

Katariina Rantanen

Aleksityymisten piirteiden yhteys depressio-
oireiden pysyvyyteen

Syventävien opintojen kirjallinen työ
Kevätlukukausi 2022

Katariina Rantanen

Aleksityymisten piirteiden yhteys depressio- oireiden pysyvyyteen

Lääketieteellinen tiedekunta

Kevätlukukausi 2022

Vastuhenkilö: Max Karukivi

Turun yliopiston laatu järjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu OriginalityCheck-järjestelmällä

TURUN YLIOPISTO
Lääketieteellinen tiedekunta

RANTANEN KATARIINA: Aleksityymisten piirteiden yhteys depressio-oireiden pysyvyyteen

Syventävien opintojen kirjallinen työ, 27 s.
Nuorisopsykiatria
Maaliskuu 2022

TIIVISTELMÄ

Aleksitymiällä tarkoitetaan persoonallisuuden piirteistöä, johon liittyy heikentynyt kyky tunnistaa ja ilmaista tunteita, vähäinen mielikuviutus sekä taipumus ulkokohtaiseen ajatteluun. Aleksitymian ajatellaan käyttäytyvän persoonallisuuspiirteen tavoin eli sen stabiilitteetti on varsin hyvä. Aleksitymiaa esiintyy noin 10 %:lla aikuisväestössä, ja se on miehillä yleisempää kuin naisilla. Aleksitymia on liitetty laajasti erilaisiin mielenterveyden häiriöihin, kuten masennus- ja ahdistuneisuushäiriöihin. Lisäksi aleksitymiällä on yhteys somaattisiin ongelmiin ja sairauksiin. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää aleksityymisten piirteiden yhteyttä depressio-oireiden pysyvyyteen.

Tämän tutkimuksen aineistona käytetään FinnBrain-tutkimushankkeessa kerättyä tutkimusaineistoa, johon on rekrytoituna vuosina 2011-2015 yli 3800 perhettä äidin ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana. Tutkittavien 5-vuotisseurannat on toteutettu vuosina 2016-2020. Tutkimuksessa käytettävä aineisto sisältää ne äidit ($n = 1292$) ja isät ($n = 725$), joista on käytettävissä sekä 20-kohtaisella Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) -itsearviointimittarilla saatu tieto tutkittavan aleksityymisyydestä että Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) -mittarilla arvioitu tieto depressio-oireista kahdesta aikapisteestä: kuusi kuukautta ja viisi vuotta synnytyksen jälkeen. Tutkimuksessa aineisto jaettiin kolmeen ryhmään TAS-20-pistemäärän perusteella (matala, kohtalainen ja korkea aleksitymia) sekä kahteen ryhmään EPDS-pisteiden perusteella (todennäköinen masennus ja ei masennusta). Tutkittavista huomioimme taustamuuttujina iän, sukupuolen sekä äitien koulutus- ja tulotason.

Tutkimuksessa havaittiin aleksitymian olevan yhteydessä depressio-oireiden pysyvyyteen. Aleksitymian ja myöhemmän masennuksen välillä havaittiin tilastollisesti merkitsevä yhteys sekä äideillä ($p = 0,001$) että isillä ($p < 0,001$). Korkean aleksitymian esiintyvyys oli isillä korkeampi äiteihin verrattuna sekä ensimmäisessä (2,7 % vs. 5,7 %) että toisessa aikapisteessä (3,3 % vs. 5,2 %). Kohtalaiseen ja korkeaan aleksitymiaryhmään kuuluvien äitien koulutus oli keskimäärin alhaisempi kuin matalaan aleksitymiaryhmään kuuluvilla äideillä ($p < 0,001$).

Löydökset korostavat aleksitymian ja masennuksen välistä yhteyttä, mutta jatkossa tarvitaan lisätutkimuksia aleksitymian ja masennuksen syy-seuraussuhteen selvittämiseksi.

AVAINSANAT: aleksitymia, masennus, ahdistuneisuus, pitkittäistutkimus

Sisällysluettelo

1. Johdanto	5
2. Tausta	6
2.1 Aleksitymian määritelmä ja esiintyvyys.....	6
2.2 Aleksitymian mittaaminen.....	6
2.3 Aleksitymian etiologia	7
2.4 Aleksitymian yhteys sairauksiin.....	8
2.5 Aleksitymia ja mielenterveysongelmat	9
2.6 Aleksitymia ja depressio	9
3. Tutkimuksen tarkoitus ja hypoteesit	11
4. Aineisto ja menetelmät	12
5. Tulokset	14
6. Pohdinta	20
7. Johtopäätökset	22
Lähteet	23

1. Johdanto

Aleksitymian käsite kehitettiin 1970-luvulla kuvaamaan persoonallisuuden piirteistöä, joka havaittiin alun perin psykosomaattisilla potilailla. Aleksitymian ydinpiirteisiin kuuluvat mielikuvituksen puute sekä merkittävät vaikeudet tunteiden tunnistamisessa ja kuvaamisessa. Lisäksi aleksityymisillä henkilöillä on taipumus ulkokohtaiseen ajatteluun, jolla tarkoitetaan vähentynyttä kiinnostuneisuutta sisäistä maailmaa eli omia tunteita kohtaan. (Sifneos 1973.)

Tutkijoiden kiinnostusta aleksitymiaa kohtaan on lisännyt sen yhteys erilaisiin mielenterveyshäiriöihin ja somaattisiin sairauksiin, kuten kardiovaskulaarisairauksiin ja diabetekseen (Karukivi ym. 2016). Mielenterveyshäiriöistä aleksitymian on todettu olevan kytköksissä masennukseen (Honkalampi ym. 2000), ahdistuneisuuteen (Bonnet ym. 2012), päihdehäiriöihin (Thorberg ym. 2009) ja syömishäiriöihin (Taylor ym. 1996).

Aleksitymian ja masennuksen välistä yhteyttä on tutkittu laajasti, ja niillä on löydetty geneettisiä yhtäläisyyksiä (Picardi ym. 2011). Niillä on myös useita yhteisiä riskitekijöitä, kuten alhainen koulutus- ja tulotaso sekä parisuhteen puuttuminen (Salminen ym. 1999, Mattila 2008, Kessler ja Bromet 2013). Aleksityymisten piirteiden on todettu lisääntyvän tilapäisesti masennuksen yhteydessä, ja vastaavasti piirteet vähenevät masennuksesta toipuessa (Honkalampi ym. 2007). Masennuslääkkeillä ja psykoterapialla on todettu heikompia hoitotuloksia masennuksen hoidossa aleksityymisillä potilailla (Ozsahin ym. 2003, Lumley ym. 2007).

Masennuksen ja aleksitymian välillä on siis vahva yhteys, mutta niiden välinen syy-seuraussuhde on edelleen hieman epäselvä. On esitetty, että aleksitymia saattaa toimia haavoittuvuustekijänä masennushäiriöille (Son ym. 2012), mutta niiden yhteyttä on pitkittäisasetelmissa tutkittu vähän. Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää aleksityymisten piirteiden yhteyttä depressio-oireiden pysyvyyteen pienten lasten vanhemmilla.

2. Tausta

2.1 Aleksitymian määritelmä ja esiintyvyys

Aleksitymialla tarkoitetaan monimuotoista persoonallisuuden piirteistöä, johon liittyy tunteiden tunnistamisen ja kuvaamisen vaikeus, vähäinen mielikuvitus sekä taipumus ulkokohtaiseen ajatteluun (Sifneos 1973). Lisäksi aleksityymiselle henkilölle on esitetty olevan tyypillistä empatiakyvyn heikkous ja psyykkisten tunne-elämysten muuntuminen fyysisiksi oireiksi eli somatisaatiotaipumus (Grynberg ym. 2010, Nemiah ja Sifneos 1970). Aleksitymian kehittymiseen ajatellaan vaikuttavan erilaiset neurobiologiset ja geneettiset tekijät sekä varhaislapsuuden kehitykseen liittyvät psykososiaaliset tekijät (Karukivi ja Saarijärvi 2014).

Aleksitymian esiintyvyys aikuisväestössä on noin 10 %, ja sen on todettu olevan miehillä hieman yleisempää naisiin verrattuna (Mattila ym. 2006). Aleksitymia on yhteydessä sukupuolen lisäksi huonoon sosioekonomiseen asemaan ja matalaan koulutustasoon (Salminen ym. 1999). Aleksitymian ajatellaan olevan luonteeltaan dimensionaalinen ilmiö eli ihmiset ovat joko enemmän tai vähemmän aleksityymisiä. Lisäksi aleksitymian relatiivinen stabiliteetti on kohtalaisen hyvä (Karukivi ym. 2014). Aleksityymiset piirteet voivat kuitenkin lisääntyä tilapäisesti erilaisten mielenterveyshäiriöiden ja kuormittavien elämäntapahtumien yhteydessä (Picardi ym. 2005).

2.2 Aleksitymian mittaaminen

Tässä tutkimuksessa aleksitymian mittaamiseen käytetään 20-osioista Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) -itsearviointilomaketta, joka on muodostunut aleksityymisyyden mittaamisen kultaiseksi standardiksi (Bagby ym. 1994). TAS-20 mittaa aleksitymian neljästä ydinpiirteestä kolmea osa-aluetta, jotka ovat tunteiden tunnistamisen vaikeus (DIF = difficulty identifying feelings), tunteiden kuvaamisen vaikeus (DDF = difficulty describing feelings) ja ulkokohtainen ajattelu (EOT = externally oriented thinking). Ulkokohtaiseen ajatteluun liittyy vähäinen kiinnostus tunne-elämää ja tunteita kohtaan sekä vaikeus tunnistaa ikäviä tunteita. TAS-20 koostuu 20 kysymyksestä, jotka mittaavat aleksityymisyyttä asteikolla 1–5. Aleksityymiseksi luokitellaan ne henkilöt, jotka saavat TAS-20 ≥ 61 pistettä (Taylor 2000). TAS-20:n on osoitettu mittaavan luotettavasti aikuisten aleksityymisyyttä, ja se on saatavilla yli 20 eri kielellä (Joukamaa ym. 2001, Taylor ym. 2003).

TAS-20:n osa-alueista tunteiden tunnistamisen (DIF) ja tunteiden kuvaamisen (DDF) reliabiliteetti ja validiteetti ovat varsin hyviä, kun taas ulkokohtaisen ajattelun (EOT) reliabiliteetti on osin puutteellista, ja korrelaatio heikkoa kahden muun osa-alueen kanssa. TAS-20 ei myöskään ota huomioon mielikuvituksen puutetta, joka on ollut alun perin yksi aleksitymian ydinpiirteistä. (Kooiman ym. 2002.) Kritiikkiä on esitetty myös siitä, että aleksityymiset henkilöt eivät ehkä itse pysty luotettavasti arvioimaan heillä esiintyviä tunteiden tunnistamisvaikeuksia (Lane ym. 1996).

Aleksitymian mittaamiseen on kehitetty myös haastattelupohjaisia arviointimenetelmiä, kuten Toronto Structured Interview for Alexithymia (TSIA) (Bagby ym. 2006). TSIA:n on todettu olevan psykometrisesti tarkka, ja sen tulokset korreloivat hyvin TAS-20-

asteikon tuloksien kanssa (Grabe ym. 2009). Ajankäyttöön liittyvät ongelmat kuitenkin rajoittavat haastattelupohjaisten arviointimenetelmien käyttöä.

2.3 Aleksitymian etiologia

Aleksitymian etiologia on vielä osin tuntematon. On esitetty erilaisia neurobiologisia ja psykososiaalisia teorioita aleksitymian etiologiasta, mutta eri näkökulmia yhdistäviä tutkimuksia on edelleen vähän. Etiologian vahvistamiseksi tarvitaan pitkittäistutkimuksia erityisesti nuoremasta väestöstä tulevaisuudessa (Karukivi ja Saarijärvi 2014).

Geneettisten tekijöiden vaikutuksia aleksitymian syntyyn on tutkittu jo useiden vuosien ajan. Vuonna 2007 tehdyssä laajassa kaksostutkimuksessa havaittiin geneettisten tekijöiden olevan yhteydessä TAS-20 kokonaispistemäärään ja aleksitymian kaikkiin kolmeen osa-alueeseen (DIF, DDF, EOT) (Jørgensen ym. 2007). Myöhemmin tehdyssä italialaisessa kaksostutkimuksessa tutkittiin myös geneettisten tekijöiden vaikutuksia aleksitymiaan. Tutkimukseen osallistui yhteensä 729 kaksosta, jotka olivat iältään 23–24-vuotiaita. Tutkittavien aleksityymisyyttä tutkittiin TAS-20-mittarilla. Tutkimuksen tuloksena geneettisten tekijöiden arvioitiin selittävän 28–35 % aleksitymian eri osa-alueiden vaihtelusta. Lisäksi aleksitymian ja masennuksen välillä havaittiin olevan geneettisiä yhtäläisyyksiä. (Picardi ym. 2011.)

Limbiseen järjestelmään kuuluva manteliumake (amygdala) vastaa tunneärsykkeiden ja kasvonilmeiden prosessoinnista. Xun ym. (2018) tekemässä meta-analyysissä tutkittiin aleksitymian ja aivojen harmaan aineen välistä yhteyttä. Tutkimuksessa havaittiin, että aleksityymisillä henkilöillä harmaan aineen määrä on pienentynyt manteliumakkeessa, aivosarekkeessa (insula), striatumissa sekä orbitofrontaalissa korteksissa. Manteliumakkeen pienentyneen tilavuuden ajatellaan olevan yhteydessä vaikeuksiin tunteiden tunnistamisessa ja havaitsemisessa. (Xu ym. 2018.)

Useissa tutkimuksissa on todettu, että aleksitymian syntyyn ovat yhteydessä varhaislapsuuden negatiiviset kokemukset ja kasvuympäristö. Thorbergin ym. (2011) tekemässä meta-analyysissä tutkittiin kasvatustapojen ja aleksitymian välistä suhdetta, ja havaittiin vahva negatiivinen korrelaatio äidin huolenpidon ja aleksitymian kahden osa-alueen (DIF, DDF) välillä. Äidin huolenpidolla ei ollut vaikutusta ulkokohtaisen ajattelun esiintyvyyteen (EOT). Tämän lisäksi äidin ja isän ylisuojelevan käyttäytymisen todettiin olevan aleksitymian yksi riskitekijöistä. (Thorberg ym. 2011.) On kuitenkin todettu, että toisen vanhemman optimaalinen kasvatustapa suojaa lasta aleksitymialta tilanteissa, joissa toisen vanhemman kasvatustapa laiminlyö lasta (Kooiman ym. 2004). Toisaalta lapsuuden traumaattisten kokemusten ja vanhempien kasvatustapojen luotettava arviointi on haastavaa, koska kokemukset ovat subjektiivisia ja aikuisiässä näitä tapahtumia arvioidessa on lapsuudesta ehtinyt kulumaan aikaa.

Vanhemman ja lapsen välisen suhteen muodostumiseen vaikuttavat vanhemman tunteiden säätely ja emotionaalinen saatavuus. Vanhemman reflektiivisellä kyvyllä tarkoitetaan vanhemman kykyä pohtia ja ymmärtää lapsen sisäisiä kokemuksia. Reflektiivisen kyvyn keskeisiä piirteitä ovat kiinnostus lapsen mielentiloja kohtaan ja lapsen mielen erillisyyden tunnistaminen. (Luyten ym. 2017.) Ahrnbergin ym. (2020) tekemässä tutkimuksessa tutkittiin reflektiivisen kyvyn ja aleksityymisten ominaisuuksien välistä yhteyttä äideillä ja isillä. Vanhemman reflektiivistä kykyä mitattiin Parental reflective functioning questionnaire (PRFQ) (Luyten ym. 2017) –

mittarilla ja aleksityymisyyttä TAS-20-mittarilla. Tuloksena havaittiin merkittävä negatiivinen korrelaatio TAS-20-kokonaispisteiden ja PRFQ-kokonaispisteiden välillä molemmilla sukupuolilla (Ahrnberg ym. 2020). Aleksityymisten vanhempien reflektiokyvyn voidaan siis ajatella olevan heikompi muuhun väestöön verrattuna. Tämän lisäksi on todettu, että äidin aleksityymia on yhteydessä lapsen aleksityymiaan (Lumley ym. 1996).

Erilaisten yksilötekijöiden vaikutuksia aleksityymiaan on tutkittu runsaasti. Salminen ym. (1999) tekemässä tutkimuksessa tutkittiin erilaisten sosiodemografisten taustamuuttujien yhteyttä aleksityymiaan suomalaisessa väestössä. Tutkimuksen mukaan aleksityymia on yhdistetty miessukupuoleen, korkeaan ikään, matalaan koulutustasoon sekä matalaan sosioekonomiseen asemaan (Salminen ym. 1999). Lisäksi aleksityymian ajatellaan olevan yhteydessä masennukseen ja heikoksi koettuun somaattiseen terveyteen (Mattila ym. 2006). Ympäristötekijöistä aleksityymian riskiä näyttää lisäävän äidin alhainen koulutustaso, vanhempien ero ja maaseudulla asuminen (Joukamaa ym. 2003).

Yhteenvedon voidaan todeta, että aleksityymian kehittymiseen vaikuttavat perinnöllisyys, neurobiologiset poikkeamat, ympäristötekijät ja varhaislapsuuden negatiiviset kokemukset (Karukivi ja Saarijärvi 2014). Kokonaiskuvan muodostaminen aleksityymian kehityskulusta on kuitenkin ongelmallista, koska eri näkökulmia yhdistäviä tutkimuksia on vähän.

2.4 Aleksityymian yhteys sairauksiin

Aleksityymiaa esiintyy normaaliväestössä, mutta mielenterveysongelmista kärsivillä sekä somaattisesti sairailta ihmisillä sen esiintyvyys on korkeampi. Aleksityymian on todettu olevan yhteydessä lukemattomiin psyykkisiin sairauksiin, kuten masennukseen, ahdistuneisuuteen ja syömishäiriöihin (Honkalampi ym. 2000, Pinaquy ym. 2003). Aleksityymian ydinpiirteistä tunteiden tunnistamisvaikeudella on todettu olevan etenkin yhteys posttraumaattiseen stressiin (Edwards 2019). Lisäksi aleksityymian on todettu myös lisäävän päihdehäiriöiden riskiä (Thorberg ym. 2009). Suomalaisessa väestötutkimuksessa aleksityymia yhdistettiin runsaaseen alkoholinkäyttöön ja humalanhakuiseen juomiseen (Kauhanen ym. 1992).

Somaattisista terveysongelmista aleksityymian on todettu olevan yhteydessä verenpainetautiin, sepelvaltimotautiin, metaboliseen oireyhtymään, lihavuuteen sekä tyyppin 1 ja 2 diabetekseen (Karukivi ym. 2016). Aleksityymia on yhdistetty epäterveelliseen ruokavalioon, mikä voi lisätä riskiä muille elämäntapasairauksille (Honkalampi ym. 2017).

Aleksityymia voi aiheuttaa muutoksia stressinsäätelyjärjestelmässä, kuten sympaattisen hermoston yliaktiivisuutta ja suurentuneita kortisolipitoisuuksia (De Timary ym. 2008). Lisäksi aleksityymia vaikuttaa immuunijärjestelmään muun muassa alentamalla soluvälitteistä immuunivastetta (Guilbaud ym. 2003). Nämä tekijät voivat aiheuttaa elimistössä lieväasteista tulehdusta ja lisätä haitallisten stressireaktioiden riskiä.

2.5 Aleksitymia ja mielenterveysongelmat

Aiempien tutkimuksien mukaan aleksitymia on yhteydessä useisiin mielenterveyshäiriöihin, kuten masennukseen (Honkalampi ym. 2000), ahdistuneisuushäiriöihin (Bonnet ym. 2012), paniikkihäiriöön (Šago ym. 2020), pakko-oireiseen häiriöön (Grabe ym. 2006) sekä päihteiden väärinkäyttöön (Thorberg ym. 2009) ja syömishäiriöihin (Taylor ym. 1996). Lisäksi aleksitymian on todettu lisäävän itsemurha-ajatusten riskiä. Aleksityymisten henkilöiden on vaikea tunnistaa ja ilmaista tunteita, mikä voi vaikeuttaa sosiaalisten suhteiden luomista. Vähäisen sosiaalisen tuen on todettu altistavan sekä masennukselle että ahdistuneisuushäiriöille (Lakey ja Cronin 2008). Tämä on yksi mahdollisista hypoteeseista sille, miksi aleksitymia altistaa eri mielenterveyshäiriöille.

Aleksityymiseen henkilöön voi olla vaikeaa saada emotionaalista kontaktia, koska heidän sanaton kommunikaationsa on vähäistä sekä kyky käsitellä omia ja muiden tunteita on heikkoa. Aleksityyminen potilas voi tästä syystä jäädä helposti etäiseksi, ja tämä saattaa heikentää potilas-lääkärisuhdetta. Aleksityymisten potilaiden on todettu reagoivan heikommin psykologisiin hoitomuotoihin (Lumley ym. 2007), ja useiden psykiatristen häiriöiden ennuste on heillä keskimääräistä heikompi (Honkalampi ym. 2007). Ryhmämuotoisella psykoterapialla on tällä hetkellä eniten näyttöä aleksityymisten potilaiden hoidossa (Beresnevaite 2000, Grabe ym. 2008).

2.6 Aleksitymia ja depressio

Suomessa yksi merkittävimmistä kansanterveyden ongelmista on depressio. Suomalaisen väestötutkimuksen perusteella kliinisesti vakavan depression esiintyvyys on noin 5–7 % (Pirkkola ym. 2005), ja se on naisilla noin 1,5–2-kertaa yleisempää kuin miehillä (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2021). Depression syntyyn vaikuttavat yksilöllisessä suhteessa erilaiset biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät. Depression etiologiassa ympäristötekijöillä on keskeisempi merkitys kuin perinnöllisellä alttiudella. (Klein ym. 2012, Kendler ja Gardner 2014.) Väestötutkimuksen mukaan riskitekijöitä depressiolle ovat naissukupuoli, nuori ikä, parisuhteen puuttuminen ja alhainen sosioekonominen asema (Kessler ja Bromet 2013).

Depressiopotilaat kärsivät usein samanaikaisesti myös jostakin muusta mielenterveyshäiriöstä, kuten ahdistuneisuushäiriöistä, persoonallisuushäiriöistä ja päihdehäiriöistä. Depressio aiheuttaa merkittävää työ- ja toimintakyvyn heikkenemistä, ja siksi depression aiheuttamat kustannukset ovat mittavia yhteiskunnalle. (Depressio: käypä hoito -suositus, 2021.)

Lin ym. (2015) tekemässä meta-analyysissä tutkittiin aleksitymian ja depression välistä yhteyttä. Tutkimuksessa havaittiin keskivahvaa korrelaatio masennuksen ja TAS-20-kokonaispisteiden sekä aleksitymian kahden osa-alueen (DIF, DDF) välillä. Lisäksi depression ja ulkokohtaisen ajattelun (EOT) välillä havaittiin heikko korrelaatio. (Li ym. 2015.) Vastaavasti aleksitymian ja depression yhteyttä on tutkittu myös suomalaisessa väestössä. Honkalammen ym. (2000) tutkimukseen osallistuvien suomalaisten (n = 2018) aleksityymisyyttä tutkittiin TAS-20-asteikolla ja masennusoireita BDI-21-asteikolla. Aleksitymian esiintyvyys oli 12,8 % miehillä ja 8,2 % naisilla. Masennusoireiden

todettiin selittävän 29,2 % aleksitymian kokonaispisteiden vaihtelusta. Tulokset viittaavat siihen, että aleksitymiällä on vahva yhteys depression. (Honkalampi ym. 2000.)

Kajanojan ym. (2021) tekemässä tutkimuksessa todettiin aleksitymian liittyvän erityisesti lapsuuden emotionaaliseen laiminlyöntiin, kun taas masennus liittyy varhaislapsuuden laiminlyönnin useisiin eri alatyyppeihin. Masennus ja samanaikainen aleksitymia voi edustaa alatyyppejä, joka liittyy erityisesti lapsuuden kokemuksiin emotionaalista laiminlyönnistä ja turvattomaan kiintymyssuhteeseen verrattuna ei-aleksityymiseen masennukseen. (Kajanoja ym. 2021.)

Aiempien tutkimustulosten mukaan aleksityymiset henkilöt voidaan jakaa kahteen eri alatyyppeihin. Ensimmäinen alatyyppejä kokee vaikeuksia tunteiden tunnistamisessa (DIF), ja heillä esiintyy toiseen alatyyppeihin verrattuna enemmän masennus- ja ahdistuneisuusoireita. Puolestaan toisella alatyypeistä esiintyy enemmän ulkoisesti suuntautunutta ajattelua (EOT), ja tämän alatyypin esiintyvyys on korkeampaa miehillä. On siis mahdollista, että ulkokohtainen ajattelu (EOT) toimii jonkinasteisena suojaavana tekijänä masennukselta ja ahdistuneisuudelta. (Kajanoja ym. 2017.)

Aleksitymian ja masennusoireiden yhteyttä on pitkittäisasetelmissä tutkittu vähän ja näiden vahvasta yhteydestä huolimatta on epäselvää, onko aleksitymia masennuksen itsenäinen riskitekijä.

3. Tutkimuksen tarkoitus ja hypoteesit

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on arvioida aleksityymisyyden yhteyttä depressio-oireiden pysyvyyteen pienten lasten vanhemmilla. Aikaisempien tutkimusten perusteella hypoteesimme on, että aleksityymiset piirteet lisäävät depressio-oireiden pysyvyyttä seurannassa. Tutkimuskysymyksemme ovat:

1. Onko aleksityymisten piirteiden aste yhteydessä siihen, että tutkittava todennäköisesti kuuluu masentuneiden joukkoon molemmissa aikapisteissä?
2. Miten taustatekijät (ikä, sukupuoli, koulutustaso, tulotaso) ovat yhteydessä tutkittavien aleksityymisiin piirteisiin?

4. Aineisto ja menetelmät

Tämä tutkimus perustuu FinnBrain-tutkimushankkeessa kerättyyn tutkimusaineistoon. FinnBrain-tutkimus on Turun yliopistossa vuonna 2010 aloitettu tutkimus, jonka tarkoituksena on selvittää ympäristön ja perimän vaikutusta lapsen kehitykseen ja terveyteen. FinnBrain-tutkimukseen rekrytoitiin vuosina 2011-2015 yli 3800 perhettä äidin ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana. Tutkimukseen osallistuvat vanhemmat kutsuttiin seurantatutkimukseen vuosina 2016-2020 heidän lapsensa ollessa 5-vuotias. Tutkimuksella on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan puoltava lausunto (ETMK:57/180/2011).

Tähän tutkimukseen valikoituivat ne tutkittavat (n = 1400), joista on käytettävissä sekä 20-kohtaisella Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) (Bagby ym. 1994) -itsearviointilomakkeella saatu tieto tutkittavan aleksityymisyydestä että Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox ym. 1987) -mittarilla arvioitu tieto depressio-oireista kahdesta aikapisteestä: kuusi kuukautta ja viisi vuotta synnytyksen jälkeen.

Mittarit

Aleksitymian mittaamiseen käytettiin TAS-20-mittaria, joka mittaa aleksitymian kolmea eri osa-aluetta: tunteiden tunnistamisen vaikeutta (DIF), tunteiden kuvaamisen vaikeutta (DDF) ja ulkokohtaista ajattelua (EOT) (Bagby ym. 1994). TAS-20-itsearviointilomake koostuu 20 erilaisesta kysymyksestä, joihin on viisi vastausvaihtoehtoa (1= ei pidä lainkaan paikkaansa, 2 = ei juuri pidä paikkaansa, 3 = en osaa sanoa, 4= pitää melko lailla paikkaansa, 5 = pitää täysin paikkaansa). Kokonaispisteet vaihtelevat välillä 20-100. Tässä tutkimuksessa aineisto jaettiin kolmeen ryhmään TAS-20-mittarista saatavan pistemäärän perusteella: 1. Matala aleksitymia = 51 pistettä vai vähemmän, 2. Kohtalainen aleksitymia = 52-60 pistettä ja 3. Korkea aleksitymia = 61 pistettä tai enemmän (Bagby ym. 1997). Tutkittavien aleksityymisyyttä mitattiin sekä kuusi kuukautta että viisi vuotta synnytyksen jälkeen. TAS-20-pistemäärää käytettiin tutkimuksessa jatkuvana ja luokiteltuna muuttujana.

Tutkittavien masennusoireiden mittaamiseen käytettiin EPDS-mittaria, joka mittaa raskausajan ja synnytyksen jälkeistä masennusta (Cox et al. 1987). EPDS-mittaria käytetään masennusoireiden mittaamiseen sekä äideillä että isillä (Edmondson et al. 2010). EPDS-mittari koostuu kymmenestä kysymyksestä, jotka pisteytetään 0-3. Maksimipistemäärä on siten 30 pistettä. Tässä tutkimuksessa potilaat luokiteltiin EPDS-pistemäärän perusteella masennusoireiden suhteen kynnyksarvon ylittäviksi (kyllä = 13 pistettä tai enemmän) tai alittaviksi (ei = alle 13 pistettä). Tutkittavien depressio-oireita mitattiin 2 aikapisteessä: kuusi kuukautta ja viisi vuotta synnytyksen jälkeen. EPDS-pistemäärää käytettiin sekä jatkuvana että luokiteltuna muuttujana.

Sosiodemografisina taustamuuttujina huomioimme tutkittavien iän ja sukupuolen. Tutkittavista äideistä oli käytettävissä myös tieto heidän koulutus- ja tulotasostaan. Tutkittavien iät ovat mitattu lapsen syntymähetkellä kokonaisina vuosina. Koulutuksen perusteella tutkittavat äidit jaetaan kolmeen eri ryhmään: 1. toisen asteen koulutus tai alempi, 2. alempi korkeakouluaste ja 3. ylempi korkeakouluaste tai korkeampi. Tulotason perusteella tutkittavat äidit luokiteltiin neljään eri ryhmään: 1. 1500€/kk tai alle, 2. 1501-2500€/kk, 3. 2501-3500€/kk ja 4. > 3500€/kk.

Tilastolliset menetelmät

Jatkuvien muuttujien parametrisuus arvioitiin sekä silmämääräisesti että Shapiro-Wilkin testin avulla. Jakaumat olivat parametrisia, joten vertailu äitien ja isien välillä tehtiin t-testin avulla. Ryhmien välisen eron suuruutta arvioitiin vaikutuksen koolla, jonka mittana käytettiin Cohenin d:tä. Cohenin d:n arvo 0,20 vastaa pientä, 0,50 keskisuurta ja 0,80 suurta vaikutuksen kokoa. Khiin neliö -testiä käytettiin luokiteltujen muuttujien välisten erojen tutkimiseen. Tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin $p < 0,05$. Tilastolliset analyysit tehtiin käyttäen SPSS-ohjelmiston versiota 27.0.

5. Tulokset

Tutkimukseen osallistuvia äitejä oli yhteensä 1334 (keski-ikä 31,03 vuotta) ja isiä 994 (keski-ikä 32,82 vuotta). Isät saivat korkeammat TAS-20-kokonaispisteet kuin äidit sekä ensimmäisessä (39,59 vs. 42,87, $p < 0,001$) että toisessa aikapisteessä (39,40 vs. 42,71, $p < 0,001$). Äitien EPDS-pisteet olivat molemmissa aikapisteissä korkeammat isiin verrattuna. Taulukossa 1 on verrattu jatkuvia muuttujia sukupuolten välillä.

Taulukko 1: Jatkuvien muuttujien vertailu sukupuolien välillä

Muuttuja	Äidit			Isät			P ^a	Cohenin d
	n	Keskiarvo	95% luottamusväli	n	Keskiarvo	95% luottamusväli		
Ikä	1334	31,03	30,80-31,25	994	32,82	32,49-33,15	< 0,001	0,475
TAS SUMMA, 6 kk	1292	39,59	39,08-40,10	725	42,87	42,17-43,57	< 0,001	0,266
DIF, 6 kk	1292	11,60	11,36-11,84	725	10,84	10,54-11,15	< 0,001	0,188
DDF, 6 kk	1292	9,62	9,42-9,81	725	11,00	10,71-11,29	< 0,001	0,262
EOT, 6 kk	1293	18,37	18,14-18,59	725	21,03	20,70-21,36	< 0,001	0,496
EPDS, summa, 6 kk	1293	4,43	4,21-4,66	726	3,41	3,15-3,68	< 0,001	0,215
TAS SUMMA, 5 v	1241	39,40	38,85-39,94	611	42,71	41,95-43,48	< 0,001	0,236
DIF, 5 v	1241	11,86	11,60-12,12	611	10,92	10,56-11,27	< 0,001	0,180
DDF, 5 v	1241	9,58	9,38-9,79	611	10,99	10,67-11,31	< 0,001	0,223
EOT, 5 v	1241	17,95	17,71-18,20	612	20,80	20,46-21,15	< 0,001	0,492
EPDS summa, 5 v	1240	5,02	4,77-5,27	611	4,00	3,68-4,32	< 0,001	0,201

^at-testi, tilastollisen merkitsevyyden vertailu äitien ja isien välillä

TAS-20= 20-kohtainen Toronto Alexithymia Scale, DIF= Difficulty identifying feelings, DDF= Difficulty describing feelings, EOT= Externally Oriented thinking style

EPDS= Edinburgh Postnatal Depression Scale

Ensimmäisessä aikapisteessä korkean aleksityymisyyden esiintyvyys oli äideillä 2,7 % ja kohtalaisen aleksityymisyyden 8,5 % (Taulukko 2). Toisessa aikapisteessä korkeaa aleksityymisyyttä esiintyi 3,3 %:lla ja kohtalaista aleksityymiaa 9,1 %:lla. Masennuksen esiintyvyys oli korkeampi toisessa aikapisteessä (4,1 % vs. 7,3 %).

Taulukko 2: Luokitellut muuttujat tutkimusaineiston äideillä

Muuttuja		Äidit
		n (%)
Aleksityymisyys 6 kk (n= 1292)	Matala	1147 (88,8)
	Kohtalainen	110 (8,5)
	Korkea	35 (2,7)
Aleksityymisyys 5v (n= 1241)	Matala	1087 (87,6)
	Kohtalainen	113 (9,1)
	Korkea	41 (3,3)
Masennus 6kk (n= 1293)	Ei	1240 (95,9)
	Kyllä	53 (4,1)
Masennus 5v (n= 1240)	Ei	1150 (92,7)
	Kyllä	90 (7,3)

Aleksityymisyys:
20-kohtaisen

Toronto Alexithymia Scalen (TAS-20) pistemäärä 51 tai vähemmän = matala, TAS-20 pistemäärä 52-60 = kohtalainen, TAS-20 pistemäärä 61 pistettä tai enemmän= korkea
Masennus: Edinburg Postnatal Depression Scalen (EPDS) pistemäärä 13 tai enemmän= kyllä, EPDS-pistemäärä alle 13 = ei

Isillä ensimmäisessä aikapisteessä korkeaa aleksityymisyyttä esiintyi 5,7 %:lla ja toisessa aikapisteessä 5,2 %:lla (Taulukko 3). Myös isillä masennuksen esiintyvyys oli korkeampi toisessa aikapisteessä (2,9 % vs. 4,3 %).

Taulukko 3: Luokitellut muuttajat tutkimusaineiston isillä

Muuttuja		Isät
		n (%)
Aleksityymisyys 6 kk (n=725)	Matala	601 (82,9)
	Kohtalainen	83 (11,4)
	Korkea	41 (5,7)
Aleksityymisyys 5v (n=611)	Matala	512 (83,8)
	Kohtalainen	67 (11,0)
	Korkea	32 (5,2)
Masennus 6kk (n=726)	Ei	705 (97,1)
	Kyllä	21 (2,9)
Masennus 5v (n=611)	Ei	585 (95,7)
	Kyllä	26 (4,3)

Aleksityymisyys: 20-kohtaisen Toronto Alexietyymia Scalen (TAS-20) pistemäärä 51 tai vähemmän = matala, TAS-20 pistemäärä 52-60 = kohtalainen, TAS-20 pistemäärä 61 pistettä tai enemmän = korkea
Masennus: Edinburgh Postnatal Depression Scalen (EPDS) pistemäärä 13 tai enemmän = kyllä, EPDS-pistemäärä alle 13 = ei

Masennuksen esiintyvyys oli suhteellisesti suurempaa aleksityymisillä äideillä (Taulukko 4). Ensimmäisessä aikapisteessä matalan aleksityymisyyden ryhmään kuuluneista oli masentuneita toisessa aikapisteessä 6,1 %, kun taas korkean aleksityymisyyden ryhmään kuuluneista masentuneita oli seurannassa 14,7 %. Aleksityymian ja myöhemmän masennuksen välillä havaittiin tilastollisesti merkitsevä yhteys ($p < 0,001$).

Taulukko 4: Aleksityymisyyden yhteys äitien masennukseen kahdessa eri aikapisteessä

Muuttuja		Aleksityymisyys 6 kk, äidit			p ¹
		Matala n (%)	Kohtalainen n (%)	Korkea n (%)	
Masennus 6 kk, äidit (n= 1292)	Ei	1125 (98,1)	92 (83,6)	22 (62,9)	< 0,001
	Kyllä	22 (1,9)	18 (16,4)	13 (37,1)	
	kaikki	1147 (100)	110 (100)	35 (100)	
Masennus 5 v, äidit (n=1218)	Ei	1013 (93,9)	89 (84,8)	29 (85,3)	0,001
	Kyllä	66 (6,1)	16 (15,2)	5 (14,7)	
	Kaikki	1079 (100)	105 (100)	34 (100)	

¹Khiin neliötesti

Aleksityymisyys: 20-kohtaisen Toronto Alexithymia Scalen (TAS-20) pistemäärä 51 tai vähemmän = matala, TAS-20 pistemäärä 52-60 = kohtalainen, TAS-20 pistemäärä 61 pistettä tai enemmän= korkea

Masennus: Edinburgh Postnatal Depression Scalen (EPDS) pistemäärä 13 tai enemmän = kyllä, EPDS-pistemäärä alle 13 = ei

Taulukossa 5 on esitetty aleksityymisyyden yhteys äitien koulutus- ja tulostasoon. Kohtalaiseen ja korkeaan aleksityymiaryhmään kuuluvien äitien koulutus oli keskimäärin alhaisempi kuin matalaan aleksityymiaryhmään kuuluvilla äideillä ($p < 0,001$).

Taulukko 5: Aleksityymisyyden yhteys äitien koulutus- ja tulotasoon

Muuttuja		Aleksityymisyys 6 kk, äidit				p ¹
		Matala n (%)	Kohtalainen n (%)	Korkea n (%)	Kaikki n (%)	
Koulutus (n= 1248)	Matala	282 (25,5)	50 (47,2)	13 (38,2)	345 (27,6)	< 0,001
	Keskitaso	331 (29,9)	29 (27,4)	12 (35,3)	372 (29,8)	
	Korkea	495 (44,7)	27 (25,5)	9 (26,5)	531 (42,5)	
Kuukausitulot (n= 857)	1500 € tai alle	144 (19,1)	22 (27,2)	8 (36,4)	174 (20,3)	0,246
	1501-2500 €	399 (52,9)	42 (51,9)	8 (36,4)	449 (52,4)	
	2501-3500€	175 (23,2)	15 (18,5)	5 (22,7)	195 (22,8)	
	Yli 3500 €	36 (4,8)	2 (2,5)	1 (4,5)	39 (4,6)	

¹Khiin neliötesti

Aleksityymisyys: 20-kohtaisen Alexithymia Scalen (TAS-20) pistemäärä 51 tai vähemmän = matala, TAS-20 pistemäärä 52-60 = kohtalainen, TAS-20 pistemäärä 61 pistettä tai enemmän = korkea

Koulutusaste: Matala = Toisen asteen koulutus tai alempi, keskitaso = alempi korkeakouluaste, korkea = ylempi korkeakouluaste tai korkeampi

Kohtalaiseen ja korkeaan aleksityymisyysryhmään kuuluvilla isillä esiintyi suhteellisesti enemmän masennusta kuin matalaan aleksityymisyysryhmään kuuluvilla isillä (Taulukko 6). Ensimmäisessä aikapisteessä matalan aleksityymisyyden ryhmään kuuluneista oli masentuneita toisessa aikapisteessä 2,4 %, kun taas korkean aleksityymisyyden ryhmään kuuluneista masentuneita oli seurannassa 18,5 %. Aleksityymian ja myöhemmän masennuksen välillä havaittiin tilastollisesti merkitsevä yhteys ($p < 0,001$).

Taulukko 6: Aleksityymisyyden yhteys isien masennukseen kahdessa eri aikapisteessä

Muuttuja		Aleksityymisyys 6 kk, isät			P ¹
		Matala n (%)	Kohtalainen n (%)	Korkea n (%)	
Masennus 6 kk, isät (n= 725)	Ei	595 (99,0)	75 (90,4)	35 (85,4)	< 0,001
	Kyllä	6 (1,0)	8 (9,6)	6 (14,6)	
	Kaikki	601 (100)	83 (100)	41 (100)	
Masennus 5 v, isät (n= 546)	Ei	448 (97,6)	54 (90,0)	22 (81,5)	< 0,001
	Kyllä	11 (2,4)	6 (10,0)	5 (18,5)	
	Kaikki	459 (100)	60 (100)	27 (100)	

¹Khiin neliötesti

Aleksityymisyys: 20-kohtaisen Toronto Alexithymia Scalen (TAS-20) pistemäärä 51 tai vähemmän = matala, TAS-20 pistemäärä 52-60 = kohtalainen, TAS-20 pistemäärä 61 pistettä tai enemmän= korkea

Masennus: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) pistemäärä 13 tai enemmän= kyllä, EPDS-pistemäärä alle 13 = ei

6. Pohdinta

Tässä tutkimuksessa havaittiin, että aleksityymisten piirteiden aste on yhteydessä depressio-oireiden pysyvyyteen. Ensimmäisessä aikapisteessä mitatun aleksityymian ja toisessa aikapisteessä mitatun masennuksen välillä havaittiin tilastollisesti merkitsevä yhteys sekä äideillä ($p = 0,001$) että isillä ($p < 0,001$). Aleksityymian esiintyvyys oli korkeampaa isillä (keski-ikä 32,82) äiteihin (keski-ikä 31,03) verrattuna. Äideillä havaittiin matalan koulutustason olevan yksi aleksityymian riskitekijöistä, kun taas tulotason ja aleksityymian välillä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää yhteyttä.

Pienten lasten vanhemmista koostuvassa normaaliväestöä edustavassa aineistossa korkean aleksityymisyyden esiintyvyys oli isillä korkeampi äiteihin verrattuna sekä ensimmäisessä (2,7 % vs. 5,7 %) että toisessa aikapisteessä (3,3 % vs. 5,2 %). Aiempaan tutkimustietoon verrattuna aleksityymian esiintyvyys oli kuitenkin vähäisempää molemmilla sukupuolilla (Mattila ym. 2006, Honkalampi ym. 2000, Salminen ym. 1999). Mattilan ym. (2006) tekemässä väestötutkimuksessa aleksityymian esiintyvyyden arvioitiin olevan naisilla 8,1 % ja miehillä 11,9 %.

Masennuksen esiintyvyyden todettiin olevan suhteellisesti suurempaa aleksityymisillä äideillä. Ensimmäisessä aikapisteessä korkeaan aleksityymisyyden ryhmään kuuluvista äideistä masentuneita olivat 14,7 %, kun taas matalan aleksityymisyyden ryhmään kuuluvista äideistä vain 6,1 %. Aleksityymian ja myöhemmän masennuksen välillä havaittiin tilastollisesti merkitsevä yhteys ($p < 0,001$). Isien kohdalla havaittiin samanlainen ilmiö kuin äideillä. Kohtalaiseen ja korkeaan aleksityymiaryhmään kuuluvilla isillä esiintyi suhteellisesti enemmän masennusta kuin matalaan aleksityymiaryhmään kuuluvilla isillä. Ensimmäisessä aikapisteessä matalan aleksityymisyyden kuuluneista oli masentuneita toisessa aikapisteessä 2,4 %, kun taas korkeaan aleksityymisyyden ryhmään kuuluneista masentuneita oli seurannassa 18,5 %. Aiemman suomalaisen väestötutkimuksen mukaan masennustilan vuotuinen esiintyvyys oli 5,9 % (Markkula ym. 2015), joten aleksityymiset piirteet olivat yhteydessä masennuksen tavallista korkeampaan esiintyvyyteen. Myös aiemmat tutkimukset viittaavat siihen, että aleksityymisillä potilailla esiintyy merkittävästi enemmän vakavia masennus- ja ahdistuneisuusoireita sekä oireet ovat pysyvämpiä ei-aleksityymisiin potilaisiin verrattuna (Honkalampi ym. 2007). Tiivistetysti voidaan sanoa, että aleksityymian piirteiden aste on yhteydessä masennusoireiden pysyvyyteen ja korkea aleksityymia saattaa aiheuttaa vakavan haasteen masennuksesta toipumiselle.

Aleksityymian osa-alueiden välillä havaittiin eroja sukupuolten välillä. Isät saivat korkeammat pisteet ulkokohtaisesti suuntautuneesta ajattelusta (EOT), ja heillä esiintyi enemmän hankaluuksia tunteiden kuvaamisessa (DDF) äiteihin verrattuna ($p < 0,001$). Tulokset ovat yhdenmukaiset aiempien tutkimustulosten kanssa (Salminen ym. 1999). Äideillä puolestaan esiintyi enemmän vaikeuksia tunteiden tunnistamisessa (DIF) isiin verrattuna. Äitien koulutustason ja aleksityymisyyden välillä havaittiin olevan tilastollisesti merkitsevä yhteys. Matalasti koulutetuilla äideillä esiintyi suhteessa enemmän aleksityymisiä piirteitä kuin korkeasti koulutetuilla äideillä. Aleksityymian tiedetään olevan yhteydessä matalaan koulutustasoon (Salminen ym. 1999). Kuukausituloilla ei todettu olevan tilastollisesti merkitsevää yhteyttä äitien aleksityymiaan.

Äidin masennus vaarantaa äidin ja lapsen turvallisen kiintymyssuhteen kehityksen, ja heikentää äidin kykyä huolehtia lapsen tarpeista. Äidin masennuksen on todettu lisäävän lapsen ja koko perheen myöhempää psyykkistä sairastavuutta. (Perheentupa 2011.) Aiempien tutkimuksien mukaan masentuneiden äitien lapsilla saattaa olla enemmän somaattisia terveysongelmia, ja he saavat muita lapsia enemmän kipulääkkeitä (Ruohomäki ym. 2021). Tämän vuoksi on erityisen tärkeää tunnistaa ne äidit, joilla on taipumusta masennukseen, ja tukea heidän vanhemmaksi kasvamista.

Vanhempien masennusoireita mitattiin ensimmäisen kerran kuuden kuukauden kuluttua synnytyksestä. Sekoittavana tekijänä täytyy huomioida synnytyksen jälkeinen masennus, jolla voi olla vaikutusta masennuksen esiintyvyyteen sekä äideillä että isillä. Raskausajan ja synnytyksen jälkeisen masennuksen esiintyvyys on korkeimmillaan ensimmäisten kolmen kuukauden aikana synnytyksestä, ja se yleensä vähenee noin 4.-7. kuukauden välillä (Depressio. Käypä hoito -suositus, 2021). Siitä kärsii noin 10-15 % synnyttäneistä naisista (O'Hara ym. 1990). Miehistä synnytyksen jälkeistä masennusta esiintyy noin 10 %:lla, ja sen on todettu olevan yhteydessä äidin masennukseen (Paulson ja Bazemore 2010). Matalasti koulutettujen isien ja äitien synnytyksen jälkeisen masennuksen on todettu ennustavan lapsen masennusta (Pearson ym. 2013).

Tutkimuksessa aleksitymian esiintyvyys on pienempi sekä isillä että äideillä normaaliväestöön verrattuna. Tutkimukseen osallistuvista äideistä 42,5 %:lla oli ylempi korkeakoulututkinto eli tutkimuksen otoksen voidaan ajatella vastaavan paremmin hyvin koulutettua väestöä. Tämä voi olla osasyynä aleksitymian pienempään esiintyvyyteen. Aleksitymian pienemmän esiintyvyyden takia tässä tutkimuksessa ollaan käytetty aleksitymian luokitteluun kolmiportaista asteikkoa (matala, kohtalainen, korkea), joka kuvastaa luotettavammin aleksitymian dimensionaalista luonnetta.

Tämän tutkimuksen vahvuuksina voidaan pitää isoa otosta, joka edustaa suomalaista normaaliväestöä. Tutkimukseen osallistuvat vanhemmat ovat rekrytoitu tutkimukseen varhaisraskauden ultraäänitutkimuksen yhteydessä, johon osallistuu melkein 100 % raskaana olevista äideistä (Karlsson ym. 2018). Lisäksi otoksen edustavuus on säilynyt suhteellisen hyvänä koko tutkimuksen ajan. Vahvuudeksi voidaan myös laskea isien mukana oleminen. Tutkimuksen heikkouksina voidaan pitää tutkittavien tietynasteista valikoitumista, koska aleksityymiset henkilöt voivat olla aliedustettuna lapsen saaneessa väestössä tunne-elämän vaikeuksien vuoksi. Lisäksi psykiatrisista sairauksista kärsivät henkilöt osallistuvat muuta väestöä harvemmin väestötutkimuksiin, ja heillä on suurempi todennäköisyys keskeyttää tutkimus ennaikaisesti. Nämä tekijät saattavat selittää aleksitymian alhaisempaa esiintyvyyttä tutkimuksessa. Tutkielman menetelmän heikkoutena voidaan pitää sitä, että vanhempien masennusta ja aleksityymisyyttä on tarkasteltu vain esiintyvyyksien kautta.

7. Johtopäätökset

Tässä tutkimuksessa havaittiin aleksitymian piirteiden asteen olevan yhteydessä depressio-oireiden esiintyvyyteen ja pysyvyyteen pienten lasten äideillä ja isillä. Korkeaan aleksityymisyyden ryhmään kuuluvilla äideillä ja isillä esiintyi suhteellisesti enemmän masennusta kuin matalan aleksityymisyyden ryhmään kuuluvilla vanhemmilla. Aleksitymian ja myöhemmän masennuksen välillä havaittiin tilastollisesti merkitsevä yhteys, jonka perusteella aleksitymian voidaan ajatella olevan yhteydessä depressio-oireiden pysyvyyteen.

Aleksitymia voi vaikeuttaa masennuksesta toipumista, minkä vuoksi aleksityymisten piirteiden tunnistaminen potilaista on oleellista perusterveydenhuollossa. Tulevaisuudessa on tärkeää kehittää hoitomuotoja, jotka huomioivat aleksityymisten potilaiden erityistarpeet. Lisäksi aleksityymisten vanhempien ja heidän lapsiensa välisen vuorovaikutuksen tukeminen on tärkeää, jotta voidaan luoda optimaaliset olosuhteet lasten tunne-elämän kehittymiselle. Tulevaisuudessa tarvitaan myös enemmän pitkittäistutkimuksia, jotta saadaan tarkempaa lisätietoa depression ja aleksitymian välisistä syy-seuraussuhteista.

Lähteet

Ahrnberg H, Pajulo M, Scheinin NM, Karlsson L, Karlsson H, Karukivi M. 2020. Association between parental alexithymic traits and self-reported postnatal reflective functioning in a birth cohort population. Findings from the FinnBrain Birth Cohort Study. *Psychiatry Res* 286, 112869.

Perheentupa A. 2011. Synnytyksen jälkeiset psyykkiset häiriöt. Terveystietä. www.duodecim.fi.

Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. 1994. The twenty-item Toronto Alexithymia scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J of Psychosom Res* 38, 23–32.

Bagby RM, Taylor G. 1997. Construct validation. Kirjassa: Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. *Disorders of Affect Regulation. Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA, Dickens SE. 2006. The development of the Toronto Structured Interview for Alexithymia: item selection, factor structure, reliability and concurrent validity”. *Psychother Psychosom* 75, 25–39.

Beresnevaite M. 2000. Exploring the benefits of group psychotherapy in reducing alexithymia in coronary heart disease patients: a preliminary study. *Psychother Psychosom* 69, 117-22.

Bonnet A, Bréjard V, Pasquier A, Pedinielli JL. 2012. Affectivity and alexithymia: two dimensions explicative of the relationship between anxiety and depressive symptoms. *Encephale* 38, 187-193.

Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. 1987. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 150, 782-786.

Depressio. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2021 (viitattu 04.02.2022). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. 1973. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale—preliminary report. *Psychopharmacol Bull* 9, 13-28.

Edmondson OJH, Psychogiou L, Vlachos H, Netsi E and Ramchandani PG. 2010. “Depression in fathers in the postnatal period: assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening measure”, *J of Aff Disord* 125, 365–368.

Edwards ER. 2019. Posttraumatic stress and alexithymia: A meta-analysis of presentation and severity. *Psychol Trauma* 16.

Grabe HJ, Frommer J, Ankerhold A, Ulrich C, Groger R, Franke GH, Barnow S, Freyberger HJ, Spitzer C. 2008. Alexithymia and outcome in psychotherapy. *Psychother Psychosom* 77, 189-94.

Grabe HJ, Löbel S, Dittrich D, Bagby RM, Taylor GJ, Quilty LC, Spitzer C, Barnow S, Mathier F, Jenewein J, Freyberger HJ, Rufer M. 2009. The German version of the Toronto Structured Interview for Alexithymia: factor structure, reliability, and concurrent validity in a psychiatric patient sample. *Compr Psychiatry* 50, 424-430.

Grabe HJ, Ruhrmann S, Ettelt S, Muller A, Buhtz F, Hochrein A, Schulze-Rauschenbach S, Meyer K, Kraft S, Reck C, Pukrop R, Klosterkötter J, Falkai P, Maier W, Wagner M, John U, Freyberger HJ. 2006. Alexithymia in obsessive-compulsive disorder - results from a family study. *Psychother Psychosom* 75, 312-8.

Grynberg D, Luminet O, Corneille O, Grèzes J, Berthoz S. 2010. "Alexithymia in the interpersonal domain: A general deficit of empathy?", *Pers Individ Differ* 49, 845–850.

Guilbaud O, Corcos M, Hjalmarsson L, Loas G, Jeammet P. 2003. Is there a psychoneuroimmunological pathway between alexithymia and immunity? Immune and physiological correlates of alexithymia. *Biomed Pharmacother* 57, 292-295.

Hiirola A, Pirkola S, Karukivi M, Markkula N, Bagby RM, Joukamaa M, Jula A, Kronholm E, Saarijärvi S, Salminen JK, Suvisaari J, Taylor G, Mattila AK. 2017. An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia over 11 years in a Finnish general population. *J Psychosom Res* 95, 81–87.

Honkalampi K, Hintikka J, Koivumaa-Honkanen H, Antikainen R, Haatainen K, Viinamäki H. 2007. Long-term alexithymic features indicate poor recovery from depression and psychopathology. A six-year follow-up. *Psychother Psychosom* 76, 312-314

Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamäki H. 2000. Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res* 48, 99–104.

Honkalampi K, Ruusunen A, Viinamäki H, Koivumaa-Honkanen H, Valkonen-Korhonen M, Lehto SM. 2017. Dietary patterns are associated with the prevalence of alexithymia. *Scand J Psychol* 58, 318-323.

Joukamaa M, Kokkonen P, Veijola J, Läksy K, Karvonen JT, Jokelainen J, Järvelin MR. 2003. Social situation of expectant mothers and alexithymia 31 years later in their offspring: a prospective study. *Psychosom Med* 65, 307-312.

Jørgensen MM, Zachariae RR, Skytthe A, Kyvik K. 2007. Genetic and environmental factors in alexithymia: a population- based study of 8,785 Danish twin pairs. *Psychother Psychosom* 76, 369–375.

Kajanoja J, Karukivi M, Scheinin NM, Ahrnberg H, Karlsson L, Karlsson H. 2021. Early-life adversities and adult attachment in depression and alexithymia. *Dev Psychopathol* 33, 1428-1436.

Kajanoja J, Scheinin NM, Karlsson L, Karlsson H, Karukivi M. 2017. Illuminating the clinical significance of alexithymia subtypes: A cluster analysis of alexithymic traits and psychiatric symptoms. *J Psychosom Res* 97, 111–117.

- Karlsson L, Tolvanen M, Scheinin NM, Uusitupa HM, Korja R, Ekholm E, Tuulari JJ, Pajulo M, Huotilainen M, Paunio T, Karlsson H; FinnBrain Birth Cohort Study Group. 2018. Cohort Profile: The FinnBrain Birth Cohort Study (FinnBrain). *Int J Epidemiol* 47, 15-16j.
- Karukivi M, Jula A, Hutri-Kähönen N, Juonala M, Raitakari O. 2016. Is alexithymia associated with a metabolic syndrome? *Psychiatry Res* 236, 58–63.
- Karukivi M, Pölönen T, Vahlberg T ym. 2014. Stability of alexithymia in late adolescence: results of a 4-year follow-up study. *Psychiatry Res* 219, 386-90.
- Karukivi M, Saarijärvi S. 2014. Development of alexithymic personality features. *World J Psychiatry* 4, 91-102.
- Kauhanen J, Julkunen J, Salonen JT. 1992. Coping with inner feelings and stress: heavy alcohol use in the context of alexithymia. *Behav Med* 18, 121-126.
- Kessler KS, Gardner CO. 2014. Sex differences in the pathways to major depression: a study of opposite-sex twin pairs. *Am J Psychiatry* 171, 426-435.
- Kessler RC, Bromet EJ. 2013. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health* 34, 119-138.
- Klein DN, Kotov R, Bufferd SJ. 2011. Personality and depression: explanatory models and review of the evidence. *Annu Rev Clin Psychol* 7, 269-295.
- Kooiman CG, van Rees Vellinga S, Spinhoven P, Draijer N, Trijsburg RW, Rooijmans HG. 2004. Childhood adversities as risk factors for alexithymia and other aspects of affect dysregulation in adulthood. *Psychother Psychosom* 73, 107-116.
- Kooiman, CG, Spinhoven P, Trijsburg RW. 2002. “The assessment of alexithymia A critical review of the literature and a psychometric study of the Toronto Alexithymia Scale-20”, *J Psychosom Res* 53, 1083–1090.
- Lakey B, Cronin A. 2008. Low social support and major depression: research, theory, and methodological issues. In: Dobson KS, Dozois D, editors. *Risk factors for depression*. San Diego, CA: Academic Press, 385–408.
- Lane RD, Sechrest L, Reidel R, Weldon V, Kaszniak A, Schwartz GE. 1996. Impaired verbal and nonverbal emotion recognition in alexithymia. *Psychosom Med* 58, 203–210.
- Li S, Zhang B, Guo Y, Zhang J. 2015. The association between alexithymia as assessed by the 20-item Toronto Alexithymia Scale and depression: A meta-analysis. *Psychiatry Res* 227, 1-9.
- Lumley M A, Mader C, Gramzow B A, Papineau K. 1996. Family factors related to alexithymia characteristics *Psychosom Med* 58, 211–260.
- Lumley MA, Neely LC, Burger AJ. 2007. The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *J Pers Assess* 89, 230-46.

- Luyten P, Mayes LC, Nijssens, L, Fonagy, P. 2017. The parental reflective function- ing questionnaire: Development and preliminary validation. *PLOS One* 12.
- Markkula N, Suvisaari J, Saarni SI, ym. 2015. Prevalence and correlates of major depressive disorder and dysthymia in an eleven-year follow-up - results from the Finnish Health 2011 Survey. *J Affect Disord* 173, 73-80.
- Mattila A. 2009. *Alexithymia in Finnish General Population*. Acta Universitatis Tamperensis, 1377. Tampere University Press.
- Mattila AK, Salminen JK, Nummi T, Joukamaa M. 2006. Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res* 61, 629-635.
- Nemiah JC, Sifneos PE. 1970. Psychosomatic Illness: A Problem in Communication. *Psychother Psychosom* 18, 154-160.
- O'Hara MW, Zekoski EM, Philipps LH ym. 1990. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *J Abnorm Psychol* 99, 3-15.
- Ozsahin A, Uzun O, Cansever A, Gulcat Z. 2003. The effect of alexithymic features on response to antidepressant medication in patients with major depression. *Depress Anxiety* 18, 62-66.
- Parker JD, Taylor GJ, Bagby RM. 1992. Relationship between conjugate lateral eye movements and alexithymia. *Psychother Psychosom* 57, 94-101.
- Paulson JF, Bazemore SD. 2010. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA* 303, 1961-1990.
- Pearson RM, Evans J, Kounali D, Lewis G, Heron J, Ramchandani PG, O'Connor TG, Stein A. 2013. Maternal depression during pregnancy and the postnatal period: risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years. *JAMA Psychiatry* 70, 1312-1390.
- Picardi A, Fagnani C, Gigantesco A, Toccaceli V, Lega I, Stazi MA. 2011. "Genetic influences on alexithymia and their relationship with depressive symptoms", *J Psychosom Res* 71, 256–263.
- Picardi A, Toni A, Caroppo E. 2005. "Stability of alexithymia and its relationships with the 'big five' factors, temperament, character, and attachment style", *Psychother Psychosom* 74, 371–378.
- Pinaquy S, Chabrol H, Simon C, Louvet JP, Barbe P. 2003. Emotional eating, alexithymia, and binge-eating disorder in obese women. *Obes Res* 11, 195-201.
- Pirkola SP, Isometsä E, Suvisaari J, Aro H, Joukamaa M, Poikolainen K, Koskinen S, Aromaa A, Lönnqvist JK. 2005. DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population--results from the Health 2000 Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 40, 1-10.

- Ruohomäki A, Toffol E, Airaksinen V, Backman K, Voutilainen R, Hantunen S, Tuomainen TP, Lampi J, Kokki H, Luoma I, Kumpulainen K, Heinonen S, Keski-Nisula L, Pekkanen J, Pasanen M, Lehto SM. 2021. The impact of postpartum depressive symptoms on self-reported infant health and analgesic consumption at the age of 12 months: A prospective cohort study. *J Psychiatr Res* 136, 388-397.
- Šago D, Babić G, Bajić Ž, Filipčić I. 2020. Panic Disorder as Unthinkable Emotions: Alexithymia in Panic Disorder, a Croatian Cross-Sectional Study. *Front Psychiatry* 11, 466.
- Salminen JK, Saarijärvi S, Toikka T, Kauhanen J, Äärelä E. 1996. Alexithymia behaves as a personality trait over a 5-year period in Finnish general population. *J Psychosom Res* 61, 275-278.
- Salminen JK, Saarijärvi S, Äärelä E, Toikka T, Kauhanen J. 1999. Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *J Psychosom Res* 46, 75–82.
- Serafini G, De Berardis D, Valchera A, Canepa G, Geoffroy PA, Pompili M, Amore M. 2020. Alexithymia as a possible specifier of adverse outcomes: Clinical correlates in euthymic unipolar individuals. *J Aff Disord* 63, 428-436.
- Sifneos PE. 1973. The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 22, 255–262.
- Son SH, Jo H, Rim HD, Kim JH, Kim HW, Bae GY, Lee SJ. 2012. A Comparative Study on Alexithymia in Depressive, Somatoform, Anxiety, and Psychotic Disorders among Koreans. *Psychiatry Investig* 9, 325-31.
- Taylor G, Bagby R, Parker J. 2003. The 20- item Toronto Alexithymia Scale, IV: reliability and factorial validity in different languages and cultures. *J Psychosom Res* 55, 277–283.
- Taylor GJ, Parker JD, Bagby RM, Bourke MP. 1996. Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *J Psychosom Res.* 4, 561-8.
- Taylor GJ. 2000. Recent developments in alexithymia theory and research. *Can J Psychiatry* 45, 134–200.
- Thorberg FA, Young RM, Sullivan KA, Lyvers M. 2009. Alexithymia and alcohol use disorders: a critical review. *Addict Behav* 34, 237-245.
- Thorberg, FA, Young RM, Sullivan KA, Lyvers, M. 2011. Parental bonding and alexithymia: a meta-analysis. *Eur Psychiatry* 26, 187–193.
- Xu P, Opmeer EM, van Tol, MJ, Goerlich, KS, Aleman, A. 2018. “Structure of the alexithymic brain: A parametric coordinate-based meta-analysis, *Neurosci Biobehav Rev* 87, 50–55.