0,001
Lapsen eksternalisaatio-oireet	0,83	0,08	0,30	0,06	18,47, p < 0,001
Lapsen dissosiaatio-oireet	6,03	0,94	1,49	0,69	13,45, p = 0,001
Lapsen paino	40,98	2,10	39,86	1,56	0,17, p = 0,68
Lapsen pituus	147,49	2,29	146,53	1,67	0,11, p = 0,74
Äidillä mielenterveysdiagnoosi, %	15	(78,9)	8	(25,8)	Khiin neliö ³ = 13,39, p < 0,001

¹ Univariaattivarianssianalyysien vapausasteet vaihtelivat 1,31–1,46. ² Viittaa vastaukseen aivoimeen kysymykseen onko äidillä mielenterveyden diagnoosi. GHQ-12 = General Health Questionnaire 12. EA = Emotional Availability Scale. WISC = Wechsler Intelligence Scale for Children. M = keskiarvo. Sd = keskihajonta.

17 Pajulo M. Kannattaako päihdeongelmaisten äiti-vauvaparien hoito? Suom Lääkäril 2010;13-14:1205–11.

18 Pajulo M. Päihdeongelmaisten odottavien äitien hoidon kehittäminen – erityispiirteet, haasteet ja mahdollisuudet. Suom Lääkäril 2011;66:1189–95.

Tämän artikkelin tulokset perustuvat aineistoon, jossa seuranta-aineiston pienuuden vuoksi yhdistettiin eri interventioihin osallistuneet huumeriippuvaiset äidit, jotka eivät eronneet taustamuuttujien osalta.

Äidit sitoutuivat hyvin varhaisiin interventioihin.

Menetelmät

Liitetaulukossa 1 on kuvattu tutkimuksen menetelmät. Odotus- ja vauva-aikana (T1–T3) sekä lapsen alakouluikässä (T4) kartoitettiin huumeriippuvaisien ja verrokkiäitien taustatietoja,

kuormittavia tapahtumia, päihdeongelmaa sekä äidin mielenterveyttä. Päihdekäyttötiedot perustuvat itsearvioihin. Lisäksi tutkittiin raskauden kulkua, lapsen fyysistä vointia, äidin ja lapsen vuorovaikutusta ja lapsen kognitiivista ja sosioemotionaalista kehitystä. Alakouluikässä tutkittiin myös lapsen mielenterveysoireita.

Tilastomenetelmät

Ryhmiä taustatietoja, kuormittavia tapahtumia ja terveystilanteita verrattiin khiin neliö-testeillä tai t-testillä. Äidin ja lapsen vuorovaikutusta, äitien mielenterveyttä ja lasten kognitiivista ja sosioemotionaalista kehitystä verrattiin monimuuttujavarianssianalyysillä ja yksisuuntaisilla jatkoanalyysillä.

Äidin koulutustaso oli kovariaattina äitien ahdistusoireiden ja vuorovaikutuksen vertailuissa, ja äidin koulutustaso ja lapsen keskosuus kognitiivisen ja sosioemotionaalisen kehityksen vertailuissa. Äidin koulutustaso ja lapsen ikä olivat kovariaatteina kouluiän analyysissä.

Yhteydet tulkittiin tilastollisesti merkitseviksi tasolla p < 0,05. Tilasto-ohjelmaksi oli SPSS 25.

Tulokset

Huumeriippuvuus, mielenterveys ja lapsen kehitys ensimmäisenä vuonna

Erot huume- ja verrokkiryhmän taustatiedoissa, päihdekäytössä ja syntymäterveystiedoissa on esitetty liitetaulukossa 2. Huumeriippuvaiset äidit raportoivat runsaasti päihteiden sekakäyttöä, kovien huumeiden (amfetamiini ja opiaatit) sekä suonensisäistä käyttöä. Suurin osa (83 %) ilmoitti lopettaneensa päihteet havaittuaan raskauden ja 13 % ilmoitti vähentäneensä käyttöä. Neljällä vauvalla havaittiin vieroitusoireita.

Noin neljäsosa äideistä raportoi päihde- ja huumeriippuvuutta lapsen vuoden ikään mennessä ja 8 % suonensisäistä käyttöä. Lapsista 10 % oli sijoitettuna kodin ulkopuolelle ensimmäisen vuoden aikana. Verrokkiäideillä oli enemmän raskauskomplikaatioita, mutta ryhmäeroja ei ollut raskauden kestossa tai vastasyntyneiden terveydessä.

Taulukossa 1 on kuvattu äidin mielenterveyttä, äiti-lapsivuorovaikutuksen laatua sekä lapsen kehitystä 4 kuukauden ja vuoden iässä. Huumeriippuvaiset äidit raportoivat molemmilla kerroilla enemmän masennus- ja ahdistusoireita kuin verrokkit. Heillä oli lapsen 4 kuu-

- 19 Suchman NE, DeCoste CL, McMahon TJ, Dalton R, Mayes LC, Borellid J. Mothering from the inside out: Results of a second randomized clinical trial testing a mentalization-based intervention for mothers in addiction treatment. *Dev Psychopathol* 2017;29:617–36.
- 20 Kahila H, Gissler M, Sarkola T, Autti-Rämö I, Halmesmäki E. Maternal welfare, morbidity and mortality 6–15 years after a pregnancy complicated by alcohol and substance abuse: A register-based case-control follow-up study of 524 women. *Drug Alcohol Depend* 2010;111:215–21.
- 21 Koponen AM, Missinen NM, Gissler M, Autti-Rämö I, Sarkola T, Kahila H. Prenatal substance-exposure, adverse childhood experiences and diagnosed mental and behavioral disorders – A longitudinal register-based matched cohort study in Finland. *SSM – Population Health* 2020;11:100625.
- 22 Konijnenberg C, Olea Lund IO, Melinder A. Behavioural outcomes of four-year-old children prenatally exposed to methadone or buprenorphine: a test of three risk models. *Early Child Dev Care* 2015;185:1641–57.
- 23 Hser YI, Evans E, Li L, Metchik-Gaddis A, Messina N. Children of treated substance-abusing mothers: A 10-year prospective study. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2014;19:217–32.
- 24 Hennigan KM, Keefe MO, Noether CD, Rinahart DJ, Russell LA. Through a mother's eyes: Sources of bias when mothers with co-occurring disorders assess their children. *J Behav Health Serv Res* 2006;33:87–104.
- 25 Van der Meer M, Dixon A, Rose D. Parent and child agreement on reports of problem behaviour obtained from a screening questionnaire, the SDQ. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008;17:491–7.
- 26 Arponen A. Päihteitä käyttävien raskaana olevien naisten ja vauvaperheiden palvelut vuonna 2018. Nykytila ja kehittämishetket. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Työpöytä 31/2019.
- 27 Schlesier J, Roden I, Moschner B. Emotion regulation in primary school children: a systematic review. *Child Youth Serv Rev* 2019;100:239–57.

kauden iässä enemmän ongelmia vuorovaikutuksessa vauvan kanssa kaikilla osa-alueilla ja vuoden iässä edelleen äidin sensitiivisyydessä ja tilanteen ikätasoisessa jäsentämisessä lapselle sekä lapsen responsiivisuudessa ja aloitteellisuudessa.

Vauvojen verrokkeja heikompi kognitiivinen kehitys 4 kuukauden iässä tasoittui vuoden iässä. Tällöin päihderyhmän lapsilla oli verrokkeja enemmän negatiivista emotionaalisuutta.

Äidin mielenterveys ja lapsen kehitys alakouluikässä Liitetaulukossa 3 on perheiden taustatiedot, päihdekäyttö, kuormitustekijät sekä terveys lapsen alakouluikässä. Huumeriippuvaiset äidit olivat verrokkeja useammin yksinhuoltajia, heikosti koulutettuja ja taloudellisesti ahtaalla. Heistä 30 % oli eläkkeellä tai työkyvyttömiä. Lähes puolet piti itseään päihdeongelmaisenä. He raportoivat pitkäaikaissairauksia, perheväkivaltaa, isien päihdeongelmia ja läheisten ennenaikaisia kuolemia, erityisesti itsemurhia.

Lapsista miltei puolet oli ollut jossain vaiheessa sijoitettuna kotin ulkopuolelle. Terveysongelmissa, oppimisvaikeuksissa tai fyysisessä kasvussa ei ollut merkittävää eroa ryhmien välillä.

Taulukko 2 osoittaa huumeriippuvaisen äitien raportoineen verrokkeja runsaampia vakavia mielenterveyshäiriöitä (kaksisuuntainen mielialahäiriö, psykoottiset häiriöt) sekä epävakaa persoonallisuushäiriötä ja tarkkaavaisuushäiriötä. Sen sijaan ryhmät eivät eronneet merkittävästi GHQ-12-mittarin yleisen depressiivisyys-ahdistuneisuusoireilun määrässä.

Äiti-lapsivuorovaikutuksessa huumeriippuvaiset äidit raportoivat heikompa sensitiivisyyttä ja jäsentämistä sekä lapsen tarkkaavuuteen ja toiminnanohjaukseen liittyen enemmän käytäytymisen säätelyyn ja metakognitiivisiin taitoihin (esimerkiksi aloitteellisuus ja suunnittelu) liittyviä ongelmia kuin verrokkit.

äitien raportoimia internalisoivia (masennus ja ahdistus), eksternalisoivia (aggressiivisuus, antisosiaalisuus ja tarkkaamattomuus) ja dissosiativisia oireita.

Neljännes (5/25 %) huumeriippuvaisen äitien lapsista ylitti internalisoivien ja eksternalisoivien oireiden kliiniset katkaisurajat ja kaksi (10 %) oli riskiraja-alueella. Verrokkilapsissa ei ollut kliinisen rajan ylittäviä, ja neljä (12,9 %) oli riskiraja-alueella.

Pohdinta

Kontrolloitu pitkittäistutkimus osoitti, että äidin huumeriippuvuus uhkaa lapsen myönteistä kehitystä ja hyvinvointia. Vaikka äidit sitoutuivat hyvin varhaisiin interventioihin, he raportoivat lapsen alakouluikässä päihdeongelmien jatkumisesta, vakavista mielenterveyshäiriöistä ja vuorovaikutusongelmista lapsen kanssa. Kouluikässä lapsilla esiintyi erityisesti tarkkaavuuden ja mielenterveyden ongelmia. Aineistossa ilmennyt suuri kato heikentää kuitenkin merkittävästi kouluiän tulosten luotettavuutta.

Huumeriippuvaisen äitien lasten motorinen kehitys ei eronnut vauvaiässä normatiivisista verrokeista, mutta he olivat vetäytyvämpiä vuorovaikutuksessa sekä reagoivat herkemmin kielteisesti. Tämä voi viitata varhaisiin säätelyongelmiin ja äidin liian vähäiseen herkkyyteen lasta kohtaan, mutta myös päihdealtistukseen (9). Vuoden iässä ei havaittu ryhmäeroja lasten kognitiivisessa kehityksessä.

Vastasyntyneiden vieroitusoireiden vähäisyys ja hyvä terveys saattavat viitata äidin päihteen käytön lopettamiseen raskausaikana (10), mikä voi osin selittää myönteisiä tuloksia lapsen varhaiskehityksessä, samoin kuin huumeriippuvaisen äitien vuorovaikutuksen paraneminen yhden vuoden ikään mennessä. Kiintymyssuhdetta tukevat interventiot saattavat vaimentaa huumealtistuksen kielteisiä vaikutuksia vauvan kehitykseen (17–19).

Seurannan tulokset osoittavat, että varhaiset interventiot eivät riittäneet lopettamaan äidin päihdekäyttöä eivätkä suojaamaan lapsen psyykkistä kehitystä pitkällä aikavälillä. Alakouluikäisen tutkimuksen vähäinen osallistujamäärä (39 %) heijasti huumeisiin liittyviä kuormitustekijöitä, esimerkiksi ennenaikaisia kuolemia ja asunnottomuutta.

Kuten rekisteriin perustuvat tutkimuksetkin osoittavat (20,21), päihderiippuvaisen perhei-

Varhaiset interventiot eivät riittäneet lopettamaan äidin päihdekäyttöä.

Lapselta suoraan mitatuissa tarkkaavuuden säätelyn inhibitiotoiminnoissa, työmuistissa tai kielellisissä taidoissa huumeryhmän lapset eivät eronneet verrokeista. Heillä oli enemmän

SIDONNAISUUDET

Marjo Flykt: Apurahat (Alkoholitutkimussäätiö), johtokunnan/hallituksen jäsenyydet (Suomen Psykologiliiton varhaisen kehityksen ja perhesuhteiden työryhmän jäsen, Varhaisen vuorovaikutuksen psykoterapia ry:n hallituksen varajäsen), asiantuntijalausunto (STM:n lapsistrategia).
Ritva Belt: Apurahat (Suomen Kulttuurirahasto, Janssonin säätiö).
Raija-Leena Punamäki: Apurahat (Alkoholitutkimussäätiö).

den on vaikea nousta syrjäytymiskierteestä. Tutkimuksemme äitien sosiaalinen asema säilyi heikkona, päihdeongelmat ja vakavat mielenterveysongelmat sekä vastoinkäymiset, kuten perheväkivalta, läheisten itsemurhat ja päihdekuolemat, olivat tavallisia. Lapsista lähes joka toisella oli lyhyitä tai pitkäkestoisia sijoituksia.

Huumeriippuvaiset äidit raportoivat lapsiltaan kouluikässä usein tarkkaavuusongelmia ja vakavia psyykkisiä oireita: yli kolmanneksella oli kliinisesti merkitseviä masennus-, ahdistus- ja aggressio-oireita ja joka neljännellä vakavia dissosiaatio-oireita. Tulokset myötäilevät aiempia tutkimuksia päihderiippuvaisten äitien lasten vahvasta riskistä mielenterveysongelmiin (1,3,22).

Äidit raportoivat verrokkeja useammin myös äiti-lapsivuorovaikutuksen ongelmia. Vuorovaikutus- ja mielenterveysongelmat saattavat viestiä altistavien riskitekijöiden kasautumisesta kasvuympäristössä (3,21,23). Suoraan lapselta arvioitu kognitiivinen kehitys (työmuisti, tarkkaavuuden inhibiitio ja sanavarasto) ei kuitenkaan eronnut ryhmien välillä.

Tutkimuksen vahvuuksia ovat ainutlaatuinen kontrolloitu pitkä seuranta sekä varhaisvaiheen interventioihin sitoutunut, vaativahoitoinen asiakaskunta. Edellytys äitien sitoutumiselle olivat sitoutuneet työntekijät ja turvalliset huolenpidon puitteet. Suurin heikkous koskee seuranta-tutkimuksen aineistokokoa, jonka vuoksi tuloksiin on suhtauduttava erittäin suurella varauksella.

Tutkimukseen saattoi valikoitua enemmän äitejä, jotka tutkimusajankohtana eivät käyttäneet aktiivisesti huumeita ja joilla oli riittävä elämänhallinta. Lisäksi monia tutkittavista muuttujista, kuten päihdekäyttöä, arvioitiin äitien itsearviointin avulla, joka saattaa päihdeongelmaisilla olla epäluotettavaa (24). Tutkijoilla ei ollut pääsyä äideille tehtyihin huumesuoloihin. Myös lasten mielenterveysoireita tutkittiin vain äitien arvioimina, vaikka lasten omat arviot voivat poiketa vanhempien arvioista (25).

Päihderiippuvaisten raskaana olevien äitien ja vauvaperheiden hoitoonohjauksen ja laitostuntoutuksen kehittämiseen on panostettu

TÄMÄ TIEDETTIIN

- Äitien huumeriippuvuuden taustalla on usein hoitamattomia mielenterveyshäiriöitä ja vaikeita traumaattisia kokemuksia.
- Huumeriippuvaiset äidit tarvitsevat tukea erityisesti varhaisen vuorovaikutukseen vauvan kanssa.
- Sikiöaikainen päihdealtistus ja ennen kaikkea ympäristön kuormitus vaarantavat lasten kehitystä.

TUTKIMUS OPETTI

- Huumeriippuvaiset äidit sitoutuivat hyvin varhaisvaiheen interventioihin.
- Kouluikässä näkyi ongelmien jatkumo: äideillä vakavia mielenterveysongelmia ja lapsilla mielenterveyden ja tarkkaavaisuuden ongelmia.
- Lapsen eri kehitysvaiheisiin kaivataan suunnitelmallista, pitkäjänteistä ja moniammatillista seurantaa ja tukea.

maassamme (18,26). Vähemmän on huomioitu avopalveluiden, lapsen ja vanhempien pitkäaikaiseurannan sekä esimerkiksi traumahoitojen kehittämistä (6).

Tutkimuksemme tulokset puhuvat karua kieltä huumetaustaisten lasten ja äitien elämästä. Varhaisvaiheen interventioiden aikana äidit esittivät toiveen intensiivisestä ja pitkäkestoisesta hoidosta, mutta siirtyminen viranomaisverkostoon ja jatkohoitoihin toteutui epävarmasti (15), eikä sosiaalipediatria palveluita ole valtakunnallisesti tasavertaisesti saatavilla.

On tärkeää, että moniammatillinen työryhmä järjestää palveluketjun, jossa suunnitellaan miten, kuka ja missä järjestyksessä hoidetaan vanhempien päihdeongelmaa sekä trauma- ja psyyketaustaa. Samanaikaisesti yritetään estää lapsen kehityksen vaurioituminen (10,18).

Lapsen psyykkistä kehitystä ja vuorovaikutussuhdetta vanhempaan tulisi arvioida säännöllisesti. Lasten vertaisryhmät (27) ja perheelle nimetty vakituinen koordinaattori toisivat tukea pirstaleisten ja usein vaikeasti saavutettavien palveluiden pyörteisiin. ●

[ENGLISH SUMMARY | www.laakarilehti.fi/english](http://www.laakarilehti.fi/english)

Drug-dependency during pregnancy affects the mother's welfare and the child's socioemotional development

MARJO FLYKT

Ph.D. (Psychology), University
Lecturer
University of Helsinki, Faculty of
Medicine, Psychology
Postdoctoral Researcher
University of Tampere, Faculty of
Social Sciences, Psychology

RITVA BELT

RAIJA-LEENA PUNAMÄKI

Drug-dependency during pregnancy affects the mother's welfare and the child's socioemotional development

BACKGROUND A sample of 51 pregnant drug-dependent mothers in outpatient interventions, and 50 controls were followed from pregnancy to school age. The aim was to examine the short- and long-term effects of maternal drug addiction on maternal and child wellbeing and child development.

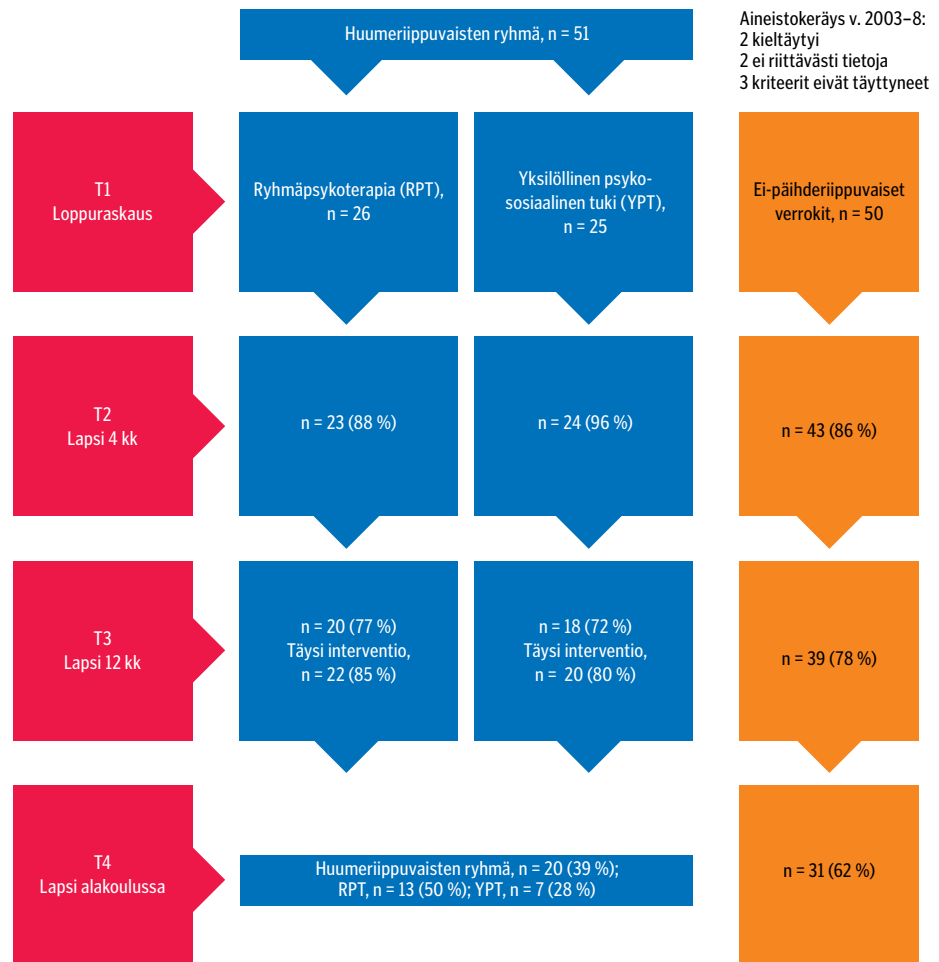
METHODS This study analysed maternal mental health by questionnaires, video-assessed mother-infant interaction by the emotional availability method, and the children's cognitive and socioemotional development by mother-reported questionnaires and psychological tests during the first year and at school age.

RESULTS Drug-dependent mothers showed more depression and anxiety than controls in early motherhood, and more severe substance use and mental health problems when the children were at school age. They had more interaction problems with the child at both times. At one year there were no group differences in child development, yet at school age the drug-exposed children had more attention and mental health problems.

CONCLUSIONS Early interventions increased maternal emotional availability, and the development of the drug-exposed children proceeded well during the first year. Yet, the accumulation of multiple adversities formed a risk for school age development. Long-term follow-up and support targeting parenting and child development would thus be crucial.

LIITEKUVIO 1.

Tutkimusasetelma ja interventioissa olleet



Kato huumeriippuvaisten ryhmässä T4 ei ollut yhteydessä taustamuuttujiin: siviilisääty $\chi^{2(1)} = 0,99$, $p = 0,32$, koulutustaso $\chi^{2(2)} = 5,59$, $p = 0,006$, taloudelliset vaikeudet $\chi^{2(1)} = 3,24$, $p = 0,07$, äidin huumeidenkäyttö T2: Fisherin tarkka testi $p = 0,39$ tai T3: Fisherin tarkka testi $p = 0,72$, tai äidin ja lapsen välisen vuorovaikutuksen laatu T2: $t(81) = -1,35$, $p = 0,18$ tai T3: $t(76) = -1,55$, $p = 0,13$. $\chi^2 =$ khiin neliö.

LIITETAULUKKO 1.

Huumeriippuvaisten äiti-vauvaparien (n = 51) ja verrokkien (n = 50) tutkimusasetelma ja käytetyt menetelmät

ÄIDIN TIEDOT	Perinataaliaika, T1 Ennen interventiota	Lapsi 4 kuukautta, T2	Lapsi 12 kuukautta, T3 Intervention jälkeen	Lapsi 10–12 vuotta, T4 Seuranta
Taustatekijät ja kuormittavat tapahtumat	* Siviilisääty, ikä * Koulutus, työtilanne * Taloudellinen tilanne * Stressaavat tapahtumat * Työtilanne	* Lapsen huostaanotto tai sijoitus	* Lapsen huostaanotto tai sijoitus	* Av(i)oero ja eronneen vanhemman tapaaminen * Lapsen huostaanotto tai sijoitus * Perheväkivalta ja isän päihderiippuvuus * Vakavat sairaudet ja kuolemat lähipiirissä * Lapsen koulukiusaaminen
Äidin huumeiden, muiden päihteiden ja lääkkeiden käyttö	* Alkoholin käyttö (T1 ja T4): Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT; Saunders ym. 1993) * Huumeusaineiden käyttö (T1–T4): käytetyt aineet, milloin ja miten kauan, kuinka usein ja miten paljon, häittävaikutukset sekä psyykinen ja fyysinen riippuvuus: vastausvaihtoehdot 1–5. ei lankaan – täysin riippuvainen. Korvaushoito, seulonnat ja muut hoidot.			
Äidin mielenterveys	* Depressio-oireet (T1–T3): Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox, Holden, Sagovsky 1987) ja Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D; Radloff 1977) * Ahdistuneisuus (T1–T3): Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, Ebstein, Brown, Steel 1988) ja GHQ-Anxiety scale (Goldberg, Hiller 1979) * Vihamielisyys (T1): Symptom Checklist (SCL-90R; Derogatis, Cleary 1977) * Sosiaalinen tuki (T1): Multidimensional Perceived Social Support Scale-Rev (MPSSS; Zimet ym. 1988)		* Depressiivisyys-ahdistuneisuus: General Health Questionnaire (GHQ-12; Goldberg, Williams 1988) * Dissosiaatio-oireet: Dissociative Experiences Scale Taxon (DES-T; Van der Hart, Nijenhuis, Steele 2005) * Avoimet kysymykset mielenterveysongelmista ja psykiatristista diagnooseista	
VUOROVAIKUTUS		Lapsi 4 kuukautta, T2	Lapsi 12 kuukautta, T3	Lapsi alakouluikässä, T4
Äiti-lapsivuorovaikutus		Äiti-lapsivuorovaikutus videoidussa (emotionaalinen saatavillaolo) leikki-tilanteessa (T2 ja T3): * Äidin sensitiivisyys, tilanteen jäsentäminen lapselle, ei-vihamielisyys ja ei-tunkeilevyys lasta kohtaan * Lapsen responsiivisuus ja aloitteellisuus vuorovaikutuksessa Emotional Availability Scales (EAS; Biringen, Easterbrooks 2012)		Äiti-lapsivuorovaikutus (emotionaalinen saatavillaolo) * Äidin sensitiivisyys, jäsentäminen, ei-tunkeilevyys ja ei-vihamielisyys Emotional Availability Self-Report (EA-SR, Biringen ym. 2002 -kyselylomake äidille)
LAPSEN KEHITYS		Lapsi 4 kuukautta, T2	Lapsi 12 kuukautta, T3	Lapsi alakouluikässä, T4
Lapsen fyysinen terveys	* Raskauskomplikaatiot	* Raskausviikot * Syntymäpaino ja -pituus * Terveys	* Terveys tiedusteltiin kysymällä: "Onko lapsi terve?" ja "Mikä sairaus lapsella on?" * Lapsen terveys	* Lapsen paino ja pituus
Lapsen kognitiivinen ja motorinen kehitys		* Mentaalinen ja motorinen kehitys: Lapsen hahmottamiskyky, kädentaidot, puheen tuottaminen, ymmärtäminen, ongelmanratkaisutaidot Bayley Scales of Infant Development II (Bayley 1993)		* Oppimisvaikeudet * Tarkkaavuus ja toiminnanohjaus: Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF) (äidin arvioimana): Käyttäytymisen säätely (inhibitio, tarkkaavuuden kohteen vaihtaminen ja emotionaalinen kontrolli) ja metakognitio (aloitteellisuus, työmuisti, suunnittelu ja järjestäminen, järjestyksenpito ja tarkistaminen) Go/No-Go-tehtävällä (Berlin, Bohlin 2002) tietokoneavusteinen Inhibition mittaus * Työmuisti (numerosarjat) ja verbaalinen sujuvuus (sanavarasto) WISC-IV (Wechsler 2010)
Lapsen sosioemotionaalinen kehitys		* Vauvan reaktiivisuus, aktiivisuus sekä itsesäättely ja rauhoittavuus arjen tilanteissa: Infant Behavior Questionnaire (IBQ; Rothbart 1981)		* Internalisoivat (depressio ja ahdistus) ja eksternalisoivat oireet (aggressiivisuus, antisosiaalisuus ja tarkkaamattomuus): Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman 2001) (äidin arvioimana) * Dissosiaatio-oireet: Child Dissociative Checklist (CDC; Putnam, Helmers, Trickett 1993) (äiti ja/tai sijaisvanhempi raportoi) (äidin arvioimana)

Kirjallisuutta

- Bayley N. Bayley Scales of Infant Development. 2. painos. Sam Antonio, TX: Psychol Corporation 1993.
- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steel RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:893.
- Berlin L, Bohlin G. Response inhibition, hyperactivity, and conduct problems among preschool children. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2002;31:242–51
- Biringen Z, Easterbrooks M. Emotional availability: concept, research, and window on developmental psychopathology. *Dev Psychopathol* 2012;24:1–8.
- Biringen Z, Vliegen N, Bijttebier, P, Cluckers G. The Emotional Availability Self- Report 2002.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1987;150:782–6.
- Derogatis LR, Cleary PA. Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: a study in construct validation. *J Clin Psychol* 1977;33:981–9.
- Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979;9:139–45.
- Goldberg D, Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor 1988, UK: NFER-Nelson.
- Goodman R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *J Am Academy Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:1337–45.
- Putnam FW, Helmers K, Trickett PK. Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse Neglect* 1993;17:731–41.
- Radloff LS. The CES-D scale. *Appl Psychol Measure* 1977;1:385–401.
- Rothbart MK. Measurement of temperament in infancy. *Child Dev* 1981;52:569–78.
- Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Puente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II. *Addiction* 1993;88:791–804.
- Van der Hart O, Nijenhuis ER, Steele K. Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *J Traum Stress* 2005;18:413–23.
- Wechsler D. Wechsler Intelligence Scale for Children. 4. painos. San Antonio, TX: The Psychological Corporation 2003.
- Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess* 1988;52:30–41.

LIITETAULUKKO 2.

Äitien taustatiedot ja päihdekäyttö raskausaikana ja lapsen syntymänaikainen terveys huumeriippuvaisten ja verrokkien ryhmissä (T1)¹

	Huumeriippuvaiset (n = 51)		Verrokkit (n = 50)	
	n (%)	n (%)	n (%)	Khiin neliö ²
Vain peruskoulu	30 (58,8)	6 (12,0)	35,25, p < 0,001	
Työtön/työkyvytön	20 (39,2)	3 (6,0)	25,16, p < 0,001	
Äiti yksinhuoltaja	21 (42,8)	3 (6,0)	18,31, p < 0,001	
Koettuja taloudellisia ongelmia	37 (72,6)	14 (27,5)	21,17, p < 0,001	
Päihteiden ongelmakäyttö ²				
Alkoholi	19 (37,3)	0 (0,0)		
Useat huumeet	39 (76,5)	0 (0,0)		
Suonensisäinen	40 (79,2)	0 (0,0)		
Lääkkeet	23 (45,1)	0 (0,0)		
Koko raskauden päihteetön	9 (17,6)			
Korvaushoito	11 (13,4)	0 (0,0)		
Lapsen vieroitusoireet	4 (7,8)	0 (0,0)		
Lapsen terveysongelmat ³	9 (23,7)	5 (11,6)	2,05, p = 0,15	
	M (Sd)	M (Sd)	F-arvot/t-arvot	
Äidin ikä	25,53 (4,16)	29,24 (5,02)	t(1) = 0,91, p = 0,32	
Raskausviikot	39,91 (13,08)	39,5 (2,2)	t(1) = 0,88, p = 0,23	
Raskauskomplikaatiot	0,77 (0,96)	1,46 (1,01)	t(1) = -3,35, p < 0,001	
Lapsen syntymäpaino	3502,08 (450,66)	3444,90 (793,16)	t(1) = 0,39, p = 0,70	
Lapsen syntymäpituus	50,34 (1,56)	49,51 (2,96)	t(1) = 1,56, p = 0,51	

¹ Erot kokonaislukumäärissä johtuvat puuttuvista tiedoista.

² Tässä tiedot perustuivat äitien raportointiin koskien aikaa ennen raskauden toteamista, joka saattoi olla vasta viimeisessä trimesterissä.

³ Esimerkiksi matala verensokeri, bakteeri-infektio, hapen puute.

M = keskiarvo. Sd = keskihajonta.

LIITETAULUKKO 3.

Perheiden tausta- ja kuormitusmuuttujat lapsen alakouluikässä (T4)

	Huumeriip- puvaiset (n = 20)	Verrokki (n = 31)	Khiin neliö ¹
	n (%)	n (%)	
Vain peruskoulu	15 (78,9)	11 (35,5)	8,92, p = 0,003
Koettuja taloudellisia vaikeuksia	8 (42,1)	5 (16,1)	4,13, p = 0,042
Äiti yksinhuoltaja	11 (57,9)	6 (19,4)	7,80, p = 0,005
Äiti työtön tai työkyvytön	12 (63,2)	3 (9,7)	16,04, p < 0,001
Äidillä somaattinen pitkäaikaissairaus	14 (73,7)	10 (32,3)	8,10, p = 0,004
Huumeidenkäyttö 1v sisällä	4 (21,1)	1 (3,2)	4,16, p = 0,041
Alkoholinkäyttö yli riskirajan	6 (33,3)	1 (3,2)	8,43, p = 0,004
Suonensisäinen käyttö lapsen syntymän jälkeen	11 (57,9)	0 (0,0)	23,01, p = 0,001
Äidillä päihdeongelma (oma arvio)	9 (45,0)	0 (0,0)	16,94, p < 0,001
Äiti korvaushoidossa	4 (20,0)	0 (0,0)	p < 0,05 (Fisherin tarkka testi)
Isällä päihdeongelma	12 (60,0)	2 (6,5)	17,50, p < 0,001
Lapsi asuu molempien biologisten vanhempien kanssa	1 (5,0)	22 (71,0)	21,37, p < 0,001
Lapsi tapaa isää säännöllisesti ²	6 (31,6)	9 (100,0)	p = 0,001 (Fisherin tarkka testi)
Lapsi kokenut perheväkivaltaa	7 (35,0)	1 (3,2)	16,94, p < 0,001
Läheisen kuolema perheessä ³	12 (60,0)	22 (71,0)	0,66, p = 0,42
Vakava sairaus perheessä	10 (50,0)	6 (19,4)	5,30, p = 0,021
Lapsella terveysongelmia	6 (31,6)	4 (12,9)	2,57, p = 0,11
Lapsella oppimisvaikeuksia	8 (41,1)	6 (19,4)	3,02, p = 0,82
Lapsi kokenut koulukiusaamista	12 (60,0)	6 (19,4)	8,79, p = 0,003
Lapsi tällä hetkellä sijoitettuna	5 (25,0)	0 (0,0)	p = 0,019 (Fisherin tarkka testi)
Lapsi ollut joskus sijoitettuna	9 (45,0)	0 (0,0)	16,94, p < 0,001

¹ Erot kokonaislukumäärissä johtuvat puuttuvasta tiedosta.

² Koskee vain niitä perheitä, joissa lapsi ei asu molempien biologisten vanhempien luona. Huumeriippuvaisten ryhmässä 5 lasta (26,3 %) ei tapaa isää lainkaan ja 8 (42,1 %) satunnaisesti.

³ Huumeriippuvaisten ryhmässä oli ennenaikaisia kuolemia itsemurhien ja päihdeongelmien seurauksena, kun taas verrokkiryhmässä oli luonnollisia mm. isovanhempien kuolemia (lapsen ollessa 5–10-vuotias)