UNIVERSITY OF HELSINKI

https://helda.helsinki.fi

Suomeen tarvitaan perinataalipsykiatriaa : Maailmalla on perustettu perinataalipsykiatrisia poliklinikoita ja psykiatrisia äiti-vauvasairaalaosastoja

Pietikäinen, Johanna; Taka-Eilola, Tiina; Paunio, Tiina

2019
Laaketieteellinen Aikakauskirja Duodecim
http://hdl.handle.net/10138/320940
Pietikäinen, J, Taka-Eilola, T & Paunio, T 2019, 'Suomeen tarvitaan perinataalipsykiatriaa : Maailmalla on perustettu perinataalipsykiatrisia poliklinikoita ja psykiatrisia äiti-vauvasairaalaosastoja', Duodecim, Vuosikerta. 135, Nro 19, Sivut 1809-1811. < https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2019/19/duo15167 >

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository. https://helda.helsinki.fi
This is an electronic reprint of the original article.
This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.
Please cite the original version.

Johanna Pietikäinen, Tiina Taka-Eilola ja Tiina Paunio

Maailmalla on perustettu perinataalipsykiatrisia poliklinikoita ja psykiatrisia äiti-vauvasairaalaosastoja

Suomeen tarvitaan perinataalipsykiatriaa

Perinataalipsykiatrialla tarkoitetaan raskaana olevien ja viimeksi kuluneen vuoden aikana synnyttäneiden äitien mielenterveyshäiriöiden hoitoa. Perinataaliaikana useimmat naiset kokevat suurimmat aikuisiän muutoksensa, ja jopa joka viides sairastuu mielenterveyshäiriöön (1). Vaikka synnytyksenjälkeistä masennusta on tutkittu perinataalisista mielenterveyshäiriöistä eniten, raskausajan masennus on jopa sitä yleisempää ja tärkein synnytyksenjälkeisen masennuksen riskitekijä (2). Masennuksen lisäksi naisilla esiintyy perinataaliaikana esimerkiksi kaksisuuntaista mielialahäiriötä, ahdistuneisuushäiriöitä, traumaperäisiä stressireaktioita, päihdehäiriöitä, syömishäiriöitä ja psykooseja (1,3).

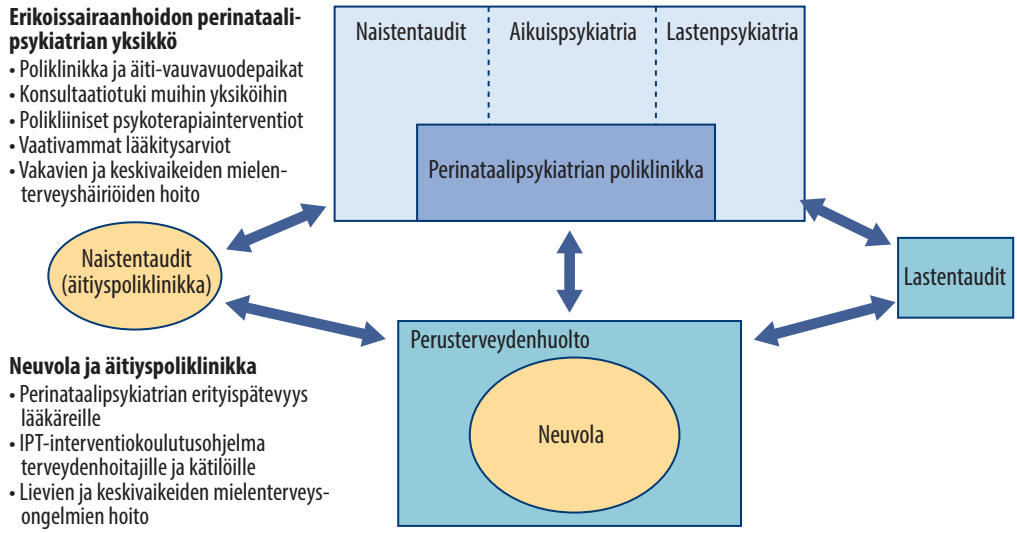
Perinataaliajan mielenterveyshäiriöiden hoitoa on tarve tehostaa

Perinataalipsykiatrinen diagnostiikka ja hoito vaativat erityisosaamista. Raskauden ja imetyksen aikana psyykenlääkityksen hyödyn ja riskin suhdetta joudutaan punnitsemaan äidin lisäksi myös lapsen kannalta (1,3). Hoitamattoman mielenterveyshäiriön vakavimmat seuraukset voivat olla äidin itsemurha tai lapsen vahingoittaminen (4). Depression Käypä hoito -suositus nostaa psykoterapeuttiset ja psykososiaaliset interventiot raskaudenaikaisen masennuksen ensisijaisiksi hoitokeinoiksi (5).

Interpersonaalisesta ja kognitiivis-behavioraalisesta psykoterapiasta on kertynyt vahvaa näyttöä perinataalisen masennuksen hoidossa (6). Jälkimmäisessä terapiamuodossa haastetaan ja muokataan vääristyneitä ajatuksia, tunteita ja käytösmalleja, parannetaan tunnesäätelytaitoja sekä kehitetään selviytymiskeinoja ajankohtaisiin ongelmiin. Interpersonaalinen psykoterapia on aikarajattu, käytännönläheinen terapiamuoto, jossa keskitytään erityisesti roolimuutosten ja ajankohtaisten ihmissuhdeongelmien työstämiseen. Perinataaliajan masennuksen hoitoon on kehitetty oma interpersonaalisen psykoterapian käsikirja. Interpersonaalinen psykoterapia on masennuslääkitystä paremmin validoitu ja useiden katsausartikkeleiden sekä tuoreen meta-analyysin perusteella tehokas perinataalisten masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden ensilinjan hoitomuoto (7,8).

Miten perinataalipsykiatrinen hoito on järjestetty maailmalla? Britanniassa National Health Service (NHS) on viime vuosina panostanut 325 miljoonaa puntaa perinataalipsykiatrisen hoitojärjestelmän pystyttämiseen. Järjestelmä sisältää perinataalipsykiatriset poliklinikkatiimit sekä psykiatristen sairaaloiden äiti-vauvaosastot (9). The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) -ohjeistuksen mukaan raskaana olevien ja synnyttäneiden äitien, joilla epäillään mielenterveyshäiriötä, pitäisi päästä hoidontarpeen arvioon kahden viikon kuluessa lähetteen tekemisestä. Käsikirjan mukaiset psykologiset interventiot tulisi aloittaa kuukauden kuluessa arviosta (10).

Vuoden 2019 alussa NHS ilmoitti suosittavansa mielenterveyshäiriötä sairastavien äitien puolisoiden masennusoireiden seulontaa, perinataalipsykiatrisen järjestelmän laajentamista myös lapsen toiselle elinvuodelle sekä vanhempi-lapsi-, pari- ja perheterapiainterventioiden tarjoamista perinataalipsykiatrisissa palveluissa (11). Australiassa perinataalipsykiatrialla on pidemmät perinteet, ja vakavia mielenterveyshäi-



KUVA. Luonnos valtakunnallisesta erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä toteutettavasta perinataalipsykiatrisesta hoitojärjestelmästä. Keltaisella merkityillä toimialueilla terveydenhoitajat ja kätilöt voisivat toteuttaa lyhyitä interpersonaalisen mallin mukaisia psykoterapiainterventioita.
IPT = interpersonaalinen psykoterapia

riöitä sairastavia äitejä hoidetaan suurissa kaupungeissa muun muassa gynekologin, kätilön ja psykiatrin tiimeissä sekä äiti-vauvasairaalayksiköissä. Pohjoismaissa perinataalipsykiatria on vasta kehitteillä, mutta esimerkiksi Tukholman Karoliinisessa instituutissa on toiminut äitiyspoliklinikan ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon yhteispoliklinikka jo viidentoista vuoden ajan.

Britanniassa tehtyjen laskelmien mukaan pelkästä perinataalisesta masennuksesta yhteiskunnalle koituva kulu on noin 74 000 puntaa potilasta kohden (12). Hoitamattomasta perinataaliajan mielenterveyshäiriöstä julkiselle sektorille koituva kustannus on viisinkertainen verrattuna hoidon järjestämisestä aiheutuviin kustannuksiin. Näistä kustannuksista noin kolme neljäsosaa liittyy sairaudesta lapselle aiheutuviin haittoihin.

Suomessa on 2010-luvulla kerätty perinataalivaiheeseen liittyvää tietoa suurista CHILD-SLEEP- ja FinnBrain-syntymäkohorteista (13,14). Saatujen tulosten perusteella sekä äitien että isien masennusoireet ovat varsin pitkäkestoisia loppuraskaudesta lähtien lapsen toiseen ikävuoteen saakka (15) ja äitien lievemmätkin pitkäkestoiset masennusoireet liittyvät kaksi- ja viisivuotiaiden lasten tunne-elämän ongelmiin (16). Pohjois-Suomen 1966 syntymäkohorttiin pohjautuvien tutkimusten mukaan raskausaikana masentuneiden äitien lasten riski sairastua aikuisena masennukseen ja epäsosiaaliseen persoonallisuushäiriöön on suurentunut (17). Raskaana olevien ja synnyttäneiden äitien matalan kynnyksen psykiatrinen konsultaatio ei Suomessa usein onnistu toivotulla aikataululla, hoito on pirstaloitunutta ja psykoterapeuttisten interventioiden saatavuus vaihtelee suuresti alueittain.

Suomen neuvolajärjestelmä toimii hyvin, mutta perinataaliajan mielenterveyshäiriöiden hoitoa on tarve tehostaa. Synnytyksenjälkeisen masennuksen seulonnan lisäksi äitien masennus- ja ahdistusoireita tulisi kartoittaa neuvoloissa säännöllisesti alkuraskaudesta lähtien ainakin lapsen ensimmäisen ikävuoden loppuun saakka. Erikoissairaanhoitoon voitaisiin perustaa naistentautien sekä aikuis- ja lastenpsykiatrian rajapintaan perinataalipsykiatrisia poliklinikoita, joissa psykiatrin, gynekologin ja lastenpsykiatrin tiimit hoitaisivat vakavammat perinataaliajan mielenterveyshäiriöt (**KUVA**).

Perinataalipsykiatrista osaamista muun muassa neuvoloissa ja äitiyspoliklinikoissa

voitaisiin puolestaan vahvistaa perustamalla erikoisalojen (esimerkiksi yleislääketiede, psykiatria, gynekologia, lastenpsykiatria) yhteinen perinataalipsykiatrian erityispätevyys. Kyseisen erityispätevyyden hankkineiden lääkäreiden (neuvolalääkärit, gynekologit) työpareina voisi neuvoloissa ja äitiyspoliklinikoissa toimia kätilöitä ja terveydenhoitajia, joilla olisi asianmukaisen koulutuksen jälkeen valmius toteuttaa käsikirjan mukaisia noin kymmenen viikon interpersoonallisia psykoterapiainterventioita.

Perinataaliajan psykiatrisiin häiriöihin liittyvän erityisosaamisen sekä matalan kynnyksen psykiatrisen arvion ja psykoterapeuttisten interventioiden tarve on ilmeinen. Tähän herkkään ajanjaksoon kohdistetut varhaiset interventiot toisivat oletettavasti yhteiskunnallisesti merkittäviä taloudellisia säästöjä sekä vähentäisivät hoitamattomiin mielenterveyshäiriöihin liittyvää inhimillistä kärsimystä ja ylisukupolvista periytymistä. ■



JOHANNA PIETIKÄINEN, LL, psykiatriaan erikoistuva lääkäri, tohtorikoulutettava
HUS Psykiatria, Helsingin yliopisto,
Vieraileva tutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos,
Vieraileva tutkija, Turun yliopisto

TIINA TAKA-EILOLA, LT, psykiatriaan erikoistuva lääkäri,
Peruspalvelukuntayhtymä Kallio

TIINA PAUNIO, professori, psykiatrian erikoislääkäri, Psykiatrian professori ja tutkimusohjelmajohtaja,
lääketieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto
Psykiatrian ylilääkäri, Psykiatrian toimiala, Helsingin yliopistollinen sairaala (HUS)
Tutkimusprofessori, Genomiikka ja Biopankki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

SIDONNAISUUDET
Johanna Pietikäinen: Ei sidonnaisuuksia
Tiina Taka-Eilola: Luento-/asiantuntijapalkkio (Chiesi)
Tiina Paunio: Ei sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

1. Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, ym. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. Lancet 2014;384:1775–88.
2. Underwood L, Waldie KE, D'Souza S, ym. A longitudinal study of pre-pregnancy and pregnancy risk factors associated with antenatal and postnatal symptoms of depression: evidence from growing up in New Zealand. Matern Child Health J 2017;21:915–31.
3. Jones I, Chandra PS, Dazzan P, Howard LM. Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. Lancet 2014;384: 1789–99.
4. Cantwell R, Clutton-Brock T, Cooper G, ym. Saving mothers' Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006–08. the eighth report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. BJOG 2011;118(Suppl 1):1–203.
5. Depressio. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2016 [päivitetty 6.7.2016]. www.kaypahoito.fi.
6. Sockol LE, Epperson CN, Barber JP. A meta-analysis of treatments for perinatal depression. Clin Psychol Rev 2011;31: 839–49.
7. Stuart S, Koleva H. Psychological treatments for perinatal depression. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2014;28:61–70.
8. Sockol LE. A systematic review and meta-analysis of interpersonal psychotherapy for perinatal women. J Affect Dis 2018; 232:316–28.
9. Implementing the five year forward view for mental health. Lontoo: NHS England 2016. www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/07/fyfv-mh.pdf.
10. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance [CG192]. NICE 2014. www.nice.org.uk/guidance/cg192.
11. The NHS long term plan [verkkodokumentti]. NHS 2019 [päivitetty 13.6.2019]. www.longtermplan.nhs.uk/publications/nhs-long-term-plan.
12. Bauer A, Knapp M, Parsonage M, ym. Lifetime costs of perinatal anxiety and depression. J Affect Disord 2016;192:83–90.
13. Paavonen E, Saarenpää-Heikkilä O, Pölkki P, ym. Maternal and paternal sleep during pregnancy in the child-sleep birth cohort. Sleep Med 2017;29:47–56.
14. Karlsson L, Tolvanen M, Scheinin NM, ym. Cohort profile: the FinnBrain birth cohort study (FinnBrain). Int J Epidemiol 2018;47:15–16j.
15. Kiviruusu O, Pietikäinen JT, Kylliäinen A, ym. Trajectories of mothers'and fathers' depressive symptoms from pregnancy to 24 months postpartum. J Affect Disord, painossa.
16. Pietikäinen JT, Kiviruusu O, Kylliäinen A, ym. Maternal and paternal depressive symptoms and children's emotional problems at the age of 2 and 5 years: a longitudinal study. J Child Psychol Psychiatry, painossa.
17. Taka-Eilola Nèe Riekki T, Veijola J, Murray GK, ym. Severe mood disorders and schizophrenia in the adult offspring of antenatally depressed mothers in the Northern Finland 1966 birth cohort: relationship to parental severe mental disorder. J Affect Disord 2019;249:63–72.